



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ANTONIA ELINE LOPES DA SILVA

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DA SAÚDE EM
HOSPITAL DO CEARÁ: AVALIAÇÃO SOBRE O CUIDADO DE QUEM CUIDA**

FORTALEZA

2024

ANTONIA ELINE LOPES DA SILVA

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DA SAÚDE EM
HOSPITAL DO CEARÁ: AVALIAÇÃO SOBRE O CUIDADO DE QUEM CUIDA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Costa Guerra

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Paula Lima
Barbosa

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S578s Silva, Antonia Eline Lopes da.
Saúde mental do trabalhador e da trabalhadora da saúde em hospital do Ceará : avaliação sobre o cuidado de quem cuida / Antonia Eline Lopes da Silva. – 2024.
145 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.
Orientação: Profa. Dra. Eliana Costa Guerra.
Coorientação: Profa. Dra. Ana Paula Lima Barbosa.
1. Políticas de saúde. 2. Saúde mental. 3. Saúde do trabalhador da saúde. 4. Avaliação em profundidade. I. Título.

CDD 320.6

ANTONIA ELINE LOPES DA SILVA

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DA SAÚDE EM
HOSPITAL DO CEARÁ: AVALIAÇÃO SOBRE O CUIDADO DE QUEM CUIDA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em 26/09/2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Costa Guerra (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Profa. Dra. Ana Paula Lima Barbosa (Coorientadora)
Faculdade Ari de Sá (FAS)

Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Mariana Olívia Santana dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

A Deus.

Aos meus amados pais Alberto e Lúcia, ao meu amado esposo Darlan, à minha irmã Elayne e ao meu sobrinho querido Rafael.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Lúcia Batista Lopes da Silva e Antonio Alberto da Silva, por sempre me oferecerem condições para que eu pudesse estudar e seguir meus sonhos, por maiores que fossem as dificuldades enfrentadas pela nossa família moradora da periferia de Fortaleza, com única renda em casa, mas nunca, acredito nem, nem passou pela cabeça deles de me fazer desistir de estudar.

Ao meu amado esposo Antonio Darlan Nogueira da Silva, que sempre me apoiou incansavelmente na luta pelos estudos e por trabalho digno, sendo suporte afetivo e também emocional, oferecendo-me a melhor estrutura para trabalhar e estudar, que hoje é um dos grandes desafios de muitos.

À minha madrinha Irmã Germana Rita, que sempre foi na minha vida modelo de perseverança, dedicação e que me apresentou o desejo e a vontade de seguir sempre meus sonhos.

Aos meus amigos de vida, que acompanham minha trajetória desde a época da faculdade e das primeiras experiências de trabalho: Nathália Maia, Natália Lopes, Janaina, Estela, Aline, Bianca, Israel e Nara que são meus exemplos e minhas inspirações.

Às minhas queridas amigas de trabalho do Centro de Atendimento Educacional Especializado (CAEE), em especial: Karina, Ádyla, Audilene, Sara e Manoela. Que sempre me ofereceram todo suporte e ajuda necessários para concluir meu mestrado. E, também, aos meus estimados amigos de trabalho do CEREST Estadual, em especial: Eline Mara, Débora, Paulo, Mike, Roseana e Bonavides, pelo apoio incondicional na minha trajetória e por me fazer tão feliz realizando meu trabalho.

Ao Mestrado Profissional em Avaliação de Política Públicas (MAPP) e todo o corpo docente, pelo excelente curso ofertado e por dar condições, para que pessoas que trabalham e estudam possam sonhar em ter um título de mestre em uma área tão importante que é a avaliação de políticas.

À minha orientadora Eliana Guerra e à coordenadora Ana Paula Lima, por oferecerem conhecimentos, experiência em pesquisa e todo o suporte necessário para construção da pesquisa e por disponibilizarem o tempo para as orientações.

À unidade hospitalar que me acolheu e me deu condições para realização desta pesquisa, em especial à equipe do CEAP e à Coordenadora do Serviço Social Nahary.

“A reprodução social, todavia, tem por momento predominante uma categoria que nada tem de natural, que é puramente social: o trabalho” (Lessa, 2007, p. 86).

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo geral avaliar as ações de saúde mental direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde de um Hospital de Saúde Mental, no município de Fortaleza-Ceará, e como objetivos específicos: i) caracterizar o ambiente de trabalho do hospital, destacando as condições gerais de trabalho, espaços de alimentação e repouso; ii) identificar as ações desenvolvidas pela unidade hospitalar para o cuidado em saúde mental dos(as) seus trabalhadores e trabalhadoras; e iii) compreender os significados dessas ações para os trabalhadores e trabalhadoras do serviço em tela. Trata-se de pesquisa do tipo exploratória, fundamentada nas bases teórico-metodológicas da avaliação em profundidade, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram profissionais da saúde e trabalhadores da saúde de Hospital de Saúde Mental do Ceará e gestor da unidade. Para coleta e registro de dados, utilizou-se do roteiro de entrevistas do tipo semiestruturado, com registro, em mídia, digital, respeitando as questões éticas. Na análise de dados, utilizaram-se da ferramenta da Análise de Conteúdo, por se tratar de instrumento com variedade de formas e apropriado para pesquisas qualitativas e avaliativas com uso de entrevistas e dados documentais. Quanto aos resultados apontados, destaca-se terem sido entrevistadas 13 pessoas, sendo seis do sexo masculino e sete do feminino. Quanto à faixa etária, dentre os entrevistados de 18 a 29 anos e de 50 a 69 anos, tinham quatro em cada grupo etário e cinco estavam na faixa de idade entre 30 e 49 anos. A maioria dos entrevistados destacaram aspectos negativos relacionados à infraestrutura do serviço. De modo geral, os entrevistados avaliaram positivamente a condição de saúde atual. A situação dos múltiplos vínculos e, ainda mais, vínculos precários foram também identificados na pesquisa. Dos 13 entrevistados, incluindo a gestora, 10 trabalhadores estavam vinculados ao hospital, por meio de cooperativa. Os principais motivos de afastamento foram por sintomas respiratórios. Os entrevistados trabalhavam no HSM, por se identificarem com o trabalho realizado pela saúde mental. Houve destaques para problemas como ansiedade, desmotivação, sentimento de incapacidade e estresse. Sobre as ações de saúde mental, para os trabalhadores estas foram incipientes e não garantem de forma efetiva as condições de saúde e segurança do corpo de trabalho. Assim, há variadas formas de trabalho que exploram esses trabalhadores e trabalhadoras até o limite dos corpos e espíritos. Sabe-se que o trabalho pode gerar bem-estar por ser uma atividade que edifica e oferece sentido ao humano. Todavia, na modernas capitalistas, é mais comum o trabalho gerar adoecimento e sofrimento, principalmente sofrimento mental, mesmo que, em geral, os próprios trabalhadores não se percebam adoecidos ou em sofrimento e isso se deve a uma diversidade de fatores

relacionados, sobretudo, às relações de trabalho, a imporem ritmos acelerados e remunerações insuficientes e às condições dos ambientes de trabalho que comprometem a potência do trabalho e a segurança e qualidade do mesmo, em particular, no campo da saúde e da saúde mental.

Palavras-chave: políticas de saúde; saúde mental; saúde do trabalhador da saúde; avaliação em profundidade.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate mental health actions directed at healthcare workers in a Mental Health Hospital in Fortaleza, Ceará, and specifically: i) to characterize the work environment of the hospital, highlighting the general working conditions, food and rest spaces; ii) to identify the actions developed by the hospital unit for the mental health care of its workers; and iii) to understand the meanings of these actions for the workers of the service in question. This is an exploratory research, based on the theoretical and methodological bases of in-depth evaluation, with a qualitative approach. The subjects were health professionals and healthcare workers of a Mental Health Hospital in Ceará and the unit manager. For data collection and registration, a semi-structured interview script was used, with digital media recording, respecting ethical issues. In data analysis, the Content Analysis tool was used, as it is an instrument with a variety of forms and appropriate for qualitative and evaluative research using interviews and documentary data. Regarding the results presented, it is noteworthy that 13 people were interviewed, six of whom were male and seven female. Regarding age, among the interviewees aged 18 to 29 and 50 to 69, there were four in each age group and five were in the age range between 30 and 49 years. Most interviewees highlighted negative aspects related to the service infrastructure. In general, the interviewees positively assessed their current health condition. The situation of multiple ties and, even more so, precarious ties were also identified in the research. Of the 13 interviewees, including the manager, 10 workers were affiliated with the hospital through a cooperative. The main reasons for leave were respiratory symptoms. The interviewees worked at the Mental Health Hospital because they identified with the work done in mental health. Issues such as anxiety, demotivation, feelings of incapacity, and stress were highlighted. Regarding mental health actions, for the workers, these were incipient and did not effectively guarantee the health and safety conditions of the workforce. Thus, there are various forms of work that exploit these workers to the limit of their bodies and minds. It is known that work can generate well-being as an activity that builds and gives meaning to human beings. However, in modern capitalist societies, it is more common for work to generate illness and suffering, especially mental suffering, even if, in general, workers themselves do not perceive themselves as ill or suffering, and this is due to a variety of related factors, especially work relationships, the

imposition of accelerated rhythms and insufficient remuneration, and working conditions that compromise the power of work and its safety and quality, particularly in the field of health and mental health.

Keywords: health policies; mental health; health worker health; in-depth assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CANPAT	Campanhas Nacionais de Prevenção de Acidentes
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil ou Infanto-Juvenil
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCVISAT	Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador
CEAP	Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa
CEE/FIOCRUZ	Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CIB/CE	Comissão Intergestores Bipartite do Ceará
CID – 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
COVID-19	Doença do Coronavírus de 2019
DART	Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
DSST	Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado

FM	Faculdade de Medicina
Funsaúde	Fundação Regional de Saúde
GEPPES-UECE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas e Exclusão Social, da Universidade Estadual do Ceará
GM	Gabinete de Ministro
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
HUB	Universidade de Brasília e do Hospital Universitário de Brasília
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAPP-UFC	Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB	Norma Operacional Básica
NR	Normas Reguladoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PEA	População Economicamente Ativa
PMDB	Partido Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PP	Política Pública

PPP	Parceria Público-Privada
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIS-ESP/CE	Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Síndrome de Burnout
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Ceará
SESMT	Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIT	Secretaria de Inspeção do Trabalho
SM	Saúde Mental
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SST	Saúde e Segurança do Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TI	Tecnologia da Informação
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
VISA	Vigilância em Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	TRAJETÓRIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PESQUISA AVALIATIVA	32
2.1	O olhar do pesquisador na pesquisa avaliativa: métodos e técnicas de investigação	32
2.2	Caminhos da pesquisa social na avaliação de políticas públicas: calibrando perspectivas e estratégias de pesquisa	36
2.3	O campo na pesquisa qualitativa: o desafio do distanciamento crítico e do necessário envolvimento do pesquisador	38
2.4	Os sujeitos da pesquisa: cuidadores em distintos espaços das redes do SUS em meio a tensionamentos nos espaços sócio-ocupacionais	41
2.5	Lócus da pesquisa: um mergulho no campo para a produção do conhecimento	42
2.5.1	<i>Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM, campo de cuidado e de contradições</i>	<i>43</i>
2.5.2	<i>O CEREST Manuel Jacaré e os desafios para o cuidado à saúde mental dos trabalhadores</i>	<i>46</i>
2.6	Percurso da análise de dados: etapas e estratégias de sistematização e síntese crítica	48
2.7	A pesquisa avaliativa na perspectiva da avaliação em profundidade de políticas públicas	52
3	ILUMINAÇÃO TEÓRICA: CATEGORIAS DE ORIENTAÇÃO CRÍTICA PARA PESQUISA AVALIATIVA QUALITATIVA	60
3.1	Processo de trabalho e os rebatimentos na saúde dos trabalhadores	62
3.2	Saúde do trabalhador e da trabalhadora como política transversal	66
3.3	A saúde mental dos trabalhadores e a interrelação com as novas configurações do trabalho	67
4	CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA PESQUISA AVALIATIVA: CONTEXTO, CONTEÚDO E TRAJETÓRIA COMO FERRAMENTAS DE ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT) ...	70
4.1	Saúde pública no Brasil: avanços e desafios	71

4.1.1	<i>Privatização da saúde pública e precarização de vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde</i>	72
4.2	Análise do contexto: a formulação e implementação da PNSTT em foco	75
4.2.1	A trajetória da saúde do trabalhador no Brasil: entre conquistas e desafios persistentes	76
4.2.2	A saúde mental no Brasil: entre acesso e graves violações de direitos sociais	80
4.3	Conjuntura neoliberal e políticas públicas de saúde no Brasil	86
4.4	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: análise de conteúdo e bases conceituais	93
4.5	Análise da trajetória institucional da PNSTT	97
5	EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E DE SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS DE UM HOSPITAL MENTAL	100
5.1	Perfil dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde de uma unidade hospitalar de cuidado à saúde mental	99
5.2	Avaliação da condição de saúde atual	104
5.3	Trabalho e o processo de adoecimento físico e/ou mental no trabalhador da saúde mental	107
5.3.1	<i>Identificação de sinais de estresse, ansiedade, angústia, depressão ou outros</i>	109
5.3.2	<i>Existência de trabalhadores de saúde com problemas de saúde mental e fatores específicos</i>	111
5.4	Ações de saúde para o trabalhador e a trabalhadora da saúde mental .	112
5.4.1	<i>Existência e avaliação das ações de promoção do cuidado à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras</i>	113
5.4.2	<i>Potencialidades e dificuldades para o processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras: a visão dos trabalhadores e do gestor</i>	114
5.4.3	<i>Existência de contato com CEREST Estadual, ações e orientações no campo da saúde mental</i>	116

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE	137
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	140
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	143

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde do trabalhador, diferentes formas de sofrimento psíquico e adoecimento mental vêm tomando grandes proporções em meio a transformações no mundo do trabalho, com novas exigências aos trabalhadores, que lidam cotidianamente com a necessidade de se adaptarem às novas configurações e formas de gestão do trabalho. Relatório divulgado, em 2022, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, em 2019, antes da pandemia, aproximadamente, 970 milhões de pessoas viviam com transtorno mental no mundo e, desse total, 82% eram sujeitos que viviam em países de média e baixa renda (Who, 2022).

Dados da plataforma *SmartLab*, do Ministério Público do Trabalho (MPT), apontaram que, em 2022, foram registradas 612,9 milhões de notificações de acidentes de trabalho, por meio do preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), conforme dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e 2,5 milhões de notificações de CAT foram de acidentes com vítimas fatais. Estima-se ainda que 18,9% dos casos, 116 mil acidentes, sejam subnotificados (Brasil, 2024).

Conforme a mesma plataforma, o Ceará registrou 10.893 mil notificações de acidente de trabalho, ocupando a 11^a classificação no *ranking* de acidentes de trabalho no país (Brasil, 2024).

Ainda referente ao ano 2022, a mesma plataforma informou que foram concedidos 148.8 mil benefícios previdenciário referente à auxílio-doença para trabalhadores que sofreram acidentes em decorrência do trabalho e 6,5 mil concessões de aposentadoria por invalidez para esse mesmo público (Brasil, 2024).

É notório que o número de acidentes de trabalho no Brasil e no Ceará é alarmante, necessitando de medidas enérgicas por parte do poder público para evitar esses acidentes e, principalmente, óbitos entre a classe trabalhadora.

Ao comparar o número de acidentes de trabalho com os dados da plataforma da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), que monitora o perfil epidemiológico das notificações de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), no Brasil, em 2022, foram registradas 288.606 mil notificações no país, isso envolve as nove doenças e os

agravos de notificações compulsórias¹ (CGSAT, 2024), ou seja, valor bem abaixo do número de CAT registradas no mesmo ano.

Ao estratificar esse número de notificações, tem-se que a cada 100.000 trabalhadores, somente 300 notificações foram realizadas. Do total de notificações registradas, em 2022, 36,81% foram de trabalhadoras do sexo feminino e 60,2% do masculino. A faixa etária mais notificada foi entre 20 e 29 anos, com 81.058 casos. Quem liderou o número de notificação foram os técnicos e auxiliares de enfermagem com 29.622 casos, que inclusive é uma das categorias pesquisadas (CGSAT, 2024).

De 2006 a 2022, foram registradas no país 17.881 notificações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT). Em 2022, último ano consolidado no painel, foram 1.839 TMRT, sendo também os técnicos e auxiliares de enfermagem que estão em primeiro lugar das categorias notificadas, com 92 notificações. Sobre o percentual de casos por sexo, 36,05% eram do sexo masculino e 63,13% do feminino. A faixa etária mais notificada esteve entre os 30 e 39 anos de idades, com 583 notificações de TMRT. Com relação à atividade econômica dos casos registrados, em primeiro lugar estiveram os trabalhadores e as trabalhadoras da administração pública, defesa e seguridade social, com 184 notificações (CGSAT, 2024).

Em 2022, o Ceará registrou 8.111 notificações de DART, também ficando em primeiro lugar os técnicos e auxiliares de enfermagem, com 1.686 notificações, com faixa etária de maior predominância entre 20 e 29 anos e 30 a 39 anos; sobre as notificações por sexo, foram 47,1% do sexo feminino e 52,89% do sexo masculino; e o ramo da atividade econômica que mais se destacou em número de registros foi a da área da saúde e dos serviços sociais. Do total de notificações no Estado, no mesmo ano, foram registradas somente 75 notificações de TMRT (CGSAT, 2024).

Ao comparar o número de CAT registradas no INSS, 612,9 milhões, ao número de DART registradas no SINAN, 288.606 mil, vê-se que foi bem inferior o número de registros de notificações na política de saúde. Há acidentes de parte do grande contingente de trabalhadores informais, que podem também sofrer acidentes, mas não são cobertos pela Previdência Social, ou seja, não registram CAT (CGSAT, 2024), mas os números revelam

¹Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), são elas: Acidente de trabalho, Acidente de trabalho com exposição a material biológico, Intoxicação exógena relacionada ao trabalho, Câncer relacionado ao trabalho, Transtorno mental relacionado ao trabalho, Perda auditiva induzida por ruído (PAIR), Dermatoses Ocupacionais, Pneumoconioses, Lesão por Esforço Repetitivo - LER / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (Brasil, 2024).

que existe um sério problema de subnotificação no SINAN de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

As notificações no SINAN são importantíssimas para oferecer visibilidade aos problemas enfrentados por trabalhadores e às trabalhadoras nas políticas públicas de saúde. Não havendo registros nos sistemas do Sistema Único de Saúde (SUS), como pautar políticas estratégias eficazes que garantam e estimulem, nos locais de trabalho, a promoção e a prevenção das DART?

Em 2019, já se observava que a reconfiguração do trabalho, frente ao processo de mundialização neoliberal, do acelerado crescimento das tecnologias digitais e ainda da inteligência artificial, era uma realidade. Não demorou muito para entender que a “especialização flexível”, bastante aclamada por determinados pesquisadores do campo da gestão, entre as décadas de 1970 e 1980, era apenas mais uma forma do capitalismo conseguir derrubar as barreiras que impediam maior acumulação ampliada do capital (Antunes; Praun, 2019, p. 58).

Hoje, “precarização do trabalho” é um termo comumente utilizado para fazer referência a situações vividas por milhões de trabalhadores, por todo o mundo, sejam eles homens ou mulheres. São variadas as formas de experiência no trabalho precário, porém, a “precarização” e a retirada de muitos direitos sociais não dizem mais respeito somente a um determinado segmento, mas a um amplo contingente da classe trabalhadora (Antunes; Praun, 2019, p. 57).

A situação de precarização da vida dos trabalhadores continua, uma vez que ela não vem se manifestando somente nas taxas de desemprego, já que existem pessoas que se submetem a qualquer atividade laborativa pela busca da sobrevivência ou até mesmo nem buscam mais a inserção no mercado de trabalho (Krein, 2018).

Possibilidades de emprego com jornadas de trabalho menores, existência de política pública de transferência de renda que de alguma forma “garanta a sobrevivência das pessoas” não são suficientes para assegurar vida digna. A tendência atual aponta para “o aumento da desproteção e da submissão dos indivíduos à permanente concorrência” (Krein, 2018, p. 98). A situação é de desalento e quase inexiste a capacidade de ter esperança de que dias melhores virão para a classe trabalhadora.

No Brasil, a situação de precarização se agrava ainda mais com a Reforma Trabalhista e as medidas do governo Bolsonaro. Como afirma Brito (2020), ao discutir sobre a precarização dos direitos trabalhistas, fazendo análise da Medida Provisória nº 936/2020,

que autorizou o cancelamento de contratos trabalhistas e a redução de salários dos trabalhadores em plena pandemia da Covid-19 (2020, p. 221):

A hipótese principal sugere uma análise conjuntural do direito do trabalho para comprovar que não houve uma ruptura entre o período de normalidade (antes Covid-19) e o período de exceção (durante o Covid-19), mas a continuidade. Nesse sentido, a normatividade do Estado brasileiro em matéria trabalhista consolida a precarização do trabalho como regra e não como exceção.

Com a pandemia da Covid-19, os problemas de saúde mental se tornaram mais complexos e graves, atingindo contingente ainda maior de trabalhadores e trabalhadoras. É necessário afirmar que a ocorrência de epidemias e pandemias agravam as dificuldades do processo de trabalho dos trabalhadores da saúde, que, no cotidiano, já experienciam “[...] o desgaste emocional por terem de lidar com fatores estressores no ambiente de trabalho[...]” (Dantas, 2021, p. 2).

Nesse sentido, a demanda por cuidados de saúde mental tem crescido, intensificando os fluxos de usuários e provocando tensões nos trabalhadores e nas trabalhadoras, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diante desta problemática, emergiu a questão que norteou os primeiros passos desta pesquisa: em que medida, os serviços de saúde mental estão preparados para acolher e tratar as demandas dos próprios trabalhadores e trabalhadoras, no sentido de preservar e/ou de restabelecer a saúde da força de trabalho?

A escolha do objeto de estudo não é fruto do acaso e não é neutra. Ora, escolher é tomar partido, envolve posicionar-se frente à realidade, na dimensão desta que se pretende conhecer com maior profundidade. Como afirma Paugam (2005, p. 21), ao tratar da consciência na escolha do tema de pesquisa, em geral, a escolha tem “[...] um componente da experiência vivida pelo pesquisador, visto ser este um primeiro passo rumo à objetivação ou ao que poderíamos denominar ‘sociologia reflexiva’”. Trata-se, no entanto, de exercício difícil, por implicar distanciamento crítico do pesquisador com tudo aquilo que o vincula ao objeto de estudo.

Justamente no contato, ainda na graduação, com o Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas e Exclusão Social, da Universidade Estadual do Ceará (GEPPES-UECE), na qual esta pesquisadora foi bolsista de iniciação científica, as questões relacionadas ao trabalho foram emergindo, fazendo com que o trabalho de conclusão de curso tivesse como objeto: o trabalho e a educação profissional. Na especialização, ainda muito implicada pelas

leituras do GEPPEs e sensibilizada com o público que atendia enquanto Assistente Social, foi realizado sobre trabalho e população em situação de rua.

E, ao seguir o trajeto profissional, no cotidiano dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitado a partir da vivência no Programa de Residência Integrada em Saúde, a Escola de Saúde Pública (RIS-ESP/CE), com ênfase em Saúde Coletiva², afloraram as inquietações relacionadas à temática: trabalho e saúde mental dos trabalhadores da saúde.

Assim, no primeiro ano de formação em serviço, durante a RIS-ESP/CE, foi possível observar o processo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambos da rede municipal de saúde de Fortaleza/CE. A percepção destes cenários trouxe indícios de desgastes nas relações entre os profissionais, decorrentes de condições de trabalho precarizadas, da sobrecarga de trabalho entre os profissionais. Aliado a isso, foi possível perceber certa ausência de serviços que oferecessem suporte ao cuidado em saúde mental desses trabalhadores.

Logo, trata-se de pesquisa que apresenta como objeto de estudo a percepção dos profissionais da saúde³ e dos trabalhadores da saúde⁴ sobre a condição de saúde mental do trabalhador e da trabalhadora da saúde de Hospital de Saúde Mental do Ceará. Retifica-se que neste texto foi utilizado o termo “trabalhador (a) da saúde” para os entrevistados.

O ponto de partida é o interesse em compreender o cuidado da saúde mental dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS, a partir da perspectiva da avaliação em profundidade, concebida por Rodrigues (2008, p. 10) como um processo em que : [...] à medida que se mergulha no tema estudado, maior será a ampliação do campo a ser investigado, ou seja, quando “Olhamos à frente e para os lados, acima e abaixo [...]”, compreende-se o objeto em sua complexidade e, quando o olhar é muito focado limita a capacidade do pesquisador de apreensão do objeto investigado em suas diversas determinações.

²A RIS-ESP/CE se configura como modalidade de pós-graduação, com formato de especialização em caráter de residência e aprendizagem em serviço (Ceará, 2013).

³Para fins de esclarecimento, a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais” (Brasil, 1997).

⁴A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) lista o maqueiro hospitalar e maqueiro de hospital como “Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde”, dentro do grupo 5151-10 - Atendente de enfermagem e com o código 3222 estão classificados os técnicos e auxiliares de enfermagem (Brasil, 2023).

Diante das contradições e dos dilemas postos pela superexploração do trabalho próprios da sociedade capitalista contemporânea, que atravessam todos os espaços laborais, gerando adoecimentos físicos e mentais, e, sobretudo, depois de vivenciarmos um período extenso da pandemia da COVID-19, a impor novas demandas e desencadear, em muitos usuários e trabalhadores da saúde, processos de adoecimento, analisar políticas, programas e ações direcionadas ao restabelecimento da saúde mental e acolhimento das demandas dos trabalhadores adoecidos, pareceu-nos de grande relevância social e acadêmica.

De fato, na contemporaneidade, o padrão de acumulação “flexível” e o uso de ferramentas da Tecnologia da Informação (TI) e de plataformas digitais para a gestão do trabalho, ao mesmo tempo que permitem instituir o trabalho por metas nos mais diversos setores da economia, reduzem postos de trabalho, agravando o desemprego e gerando mais tensões nos trabalhadores. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no quarto trimestre de 2021, o número de desempregados alcançou mais de 12 milhões de brasileiros, ou seja, 11,1% da população do país em idade e condições de trabalho encerrou o ano de 2021 sem acesso ao trabalho (IBGE, 2022). Ainda, segundo o mesmo instituto, houve melhora nos índices de desemprego, em 2022, apontando que o ano foi encerrado com 8,6 milhões de pessoas desocupadas, com taxa de 9,4% (IBGE, 2023), considerada ainda muito elevada. Ademais, no Brasil, 4,8 milhões de pessoas estão no patamar do que o IBGE classifica como “desalentados”, ou seja, são pessoas com interesse em trabalhar, disponíveis para ingressar no mercado de trabalho, mas não estão à procura de vaga, pelo fato de entenderem que não encontrarão espaço no mundo do trabalho (IBGE, 2022). Assim, tanto a situação de desemprego como a situação de desalento são preocupantes e, também, são fatores que podem influenciar a saúde mental dos trabalhadores e dos seus familiares.

Com efeito, para o mundo do trabalho, em suas não novas configurações, há limites para a exploração do trabalhador. E, na particularidade brasileira, os trabalhadores vivenciam a superexploração desde os primórdios do desenvolvimento do capitalismo e, mais recentemente, esta superexploração é intensificada, especialmente, por meio da ampliação de ferramentas do ecossistema digital. Assim, dia após dia, trabalhadores e trabalhadoras se distanciam de si mesmos e, como autônomas, relegam os cuidados com a própria saúde e com seu bem-estar. A busca por melhores condições de vida se dissolve ou se submete aos ditames do mercado. E a luta dos trabalhadores para permanecerem em empregos, em um contexto desfavorável de um país extremamente desigual, que exclui muitos do mercado formal de trabalho, torna-se mais severa e desgastante. Travar essa luta em um contexto de pandemia

exponenciou fatores de adoecimento e sofrimento psíquico, especialmente, em ambientes de saúde e particularmente de saúde mental.

No que diz respeito ao cuidado à saúde de trabalhadores e trabalhadoras, o Brasil instituiu, por meio da participação popular e de movimentos sociais inspirados no ideário da reforma sanitária, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instalou as bases para construção do atual sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS. Nela, destaca-se a saúde do trabalhador como um dos campos de atuação e execução de ações. Este campo de atuação se destina a promover, proteger, recuperar e reabilitar à saúde desse grupo submetido a riscos e agravos provenientes das condições de trabalho, atrelada às ações de vigilância sanitária e epidemiológica (Brasil, 1990).

Ao pensar no aprimoramento, na descentralização e integralidade da atenção à saúde do trabalhador, princípios e ideais reconhecidos nas bases legais do SUS, a partir da Lei nº 8.080/1990, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. A referida Portaria define princípios, diretrizes e estratégias que devem ser observadas pelas três esferas de gestão do SUS, a fim de desenvolver o cuidado integral à saúde do trabalhador, reduzir a morbimortalidade, fortalecendo o desenvolvimento de ações direcionadas à saúde do trabalhador, um dos campos de atuação do SUS (Brasil, 2012).

A política abrange trabalhadores e trabalhadoras, independente de vínculo empregatício ou localização geográfica. Alinha-se ao conjunto das políticas desenvolvidas pelo SUS, devendo considerar as ações destinadas à saúde do trabalhador de forma transversal e o trabalho como um dos determinantes da saúde (Brasil, 2012).

Há que se fazer ressalva em meio às conquistas. Como tantas outras políticas públicas no Brasil, a PNSTT apresenta claros limites, que fragilizam o cuidado à saúde dos trabalhadores, dentre estes, destaca-se a incipiência do trabalho desenvolvido pelos CEREST, no que diz respeito às atividades de saúde mental destinadas ao trabalhador, em áreas assistenciais, de educação em saúde e vigilância em saúde. Ora. “[...] os dados encontrados e oriundos de estudos anteriores [revelam que] a saúde mental não tem sido prioridade na área técnica do SUS de saúde do trabalhador” (Cardoso; Araújo, 2016, p. 12), o que demonstra a necessidade urgente de fortalecimento da política e, conseqüentemente, das atividades voltadas ao seu público.

Ainda no período da presidência de Dilma Rousseff, o Relatório da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), 2016, com a “Avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016” acerca do processo

de implementação da PNSTT, mencionou que todos os anos a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) realiza o monitoramento das atividades realizadas pela RENAST, por meio da aplicação de um questionário. Os dados coletados demonstraram que entre 2014 e 2015 “[...] houve um aumento de 46,15% do número de CEREST que realizaram programas especiais para saúde ou transtornos mentais [...]”, o que indica um percentual de unidades realizando ações ainda inexpressivo. Mas, a expansão dos CERESTs pode ser considerada ponto positivo para esse tema importante: a saúde dos trabalhadores (Brasil, 2016a, p. 35).

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 13), “[...] o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais”, com claras repercussões sobre o SUS. Diversos pesquisadores alertaram para os impactos no setor saúde provocados pela PEC 95/2016 (Brasil, 2016b). Essa emenda é considerada “[...] uma medida drástica do governo [...]”, pois tem o intuito de promover o congelamento de gastos da política de saúde (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 15).

Afetados pela contrarreforma trabalhista, que aprofundou a flexibilização das relações laborais e provou maior desproteção dos trabalhadores, e submetidos a formas de gestão do trabalho que promovem aumento da produtividade, com base em incremento tecnológico, extenuados pela extensão de jornadas, possibilitadas pela criação de artifícios legais, os trabalhadores vivenciam diferentes formas de adoecimento físico e mental. E isso, em um contexto de desfinanciamento do SUS, a comprometer a execução de políticas de saúde e o atendimento das necessidades dos trabalhadores de menor renda e das famílias, principais usuários do SUS. Ao mesmo tempo, por meio da Portaria nº 3.588/2017 (Brasil, 2017a), o Governo Temer “[...] engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [com] fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais”, destinando a estes mais recursos (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018, p. 16).

O governo Bolsonaro, nos primeiros dias, promoveu ataque frontal aos trabalhadores, ao extinguir o Ministério do Trabalho e Emprego, responsável pela fiscalização do cumprimento dos direitos trabalhistas, por meio da Medida Provisória Nº 870/2019 (Brasil, 2019). Setores deste Ministério foram incorporados ao Ministério da Economia, sinalizando a subordinação do trabalho ao comando da economia. Vale lembrar de que este mesmo Ministério existia desde a década de 1930, no Governo Getúlio Vargas, constituindo referência para mediação e regulação das relações entre trabalhadores e empregadores (Lacerda, 2020).

Ainda no contexto do Governo Bolsonaro (2019-2022), estruturas de defesa e proteção dos direitos do trabalhador foram modificadas e/ou tiveram cortes orçamentários, reduzindo a possibilidade de vigilância, assistência e proteção da saúde dos trabalhadores. A extinção fragilizou ainda mais a posição do país frente ao processo de precarização dos empregos, observado em todo o mundo, resultando em maior desequilíbrio entre empregados e empregadores diante da balança dos direitos e deveres. É importante destacar que o fim do Ministério já vinha sendo orquestrado desde o Governo de Michel Temer (Lacerda, 2020). Somente em 2021, foi recriada a pasta com o nome de Ministério do Trabalho e Previdência (Oliveira, 2021).

Em 2023, o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 11.358, alterado pelo Decreto Nº 11.391, de 20 de janeiro de 2023, que organiza as estruturas do ministério. Desta forma, o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador passou a integrar a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). Esta secretaria tem como principais focos de atenção o desenvolvimento dos programas de: combate à dengue, malária e outros vetores de doenças transmissíveis; imunização, “prevenção e controle de doenças imunopreveníveis”, o controle às zoonoses; e ainda “a vigilância de doenças emergentes” (Brasil, 2023a). Ademais, este Departamento, desenvolve ações relativas ao gerenciamento da SVSA, incluindo atividades relacionadas ao trabalho; acompanha as ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora, além das ações de vigilância em saúde ambiental. Este Departamento responde também pelo desenvolvimento de metodologias para análise de riscos relacionados à vigilância ambiental, executa atividades de planejamento, coordenação e avaliação do acompanhamento e do processo de supervisão da vigilância em saúde ambiental e da saúde do trabalhador e da trabalhadora, dentre outras atividades. No citado departamento, existe ainda a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador que conta com Coordenação de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho para integrar e complementar as ações relacionadas à vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora (Brasil, 2023a).

Ainda relacionada à estrutura e organização da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil, no Ministério da Saúde, temos a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), que tem sob sua responsabilidade a formulação de políticas norteadoras e orientadoras “[...] da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil”. Para compor as ações de gestão e regulação do trabalho e educação na saúde, conta com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde - composto por coordenações

nacionais da Residências em Saúde, das Ações Estratégicas de Educação na Saúde e da Integração Ensino-Serviço-Comunidade - e com o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, composto por coordenação de âmbito nacional relacionada ao: Planejamento da Força de Trabalho na Saúde, à Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde e à Regulação e Relações de Trabalho na Saúde (Brasil, 2023b).

Assim, na atual estrutura do Ministério da Saúde, a saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde compete tanto à SGTES, que promove ações de gestão e regulação do trabalho e de educação na saúde, quanto à SVSA, que desenvolve as atividades de vigilância à saúde, assim como o setor da assistência que compreende os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), integrantes da RENAST (Brasil, 2023b).

Conforme dados do site do Ministério da Saúde, atualmente, existem 215 CEREST habilitados e em funcionamento, destes: 26 são estaduais, 1 distrital (DF) e 185 denominados regionais/municipais. Juntos realizam a cobertura de 3.981 municípios, ou seja, aproximadamente, 70,7% das regiões de saúde do país, conformando população de 84 milhões de trabalhadores e trabalhadoras (Brasil, 2023c).

Diante do quantitativo de trabalhadores no Brasil (formais e informais), notamos que a cobertura é insuficiente. De fato, Cardoso e Araújo, em 2016, alertam “[...] que as ações na área de saúde mental relacionadas ao trabalho realizadas pelos CEREST ainda [são] incipientes[...]”. Essa incipiência já vinha sendo observada tanto nos serviços assistenciais como nas atividades relacionadas à educação em vigilância e educação em saúde. Isso demonstra que “[...] a saúde mental não [era] prioridade na área técnica do SUS de saúde do trabalhador” (Cardoso; Araújo, 2016, p. 14). Cabe mencionar o agravamento das situações de adoecimento mental com o advento da pandemia da Covid-19, o que interpela fortemente a equipe do Ministério da Saúde no atual momento histórico de reconstrução do SUS para necessidade de repensar a estrutura, os programas e a própria PNSTT.

Estudo entre enfermeiros revelou que a ocorrência de mudanças nas rotinas de trabalho devido à pandemia da Covid-19 tem relação com o processo de adoecimento mental, uma vez que: “[...] a sobrecarga psíquica e a falta de apoio psicoemocional operavam como alguns dos principais fatores envolvidos em seu adoecimento mental. Sabe-se que a saúde mental da enfermagem se encontra especialmente fragilizada no contexto da pandemia de COVID-19” (Centenaro *et al.*, 2024, p. 7).

Em 2023, no Governo Lula, a estrutura do Ministério do Trabalho e Emprego foi recriada em um novo organograma, com unidades finalísticas, dentre estas, a Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) (Brasil, 2023d). Esta Secretaria tem o papel de “[...] organizar,

coordenar, avaliar e controlar as atividades de auditoria e as auxiliares da inspeção do trabalho, bem como elaborar o planejamento estratégico para a atuação da Inspeção do Trabalho” (Brasil, 2023e), atendendo aos dispositivos do Decreto nº 4.552, de 27 de dezembro de 2002, que regulamenta inspeção do trabalho (Brasil, 2002).

Com a nova organização do Ministério do Trabalho e Emprego há, então, a possibilidade de concretizar políticas públicas mais efetivas voltadas à proteção e prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores. Com retrocessos e avanços, a análise do campo da saúde mental dos trabalhadores, em meio às transformações do mundo trabalho, ganhou mais sentido.

Durante a escrita deste texto, diversos questionamentos foram sendo construídos, reconstruídos, alguns respondidos e outros ainda na busca de respostas, por isso, a importância do ato da pesquisa científica. Assim, destacamos alguns que requerem maior aprofundamento, para compreensão mais ampla e completa da realidade estudada: i) O que os trabalhadores entendem por cuidar da própria saúde? Como o Ceará vem cuidando da saúde dos trabalhadores? ii) Como esta questão tem sido vista pela instituição empregadora? iii) De que forma recebem atenção frente às necessidades relacionadas à sua saúde e nela englobada a saúde mental? E a pergunta central deste estudo: quais agravos têm sido mais comuns à saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde mental do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto?

Mediante a apresentação inicial do panorama da base legal da política de saúde voltada para os trabalhadores e as trabalhadoras do país, afirmamos ser inicial porque, na perspectiva da avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008,) é imprescindível a realização da análise de contexto, conteúdo e trajetória institucional da política em estudo, restando ainda outro questionamento: por que é importante falar sobre a saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde?

Podemos ressaltar a necessidade de debate sobre o tema, preliminarmente apresentado, a partir de algumas informações sobre a situação de saúde mental dos trabalhadores no país e a importância de uma PNSTT forte que garanta o direito à saúde do próprio público. O Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador (CCVISAT), por meio do Boletim Epidemiológico – Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil de 2006–2017, aponta pesquisas que relacionam trabalho e transtornos mentais, elencam recomendações, formas de proteção aos trabalhadores que são expostos a esse tipo de risco e sugerem ações para os acometidos (CCVISAT, 2019).

A grande questão apontada no boletim é: “[...] o nexo ocupacional desses agravos é ainda pouco investigado, reconhecido e raramente registrado” (CCVISAT, 2019, p. 1). No SUS, a notificação para transtornos mentais relacionados ao trabalho é realizada por intermédio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo de caráter compulsório (Idem), mas apresentando muita deficiência, em razão da subnotificação, do despreparo e não adesão dos profissionais ao preenchimento das fichas no SINAN para tais agravos, da inexistência de dispositivos institucionais de acompanhamento dos processos de trabalho relacionados à necessária notificação compulsória de agravos à saúde.

Ademais, há um: “[...] despreparo das portas de entradas do SUS em identificar a relação do acidente ou doença com o trabalho, do estabelecimento do nexo causal o que compromete a notificação, diagnóstico, intervenções e acompanhamento dos casos, relacionando-os com o trabalho” (Silva *et al.*, 2023, p. 07).

A partir de 2007, a cada ano, o número de casos por sexos apresentou maior destaque para as mulheres e diferença foi crescendo com o passar do tempo. Sobre essa expressividade de casos entre as mulheres, o estudo aponta que “[...] a desvantagem das mulheres vem sendo descrita como resultante de iniquidades de gênero no trabalho, do assédio moral e sexual dentre outras formas de violência” (CCVISAT, 2019, p. 1).

Foram apresentados os dados em 2023 das pesquisas “Condições de Trabalho e Saúde Mental dos Profissionais e Trabalhadores Invisíveis da Saúde no Contexto da Pandemia”, realizadas pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/FIOCRUZ), entre os anos de 2020 e 2022. As pesquisas foram de âmbito nacional, abrangendo mais de 2.000 municípios das cinco regiões do país (Machado *et al.*, 2023).

O objetivo foi suscitar a discussão acerca da precarização e dos efeitos negativos do trabalho tanto na vida como no mundo do trabalho. Foram feitos estudos com dois grupos de trabalhadores: no primeiro, foram entrevistados 15.132 profissionais da área da saúde, de nível superior, a exemplo de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros; e no segundo, os chamados “trabalhadores invisíveis”, com 21.480 trabalhadores entrevistados, pertencentes a 60 ocupações diferentes, sendo algumas delas formadas por técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, segurança do trabalho, agentes de saúde, maqueiros, dentre outros (Machado *et al.*, 2023, p. 03).

Somente 34% dos profissionais da saúde e 43% dos “trabalhadores invisíveis” possuem vínculo estatutário, os demais classificaram o vínculo como empregados por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), contrato temporário ou autônomos (pessoa física e

cooperado). Na classificação dos autônomos, 9,7% são profissionais da saúde e 2,6% de “trabalhadores invisíveis”. Foi destacado ainda que nos dois segmentos, eles precisam de outras formas de trabalho temporário para complementar à renda familiar. Sobre os profissionais da saúde, essa realidade se revela em plantões extras (Machado *et al.*, 2023).

Dos 21.480 trabalhadores, denominados de “trabalhadores invisíveis” apontou-se no estudo que 80% desse contingente convive com o desgaste profissional que tem relação com o estresse psicológico, sintomas de ansiedade e presença de esgotamento mental (Machado *et al.*, 2023).

Outro dado importante revelado no estudo é que 43,2% dos profissionais da saúde e 52,9% dos “trabalhadores invisíveis” mencionaram sentimentos de “desproteção, insegurança e medo”, o que indica condições de trabalho hostis e desiguais (Machado *et al.*, 2023, p. 15).

Na pesquisa, foram destacadas ainda possíveis sequelas, tendo em vista as mudanças de rotina e outros sintomas, dentre os quais foram revelados: “[...] perturbação do sono, irritabilidade, ansiedade, depressão e tristeza, além de enorme cansaço e desgaste [...]”. É importante destacar ainda que boa parte dos pesquisados mostraram as alterações descritas já estavam presentes em suas vidas antes mesmo do início da pandemia e foram se agravando ao longo do período pandêmico (Machado *et al.*, 2023, p. 19).

Outro estudo, de menor porte, relacionado ao trabalho na saúde, com 36 profissionais de 17 Unidades de Saúde da Família de João Pessoa/PB, Brasil, em 2009, destacou que 22 profissionais (61,1%) adoeceram, destes, dezenove (86,3%) afirmaram sofrer de algum transtorno de ansiedade e três (13,7%) referiram ter apresentado transtorno relacionado à depressão (Carrero *et al.*, 2013). Conforme os resultados da pesquisa, observou-se que o quantitativo de trabalhadores da saúde, nas referidas unidades analisadas, com problemas relacionados à saúde mental, constituiu dado significativo e preocupante.

Essa é uma realidade latente e ainda mais complexa, com o advento da pandemia da Covid-19 no Brasil, pois, conforme relata Dantas (2021), além da predisposição ao risco de infecção ocasionada pelo vírus e das dificuldades enfrentadas, como a possibilidade de falta de material para proteção individual, dentre outros insumos do cotidiano hospitalar, muitas vezes ainda, depararam-se com a árdua tarefa de decidir qual paciente seria beneficiado com determinada tecnologia no tratamento, em detrimento de outro.

Sobre esses impactos à situação de saúde mental desses profissionais da linha de frente que estiveram e ainda estão combatendo à Covid-19, em 2020, foi realizada pesquisa pela Faculdade de Medicina (FM), da Universidade de Brasília e do Hospital Universitário de

Brasília (HUB), que destacou três distúrbios analisados entre um grupo de médicos residentes: a ansiedade; a insônia e a depressão; e a insônia, o que mais se destacou nas respostas dos participantes foi a ansiedade e, destes, 41,7% descreveram como sintomas: incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e nervosismo, constatados de forma moderada. Foi relatado ainda no estudo que cerca de 25% dos entrevistados pensavam em mudar de especialidade (Brasil, 2020a). A pesquisa revelou ainda que 83,3% dos pesquisados afirmaram que o sono teve a qualidade geral prejudicada e que 75% desses apresentavam também sonolência diurna (Brasil, 2020a).

Tavares *et al.* (2022, p. 01), em estudo realizado para identificar possíveis alterações psíquicas em enfermeiros “pertencentes e não pertencentes ao grupo de risco para complicações da Covid-19”, apontaram uma maior prevalências de profissionais do grupo de risco de Distúrbios Psíquicos Menores (DPMs), e maiores escores nos domínios do Burnout, desgaste emocional e despersonalização em relação aos demais trabalhadores, além da presença de desgaste emocional e despersonalização, interferindo na relação com outros trabalhadores do serviço. Destacam ainda que esses dados são essenciais para subsidiar estratégias de gestão hospitalar frente aos grupos de maior vulnerabilidade para possíveis complicações provenientes da Covid-19.

Na linha de pesquisa do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará (MAPP-UFC) “Políticas Públicas e Mudanças Sociais”, partindo das indagações pertinentes ao cuidado à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde e percorrendo os caminhos da pesquisa avaliativa. Foi elaborado o seguinte objetivo geral: avaliar as ações de saúde mental direcionadas aos trabalhadores e às trabalhadoras da saúde de Hospital de Saúde Mental, no município de Fortaleza-Ceará, Brasil.

E, para maior compreensão desse envolvimento entre as políticas de saúde mental e saúde do trabalhador na construção da PNSTT, foram definidos os objetivos específicos: i) caracterizar o ambiente de trabalho do hospital lócus do estudo, destacando as condições gerais de trabalho, espaços de alimentação e repouso; ii) identificar as ações desenvolvidas pela unidade hospitalar para o cuidado em saúde mental dos(as) trabalhadores e trabalhadoras; e iii) compreender os significados dessas ações para os trabalhadores e as trabalhadoras do serviço em tela.

A partir do cenário apresentado, intenciona-se aprofundar conhecimentos sobre a PNSTT e conhecer melhor como esta política vem se materializando no trabalho desenvolvido pelo Hospital de Saúde Mental estudado, na forma de ações para o cuidado em saúde mental desses trabalhadores do SUS.

A relevância de estudar o tema saúde de trabalhadores da saúde, inicialmente discutida na parte introdutória do texto, está relacionada ao fato de que é grande o número destes em processo de adoecimento, cujas consequências são alarmantes, tanto na vida desses sujeitos quanto na vida dos usuários dos serviços de saúde, até mesmo em nível mais amplo, afetando a realidade social do país (Brotto; Dalbello-Araujo, 2012). Como se pode observar a pesquisa realizada por Brotto e Dalbello-Araujo em 2012, já indicava as consequências alarmantes do adoecimento dos profissionais da saúde.

Sobre o contexto atual, Dantas (2021, p. 05), ao realizar estudo sobre a saúde mental de trabalhadores da saúde durante o período da pandemia da Covid-19, revelou a necessidade de elaboração de “[...] planos e ações imediatamente no Brasil, que necessariamente devem perpassar pelo rastreio de depressão, ideação suicida, ansiedade e estresse pós-traumático [...]”. Destacou, ainda, que além dos rastreios, deve-se assegurar a esses profissionais o devido apoio emocional durante longo período, uma vez que “[...] os impactos negativos causados podem reverberar durante meses ou até anos [...]”.

O esgotamento, destacado por Assunção (2011), carece de investigação aprofundada e definição de estratégias para o cuidado aos trabalhadores da saúde, tendo em vista que o cuidado em saúde, de forma qualificada, depende da forma como o sistema reconhece a subjetividade dos trabalhadores, bem como as necessidades destes no exercício de funções, visto que na pesquisa de Assunção em 2011, já era observado esse processo de esgotamento nos trabalhadores.

Após uma década da publicação de Assunção (2011), Dantas (2021, p. 05) afirma que as ações relacionadas à promoção da saúde mental, a necessidade de um bom acolhimento dos profissionais da saúde frente às demandas e queixas, estão muito além de medidas tomadas somente para o período pandêmico. Por isso, esse processo de investigação e de cuidado à saúde mental precisa ser mais ainda fortalecido e longitudinal, não se restringindo apenas ao período vivenciado na Pandemia da Covid-19. Em verdade, a necessidade de promoção, proteção e recuperação da saúde de trabalhadores e trabalhadores permanece e se ampliou. Por isso, urge a necessidade de políticas que resgatem do trabalho possui e assegurem a proteção devida desses protagonistas que atuam nos sistemas de saúde.

A despeito da existência da complexa rede saúde pública e da firme intenção de promover a articulação entre os serviços de saúde e destes com outras políticas, na perspectiva intersetorial, ainda é notória a necessidade maior da Saúde do Trabalhador se ocupar também com a Saúde Mental, especialmente de trabalhadores com histórico de sofrimentos psíquicos relacionados ao trabalho. Por isso, a importância social em se realizar estudos e pesquisas

sobre o tema para subsidiar políticas públicas voltadas aos trabalhadores e ao fortalecimento da PNSTT.

Esses aspectos fazem com que a PNSTT se constitua como oportuno objeto de investigação no campo da Avaliação de Políticas Públicas, considerando a dimensão política de situar a avaliação enquanto instrumento de tomada de decisão em gestão pública, e a perspectiva do MAPP em oportunizar e fornecer contribuições relevantes, capazes de orientar as ações públicas, no caso, aquelas do campo da saúde mental do trabalhador do SUS, no município de Fortaleza - Ceará.

Fica mais patente a necessidade de estudo acerca da relação saúde mental de profissionais da saúde e as estratégias de cuidado relacionadas à Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, principalmente frente ao que se vivenciou no mundo inteiro, referente à pandemia da covid-19 e à pesada herança em termos de agravos à saúde, de modo geral e, em específico, à saúde do trabalhador e da trabalhadora.

A fim de organizar e colaborar com o entendimento do leitor quanto aos caminhos pretendidos nesta pesquisa, este texto está composto por cinco seções. Na Introdução, a primeira seção que apresentou o problema central, os objetivos da pesquisa avaliativa, a relevância do estudo e a ligação do tema com a pesquisadora.

Na segunda seção, intitulada “Trajetórias teórico-metodológicas da pesquisa avaliativa”, descreve-se como se realizou a pesquisa a partir do processo metodológico, teórico e conceitual, com destaque para perspectiva da avaliação em profundidade, teorizada por Rodrigues (2008).

A terceira seção recebeu o título “Iluminação teórica: categorias de orientação crítica para a pesquisa avaliativa qualitativa”, em que foi discutido sobre os processos de trabalho e os rebatimentos na saúde dos(as) trabalhadores e trabalhadoras, bem como as repercussões na saúde mental da classe.

Em seguida, na quarta seção, com título “Construindo os caminhos da pesquisa avaliativa: contexto, conteúdo e trajetória como ferramentas de análise da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)”, considerado aspecto-chave para compreensão do processo de demanda, luta, é realizada discussão acerca da implantação da PNSTT no Brasil e das relações com a saúde mental

A última seção aborda os resultados da pesquisa, intitulada “Experiências de adoecimento e sofrimento mental de trabalhadores e trabalhadoras de um hospital mental”, trazendo reflexão sobre os aspectos sociais e econômicos dos entrevistados, as percepções

sobre a instituição, as situações de saúde decorrentes ao cotidiano e as ações de saúde mental desenvolvidas no ambiente hospital.

2 TRAJETÓRIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PESQUISA AVALIATIVA

O processo de construção metodológica de uma pesquisa requer do pesquisador profundo conhecimento sobre o tema, uma vez que, nas palavras de Paugam (2005), o processo de que permite o pesquisador passar do senso comum ao senso sociológico, em um primeiro momento, pode parecer simples, mas não é.

O autor afirma ainda que essa passagem é o exercício mais complexo a ser desenvolvido pelo sociólogo, exigindo atenção para não cair nas armadilhas de um possível “julgamento espontâneo” (Paugam, 2005). E é nesse caminho de construção, reconstrução e aprofundamento que guiamos este estudo.

O pesquisador precisa ter consciência de que o real objetivo da pesquisa social não é simplesmente dar explicações sobre a “realidade em si”, mas o que precisa ser aprimorado é a capacidade de traduzir da linguagem que está imiscuída nos “sistemas de relações” para a linguagem de quem recebe, que é o público ou a comunidade científica, ou seja, o pesquisador passa a ser “[...]aquele que traduz de uma linguagem para outra” (Melucci, 2005, p. 34).

2.1 O olhar do pesquisador na pesquisa avaliativa: métodos e técnicas de investigação

A relevância dos atos de olhar, ouvir e escrever, como bem defende Roberto Cardoso de Oliveira, no livro: “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever”, merece atenção para essa prática que, na primeira impressão, pode ser avaliada como banal, uma vez que é recorrente o uso dessas funções, mas que são primordiais para o ato da pesquisa e do fazer antropológico (Oliveira, 2006).

Oliveira (2006) afirma que nas três etapas representadas pelo olhar, ouvir e escrever, há necessidade de um olhar e um ouvir “disciplinados” para que o ato de escrever possa expressar toda a nossa capacidade criativa, que é nata das ciências, na perspectiva de construir uma teoria social.

Essa discussão inicial remonta a como esse processo de olhar, ouvir e escrever nos leva ao nosso objeto de pesquisa – a percepção dos trabalhadores da saúde sobre a atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde em um Hospital de Saúde Mental do Ceará – e como são etapas fundamentais para compreensão profunda do objeto.

Ao discorrer sobre “o olhar”, Oliveira (2006, p. 19) descreve que o primeiro ato do pesquisador, ao encontrar-se no campo, consiste no processo de “domesticação teórica” do

olhar. Com esse processo, o pesquisador se prepara para realizar a pesquisa empírica, como via para desvelar o objeto. Ao dirigir o olhar ao objeto, já havia alterado a maneira própria de enxergá-lo; o objeto já não consegue mais se desvencilhar do que foi apreendido enquanto disciplina que forma, que constrói a maneira de o pesquisador ver a realidade.

O autor insta os pesquisadores a não se deixarem conduzir por um determinismo, algo fatídico, pronto e acabado, referente. O autor se refere ao momento em que o ato de pesquisar adentra no espaço do campo de pesquisa, neste caso, uma unidade hospitalar de referência para o cuidado em saúde mental. Este passo em si já traz consigo elementos de leituras, estudos, possíveis vivências, pré-noções, do que sejam aqueles espaços. Todo esse acúmulo repercute no olhar do pesquisador.

O próprio espaço físico da pesquisa de campo, construído dentro de padrões orientados por legislações, não será mais visto com um olhar ingênuo, mas com um olhar que já foi sensibilizado pela teoria vista pelo pesquisador. Esse olhar sensível, permeado por leituras e outras vivências, já diferenciaria, de forma radical, o que porventura estivesse escrito na literatura que fugisse ao observado naquele momento. Dominar a literatura, as teorias sobre o objeto em estudo é condição *sine qua non* para a compreensão do observador daquilo que está ali diante dos seus olhos (Oliveira, 2006).

O “ouvir” constitui etapa indispensável, por permitir ao pesquisador caminhar na construção do conhecimento. Todavia, esta etapa não deve ser interpretada como concorrente ou mesmo sem conexão ou independente da etapa do “olhar” e sim ser vista como etapa complementar”. Por isso, a necessidade de se ter contato com quem vivencia o campo, de ouvir a narrativa dos sujeitos que vivenciam o campo de pesquisa; é estar, é se fazer presente no contexto daquele objeto (Oliveira, 2006).

Não menosprezando o exercício das pesquisas bibliográficas e/ou documentais, que são válidas e relevantes para construção do saber, na pesquisa de campo, além do pesquisador estar municiado das informações das literaturas, ele também percorre o campo. Por isso, a entrevista, como ferramenta de coleta de dados, é capaz de fazer desse ouvir um momento especial e, para isso, o observador precisa estar preparado para “saber ouvir” (Oliveira, 2006, p. 22). O fato de ter lido sobre experiências, dados, teorias e achar que em todo lugar será um padrão, é talvez o que torna nosso ouvir “viciado” e prejudique a coleta de dados, daí, a necessidade de atenção redobrada por parte do pesquisador.

Paralela a essa discussão, não se pode perder de vista que o fato de ouvir os nossos sujeitos pesquisados, tendo sempre a clareza de que existe uma relação de poder, por isso, a relevância de se buscar uma relação de interlocução e não uma relação dialógica, pois,

na interlocução, um novo modelo de relação com o sujeito poderá e deverá ter lugar (Oliveira, 2006).

Na mesma medida em que o olhar e o ouvir são processos fundamentais para o pesquisador, uma outra etapa indispensável é o escrever. Enquanto o olhar e o ouvir são pertinentes à ação cognitiva do trabalho de campo; o ato de escrever se configura como a produção final do trabalho de campo, em que o conhecimento ali adquirido, apreendido ganha criticidade. Para melhor compreensão desse processo, pode-se afirmar que o olhar e ouvir são partes de uma primeira etapa, enquanto o escrever constitui a segunda etapa do processo de pesquisa (Oliveira, 2006).

Dentro desse exercício da escrita, o pesquisador precisa estar atento às diferenças da escrita quando está no gabinete, ou seja, neste momento, o pesquisador está fora do campo, fazendo reflexões, em um ato particular, lapidando o conhecimento; e quando está no campo, ou seja, no processo de olhar e ouvir, as anotações realizadas em blocos de notas, cadernos de anotações, diários de campo, são perpassadas por aspectos sociais e culturais daquele lugar (Oliveira, 2006).

Daí, a importância desta pesquisa para a saúde do trabalhador, uma vez que se buscou utilizar ferramentas como a observação de campo, o diário de campo, a entrevista e outros instrumentos bem explorados no campo, observando a organização, os fluxos, os encaminhamentos, as falas dos gestores, trabalhadores e tudo o que o equipamento oferece de cuidado ao segmento específico. Todo esse processo foi primordial para construir e dar sentido à segunda etapa, o escrever.

Quando se trata de dificuldades na realização da escuta, pessoalmente falando, é com relação à concentração. Estar sempre atenta às falas, ao tema, ao tempo, por vezes, deixam um tanto desconcentrada na fala dos sujeitos e mais atenta às questões estruturais da pesquisa.

Como forma de contornar essa dificuldade, foi elaborado um roteiro de entrevista simples, com questões claras, em que se programou a disposição e o tempo dos entrevistados, evitando envolver mais atividades no mesmo dia. Para tudo isso, houve a necessidade de organização, sem perder de vista o que afirma Oliveira (2006): o caminhar da pesquisa é difícil e estamos sujeitos a várias quedas.

O documentário *Janela da Alma* (2001) remete à conexão com o ponto de vista de Oliveira (2006) sobre o olhar, o ouvir e o escrever, principalmente sobre o ouvir: um dos participantes do documentário afirma em linhas gerais que o nosso olhar vê nem de menos e nem demais. Também, afirma que temos um olhar condicionado, uma interpretação, pois tudo

o que a gente olha está em constante mediação com nossos conceitos, com nossos valores. Cada forma de vida é mediada pela experiência, pessoal, particular, na mesma linha do que Oliveira (2006, p. 19) descreve que: “[...] a partir do momento em que nos sentimos preparados para a investigação empírica, o objeto, sobre o qual dirigimos o nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo”.

Quando os participantes trazem a provocação de que o “conhecimento nasce do incômodo, nos faz pensar” (Janela da Alma, 2001) é muito semelhante ao que Oliveira (2006) afirma sobre o reconhecer a nossa intersubjetividade, pois, ao se reconhecer, o cientista social se torna menos ingênuo. Desta forma, o conhecimento nasce desse incômodo e, ao conhecer outras vivências, outras culturas, outros saberes, revela-nos a potência do ser humano.

Um diálogo muito interessante do documentário acontece quando um dos participantes, uma pessoa com deficiência visual, demonstra saber em detalhes cada movimento dado pelo carro, por qual rua estava indo, onde devia parar e, ao ser questionado sobre essa capacidade, ele respondeu que os sinais são referências, o subir, o descer, o barulho de determinado lugar lhe dava certeza de que estava no caminho certo (Janela da Alma, 2001). Daí, retornando às palavras de Oliveira (2006), quando trata da importância da entrevista como elo de interlocução e por ser um momento de confronto entre mundos diferentes, na fala dos sujeitos se constitui o contexto, por vezes, problemático, da entrevista, que envolve o ouvir, mas ouvir na perspectiva de interlocução entre pesquisador e interlocutor e não como diálogo.

Nas palavras de um dos entrevistados, essa discussão é bem impactante, ao afirmar que:

Estamos cegos, cegos da razão, da sensibilidade, cegos de tudo aquilo que não nos faz um ser razoavelmente funcional e de relação humana, pelo contrário, somos um ser agressivo, egoísta, um ser violento e o espetáculo que o mundo oferece é esse mundo de desigualdade, do sofrimento sem justificação, com explicação por que podemos explicar o que se passa, mas não tem justificativa (Janela da Alma, 2001).

Por isso, o processo de apreensão/compreensão dos ditos “fenômenos sociais” é um processo complexo, que requer sensibilidade e clareza para apreender o que está para além dos nossos olhos.

2.2 Caminhos da pesquisa social na avaliação de políticas públicas: calibrando perspectivas e estratégias de pesquisa

Ao seguir a pesquisa social, ressalta-se ser este estudo trilhado pelos caminhos da pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e, como afirmada anteriormente, referenciada em uma proposta de Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008).

Minayo (2002) assegura que a pesquisa qualitativa tem a intenção de oferecer respostas às questões mais íntimas. Trata-se de uma metodologia, dentro das ciências sociais, que evidencia preocupação com a realidade, por ser um nível que não se pode quantificar.

Considerando a discussão, é importante destacar que a escolha dos caminhos da pesquisa qualitativa não se deveu ao fato da pesquisa quantitativa ser inferior ou mesmo desnecessária. Como afirma Lalanda (1998), essas metodologias não são opostas, elas são complementares. A utilização da metodologia qualitativa tem sido frequentemente utilizada dentro da sociologia, pois tem por base relação profunda com número reduzido de atores (Idem).

Minayo (2002, p. 22) concorda com Lalanda (1998) no que se refere à discussão acerca do uso de técnicas quantitativas ou qualitativas nas pesquisas, afirmando que a diferença das duas está na “natureza”, pois, enquanto há cientistas sociais que optam por trabalhar com dados estatísticos para apreensão do fenômeno, há também os que escolhem a perspectiva qualitativa, buscando aprofundar o “mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”, portanto, as duas não são opostas.

Assim, seguindo os processos metodológicos desta pesquisa, foram utilizados dados frutos da pesquisa bibliográfica, valorizando material elaborado previamente, composto por produções científicas (artigos) e livros; e do levantamento de campo, com questionamentos direcionados aos responsáveis pelos equipamentos, dado o interesse em conhecer a opinião, a partir da solicitação de informações (Gil, 2008).

Na sequência, foram realizadas coletas de dados do tipo primária, que para Marconi e Lakatos (2003, p. 159) consistem em: “dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações, pesquisas e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares; registros em geral; documentação pessoal (diários, memórias, autobiografias); correspondência pública ou privada etc.”.

Também foram coletados dados secundários em diversos sites e plataformas: no *site* do Ministério do Trabalho e Previdência (dados estatísticos – saúde e segurança do

trabalhador); da plataforma da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); do Ministério da Saúde (DataSUS); do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (Plataforma *SmartLab*)/MPT; do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores da saúde e gestor do Hospital de Saúde Mental. E, como ferramenta de coleta e registro de dados, foram utilizados roteiros de entrevistas do tipo semiestruturado, gravador, respeitando as questões éticas dispostas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, tomando-se o devido consentimento livre e esclarecido do participante e a anuência do local do estudo, sendo devidamente submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

Para Gil (2008), a utilização da técnica denominada “entrevista” como ferramenta de coleta de dados, permite ao pesquisador ficar em frente ao entrevistado e conseguir lhe apresentar perguntas, a fim de que a partir desses questionamentos possa obter dados importantes para a pesquisa. Tal técnica não consiste em mera busca por extração de dados, mas compreende a busca de informações preciosas que, no campo da avaliação das políticas públicas, poderão até mesmo dar uma outra perspectiva à condução de uma política ou mesmo à extinção, caso não esteja sendo executada como proposto, por exemplo.

Para Lalanda (1998), a eficácia da “entrevista em profundidade” não depende somente de um bom domínio do processo metodológico, mas, em especial, da “atitude antropológica do entrevistador”, de mergulhar na busca por respostas, sem perder de vista o horizonte da pesquisa, o objeto. Para que esse mergulho seja possível, é fundamental também que o pesquisador tenha empatia (Idem).

Ao referir-se à entrevista, Gil (2008, p. 109) afirma ser esta “uma forma de interação social”. No campo das políticas públicas, não há nada mais valioso na pesquisa do que a troca de informações e o diálogo, proporcionado ao pesquisador, por meio da entrevista; ela o aproxima do cotidiano dos serviços, da percepção dos executores e das experiências dos usuários a quem se destinam ações, projetos e programas.

Mediante o roteiro de entrevista, foi possível identificar como os serviços que compõem a política de saúde do trabalhador vêm trabalhando para o cuidado em saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde distribuídos pelo país. E, nesta perspectiva geral, foi igualmente possível identificar e caracterizar as ações desenvolvidas para o cuidado em saúde mental dos trabalhadores da saúde, o número de notificações e as principais causas de transtornos mentais relacionados ao trabalho nos trabalhadores da saúde, bem como poder visualizar e analisar o fluxo dos encaminhamentos realizados nas situações que envolvam transtorno mental relacionado ao trabalho nos trabalhadores da saúde.

Sobre o roteiro de entrevista, Lalande (1998, p. 874) alerta o pesquisador sobre a necessidade de evitar “condicionar as respostas pelas próprias perguntas que faz”. Isto é um risco e deve ser cuidadosamente observado e ajustado pelo pesquisador, evitando, assim, possíveis entraves ou vieses na pesquisa.

Sobre os aspectos da coleta de dados para a pesquisa avaliativa em estudo, a pesquisa foi realizada no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM, localizado em Fortaleza – Ceará, Brasil.

2.3 O campo na pesquisa qualitativa: o desafio do distanciamento crítico e do necessário envolvimento do pesquisador

Velho (1978) descreve que, a fim de garantir ao pesquisador as condições objetivas para a ocorrência do trabalho, é necessário garantir uma distância mínima. Mas, é evidente e até inevitável que existirá, nesse processo, um certo grau de envolvimento, o que o autor não qualifica como uma falha na pesquisa. No processo de relativizar, longe de negar ou mesmo individualizar, é necessário estar atento à complexidade posta pela categoria “distância” e, dessa distância, conseguir apreender as consequências dessa relativização para o trabalho científico (Velho, 1978).

Ao retratar o familiar e o exótico, Velho (1978) afirma que a familiaridade está implicada no que sempre vemos, no que nos é próximo, o que não podemos afirmar é que nos é conhecido, o exótico, seria o que não vemos, pode ser até certo ponto, conhecido. Não podemos perder de vista que há um movimento entre o familiar, conhecido, e o exótico, desconhecido. O fato de conhecer a paisagem, o lugar onde se está habitualmente, traz familiaridades, mas o conhecimento da vida de um daqueles sujeitos que habitam aquela paisagem, os costumes particulares, os credos são diferenciados (Velho, 1978).

Velho (1978) apresenta o exótico para experiências fora de uma sociedade complexa, uma vez que nesse tipo de sociedade, o exótico não ocorre pelo fato de que são realidades permeadas por categorias sociais, hierarquizadas. Essa hierarquia delimita, marca cada categoria social, que estereotipa, rotula; por exemplo, os nordestinos, os surfistas. Nesse processo de relativização, de transcender aquele estereótipo, cabe ao pesquisador ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, mesmo com as dificuldades impostas pelas hierarquias.

E o que seria a distância dentro desse processo de familiaridade, exotismo, de relativização dessas categorias? O autor afirma que não se pode ter dúvidas quanto à

existência de uma distância social e até psicológica. Ele exemplifica, afirmando que duas pessoas podem viver na mesma sociedade, mas existem distinções entre os seus espaços socioculturais e psicológicos (Velho, 1978).

Para finalizar essa discussão sobre o que são essas categorias distância, familiaridade, conhecido e desconhecido, na perspectiva da pesquisa social, o autor ainda acrescenta a existência da dimensão do poder e da dominação que são fundantes na construção desse mapa e hierarquia. Uma categorização social de poder que é desigual dentro da nossa sociedade constituída por classe (Velho, 1978). Essas relações precisam ser analisadas e não se pode perder de vista, uma vez que são marcas que atravessam o cotidiano dos sujeitos, envolvem relações econômicas, sociais e culturais.

A vivência no espaço de pesquisa e o debruçar-se sobre as teorias são fundamentais para orientar esse mergulho e colocar em teste nossa capacidade de visualizar, naquele espaço as relações de poder. Velho (1978), ao citar Da Matam afirma que é buscar transformar aquilo que porventura era exótico em familiar e o que já era familiar, conhecido, em exótico.

O pesquisador pode até conhecer os cenários do seu cotidiano, mas isso não o autoriza a afirmar que conhece as visões de mundo, que compreende a lógica das relações estabelecidas naquele espaço, as opiniões dos sujeitos pesquisados. O autor destaca ainda que esse conhecimento prévio pode até estar gravemente comprometido por estar envolvido na rotina, nos hábitos, nos estereótipos do investigador. Assim, o pesquisador, que é pertencente a essa sociedade, deve colocar em questão o seu lugar e sua capacidade de relativizar, como já fora discutido anteriormente.

Ao levar a discussão do autor para o objeto de pesquisa circunscrito no âmbito da avaliação da Política de Saúde do Trabalho, pondo em questão especificamente o cuidado da saúde mental dos trabalhadores da saúde, foram elencados alguns questionamentos: até que ponto esta pesquisadora está familiarizada com seu tema de pesquisa ou muito familiarizada com o meu tema de pesquisa e, talvez, possa extrapolar essa familiaridade e perder de vista a profundidade necessária para compreender meu objeto? É preciso refletir sobre esse papel de pesquisador, mas com a relativização necessária e sem perder a criticidade.

Outro questionamento emergido no processo de pesquisa: Esta pesquisadora possui leitura suficiente? Conhece o fazer da saúde do trabalhador? Até que ponto esse conhecimento teórico fará ou não perder o foco do que é a prática, da construção dos fluxos e rotinas? Por isso, a necessidade urgente e pessoal de tentar impedir que esses processos deixem turva a minha visão de pesquisadora.

Dessa forma, quando se fala em saúde mental do trabalhador, em adoecimento relacionado ao trabalho, até que ponto a escolha deste objeto foi delimitada, condicionada pelo próprio processo de sofrimento mental decorrente do trabalho, ao constatar a falta de apoio também no local de trabalho? Por isso, há a necessidade da clareza de que a questão da saúde mental também entrecruza e atravessa esta pesquisadora enquanto sujeito. É inegável que tudo isso não vai deixar de existir em razão da experiência enquanto trabalhadora, mas, como o próprio autor afirma sobre a importância da relativização, por mais que pareça um tema "familiar", tem-se a ciência de que vou me deparar com o "exótico" no campo. E, para isso, as leituras sustentaram o olhar ao inquirir o presente objeto de estudo.

O próprio movimento da relativização, dessa noção de objetividade e distância, por um lado, constitui uma relação que nos torna pesquisadores mais modestos no processo de construção do conhecimento e, por outro lado, permite observar o que é familiar, sem se deixar levar por paranoias e, ainda, dá a tranquilidade necessária diante dos questionamentos sobre a impossibilidade de trazer resultados imparciais e neutros (Velho, 1978).

Um aspecto chave descrito por Velho (1978) consiste em exaltar o familiar, na medida em que, por mais que esse familiar não tenha o mesmo valor que o conhecimento científico, esse familiar traz a realidade, as vivências, as percepções das pessoas que são ditas "sem formação", são contribuições preciosas para apreensão da vida social.

O estranhamento se torna palpável, quando o pesquisador é capaz de realizar o confronto entre o intelectual, o emocional e as diferentes versões e interpretações sobre o fato. Por isso, é válido persistir no relativo, dessa noção familiar e exótica, principalmente diante da sociedade em que vivemos (Velho, 1978).

De acordo com as palavras do autor "[...] o familiar, com todas essas necessárias relativizações é cada vez mais objeto relevante de investigação para uma antropologia preocupada em perceber a mudança social não apenas no nível das grandes transformações históricas", mas como resultado acumulado e progressivo de decisões e interações cotidianas (Velho, 1978, p. 132).

Por isso, o chão escolhido para a pesquisa qualitativa foi uma unidade de atenção hospitalar em Saúde Mental e o CEREST Manuel Jacaré, por constituírem equipamentos públicos do SUS que são referência no Ceará para o cuidado da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

2.4 Os sujeitos da pesquisa: cuidadores em distintos espaços das redes do SUS em meio a tensionamentos nos espaços sócio-ocupacionais

O grupo dos participantes do estudo do campo HSM compreendeu trabalhadores da saúde, de nível superior e médio (técnico), conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Os participantes precisavam ainda possuir vínculo institucional de pelo menos seis meses, que trabalhassem diretamente com usuários atendidos no Hospital de Saúde Professor Frota Pinto (HSM), à exceção do gestor pesquisado, e que aceitassem participar da pesquisa na ocasião da coleta dos dados. Para o dirigente da unidade, este precisava ter formação de nível superior, possuir vínculo institucional de pelo menos seis meses e aceitar participar da pesquisa.

As categorias escolhidas para o estudo no HSM, referente ao grupo de trabalhadores da saúde foram: assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo. No grupo dos trabalhadores da saúde foram escolhidas as categorias de maqueiro e técnico de enfermagem. Foram entrevistados dois trabalhadores de cada categoria, um de cada gênero para realização da entrevista, visto a importância da tentativa de revelar questões intrínsecas de cada gênero relacionadas à saúde mental.

A escolha das categorias e o número de participantes da pesquisa foram pensadas na perspectiva de que a intenção desta pesquisa qualitativa não foi se prender a uma representação numérica, mas aprofundar falas, discursos e vivências desses sujeitos, por se tratar de um recorte do universo “ambiente hospitalar”.

Os dois grupos escolhidos possuíam experiências diferentes, remunerações diferentes e, possivelmente, expressões da questão social diversas, mas a intenção desta pesquisa é ser um espaço de escuta, não somente das categorias de nível superior, como também das categorias “invisíveis”.

Para melhor compreensão das ações desenvolvidas na unidade hospitalar, a possibilidade de captação de dados da instituição, o conhecimento do fluxo para notificação compulsória referente a transtornos mentais relacionados ao trabalho, sentimos a necessidade de integrar à pesquisa um dirigente responsável pelo cuidado à saúde do trabalhador do HSM.

Esperava-se realizar a pesquisa com 13 trabalhadores, escolhidos aleatoriamente, com exceção do dirigente/gerente do serviço, uma vez que foi designado pela instituição o dirigente responsável pela temática em estudo, sendo trabalhador do HSM: 2 (dois)

assistentes sociais, 2 (dois) enfermeiros, 2 (dois) médicos, 2 (dois) maqueiros, 2 (dois) psicólogos, 2 (dois) técnicos de enfermagem e 1 (um) dirigente/gestor da unidade.

A coleta foi realizada, portanto, com 13 (treze) trabalhadores, porém, houve alteração da categoria dos maqueiros, porque o hospital não dispunha de pessoal desta ocupação em seu quadro, conforme informação do Centro de Estudos do Hospital. A categoria mencionada foi então substituída por mais 2 (dois) técnicos de enfermagem.

Do Hospital de Saúde Mental, foram incluídos no estudo trabalhadores com formação mínima de nível fundamental e médio: técnico de enfermagem e de nível superior das seguintes categorias: assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e gestor.

Foram excluídos do estudo trabalhadores que não tinham a escolarização exigida para a pesquisa, que estavam afastados das funções do HSM, à época da pesquisa e que não concordaram em participar do estudo.

Sobre os possíveis riscos relacionados a esta pesquisa, estes poderiam envolver a identificação de trabalhadores em sofrimento mental ou transtorno mental. Desta forma, havendo a identificação ou a suspeita, os trabalhadores seriam encaminhados para o serviço de acolhimento em saúde mental do CEREST, no município de Fortaleza, CE, devendo estes serem acolhidos e dados os devidos encaminhamentos e orientações, a fim de garantir a oferta de cuidado em saúde.

Outro possível risco do estudo estava relacionado ao constrangimento dos trabalhadores de saúde, ao fornecer informações de cunho pessoal, mas foram assegurados da garantia de sigilo das informações e dados. Além de ser pactuado junto às unidades pesquisadas a disponibilidade de uma sala para realização das entrevistas.

Os benefícios estão relacionados à possibilidade de uso dos dados para construção e/ou aprimoramento de ações para o cuidado à saúde mental do trabalhador e da trabalhadora no ambiente hospitalar, bem como servirá como base para ações do CEREST, na busca por prevenir novos agravos e/ou adoecimentos.

Após a conclusão do estudo, o HSM foi informado sobre os principais resultados da pesquisa, as possibilidades de aprimoramento e qualificação das ações relacionadas ao cuidado à saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras em ambiente hospitalar.

2.5 Lócus da pesquisa: um mergulho no campo para a produção do conhecimento

Para auxiliar o processo de reflexão sobre o melhor campo de pesquisa, a partir de uma articulação com a Gestão do CEREST, houve convite da atual gerente da unidade, então

ciente do objeto de pesquisa, para participação da pesquisadora em uma das reuniões semanais da equipe. A reunião aconteceu no dia 07 de novembro de 2022, no turno da tarde, no auditório do equipamento.

Após o relato das intenções desta pesquisa, os técnicos sugeriram o HSM como uma unidade relevante por três motivos: primeiro, ser uma Unidade Sentinela para a saúde do trabalhador no Estado do Ceará; segundo, por ser uma das unidades de saúde que detém, aproximadamente, mais da metade dos afastamentos de saúde por situações de saúde mental; e terceiro, ser uma das unidades hospitalares que menos realiza notificação de situação de saúde mental relacionadas ao trabalho.

Foi importante este encontro, por ter fortalecido o desejo de pesquisar sobre saúde mental dos trabalhadores de sistema público de saúde e em uma unidade de saúde mental de referência. Esse desejo tem origem no trabalho na Residência Multiprofissional desta pesquisadora, em que houve o contato com diversas situações de adoecimento e estresse relacionados ao trabalho, tendo visto, inclusive, uma trabalhadora ter uma síncope durante o turno de trabalho, o que chamou a particular atenção desta pesquisadora.

2.5.1 Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto⁵ – HSM, campo de cuidado e de contradições

A relevância do campo para esta pesquisa avaliativa decorre do fato de ser uma Unidade Sentinela, definida por meio da Resolução nº 149/2010 – CIB/CE, que aprova a composição da rede estadual sentinela em saúde do trabalhador, sendo, então, o HSM referência em saúde mental (Ceará, 2010).

Para melhor compreensão, as unidades de saúde identificadas como parte da Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho surgiram a partir da Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, no art.2º. A principal intenção da portaria, também, era dispor sobre as notificações compulsórias relacionadas aos agravos à saúde dos trabalhadores nestes dispositivos de serviços sentinela do SUS (Brasil, 2004).

⁵Segundo nota da Casa do Civil do Estado do Ceará, o nome do HSM é uma homenagem a Gerardo Frota Pinto que nasceu em Fortaleza, no dia 5 de outubro de 1916. Especializou-se em Psiquiatria, no Rio de Janeiro, no início da década de 1940, no curso de pós-graduação do Ministério da Saúde, equivalente hoje ao grau de mestrado/doutorado. Dirigiu o Hospital de Saúde Mental da Parangaba e foi membro do Conselho Penitenciário do Ceará por cerca de 25 anos. Fundou, juntamente com um grupo de médicos, a Academia Cearense de Medicina (Ceará, 2012).

Nesta portaria, evidencia-se que, dentre os agravos, a obrigatoriedade da notificação compulsória de transtornos mentais relacionados ao trabalho, por meio da Ficha de Notificação do SINAN (Idem).

É importante destacar que não somente hospitais compõem a rede sentinela, a rede, conforme o art. 2º da referida Portaria, é composta por:

I - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio (Brasil, 2004, p. 01).

Um ponto importante dessa rede é que esses serviços, denominados de “unidades sentinela” são dos dispositivos que compõem a RENAST, auxiliando no processo diagnóstico e nas notificações pertinentes aos agravos da saúde do trabalhador. E faz parte de uma das competências identificar os casos e realizar as investigações epidemiológicas (RENAST, 2022).

As distribuições dessas unidades são organizadas por níveis: local e regional, conforme a definição de técnicos e gestores dos municípios. A habilitação da unidade é oficializada a partir de pactos com os Colegiados de Gestão, de âmbito regional (RENAST, 2022).

No Ceará, conforme a Resolução nº 149/2010, da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, que tanto aprovou a composição da “Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará”, como também definiu as funções de cada ente da rede, bem como os processos para formalização das unidades no estado (Ceará, 2010).

O HSM está nomeado como um dos componentes da rede da microrregião 1ª (Fortaleza), tendo o CEREST Estadual Manuel Jacaré como CEREST responsável pela Unidade Sentinela. Dentre a lista de agravos a serem notificados por essas unidades, o HSM ficou responsável por notificar os agravos associados a transtornos mentais relacionados ao trabalho. O anexo da portaria também cita as demais unidades de todo o Estado do Ceará separado por microrregiões, tipos de agravos a serem notificados e CEREST de referência (Ceará, 2010).

Destaca-se que o HSM fica situado na Rua Vicente Nobre Macêdo, S/n - Messejana, Fortaleza-CE. É notório que o prédio fica em área reservada, possivelmente pelo rastro de que a atenção à saúde mental carrega de ter que isolar os pacientes ou deixá-los longe do contato com a sociedade. O prédio está disposto aos fundos de um dos hospitais de referência do município de Fortaleza-CE, o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana,

situado na Av. Washington Soares, 7700 - Messejana, que foi demolido e está em fase de reconstrução.

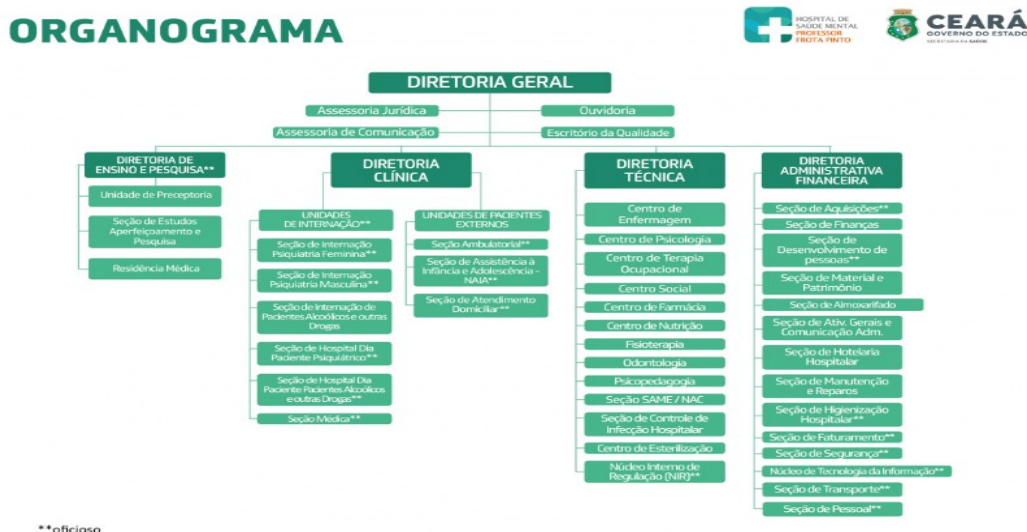
Conforme a página oficial do HSM na *internet*, este foi inaugurado em 23 de março de 1963, fundado pelo psiquiatra Suliano Filho. A unidade é um equipamento público do SUS de caráter hospitalar, vinculado à Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), situada no município de Fortaleza – Ceará, sendo dispositivo de referências em atendimentos psiquiátricos para todo o Ceará (HSM, 2022).

De acordo ainda com a mesma página, o hospital oferta serviços de emergência durante 24 horas por dia, destinados a usuários com transtorno mentais severos e apresentada crise; conta também com unidade de internação, totalizando 180 leitos, sendo destinados 20 leitos para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas e 160 leitos ofertados aos casos decorrentes de transtornos mentais graves (HSM, 2022).

Há, ainda, na unidade, o ambulatório que tanto atende ao público adulto e jovem, como crianças e idosos; também podem ser assistidos por um dos hospitais-dia, que são: o “Elo de Vida”, que como objetivo realizar atenção aos usuários com uso problemáticos de álcool e outras drogas e o “Lugar de Vida”, que se dispõe a acompanhar os sujeitos que apresentem transtornos mentais com quadro estabilizado; e se apresenta como espaço para realização de estudos, pesquisas e campo formador de profissionais na área da saúde mental (HSM, 2022).

Para melhor visualização dos serviços e setores disponíveis, segue Figura 1, com o organograma da unidade hospitalar.

Figura 1 – Organograma do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto



Fonte: HSM (2023).

Pelo organograma da instituição, visualmente, não é possível identificar que algum dos setores descritos realiza ações de cuidado e/ou notificação da situação de saúde mental relacionadas aos trabalhadores do serviço.

2.5.2 O CEREST Manuel Jacaré⁶ e os desafios para o cuidado à saúde mental dos trabalhadores

Não poderíamos deixar de mencionar, um importante equipamento para o cuidado da saúde do trabalhador e da trabalhadora: o CEREST, equipamento público, responsável por articular e organizar as ações relacionadas à saúde do trabalhador e prestar suporte técnico para as ações do SUS, além de ser "polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica". Entre 2002 e 2012, houve maior expansão dos CEREST, tendo sido instalados e habilitados 210 centros no país, tanto de abrangência municipal, regional como estadual, com distribuição baseada na População Economicamente Ativa (PEA) (Cardoso; Araújo, 2016) de cada estado da Federação e das regiões de saúde.

A PNSTT apresenta como objetivos o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com a Vigilância em Saúde; a promoção à saúde, ambiente e construção de processo de trabalho saudáveis; e a garantia da integralidade no cuidado à saúde do trabalhador, envolvendo-a na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2012).

Com intuito de garantir a implantação de ações de saúde ao trabalhador, a Portaria definiu, como uma das estratégias, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), compondo a rede de serviços (RAS) (Brasil, 2012). Desta forma, a RENAST, conforme a Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, deverá ser organizada e construída por meio de ações na Atenção Básica; pela Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); e pelas ações da rede de

⁶De acordo com a coluna "Mar sem fim", do Jornal Estadão, Manuel Olímpio Meira viveu na comunidade da Praia do Peixe, conhecida hoje como Praia de Iracema, localizada no bairro Mucuripe, Fortaleza/CE. Nasceu em 1903, no Rio Grande do Norte. No Ceará, onde teve início a saga de Jacaré (apelido de Manuel) e a jangada São Pedro, lutando contra atravessadores que baixava o preço dos pescados e tinham altos lucros. Em 1939, Jacaré assumiu a presidência da Colônia de pesca Z1, considerada uma das mais importantes do Estado do Ceará. Comandou a embarcação denominada São Pedro, até o Rio de Janeiro, na época ainda era a Capital Federal, para falar com Getúlio Vargas, a fim de expor a situação calamitosa vivenciada. A notícia desse feito de Jacaré e seu grupo foi noticiada internacionalmente (Mesquita, 2017).

referência para assistência e cuidado, nos diversos serviços da RAS do SUS, compreendendo os diversos níveis de densidade tecnológica (Brasil, 2017b).

Um dos grandes desafios do campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora é o estabelecimento denexo causal entre o agravo ou a doença e a atividade laboral (CCVISAT, 2019). Para tanto, as equipes dos CEREST se organizam para assegurar o matriciamento junto a equipes dos diversos serviços de saúde, bem como para capacitar profissionais de saúde para esse tipo de análise. Outro grande desafio consiste no enfrentamento da subnotificação de acidentes, agravos e adoecimentos relacionados ao trabalho. Muitos profissionais entendem que somente os casos de notificação compulsória devem ser realizados (Cardoso; Araújo, 2016).

A luta pela desfragmentação do cuidado ainda é de grande atualidade na saúde pública, em especial no âmbito da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Muitas vezes, trabalhadores e trabalhadoras são atendidos em unidade de saúde e o foco do seu atendimento é o agravo ou a doença que motivou a busca do serviço (a), sem que se faça uma reflexão sobre a relação entre o processo de adoecimento e a atividade laboral. O atendimento médico resume-se, muitas vezes, em ações emergenciais que sequer tangenciam os determinantes e condicionantes dos processos de adoecimento.

Em grande medida, essa situação advém do poder na política de saúde que vem se agravando cada vez mais. Um processo em que há a existência de um “[...] sistema fragmentado em especialidades que carecem de uma visão holística e não fragmentada, organicista, unindo, assim, o que se deseja ser imperativo, mesmo que não seja o mais adequado” (Santos *et al.*, 2024, p. 13).

Equipamentos de saúde como os CEREST são instrumentos de trabalho interdisciplinar, com foco na vigilância em saúde do trabalhador e no estabelecimento da relação entre o processo trabalho e as doenças e agravos de que são acometidos os trabalhadores; é também um serviço estratégicos para o cuidado, com unidades distribuídas por todo o território brasileiro. Como referido na Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, no Art. 14, estes devem:

[...] I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de

vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (Brasil, 2012, p. 12).

Conforme o site da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), o CEREST/CE está definido como “serviço especial de acesso aberto”, o que o caracteriza como serviço de saúde para o atendimento de pessoas que, devido ao agravo ou à situação laboral, carecem de atendimento especial pelo SUS (Ceará, 2020).

O CEREST/CE Manuel Jacaré realiza procedimentos na própria unidade, situada no município de Fortaleza/CE e é referência estadual para as situações de saúde do trabalhador. Além da vigilância em saúde do trabalhador, assegura a realização de atividades educativas, recebe denúncias e reclamações, realiza consultas com profissionais de nível superior, acompanha e orienta usuários com agravos relacionados ao trabalho, dentre outras ações. O estado do Ceará dispõe, ademais do CEREST/CE Estadual Manuel Jacaré, mais oito Centros Regionais. O dispositivo é o centro da política de saúde do trabalhador na região e desenvolve as atividades desde 2003 (Ceará, 2020).

Na visita ao CEREST Manuel Jacaré, realizada com a autorização da gerência da unidade, em novembro de 2022, para levantamento inicial de possíveis campos de pesquisa para este estudo, foi possível observar, durante a reunião de planejamento dos trabalhadores do referido estabelecimento, a potência do serviço, bem como os desafios.

Durante o encontro, os técnicos destacaram a importância do tema em estudo, principalmente pelo crescente aumento de afastamentos de servidores da rede estadual de saúde; relatos de permanência no trabalho, mesmo adoecidos para não perder algum tipo de gratificação ao servidor em serviço; as situações relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas; a importância de “cuidar de quem cuida”; a fragilidade dos vínculos no HSM, com grande número de cooperados; a dificuldade das equipes em fechar o nexo causal do agravo notificado; as situações de assédio moral; necessidade de sensibilização e capacitação para realização das notificações; e a fragilidade dos CAPS em oferecer cuidado a quem cuida, pelo número que é insuficiente.

2.6 Percurso da análise de dados: etapas e estratégias de sistematização e síntese crítica

Quanto ao processo de análise de dados, Gil (2008, p. 175) assegura que, nas pesquisas qualitativas, esse processo “passa a depender muito da capacidade e do estilo do pesquisador”, por isso que, alinhando ao viés da avaliação em profundidade, decidiu-se

realizar a análise dos dados coletados na pesquisa, por meio da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977).

Para Bardin (1977, p. 31), a análise de conteúdo se refere a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Este método é mais que um instrumento, uma vez que é marcado por uma variedade de formas e se adapta a um campo muito vasto: o campo das comunicações.

Como forma de organizar e analisar as informações recebidas, as falas dos participantes foram digitadas na íntegra, utilizando-se da ferramenta *Word*. Depois desse processo, os dados foram organizados em três etapas cronológicas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 1977).

Quanto às etapas para realização da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977, p. 95), na fase da “pré-análise” ocorre a “organização propriamente dita”. Nesta etapa, foram organizados os materiais coletados (áudios), sendo feitas separações iniciais, como por exemplo: a separação de material: da entrevista do gestor, das entrevistas com as categorias de nível médio e as de nível superior.

Bardin (1977, p. 96-97) propõe a necessidade da “constituição de um *corpus*” e, para tanto, é necessário seguir as seguintes regras: exaustividade; depois da definição do *corpus*, é preciso ter os elementos indispensáveis para esse *corpus*; representatividade, com a análise da amostra, da forma como os elementos, os caracteres serão distribuídos; homogeneidade, em que os elementos escolhidos, devem ser homogêneos e precisos; pertinência, quando ocorre a demonstração de que os elementos estão adequados e que respondem aos objetivos.

Para construção da hipótese, de acordo com Bardin (1977), devemos ter, em nosso horizonte, o objetivo geral da pesquisa e, na análise dos materiais, devemos ter elementos para responder à nossa questão de pesquisa, no nosso caso: como as ações de saúde mental direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde de um Hospital de Saúde Mental, no município de Fortaleza-Ceará estão sendo realizadas? Trazem algumas mudanças nos processos de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde?

Na etapa de “preparação do material”, anterior à análise, as entrevistas foram transcritas, utilizando o aplicativo de transcrição de áudio para texto “*Transkriptor*”. Após essa etapa, foi realizada a escuta dos áudios e a conferência de todas as transcrições, corrigidas palavras erroneamente transcritas, organizados os parágrafos, dentre outros aspectos. Prosseguiu-se com a leitura das entrevistas de forma detalhada, sendo realizados

grifos das partes que despertaram a atenção da pesquisadora, palavras repetidas por diversos participantes.

Na etapa seguinte - “exploração do material” foram realizadas as codificações, procedimento realizado manualmente. Segundo Bardin (1977, p. 103),

A codificação corresponde a uma transformação - efectuada segundo regras precisas- dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices [...].

Essa etapa compreendeu ainda a organização da unidade de registro que corresponde a partes do conteúdo, que podem ser palavras, temas, objeto ou referente, personagem, acontecimento e documento (Bardin, 1977). No nosso texto, utilizamos os temas para composição das unidades de registro.

Depois das leituras e etapas da “pré-análise”, a separação de partes importantes do texto e da anotação das primeiras impressões da pesquisadora frente aos resultados, foi possível categorizar o material. Como afirma Fossá (2003), há a necessidade de dividir o conteúdo das entrevistas em unidade de registro com os temas predominantes e, posteriormente, foi efetuada a classificação desses registros que representam as categorias iniciais.

A última etapa consiste no “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”, composta pelos “resultados brutos que serão tratados de forma a trazerem um significado e também serem validados”. Faz-se também o uso de processos estatísticos simples ou complexos, optamos por fazer uso de técnicas simples, como a porcentagem, principalmente para a análise dos dados sociodemográficos.

Fossá (2003, p. 105) afirma que nesta etapa, o processo de interpretação ocorre pela captação de conteúdos que se manifestaram de forma mais latente dentre as entrevistas. Há a necessidade de se fazer uma “justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes [...]”.

Para melhor compreensão do texto, os processos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados foram realizados em dois blocos: o dos trabalhadores de nível superior e médio e o da gestão, uma vez que o roteiro de entrevistas diferiu entre os representantes de um bloco e de outro.

Feito todo o processo de análise de dados, foi utilizado como modelo para esta etapa o estudo da autora Camelo (2023). Assim, no bloco dos trabalhadores de nível superior e médio, foram realizados recortes nos textos das entrevistas obedecendo aos seguintes critérios: 1) partes do texto que se referem à avaliação da estrutura física, insumos, equipamentos da unidade hospitalar (Código: avaliação da estrutura física, insumos, equipamentos da unidade hospitalar); 2) partes do texto que se reportam à avaliação da condição de saúde atual (Código: avaliação da condição de saúde atual); 3) partes do texto que descrevem a relação entre o trabalho e o processo de adoecimento físico e/ou mental do trabalhador da saúde mental (Código: trabalho e o processo de adoecimento físico e ou mental no trabalhador da saúde mental); 4) partes do texto em que há a identificação de sinais de estresse, ansiedade, angústia, depressão ou outros (Código: identificação de sinais de estresse, ansiedade, angústia, depressão ou outros); 5) partes do texto que descrevem a existência e avaliação das ações de promoção do cuidado à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras (Código: existência e avaliação das ações de promoção do cuidado à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras); e 6) partes do texto que descrevem as potencialidades e dificuldades do processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras (Código: potencialidades e dificuldades para o processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras).

No bloco que se refere às questões levantadas pelo gestor, também, foram efetuados recortes no texto obedecendo aos seguintes critérios: 1) partes do texto que descrevem os principais motivos de afastamento na instituição (Código: principais motivos de afastamento); 2) partes do texto que descrevem as ações de saúde direcionadas ao trabalhador e à trabalhadora da saúde mental (Código: ações de saúde para o trabalhador e a trabalhadora da saúde mental); 3) partes do texto que se reportam à existência de trabalhadores da saúde com problemas de saúde mental e seus fatores específicos (Código: existência e de trabalhadores de saúde com problemas de saúde mental e seus fatores específicos); 4) partes do texto que se referem às potencialidades e dificuldades do processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras (Código: potencialidades e dificuldades para o processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras); e 5) partes do texto que mencionam a existência de contato com CEREST Estadual, ações e orientações no campo da saúde mental (Código: existência de contato com CEREST Estadual, ações e orientações no campo da saúde mental).

A partir dos dados coletados na pesquisa, intencionamos contribuir com conhecimentos sistematizados da área da saúde do trabalhador e da trabalhadora, que sejam

descobertas informações, de fato, relevantes para o serviço e a qualificação o atendimento do público-alvo, sempre visando o bem-estar e qualidade de vida no local de trabalho dos trabalhadores da saúde.

A coleta dos dados ocorreu no Hospital Mental Professor Frota Pinto - HM, no mês de julho de 2024, após deferimento de parecer do Comitê de Ética da UFC, sob nº 6.918.823, e contato com a equipe do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa - CEAP do HM.

Durante a realização das entrevistas, foi possível vivenciar a rotina hospitalar no período diurno e início do noturno. Conhecer o andamento dos atendimentos ambulatoriais, na Unidade Clínica e as demais alas psiquiátricas. As salas das coordenações de Serviço Social e Psicologia, inclusive, a sala da coordenação de Psicologia estava sem ar-condicionado, na ocasião. Foi possível também experienciar o período das refeições dos trabalhadores, na copa dos ambulatorios. Um espaço pequeno, que dispõe de micro-ondas e vários estudantes e trabalhadores aguardando para aquecer a refeição. Não havia espaço para todos e todas na mesa da copa.

Toda essa vivência fez-nos recordar de afirmações de Velho (1978), ao revelar que o conhecimento de outras áreas e dimensões de uma sociedade é mediado pelo contato, pela vivência em espaços específicos, uma vez que a cultura e a sociedade estudada não ficam implícita logo no primeiro contato ou em um contato superficial, por isso, é preciso um mergulho profundo e a capacidade de observar e de ter empatia.

Essa perspectiva do autor é uma clara resposta à necessidade da observação direta para realização de entrevista em profundidade e, mais ainda, para o processo da Avaliação de Políticas Públicas.

2.7 A pesquisa avaliativa na perspectiva da avaliação em profundidade de políticas públicas

Quando se inicia um debate acerca das políticas públicas, o termo inicial “política”, para Gidenns (2013) remete a um conceito que, em geral, refere-se à forma como o poder é utilizado para a conquista e a composição das ações dos governos. Todavia, para o referido autor, a política possui conceito questionável, não devendo se restringir à esfera de governo, mas ir além do que essa esfera pode oferecer.

Mesmo a política sendo utilizada em sentido limitado, restringindo-se ao que o governo realiza, ela ainda nos atinge quer gostemos ou não, pois tudo o que rodeia a política está entrelaçado pelo poder. Os governos são a personificação desse poder político, logo,

quando existe governo, “existe um Estado” (Giddens, 2013). Desta maneira, falar de política pública é saber compreender e refletir sobre tudo o que envolve a política e o poder que ela representa nos governos e no Estado em ampla acepção.

O professor Valeriano Costa (2015), em suas reflexões sobre Estado e as relações com as políticas públicas (PP), em uma conferência realizada em 2013, ressalta que: em se tratando da construção sócio-histórica das PP, o conceito pode ser confundido com o próprio entendimento sobre Estado, porém, não se pode generalizar e entender que qualquer ação estatal seja PP.

A consolidação do “Estado-moderno-capitalista”, com o estabelecimento de suas fronteiras, finalizou seu processo de monopolização, sendo “[...] desafiado imediatamente a se voltar para dentro do próprio território, para a população, a começar a administrar essa realidade” (Costa, 2015, p. 138), uma vez que esse Estado, presente na contemporaneidade, é o “Estado das Políticas Públicas” e isto faz parte do seu caráter, da sua formação histórica (Costa, 2015, p. 140).

A realidade brasileira não destoa totalmente do que fora afirmado anteriormente. Todavia, devemos ter em mente a realidade histórica do país: de ter sido colônia de exploração, com características agrárias e um início tardio do processo de industrialização e, conseqüentemente, tardio processo de desenvolvimento das PP, o que fragilizou esse processo de construção de um “Estado moderno”, e de finalização do processo de monopolização. Assim, o Estado brasileiro não deixa de ser um Estado que promove a construção de PP, mas constrói a partir de perspectivas desenvolvimentistas e de modo tardio, se comprado aos países centrais do capitalismo, conservado condição de subordinação dentro no sistema capitalista mundializado.

Entre as décadas de 1930 e 1980, o Estado brasileiro se caracterizava por “seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário”, tendo como objetivo central: consolidar a indústria brasileira; e as PP eram traçadas para promoção do desenvolvimento econômico, sem, contudo, transformar a propriedade privada, ou seja, o seu papel era o de provedor da “acumulação privada na esfera produtiva” (Bacelar, 2003, p. 2).

Com a chegada da década de 1990, com uma onda de crise, um processo de globalização do capital sendo instaurado e a forte adesão ao modelo neoliberal pelo então governo de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil vive duas tendências, conforme Bacelar (2003, p. 06): a primeira, de “inserção submissa”, uma vez que o mercado decidia o que ficava ou saía da política industrial do país; e a segunda, vista como pano de fundo da PP, “era a financeirização das riquezas”, amplo processo de privatização, com discurso de

viabilizar receita e reduzir a dívida externa, mas que, na verdade, resultou no crescimento da dívida externa e não houve aumento significativo de receita, como afirmado.

De acordo com a autora, tudo isso causa impacto direto nas PP, que carecem de investimentos, em um contexto de desinvestimento estatal (Bacelar, 2003, p. 02). Partindo dessa concepção de que o Estado brasileiro preferiu privatizar as estatais, seguindo os ditames neoliberais, não se pode deixar de observar que o descaso com as PP não ocorre por acaso. Ademais, o país não faliu, ainda possui muitas riquezas e muitas receitas, mas continua seguindo a agenda neoliberal de um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (Netto; Braz, 2011, p. 237), uma vez que, nos momentos de crise, é ele que socorre os grandes capitais, enquanto promove cortes nos investimentos em PP e, em particular, nas Políticas Sociais.

Conforme analisam Behring e Boschetti (2011, p. 187) sobre o “retorno do Estado policial”, o processo de violência estrutural sobre as populações pobres, uma violência que vem das instâncias superiores, são formadas a partir da composição: “[...] o desemprego, o exílio em bairros decadentes e a estigmatização na vida cotidiana [...]”. São características expressas no cotidiano dos brasileiros, consequência desse descaso em fragilizar as PP, moldando-as conforme as contradições expostas por Costa (2015).

Na própria política de saúde, uma das primeiras iniciativas de PP no Brasil, no período campanhista sanitário, no início do século XX, ocorre a chamada “Revolta da Vacina” contrapondo-se ao Programa de imunização obrigatória contra a febre amarela proposto por Oswaldo Cruz. Neste caso, tem-se a imposição pelo Estado da imunização à toda a população, propiciando situações de violência e invasão da intimidade dos brasileiros para aplicar a dose da vacina (Costa, 2015). Eis um exemplo em que o Estado que tem o dever de cuidar da saúde da população; ao mesmo tempo, em que não foi efetivo em abordar as populações sobre a importância da aplicação do imunizante sem o uso da força e da violência.

Para Costa (2015), “[...] as PP podem se desdobrar em qualquer campo de atividade humana, desde que entendamos essa atividade como possível da intervenção estatal”. É importante destacar que a intervenção estatal não possui limite definido previamente, ou seja, qualquer ação ou proposta, do próprio Estado ou de um membro da sociedade, poderá ser transformada em pauta. Esse Estado não é o único ator e, por vezes, nem é o ator principal do processo de construção/concepção, implementação e avaliação da PP, processo chamado pelo autor de: “Ciclo das Políticas Públicas” (Costa, 2015, p. 147).

A saúde é um campo visível de conflitos em que a dimensão do interesse da coletividade a ser defendido pelo setor público se confronta com interesses privados, do

mercado na disputa pelo fundo público. Com a implantação do modelo de saúde universal, consubstanciado no SUS, com forte estrutura e capilaridade no território brasileiro, ao longo dos anos, nosso sistema de saúde sofre os ataques do setor privado, alimentado pelo próprio Estado por meio de parceria e da própria compra de insumos e serviços privados para atendimento à demanda da população (Costa, 2015). A privatização do SUS vem sendo questionada e criticada por diversos autores do campo da saúde coletiva.

Com relação à participação da população na discussão e construção das PP no Brasil, fruto da Carta Magna de 1988, que assegurou pela primeira vez a participação do controle social nas políticas, Bacelar (2003) afirma que:

[...] a sociedade brasileira está realizando a descentralização. Sempre que se diz concentrar, centralizar de novo, dizemos não! Há uma decisão, no seio da sociedade brasileira, que rejeita a centralização. Sabemos que centralizar não dá certo no Brasil. Estamos operando a descentralização. Estamos ocupando os espaços da descentralização. Existe um espaço a favor da democratização do Estado brasileiro!

Mas, na realidade, esse poder de decisão, de controle social, não vem ocorrendo como se esperava, nem mesmo nos espaços de deliberação da política de saúde. Esses espaços são perpassados por conflito, por decisões centralizadas e hierarquizadas do Estado, uma vez que existe a forte presença de tomada de decisões cooptadas e com perda de autonomia dos movimentos sociais (Costa, 2015). Por isso, o desafio é constante para se construir políticas públicas que façam real sentido na vida da população brasileira.

Perseguindo as orientações de Paugam (2005), para esse processo de passagem do senso comum para senso sociológico, que também é um processo de tradução de linguagem, como afirma Melucci (2005), faz sentido para esta pesquisa avaliativa realizar um debate acerca do processo de construção da avaliação em profundidade, proposta por Rodrigues (2008) e a articulação com os caminhos teórico-metodológicos da pesquisa social.

Dessa forma, quando se discute o campo da pesquisa avaliativa, faz-se necessário compreender que este é um campo em disputa, por existir um modelo ainda hegemônico de avaliação baseado em parâmetros “técnico-formal de avaliação”. A grande questão desse modelo reside no fato de que nessas avaliações, o horizonte seguido é o das organizações internacionais, a exemplo do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) que têm por base os marcos do neoliberalismo (Gussi, 2019, p. 171).

Esses modelos de avaliação fomentados por esses organismos internacionais baseiam as avaliações nos ditames do mercado, ou seja, em questões econômicas em detrimento das questões humanas, submetendo as diversas políticas, em especial as

governamentais, bem como programas e projetos a “critérios pré-definidos de eficiência, eficácia e efetividades” (Idem, p. 171).

O viés positivista é largamente utilizado nessas pesquisas, uma vez que possuem hipóteses previamente estabelecidas, a partir de teorias. Nessas avaliações, o elemento principal é a verificação de resultados, no uso de indicadores que sustentam o paradigma neoliberal (Cruz, 2019).

Na avaliação em profundidade, busca-se realizar pesquisa afastada das concepções hegemônicas apresentadas no cotidiano das avaliações de políticas públicas que fazem parte de um molde científico que “carrega consigo a insígnia de desdobramentos da ação pública do Estado” (Lima; Gussi, 2021, p. 12).

Ainda, segundo Lima e Gussi (2021), um dos grandes problemas do uso das avaliações pautadas na perspectiva hegemônica situa-se na relação entre os “atores envolvidos”, pois estes são negligenciados nas políticas e nos programas que são desenvolvidos, fazendo com que se atualize e se reproduza o processo de “subalternização dos sujeitos por um agente especialista externo a cumprir uma agenda”.

Diante disso, nesta pesquisa, busca-se percorrer a proposta de avaliação de políticas públicas em uma perspectiva contra hegemônica, apoiando-se em aportes que ultrapassem a perspectiva hegemônica e valorizem os atores envolvidos. Por esse motivo, a pesquisa em ora em foco foi desenvolvida a partir da perspectiva da avaliação em profundidade proposta por Rodrigues (2008), situada como proposta contra hegemônica de avaliação de políticas públicas, que busca as diversas dimensões do objeto, sejam eles sociais, econômicos, políticos, culturais ou outros; e, também, garantindo o conhecimento de diversos saberes, a partir da interdisciplinaridade.

Essa perspectiva avaliativa se torna relevante, por afirmar “[...] o reconhecimento do aspecto intersubjetivo na valoração das experiências e do processo decisório acerca da ação e usos da política pública” (Lima; Gussi, 2021, p. 23). É uma proposta que reconhece o potencial dos sujeitos envolvidos na política para além de serem “meros executores” ou mesmo “meros usuários” da política pública.

Ao partir para a trilha metodológica, ferramenta essencial para o alcance dos objetivos deste estudo, foi realizada pesquisa, com base em abordagem qualitativa, dando maior suporte à avaliação em profundidade.

Com intuito de desenvolver os eixos da avaliação em profundidade: a análise de conteúdo da política em estudo, a análise de contexto da formulação da política, a sua trajetória institucional, e o seu espectro temporal e territorial (Rodrigues, 2008), foram

utilizadas como ferramentas de coleta de dados as pesquisas: bibliográfica e documental, bem como as entrevistas do tipo semiestruturadas, com trabalhadores e gestores da saúde do hospital em estudo.

Por isso, a importância em efetuar, entre as diversas formas de avaliar as políticas públicas, estudos que tragam na gênese o viés da avaliação em profundidade, a fim de romper os muros do paradigma positivista, focado em resultados, como forma de resposta ao mercado, sem atentar aos fatores que são a base e a estrutura das políticas públicas: os processos sociais, culturais, econômicos, territoriais e, o mais central, a perspectiva de quem utiliza a política, que são os usuários.

Como bem pontua Gussi (2019, p. 172), ao ser proposto e difundido um modelo “único e universal de avaliação, que traz em si uma proposição epistemológica funcional e positivista”, deixa-se de considerar os diversos atores e sujeitos implicados na política pública, e não se dá conta de aspectos referente ao contexto social, político e cultural, no qual tal política está implicada, e nem consegue alcançar as discussões das contradições inerentes às políticas públicas.

Em meio a esse campo de disputa da avaliação de políticas públicas ganha força a pesquisa qualitativa, trazendo possibilidades de inserção desses sujeitos e das narrativas para avaliação das políticas, dando espaço para a subjetividade (Cruz, 2019). Ao utilizar técnicas qualitativas, o avaliador tem a possibilidade de acessar o campo da subjetividade, rechaçando a neutralidade e os paradigmas positivistas, o que lhe possibilita compreender como os sujeitos dão sentido e veem sentido na política implementada e tomada como objeto de estudo. O sujeito é peça-chave em todos os processos das políticas públicas e a fala dele também pode ser estendida aos que executam e gerenciam as políticas públicas, pois eles também são peças importantes nessa “teia” constituída pela política pública em análise, em um processo de avaliação em profundidade.

Neste sentido, a avaliação em profundidade se apresenta como modelo contra hegemônico, nas formulações de Rodrigues (2008). A busca por diferentes tipos de dados e variadas informações faz parte do esforço do avaliador, que precisará investir para desenvolver avaliação em profundidade, com a utilização de questionários, entrevistas ou grupos focais, podendo chegar até mesmo a abordagens culturais que dão sentido à política em avaliação. A autora destaca ainda que: “A proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (Rodrigues, 2008, p. 11).

Mais um motivo para desenvolver esta pesquisa na perspectiva da avaliação em profundidade, pois considera que o tema envolve complexidade própria, uma vez que congrega atores que atuarem na construção do campo e da política e dela se utilizam. Principalmente, em se tratando do tema aqui em estudo - a saúde mental dos trabalhadores da saúde – com a perspectiva de se analisar a saúde dos que cuidam do outro, mas que precisam ter a estrutura e o aparato necessário para também receberem o cuidado e desenvolverem a cultura do autocuidado.

Assim, compreender essa experiência é fundamental para a proposta apresentada, tendo em vista que refletir sobre a incorporação de princípios no campo da avaliação implica, necessariamente, incluir a qualidade, a partir de uma acepção multisituada. Estes aspectos qualitativos acerca do processo de subjetivação dos atores envolvidos, sejam usuários, trabalhadores e gestores, dialogam bem com as dimensões de análise das bases conceituais, do contexto da política e da trajetória institucional, considerando o espectro temporal e territorial, que configura a avaliação em profundidade da política (Rodrigues, 2008).

Para realização de uma avaliação em profundidade de uma política pública, são fundamentais os seguintes tópicos: a análise de conteúdo, que aborda os principais aspectos relacionados à formação da política, as bases conceituais, e coerência interna desta; a análise de contexto, que conjuga a coleta de dados acerca da situação política, social e econômica na qual a política foi formulada, sem perder de vista as questões regionais e locais da política em estudo; a trajetória institucional, que observa e compreende a coerência ou a dispersão da política em avaliação ao longo do seu desenvolvimento no espaço institucional; e o espectro temporal e territorial, que dá conta dos aspectos relevantes do período e do território da política (Rodrigues, 2008).

Assim, vê-se que a avaliação em profundidade entrelaça avaliação e análise, dá enfoque ao contexto, às “tessituras históricas”, o que para isso requer que o avaliador exercite a capacidade compreensão entre os aspectos “macroeconômicos e as políticas que dialogam com eventos locais” (Cruz, 2019).

Por isso que, nesta pesquisa avaliativa, utilizamos algumas ferramentas da pesquisa social para percorrer os seguintes eixos da avaliação em profundidade: análise de contexto, análise de conteúdo e trajetória institucional, por entender que são eixos centrais e, à primeira vista, possíveis de serem executados frente ao tempo destinado para pesquisa.

Na análise de conteúdo, análise de contexto e trajetória institucional foram utilizadas as ferramentas da pesquisa social, que são: para pesquisa documental, a pesquisa bibliográfica, além das entrevistas coletadas.

A busca desta pesquisa foi em conseguir mediar as questões centrais da pesquisa social dentre os diversos processos metodológicos que dão força a pesquisa avaliativa e vão artesanalmente sendo entrelaçadas, sem perder de vista o horizonte deste estudo: a avaliação em profundidade

3 ILUMINAÇÃO TEÓRICA: CATEGORIAS DE ORIENTAÇÃO CRÍTICA PARA PESQUISA AVALIATIVA QUALITATIVA

Pensar em categorias como processo de trabalho, saúde de trabalhador e saúde mental e as políticas públicas que estão envolvidas nesse processo, é primordial. O estudo do tema desperta no pesquisador a necessidade de leitura aprofundada, a fim de compreender e desvelar os pontos marcantes e necessários para auxiliar na análise do objeto da pesquisa.

Por se tratar de pesquisa avaliativa de uma política pública estatal, é fundamental incluir a discussão do papel dessas políticas públicas, uma vez que essas “[...] podem se desdobrar em qualquer campo de atividade humana, desde que entendamos essa atividade como passível da intervenção estatal” (Costa, 2015, p. 147). Desta forma, considerando que as políticas públicas atravessam o cotidiano dos sujeitos, teceremos algumas considerações neste texto acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na dimensão da Saúde Mental.

A intervenção estatal nas políticas públicas é também fundante, pois o Estado não possui limite definido previamente para atuação nas políticas públicas, ou seja, qualquer ação ou proposta, pelo próprio Estado ou por um membro da sociedade, poderá ser transformada em pauta. O Estado não é o único ator e, por vezes, nem é o ator principal do processo de construção/concepção, implementação e avaliação das políticas públicas, processo esse chamado pelo autor de: “Ciclo das Políticas Públicas” (Costa, 2015).

Antes de iniciarmos a discussão teórica, são necessárias algumas pontuações, dado que o tema aqui estudado já havia sido pensado antes mesmo da ocorrência de uma pandemia de coronavírus. As observações feitas no ambiente de trabalho foram pontos cruciais para o estudo do tema, devido às situações de estresse entre os trabalhadores, escassez de insumos, precárias condições de trabalho, baixos salários, formas de contratação precária, dentre tantos outros problemas presentes no universo da saúde pública no Brasil, em especial no município de Fortaleza – Ceará.

Discutir “transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho” implica em abordar resultados de fatores relacionados ao contexto de trabalho, a ligação destes com o corpo e a mente dos trabalhadores. Ora, o próprio ato de trabalho pode desencadear no corpo tanto disfunções e lesões biológicas, como, nos sujeitos que trabalham, reações psíquicas às situações patogênicas de trabalho. Além disso, “processos psicopatológicos” podem, igualmente, estar relacionados à condição de trabalho e ao desempenho desse indivíduo (Brasil, 2001).

Com a pandemia de coronavírus, os trabalhadores da saúde, que já atravessavam rotina extenuante de trabalho, tiveram suas condições e processos de trabalho agravados pela pandemia que desestabilizou todo o globo, envolveu milhares de óbitos, diversas famílias enlutadas. Os trabalhadores de saúde, em particular, foram instados a dar conta dessa situação de emergência em saúde pública, muitas vezes com vínculos de trabalho fragilizados, más condições de trabalho, crescimento da demanda, gravidade dos casos, escassez de equipamentos de proteção individual e de equipamentos de suporte aos atendimentos de urgência e emergência.

A cartilha “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde” destaca que tanto os ambientes como os processos de trabalho dos profissionais da saúde são, em geral, atravessados por elevada carga física e emocional, desencadeando estresse de forma frequente e, com a presença da Covid-19, essas características foram acentuadas (Weintraub *et al.*, 2020).

Frente à tamanha proporcionalidade, com o espalhamento do vírus no mundo todo, é relevante afirmar que o cenário da pesquisa mudou. Ora, o que antes já era preocupante e merecia estudo aprofundado, ou seja, a relação entre saúde mental, saúde do trabalhador e as novas configurações do mundo trabalho, com a chegada do vírus, os ritmos se intensificaram, surgiram novas formas de pressão, o medo, o contato permanente com situações de perda de pacientes, de familiares e amigos.

Assim, vários questionamentos foram levantados pela pesquisadora ao longo desses escritos. Dentre eles, destacam-se: incertezas de ter como realizar a coleta de dados, visto que a pandemia, por mais que tenha sido estabilizada com a chegada e ampliação de imunizantes e de outros insumos, ainda assola muitos países e ainda existem casos no município em estudo e exemplos de pessoas que se recusam a tomar o imunizante. No que se refere temática saúde mental dos trabalhadores da saúde, principalmente estes, que estiveram e ainda estão na linha de frente como peça fundante na luta contra o coronavírus e também pelo fato de ser um tema de foro íntimo, indagávamos se haveria pessoas interessadas em compartilhar suas experiências e dores de se trabalhar com a política pública de saúde; e se a própria condição de trabalhador havia causado transtorno mental, trazendo, talvez, sequelas impossibilitando o retorno ao trabalho, enfim, esses e outros questionamentos sempre rodearam os estudos, as análises e as visitas aos textos.

3.1 Processo de trabalho e os rebatimentos na saúde dos trabalhadores

É permitido afirmar que o processo de trabalho em saúde, não ficou à parte das transformações ocorridas no mundo do trabalho, pois, a partir da década de 1970, diversas mudanças ocorreram tanto no sistema capitalista, especialmente, na produção, com objetivo de recuperar as taxas de acumulação, assegurar a reprodução ampliada do capital e impor sua hegemonia como modo dominante de produção (Antunes; Pochmann, 2007).

Dessa forma, é possível dizer que nenhum tema em estudo na contemporaneidade fica à margem dessas transformações ocorridas no mundo do trabalho e a saúde mental dos trabalhadores também não fica à parte, uma vez que a cada nova tentativa do capital de enfrentar suas próprias contradições internas, a classe trabalhadora, em especial sofre as consequências. É importante frisar que essa classe não permanece na inércia, somente aguardando o novo formato de exploração do capital. Historicamente, os trabalhadores articularam formas de resistência a esse processo e de luta contra a exploração e a superexploração e em favor da preservação de seu bem maior, sua força de trabalho, compreendendo sua capacidade física e mental para desenvolver atividades laborais.

Os reflexos dessas transformações no mundo do trabalho fazem com que o trabalhador entre em uma luta desenfreada para se adaptar às novas configurações do mercado de trabalho. Martins e Molinaro (2013, p. 1674) destacam ainda que:

As transformações do trabalho no mundo contemporâneo apontam para mudanças no campo da formação profissional, que passa a não se limitar, apenas, à preparação de pessoal para entrar no mercado de trabalho. O novo modelo exige um processo contínuo de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional dos trabalhadores, além de uma interação entre ensino e serviço, no sentido da construção de uma base sólida de conhecimento, de forma a integrar os princípios científicos que informam a prática cotidiana.

Para além da formação profissional e da preparação para o mercado de trabalho, é exigido um novo tipo de trabalhador. Mas, que tipo de trabalhador? Antunes e Pochmann (2007) revelam que este deve ser “polivalente” e não na mesma proporção que os trabalhadores tayloristas e fordistas, e sim, a mais que eles. Esse modelo deu origem ao processo chamado de “desespecialização multifuncional” e ao “trabalho multifuncional” que se expressa de forma a intensificar enormemente os ritmos, os processos de trabalho e os tempos.

Não somente o trabalhador sofreu com essas alterações, os serviços públicos, inclusive a saúde, também participaram desse processo, uma vez que “sofreram um significativo processo de mercantilização, de mercadorização, que afetou ainda mais

fortemente a classe trabalhadora e também em seus universos estatal e público” (Antunes; Pochmann, (2007, p. 199).

De fato, as transformações ocorridas no processo de trabalho são frutos das tentativas do capital enfrentar suas crises, que são constitutivas do seu modo de existir, como bem afirma Netto e Braz (2011, p. 167): “[...] a crise é constitutiva do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise”. Assim, até que se extinga esse modelo ou venham a surgir alternativas de modos econômicos, o capitalismo seguirá com suas crises.

No Brasil, em meados da década de 1990, o processo de deterioração do mercado de trabalho, com a presença de elevados índices de desemprego nas grandes metrópoles; e o desgaste dos contratos salariais frente à ampliação do trabalho informal e da terceirização utilizada pelas grandes empresas, marcou o cenário e se aprofundou no período subsequentes. Estas foram as saídas encontradas pelas empresas para diminuir custos, tendo como alicerce dois fatores: as reformas neoliberais impulsionadas a partir do governo Collor, com inflexões especificidades nos demais governos; o cenário macroeconômico dos anos 1990, marcado pela “recessão ou baixo crescimento da economia em um contexto de intensa reestruturação industrial, juros elevados e abertura comercial com a intensificação da concorrência intercapitalista” (Alves, 2009, p. 190).

Nas análises de Alves (2009), o Brasil adentra em um modelo de mercado, marcado por uma infinidade de desigualdades, enfrentando, ainda, um período desfavorável economicamente, restando ao trabalho amargar o peso das consequências dessas transformações no mercado de trabalho. Alves (2009, p. 189) afirma ainda que a precarização do processo de trabalho é parte do que chama de “novo metabolismo social”, categoria manifestada pela “reestruturação produtiva do capital e da formação do Estado neoliberal no país”. O autor destaca ainda que:

A base objetiva da precarização do trabalho se caracteriza pela intensificação (e a ampliação) da exploração (e a espoliação) da força de trabalho, pelo desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa; e pela fragmentação social nas cidades em virtude do crescimento exacerbado do desemprego em massa.

De fato, no Brasil, com a reestruturação produtiva, o padrão de trabalho implantado e o modelo de Estado neoliberal elevaram o grau de exploração dos trabalhadores e ainda desgastaram as formas de resistência coletiva - instrumentos importantes para as lutas e conquistas da classe, além de fragilizar a organização social nas cidades frente ao desemprego, dado o crescente contingente de trabalhadores sem vínculo formal, a fragmentar

a classe trabalhadora e reduzir as possibilidades de construção de identidades e de mobilização para a luta contra perdas e por direitos.

Esse modelo de fragmentação é claramente visto no nosso cotidiano no processo designado por Antunes (2020) de “trabalho uberizado”. Esse processo emerge com a intensificação da exploração do trabalho desde a China, Índia, México, Colômbia e Brasil, tendo a ruína das legislações que protegem a classe trabalhadora contribuído fortemente para tal (Antunes, 2020).

Antunes (2020) revela ainda que, nesse processo, ocorreu o crescimento exorbitante do uso e desenvolvimento das plataformas digitais que associaram a tecnologia avançada com a absorção de trabalhadores fora do mercado de trabalho e, logo, disponíveis para o capital que, criam uma fórmula para atrair esses trabalhadores, considerados “empreendedores”. Os trabalhadores passam a se responsabilizar pela aquisição de ferramentas de trabalho, como aparelhos telefônico, motos, carros, bicicletas etc. Esse modo de assalariamento extrapola os setores uberizados, inicialmente, e atinge profissionais de nível superior, a exemplo de advogados, médicos, enfermeiros que passam a ser tidos como pessoas físicas, a trabalharem por hora, turnos ou dias, a depender da necessidade da empresa ou mesmo da instituição pública que o demanda.

Dessa forma, o processo de “uberização” nada mais é que um padrão de trabalho precário, ao qual diversos trabalhadores, principalmente os jovens, se submetem para tentar garantir o próprio sustento e dos familiares, sem terem a garantias e proteção do trabalho, isentando as grandes empresas de qualquer infortúnio ou de investimentos em meios de produção, de circulação de mercadorias e mesmo de impostos. E quais conexões podem ser feitas entre essas transformações do mundo do trabalho com a discussão do trabalhador da saúde no Brasil?

Podemos considerar que, no setor saúde, “[...] o mercado de trabalho segue a tendência geral da evolução (ou involução) das relações de trabalho brasileiras [...]”, ou seja, os profissionais da saúde também padeceram com essas mudanças. Embora o Brasil tenha um modo de regulação das relações de trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que garante direitos formais, o processo de desregulamentação do mercado maximizou a flexibilização de contratos, gerando o achatamento da proteção social e, ainda, desvalorização dos rendimentos (Martins; Molinaro, 2013, p. 1672). Como exemplo atual desse processo, citamos as fundações e organizações sociais de interesse público, que constituem novos arranjos institucionais e, na prática, novas formas de flexibilizar as relações de trabalho (Martins; Molinaro, 2013).

Todos esses arranjos trazem consequência para a área da saúde, uma vez que o trabalhador, possuindo vínculos precarizados, baixa remuneração e ínfimo reconhecimento pelo serviço prestado, tende a procurar sempre novos empregos, elevando os índices de rotatividade no serviço, resultando em descontinuidade das ações, trazendo consequências para o cuidado em saúde. Em específico, na saúde, é comum haver acúmulo de contratos, reduzindo o tempo de repouso e de vida do trabalhador, para que este consiga obter renda julgada compatível com seu nível de formação e com suas necessidades de reprodução.

Sobre essa relação entre as transformações ocorridas no processo de trabalho e a saúde do trabalhador, em pesquisa realizada na década de 1990, Monteiro e Gomes (1998) trouxeram reflexões importantes sobre o modo como essas alterações advindas da lógica da reestruturação produtiva e do modelo neoliberal repercutiram na saúde de trabalhadores de uma empresa metalúrgica. Estes autores asseguram que, a partir do processo de flexibilização na produção, foram incluídos artifícios, como a terceirização das atividades. Assim, como consequência dessa prática, as empresas tiveram os custos reduzidos, porém, foi gerado grande impacto nos trabalhadores terceirizados, podendo-se afirmar que esse modelo trouxe “efeitos deletérios sobre o nível de emprego e as condições de trabalho para os terceirizados” (Monteiro e Gomes, 1998, p. 347)

A polivalência é um dos exemplos paradigmáticos das mudanças danosas à saúde desses trabalhadores, geradas pelo aumento da carga de trabalho; a necessidade de realizar tarefas sem a participação de outro colega de trabalho, aumenta a responsabilidade de um trabalhador; dada a falta de valorização, mesmo sendo especialista em uma área, o empregado é submetido a realizar atividades menos complexas; e, dentro dessa condição, não consegue vislumbrar melhores perspectivas de vida e trabalho (Monteiro; Gomes, 1998).

Destacam ainda os chamados: “efeitos deletérios” sobre a saúde dos trabalhadores gerados a partir “da intensificação do ritmo de trabalho, afetando a vida familiar e interferindo na saúde, gerando queixas de dificuldade para dormir, nervosismo, sonhos com o trabalho, dores de cabeça etc.” (Monteiro; Gomes, 1998, p. 352).

A partir da discussão dos autores podemos observar que as mudanças no processo de trabalho advindas da reestruturação produtiva, instalada no país mais fortemente a partir da década de 1990, trouxeram impactos na saúde dos trabalhadores, uma vez que as rotinas, as formas de trabalho, o lugar e a vida social sofreram também modificações, gerando esses “efeitos deletérios”.

As análises dos autores, mesmo nessa época, já iam ao encontro ao que os autores trazem em estudo mais recentes, como bem afirmam Vedovato *et al.* (2020, p. 02) sobre a situação precária das condições de trabalho e adoecimento profissional:

[...] com a precariedade das condições de trabalho, o adoecimento profissional é uma realidade em diversas áreas, cabendo à gestão do trabalho proporcionar meios dignos e seguros a todos(as) os(as) trabalhadores(as) para a garantia da saúde, particularmente no contexto pandêmico, em que o risco de contaminação pelo novo coronavírus é um dos desafios para os profissionais de saúde e da gestão do trabalho.

O contexto pandêmico escancarou mais ainda o intenso sofrimento vivenciado no trabalho pela classe trabalhadora brasileira e ausência dos gestores do trabalho para mediar e garantir condições dignas e seguras de trabalho, principalmente para os trabalhadores da saúde que estiveram e ainda estão e são da linha de frente no cuidado em saúde.

3.2 Saúde do trabalhador e da trabalhadora como política transversal

Faz-se necessário refletir sobre essas mudanças no processo de trabalho e sobre seus impactos na saúde dos trabalhadores e observar o modo como a política pública de saúde do país, especificamente a PNSTT, vem articulando ações para garantir a integralidade do cuidado a essa classe trabalhadora no âmbito do SUS.

Sobre isso, Costa *et al.* (2013) asseguram que se trata da garantia de trabalho decente. Este quesito não constitui critério para implantação de políticas públicas, principalmente quando se foca no desenvolvimento. Um exemplo desse comportamento pode ser observado nas políticas públicas de aceleração do crescimento da economia do país, fomentadas pelo Plano de Aceleração do Crescimento (PAC). De fato, quando se trata de garantir saúde, bem-estar e segurança aos trabalhadores, esse ideal fica em segundo plano, uma vez que o horizonte do desenvolvimento, deixa de lado as consequências desse desenvolvimento perverso, que flagela os trabalhadores.

Guiados pela máxima de que o crescimento econômico tem primazia sobre as políticas sociais, nota-se que, mesmo diante de várias modificações nas questões políticas e econômicas do Brasil, ainda se mantêm em destaque os interesses das elites e do grande capital transnacional, interesses que não dão importância aos impactos que podem ser gerados no meio ambiente, na sociedade e nas políticas públicas e no interior da estrutura do Estado (Costa *et al.*, 2013).

Os reflexos da submissão das políticas públicas podem ser observados também no texto da PNSTT. Costa *et al.* (2013, p. 17), que retrata inconsistências e omissão, no que diz respeito aos dados e às informações epidemiológicas sobre os benefícios concedidos pela

Previdência Social, verdadeiro “segredo fiscal” da instituição; e da luta entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego quanto às questões relacionadas “às ações de Vigilância dos processos de trabalho” (Idem).

No meio dessa disputa, ficam os trabalhadores. Ora, são eles que precisam de uma política de saúde forte, que lhes garanta assistência adequada. A observação feita pelos autores sobre a negação de dados da previdência é gravíssima. A partir desses dados tanto podem ser revistas e construídas condutas que protejam os trabalhadores e, por exemplo, evitem acidentes de trabalho, como também podem ser produzidos processos e ajustes de conduta, responsabilizando os empregadores pelo descuido e, pode-se dizer, pelo precário acesso a medidas de segurança no trabalho.

Costa *et al.* (2013, p. 18) destacam ainda que os CERESTs, principal instrumento de referência para a saúde do trabalhador e da trabalhadora, vêm se apresentando com margem de ação ainda insuficiente, por dependerem “de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas”. Essa marginalização dos CEREST gera mais fragilidade nas ações, dada a falta de autonomia para desenvolver o seu papel com a máxima. Assim, a saúde do trabalhador sempre tem ficado em segundo plano com relação às demais políticas de saúde. Sem a proteção necessária à saúde do trabalhador e a garantia de políticas efetivas de saúde, podemos afirmar que são grandes os impactos não somente na saúde física, como também na saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras.

3.3 A saúde mental dos trabalhadores e a interrelação com as novas configurações do trabalho

A discussão sobre saúde mental no mundo trabalho constitui um tema presente nesse ambiente, além de ser pauta referente aos seres humanos, é também ponto de debate sobre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e seus impactos na saúde mental dos trabalhadores.

Assunção, nos anos de 2011, discutia sobre processo de trabalho e saúde mental e citava exemplos dessas alterações no mundo trabalho que impactam no cotidiano e, consequentemente, na saúde mental da classe trabalhadora, afirmando que a desmotivação e o sentimento de não fazer parte da instituição, também, são presentes nos estudos; igualmente, a baixa autoestima e outros sentimentos negativos impactam nas relações internas e externas ao local de trabalho, na satisfação sexual e na vida.

Essa discussão é muito próxima ao que se observa nos casos de esgotamento, processo que carece de investigação aprofundada e definição de estratégias para o cuidado aos trabalhadores em saúde, tendo em vista que o cuidado em saúde, de forma qualificada, depende da forma como o sistema reconhece a subjetividade dos trabalhadores, bem como as necessidades destes no exercício de suas funções. No cenário atual, necessita-se de políticas que resgatem o valor do trabalho incluam a proteção desses protagonistas que atuam nos sistemas de saúde (Assunção, 2011). De fato, a discussão de Assunção (2011) não se distancia do vivenciado pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras da saúde, atualmente.

Em verdade, o modelo de saúde mental praticado no sistema público de saúde tem se construído ao longo da história e ainda está em processo de construção e, cabe aqui destacar, os muitos retrocessos vivenciados nos últimos anos reforçando práticas manicomiais atreladas ao cuidado em saúde mental.

No texto “Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora”, Passos (2017, p. 62) faz excelente discussão sobre as mudanças no mundo trabalho, aliadas ao processo de contrarreforma do Estado, afirmando que: “[...] as novas reconfigurações do mundo do trabalho e a contrarreforma do Estado também influenciam fortemente na recomposição da luta antimanicomial no cenário brasileiro”.

Esse trecho é de muita valia para o tema em estudo, uma vez que a autora afirma que tanto as alterações no mundo do trabalho, como também o processo de contrarreforma do Estado, atrelado a um paradigma de Estado mínimo trazem impactos para esse processo que a autora nomeia de “recomposição da luta antimanicomial” no Brasil. As mudanças a que a autora faz referência têm resultado em cortes nas políticas públicas, sucateamento e privatização dos serviços, deixando o povo brasileiro nas mãos de um mercado explorador,

Mas, o que seria essa “recomposição da luta antimanicomial”? A autora destaca que:

A flexibilização e a precarização das novas formas contratuais promoveram uma ruptura entre as diferentes gerações de antimanicomiais, suscitando o surgimento de novos coletivos que pudessem reivindicar melhores condições e vínculos de trabalhos. Essa ruptura traz para a Luta Antimanicomial novas questões, o que vêm possibilitando maiores reflexões de que a luta por uma sociedade sem manicômios não possui sentido se não for associada a luta de classes (Passos, 2017, p. 62).

Ou seja, com o processo de flexibilização das relações de trabalho e os precários modelos de contratos de trabalho, fragmentaram-se os coletivos em defesa de um modelo de saúde mental antimanicomial, fazendo surgir movimentos de luta por condições dignas de trabalho, mas de modo fragmentado. Esse processo de ruptura, pelo entendimento do trecho, motiva a refletir sobre os impactos desta ruptura na luta antimanicomial, quando, há

necessidade premente de fortalecimento e de construção de amplos movimentos coletivos de classe, que aliem as pautas e não as segmentem.

Passos (2017) apresenta reflexão pertinente quanto aos direitos e às garantias desses direitos, afirmando que “Não é no capitalismo que esses direitos serão efetivados de fato, mas no horizonte de uma sociedade igualitária e libertária. Contudo, torna-se necessária a luta pela garantia desses direitos e efetivação” ainda no âmbito das sociedades capitalistas.

Dessa forma, compreendemos que, a despeito de nossa ciência das limitações do modo de produção vigente, no sentido da plena efetivação de direitos, não se pode deixar enfraquecer a luta pela sua garantia e concretização dos direitos sociais. Ora, foi por meio de muita mobilização social que muitos direitos foram conquistados, em especial no campo da saúde mental, inclusive da saúde mental dos trabalhadores.

4 CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA PESQUISA AVALIATIVA: CONTEXTO, CONTEÚDO E TRAJETÓRIA COMO FERRAMENTAS DE ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA (PNSTT)

O desafio da construção de uma pesquisa avaliativa, que interprete uma política pública para além do olhar do avaliador, é galgar a inserção de discussões caras à sociedade, dando conta de abordar o contexto, o conteúdo e a trajetória percorrida pela política em avaliação, como proposto por Rodrigues (2008).

No artigo intitulado “Pode o subalterno avaliar? Possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção decolonial no campo da avaliação de políticas públicas”, que trata dos desafios para realização da avaliação em profundidade, Lima e Gussi (2021) destacam que a multiplicidade de saberes e posicionamento com relação à atividade avaliativa vem se ampliando gradativamente e alargando as possibilidades de respostas às demandas oriundas do aparelho do Estado. Esses saberes e essas práticas avaliativas constituem movimentos contra hegemônicos que

[...] situam a atividade avaliativa para além do aspecto funcional e gerencial de ferramenta de intervenção para buscar desenvolver outras ferramentas analíticas e metodológicas a partir da modulação de atividades na construção plural de conhecimentos com agentes e atores diversos inscritos na complexidade dos fenômenos humanos (Lima; Gussi, 2021, p. 22).

Nesta pesquisa, se busca esse movimento: ampliar os olhares com relação à avaliação de políticas públicas, acreditando que essa perspectiva vá além de um modelo convencional e quantitativo de avaliação de políticas, buscando na avaliação, apreender as vivências, as relações, as potencialidades, as reais demandas dos usuários e as institucionais, desvelando, também, fragilidades e entraves da política em estudo.

Além de ser um desafio, esse processo também é um espaço de pertencimento,

[...] uma vez que, mesmo que essas perspectivas pluralistas da Avaliação de Políticas configurem um campo interdisciplinar e diverso, elas, desde o ponto de vista aqui exposto, devem enfrentar o ranço da matriz colonial ao circular o conhecimento no campo da pesquisa científica e acadêmica, ou na elaboração de desenhos de avaliação sob a demanda dos governos (Lima; Gussi, 2021, p. 27).

Enfrentar o ranço colonial, traduzido em avaliações pautadas no modelo hegemônico, constitui verdadeiro ato de resistência, a dar sentido ao processo de implantação de uma política e da sua avaliação, não se restringindo a mera etapa a ser cumprida, como forma de “obediência” aos parâmetros impostos pelo Estado e pelo mercado.

4.1 Saúde pública no Brasil: avanços e desafios

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) tinha como umas das principais funções o desenvolvimento de “ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias” (Souza, 2002, p. 11). Um trabalho pontual, mas para a época, já se viam avanços em relação ao acesso à saúde. Ora, essas ações tinham caráter universal, não se restringiam ao público a ser beneficiado, contrariando o padrão, então, vigente, com o acesso à saúde destinado exclusivamente aos trabalhadores que contribuíam com a Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculados ao Ministério da Previdência e Assistência Social (Idem). Nesse período, a população mais pobre e com laços de trabalho precários ficava totalmente descoberta e à mercê de casas de saúde e entidades beneficentes.

A atuação do MS era centrada na atenção hospitalar, também chamada de “assistência médico-hospitalar”, contando ainda com poucas unidades especializadas no campo da psiquiatria e das doenças infectocontagiosas, como a tuberculose. A população usuária desse serviço era composta por “indigentes”, sendo o trabalho desenvolvido, principalmente, “[...] por instituições de caráter filantrópico”. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade” (Souza, 2002, p. 11).

Por isso, a importância do movimento da Reforma Sanitária que, em meio ao processo de luta pela universalização da saúde no Brasil, pensou na construção do SUS, originando-se no processo de luta pela redemocratização, nos anos 1980, consubstanciando-se nas leis promulgadas em 1990 (Souza, 2002).

Assim, em seu nascedouro, o SUS traz as marcas e características do país que então vivenciava a “confluência complexa e contraditória de dois marcos estruturantes na vida brasileira: a democratização e o ajuste estrutural à ordem do capital mundializado, em tempos de financeirização da economia.” (Carvalho, 2021, p. 11); marcos estes informados por perspectivas teórica e política distintas: por um lado, a luta pela reforma sanitária, no âmbito do Estado brasileiro, apontava para ampliação dos direitos sociais e, por outro, as políticas de ajuste do Estado pautadas no ideário neoliberal, avançavam nas contrarreformas. Nesse processo de disputas políticas que atravessam o Estado, a perspectiva neoliberal se torna hegemônica e, a partir de 1990, a própria lei do SUS e sua arquitetura passam a ser objeto de

ataques, comprometendo, em certa medida, as bases conceituais e os princípios do SUS e/ou retardando a implementação de políticas, programas e ações (Cardoso; Campos, 2013).

4.1.1 Privatização da saúde pública e precarização de vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde

Não é novidade afirmar que, no Brasil, ao longo da história, a saúde pública é marcada por retrocessos e desmontes. Na atualidade, o sistema ainda sofre ataques e as consequências são percebidas por usuários e trabalhadores, em especial. Trazendo a discussão para os dois últimos mandatos presidenciais concluídos, estudo destacou que, nos governos de Temer e de Bolsonaro, a saúde brasileira estava alinhada com orientações do Banco Mundial e d agendas empresariais; e que, no governo Temer, o processo de contrarreforma do Estado foi acelerado (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021).

Entre os anos de 2015 e 2019, o país enfrentou forte retração econômica, acarretando crise e consequente recessão. Desde 2008, quando eclodiu a crise mundial, foi exigido do Brasil, pelo capital financeiro, “[...] uma maior centralização de capitais e combate à inflação via achatamento de salários e retirada de direitos trabalhistas, o que caracterizou, especialmente, o governo Temer”. Esse comportamento evidenciou que a crise tem sido tratada com medidas que resultam em maior exploração do trabalho humano, em benefício de alternativas de saída da crise caras aos detentores de grandes fortunas (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021, p. 409).

Em meio a esse processo de crise, o ideário neoliberal vem sendo cada vez mais impulsionado influenciando empresas e mesmo instituições públicas a realizar formas de contrato precário e, em contraposição, no campo das políticas sociais brasileiras, há exigência de cortes por parte do mercado, o que gera maior insegurança nos trabalhadores dos setores de saúde e outros, “levando órgãos nacionais e internacionais a convocarem esforços para coíbiem as situações que se assemelham ao trabalho escravo” (Silva *et al.*, 2019, p. 142).

O período de recessão da economia brasileira não assolou somente a saúde pública, o setor privado de saúde também foi atingido, principalmente no que se refere ao número de beneficiários de planos de saúde suplementar, que experimentaram redução do número de conveniados, impactando, nas receitas do setor (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021).

Ainda sob o Governo Temer, é preciso destacar três “artifícios” adotados no mandato que provocaram efeitos deletérios no setor saúde: a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos; as alterações na legislação referente à Política de

Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; e a criação de proposta que limita a cobertura por planos de saúde (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021).

Especificamente sobre o SUS, a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 foi considerada como o principal meio de inviabilização do sistema público de saúde, uma vez que modificou a Constituição Federal de 1988, impedindo que sistema pudesse ser ampliado, quantitativa ou melhorado qualitativamente por 20 anos, mesmo em um cenário de grande e crescimento da economia (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021). Ou seja, o sistema foi impedido de acompanhar o crescimento social e das demandas de saúde assim como o crescimento da população que usa e precisa do SUS.

Sobre a saúde mental, o governo Temer estimulou ainda “parcerias público-privadas [...] no que se refere ao retorno dos hospitais psiquiátricos e de comunidades terapêuticas na Política Nacional de Saúde Mental”, pautas defendidas pelo Instituto Coalizão, Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHF) e Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), que são entidades defensoras dos grandes capitais na saúde, envolvendo hospitais, a grande indústria farmacêutica, cooperativas, dentre outros ramos da saúde (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021).

As orientações do Banco Mundial sobre os cortes no orçamento da saúde para o governo Temer não tiveram apenas reforço das agendas empresariais, mas houve ainda impacto na diminuição da cobertura pública assistencial, por meio da proposta do fechamento de unidades hospitalares com menos de 50 leitos e na preferência pela realização de contratos com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para realizar a administração direta de unidades públicas (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021). Rápida análise sobre o fechamento desses hospitais motiva refletir o resultado de tais mudanças nos hospitais de municípios de pequeno porte ou unidades hospitalares mais próximas das populações mais vulneráveis nas grandes capitais, o que repercute, por exemplo, na demora para atendimentos de urgência e emergência, na resolução de casos de saúde mais simples, além de submeter os usuários a longas viagens e deslocamentos em busca de tratamentos de saúde quando poderiam ser assistidos mais próximo de seus locais de moradia.

O governo Bolsonaro não foi diferente. Logo nos primeiros meses de mandato, houve o rompimento de convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que viabilizava o Programa Mais Médicos, vindo a excluir médicos advindos de Cuba; e “em contraposição, efetivou a abertura de editais para médicos brasileiros e outros estrangeiros” (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021, p. 419).

O governo Jair Bolsonaro simplesmente deu continuidade a mudanças iniciadas por Temer com relação à Saúde Mental, com a ampliação da inserção de hospitais psiquiátricos, dentre os dispositivos da política, “ou seja, o abandono da diretriz de desospitalização e o reforço ao tratamento por eletroconvulsoterapia, a partir da aquisição desses equipamentos” (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021, p. 421). Não podemos deixar de lembrar do desastroso gerenciamento da Pandemia da Covid-19, negligenciando abertamente medidas sanitárias e a provocando a demora na aquisição de vacinas para proteção da população.

Cabe ainda destacar a importância do movimento popular nesse processo de privatização da saúde. De fato, esse protagonismo ofereceu resistência aos avanços do desmonte da saúde e conseguiu algumas conquistas (Andreazzi; Sancho; Schutz, 2021). A participação popular, desde a criação do SUS, tem sido o braço forte do sistema, fazendo com que ele se mantenha vivo e perseverante, na busca da garantia dos princípios constitucionais.

Contudo, não há como falar do desmonte do SUS sem relacioná-lo com a precarização do trabalho na saúde pública. Conforme a cartilha “DesprecarizaSUS”, o trabalho precário tenha sido discutido amplamente no meio da gestão em saúde e o termo vem sendo utilizado “para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006, p. 05).

O trabalho precário também é entendido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS -, como formas de trabalho no SUS que além de não garantirem direitos trabalhistas, também não asseguram direitos previdenciários estipulados nas legislações e ainda afirmam que, mesmo em casos de vínculo indireto, este precisa ser dar, por meio de processo seletivo (Brasil, 2006). O texto explicita ainda que as formas de vinculação que garantem aos trabalhadores da saúde a proteção social são o vínculo estatutário e o celetista (Brasil, 2006). Esses vínculos dão mais segurança e dignidade aos trabalhadores. Por meios deles trabalhadores recebem salários, férias, benefícios previdenciários, dentre outros ganhos.

Dessa forma, na saúde, política essencial, a presença de trabalho precário, com a inobservância de direitos, negação de benefícios, gera alto índice de desmotivação dos trabalhadores e consequente rotatividade de mão de obra nos serviços, trazendo prejuízos imensuráveis para efetiva continuidade da atenção à saúde, por meio de políticas, programas e projetos (Brasil, 2006).

Em estudo realizado sobre a precarização do acesso ao mercado de trabalho por auxiliares e técnicos de enfermagem no Ceará, podemos afirmar que de 2003 até os dias

atuais a força desse Comitê não foi efetiva. Ora, nos setores públicos, tanto estaduais, quanto municipais, que absorvem a maior quantidade dessa mão de obra específica, observamos uma ascensão de vínculo, por meio de cooperativas, modalidade que não garante ao trabalhador proteção social, previstos nas trabalhistas. Esse movimento “[...] amplia o fosso na busca de condições dignas de trabalho e revela fragilidade organizacional e social das dimensões trabalhistas” (Silva *et al.*, 2019, p. 142).

O Ceará, como afirma o estudo, vêm acompanhando essa tendência de aumentar o número de profissionais da saúde contratados por meio de cooperativas, confirmando o processo de precarização dos vínculos de trabalho no estado, o que pode repercutir seriamente “[...] na segurança do paciente, comprometendo assim, a qualidade da atenção [...]” (Silva *et al.*, 2019, p. 142).

Assim, é evidente que tanto a saúde pública como os trabalhadores que mantêm o SUS vivo, sofrem com as consequências das agendas empresariais e dos acordos governamentais que destroem direitos e desfavorecem os trabalhadores, repercutindo, assim, na garantia de direitos e proteção ao trabalho e de uma saúde de qualidade aos usuários.

4.2 Análise do contexto: a formulação e implementação da PNSTT em foco

A cada nova forma de exploração do trabalho inserida no cotidiano, maior a necessidade de fortalecer tais políticas, sendo também um ato de resistência. Com o avanço das transformações do mundo do trabalho, dentro do sistema capitalista contemporâneo, frente ao modelo neoliberal e à reestruturação produtiva, “[...] milhões [de trabalhadores] são movidos para o campo nebuloso das ocupações intermitentes, esporádicas, eventuais, quando não, para o desemprego e desalento” (Antunes; Praun, 2019, p. 59), isto traz consequências à ST, de modo geral e ainda consequências na SM destes.

Por isso, a importância da discussão e compreensão do contexto de inserção dessas políticas no Brasil, a partir do debate sobre “*A trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil*”; e “*O percurso da Saúde Mental no Brasil*”, que, na visão da autora, foram separados, para que mais elementos fossem inseridos no debate a despeito de serem temas que se complementam pela história de luta e significado essencial para a vida de milhões de brasileiros e brasileiras que trabalham nas mais diversas formas de inserção no mercado para garantir a subsistência.

4.2.1 A trajetória da saúde do trabalhador no Brasil: entre conquistas e desafios persistentes

É inegável que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é uma conquista importante dos/as trabalhadores (as). Todavia a PNSTT vivencia diversos desafios desde sua implementação, em 2012.

No Brasil, nas três primeiras décadas do século XX, tanto a economia como a política foram impactadas intensamente por eventos de dimensão mundial. Logo depois da crise, ocorrida entre os anos de 1929 e 1932, abriu-se um período de expansão do capital, repercutindo fortemente nas classes sociais, no Estado e nas respostas às expressões da questão social (Behring; Boschetti, 2011).

Concordando com o pensamento de Behring e Boschetti (2011), Souza (2017) discute a construção da classe média brasileira, mostrando que, na primeira metade do século XX, o Estado apresentava-se como figura mais efetiva na vida social; houve também um avanço significativo da indústria e do comércio, estruturas que basicamente fizeram surgir a classe média. A classe média, nas palavras do autor, surge e se desenvolve entre os segmentos proletários e as classes populares.

Ainda no século XX, teve-se a formação dos primeiros grupos sindicais: agricultura e indústria rural, em 1903; e demais trabalhadores urbanos, em 1907, sendo reconhecido o direito a promover organismos sindicais. Esse processo foi influenciado pela massa de imigrantes europeus no país e estes carregavam ainda os ideais anarquista e socialistas, tanto que em 1911 já se conseguiu reduzir a jornada de trabalho para 12 horas por dia (Behring; Boschetti, 2011).

Em 1923, ano chave para o entendimento da formatação das políticas sociais posteriormente no Brasil, foi aprovada a Lei Eloy Chaves, que instituiu a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP). As CAP são consideradas as primeiras formas de previdência social brasileira, eram designadas a algumas categorias de trabalhadores estratégicos, como os marítimos e ferroviários, pois, durante aquele período, a economia brasileira era basicamente voltada para a monocultura exportadora do café, representando 70% do produto interno bruto (PIB) do país (Behring; Boschetti, 2011).

Na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, houve muitos avanços para os trabalhadores, com a criação do Ministério do Trabalho e, em 1932, a Carteira de Trabalho. Vale lembrar de que, ao mesmo tempo em que direitos dos trabalhadores eram conquistados, os benefícios eram restritos aos sujeitos que dispunham de registro na carteira e com

contribuição prévia. Um modelo que se inicia de forma corporativa e fragmentada, longe dos ideais de acesso universal (Behring; Boschetti, 2011).

Em 1933, iniciou-se o “sistema público de previdência”, por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os IAPs cobriam riscos relacionados a algumas formas de perda da capacidade laboral, como a velhice, a morte, a invalidez e a doença, ainda com acesso restrito a algumas categorias estratégicas, com planos com pouca uniformização e de caráter contributivo (Behring; Boschetti, 2011).

Em 1943, foi promulgada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ainda permeada pela lógica corporativista e fragmentada em relação ao reconhecimento dos direitos no país e, em 1945, depois de 15 anos no governo, Vargas caiu, iniciando, no Brasil, intenso período de “turbulências econômicas, políticas e sociais” (Behring; Boschetti, 2011, p. 109).

O reflexo do processo de construção das políticas foi repleto de desigualdades, que ficaram mais evidentes no período da ditadura militar, iniciada com o golpe em 1964, que produziu maior segregação entre as classes no Brasil, chegando ao ponto de o mercado privilegiar determinadas classes, selecionando produtos, enquanto as camadas mais precarizadas lhe destinava o que era de qualidade inferior. Um modelo militar que se afirmava moderno, mas que, na realidade, tinha as raízes fincadas no conservadorismo, que abriu espaço para construção da classe média hoje conhecida (Souza, 2017).

Essa distinção também era observada na prestação de serviços, incluindo os disponibilizados pelo Estado, havendo separação de escolas, bairros e hospitais para classe média e os destinados para classes mais pauperizadas (Souza, 2017).

Nas décadas de 1960 e 1970, o país atravessou disputa desigual, em que grupos, inclusive de classe média, impunham verdadeira ditadura frente aos grupos culturais, em especial, e somente no fim da década de 1970, os trabalhadores se organizaram, influenciados pelo Partido dos Trabalhadores (PT), e se aliaram a esses setores descontentes com regime (Souza, 2017). Na década de 1970, no Brasil, ao mesmo tempo que se percebia crescimento acelerado no quantitativo de trabalhadores na indústria, crescia também o processo de organização dessa classe em favor da “regulamentação da jornada de trabalho e em busca de melhores salários” (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1965).

Ainda nesse processo, nas décadas de 1970 e 1980, a movimentação dos trabalhadores trouxe impacto no capital, uma vez que a ação dos sindicatos, aliada ao PT e ao tensionamento político em prol da redistribuição, possibilitou a diminuição da taxa de lucro do capital, mesmo que essa redução não diminuísse o excelente padrão de vida dos capitalistas (Souza, 2017).

Durante esse recorte do processo de luta dos trabalhadores pela conquista de direitos e apropriação dos bens produzidos coletivamente, foi possível observar que o caminho não foi e ainda hoje não é fácil. Essa discussão é importante para compreender como ocorreram os primeiros movimentos para construção dessa visão para a Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil.

Gomez, Vasconcellos e Machado (2018, p. 1964) afirmam que a trajetória da Saúde do Trabalhador (ST) se inicia por meio dos estudos do campo da Saúde Coletiva, tendo como referência a “promoção, a prevenção e a vigilância”; e teve as raízes fincadas tanto no movimento da Medicina Social, como na vivência de lutas experienciadas pelo movimento operário italiano. A organização do movimento pelo fomento à ST ocorre no período marcado pela ditadura militar brasileira, que se instalou em 1964.

Mas, nem só de barreiras foi formado esse processo de construção da política para a ST. Em 1999, houve a publicação da “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho”, o que foi considerado avanço; em 2001, a ampliação, conquistando lugar de referência para o trabalho de médicos da área pericial e demais profissionais da saúde (Brasil, 1999); e, em 2023, com a “incorporação de 165 novas patologias que causam danos à integridade física ou mental do trabalhador: Covid-19, doenças de saúde mental, distúrbios musculoesqueléticos e outros tipos de cânceres foram inseridos na lista” (Brasil, 2023i, p. 01).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, criada em 2002, por meio da Portaria GM/MS nº 1.679 de 20/10/2002, destaca-se como uma das estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (Brasil, 2012) que abrange uma gama de serviços voltados à assistência e à vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito do SUS.

A rede tem como objetivo: “[...] ampliar o acesso e executar ações de promoção, proteção, prevenção e de vigilância em saúde, bem como na assistência especializada em saúde do trabalhador”; além de ser articulador da integração com os demais serviços do SUS. O principal órgão que compõe a RENAST é o CEREST (Brasil, 2023c). Observamos de pronto a necessidade de articulação entre setores do próprio Ministério da Saúde com competências complementares do campo da saúde do trabalhador/a.

Os CEREST constituem equipamento de referência também na proposta da PNSTT, lançada em 2012. Conforme a RENAST, os CEREST são equipamentos especializados e que se articulam às Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujas principais funções estão relacionadas ao desenvolvimento de ações assistenciais especializadas e de vigilância à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Seu principal objetivo é “[...] reduzir a

morbimortalidade entre os trabalhadores (as), proveniente dos ambientes e processos de trabalho” (Brasil, 2023c).

Nos caminhos percorridos, referente aos cuidados ao trabalhador e à saúde, nos Governos de Dilma Rousseff, Michel Temer, Jair Bolsonaro e Luiz Inácio Lula da Silva, faz-se necessário destacar ainda que no Governo Lula foi estruturada também no Ministério do Trabalho e Emprego a Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) que teve o apoio do Departamento de Fiscalização do Trabalho e do Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador (DSST). Dando ênfase à Saúde e Segurança do Trabalho (SST), existem ações voltadas para o assessoramento da SIT e também atividades voltadas ao planejamento das ações de segurança e saúde no trabalho, além de fiscalizar, executa ainda: atualizações das Normas Reguladoras (NR); promove Campanhas Nacionais de Prevenção de Acidentes (CANPAT); certifica e aprova cadastros dos fabricante e importadores de Equipamento de Proteção Individual (EPI); e mantém o Programa de Alimentação ao Trabalhador (Brasil, 2023f).

O DSST se apoia na Normas Reguladoras (NR-04) que dispõe sobre os Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com definições dos parâmetros e requisitos necessários para criação e manutenção de um SESMT. O SESMT tem por finalidade a promoção da saúde, além da proteção à integridade do trabalhador e da trabalhadora. O serviço deve estar disponível aos empregados em “organizações e órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como nos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público” e em outras “relações jurídicas de trabalho” (Brasil, 2023g, p. 01-02).

A NR 05, por sua vez, trata da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA). Esta norma tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A CIPA, diferente do SESMT, destina-se aos mesmos serviços dispostos na NR 04, mas desde que possuam trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (Brasil, 2023h).

Por isso que, além de lutar pela garantia de condições de trabalho dignas, a ST precisa também debruçar o olhar para o cuidado relacionado à saúde mental dos trabalhadores, no fortalecimento das estruturas que implementam as políticas públicas, na participação e no controle social e é por isso que se fará ainda um breve relato histórico do percurso da saúde mental no Brasil que também teve os movimentos para constituição contemporâneos do processo da ST.

4.2.2 A saúde mental no Brasil: entre acesso e graves violações de direitos sociais

Ao iniciar o debate acerca da saúde mental no Brasil, logo nos vem à memória os grandes hospitais psiquiátricos, “[...] onde ocorriam graves violações dos direitos humanos” (Amarante; Nunes, 2018). Por isso, a relevância de iniciar a discussão trazendo algumas particularidades das chamadas “instituições totais” descritas por Goffman (2001).

Goffman (2001, p. 16-17), no livro “Manicômios, prisões e conventos”, destaca que existem cinco tipos de instituições em nossa sociedade, a saber: as designadas para o cuidado dos indivíduos “incapazes e inofensivos; os locais destinados aos que não podem cuidar de si e que também são ameaça à comunidade, que são os “sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários”; os que realizam a proteção da comunidade, a exemplo das cadeias; as que realizam formas adequadas de trabalho, como quartéis, escolas internas e outras; e os que são destinados a “servir de refúgio do mundo”, sendo também local de orientação para os religiosos, como “mosteiros, conventos e outros claustros”.

Goffman (2001, p. 17) descreveu que, na sociedade moderna, habitualmente, os sujeitos realizam atividades como dormir, brincar, trabalhar em locais diversos, com diferentes sujeitos, diferentes autoridades, “sem um plano racional geral”. O autor assegura ainda que “O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida”.

O autor caracteriza essa quebra de barreiras, ao descrever que nessas instituições todos os feitos da vida serão realizados no mesmo lugar e sob uma mesma autoridade; vivendo em um grupo numeroso de pessoas, que são tratadas sem considerar individualidades e obrigadas a fazer as mesmas atividades; submissão a sistemas de regras com atividades diárias e horários estabelecidos; e seguindo plano único, que busca atender aos objetivos da instituição (Goffman, 2001).

Assim, ao discutir a constituição das instituições totais caracterizadas por Goffman (2001), fica evidente o processo de perda da individualidade dos sujeitos, da capacidade de planejamento, da negação do ser humano enquanto sujeito livre, quando inserido em modelo de instituição total. Essa discussão é essencial para compreensão da presença do modelo de instituição total na história da saúde mental no Brasil. Assim, fez-se recorte dessa trajetória a partir da construção do “Hospício Pedro II”, durante o reinado de Dom Pedro II.

As intenções da coroa advinham somente da benemerência de Dom Pedro II. Segundo os relatos de Andrade (2018), por volta dos anos de 1830, no Rio de Janeiro,

existiam diversos “alienados” andando por vielas e becos da então capital do império. Muitos eram recolhidos e colocados na Santa Casa de Misericórdia ou mesmo na cadeia pública e, por vezes, saíam mortos. O cuidado ofertado restringia-se a locais pequenos, sem higiene adequada e alguns permaneciam nesses locais acorrentados.

Lembremos ainda, nas palavras de Goffman (2001, p. 286), um grande problema ao ser aplicado um “modelo de serviço à psiquiatria institucional” decorre do fato que o hospital psiquiátrico público teria como mandado oficial “proteger a comunidade do perigo e dos aborrecimentos de certos tipos de má conduta”, funcionando como equipamento de “custódia”, cumprindo função básica aos olhos da lei e da pressão exercida pela população.

Membros da “Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”, com o argumento de que a Santa Casa não asseguraria a cura desses sujeitos, promoveram campanhas para promoção de um estabelecimento que tratasse a população “alienada” (Andrade, 2018, p. 90).

Dessa forma, em uma tradução do texto de Philippe-Marius Rey, que faz uma descrição romântica do Brasil no atendimento aos chamados “alienados”, identifica-se uma parte sobre a organização hospitalar, um dos marcos da história da saúde mental no país, que remete à construção do primeiro hospício, no Rio de Janeiro, em meados do século XIX, o Hospício Pedro II. A construção foi patrocinada pelo então imperador Dom Pedro II, sendo inaugurado nos anos de 1852, com capacidade para trezentos pacientes (Rey, 2012).

Nesse período, em que foi construído o primeiro hospício, o país vivia o processo de “abolição da escravatura”, com economia voltada para agricultura exportadora, em especial o café e a cana-de-açúcar. Furtado (2003) assegura que, na segunda metade do século XIX, o problema central da economia brasileira estava relacionado a uma oferta de mão de obra inadequada. Isto porque havia dualidade de pensamento no país: de um lado, existiam defensores da ideia de escravidão como riqueza e que a abolição da escravatura favoreceria a diminuição de bens de um setor da população, responsável pela geração de riqueza no Brasil; e do outro lado, argumentos que sustentavam que o processo de abolição e garantia de liberdade aos escravos traria lucros ao capital, uma vez que o empresariado escravista não mais precisaria investir o capital no comércio de escravos (Furtado, 2003).

É inegável que o processo de abolição dos escravos do país não foi um movimento pacífico, nem muito menos constituído de ganhos para os escravos libertos. Com a liberação desses indivíduos, as dificuldades de sobrevivência, principalmente nos centros urbanos, era uma realidade marcante e um forte problema social (Furtado, 2003).

Apesar da importante contribuição de Furtado (2003) para a compreensão das nuances do desenvolvimento econômico do país, há aqui de se fazer um contraponto à afirmação do autor de que a população escravizada, ao ser “liberta”, não responderia aos estímulos econômicos, de que esses sujeitos não possuíam o costume de manter uma vida em família, de que o desejo de acumular riquezas lhes era estranho. Afirmava ainda que os escravos possuíam rudimentar desenvolvimento mental, o que limitava de forma extrema às necessidades deles.

A afirmação do autor nos leva a compreender que a culpa das diversas expressões da questão social recaídas sobre a população negra é de responsabilidade dos próprios escravos, estes que foram largamente escravizados e destituídos do lar de origem, tratados como produto, privados por toda a vida, sem condições dignas de trabalho, educação, alimentação, moradia, vestuário e isentando o modelo econômico de todos os problemas sociais associados ao período escravocrata.

Antes de dar continuidade à discussão sobre a construção e organização deste hospício, faz-se necessário compreender por que se convencionou chamar as pessoas com transtorno mental de “alienadas”. Amarante (2006, p. 32) afirma que a psiquiatria nasceu com o nome de alienismo, nome dado por Philippe Pinel, pai da psiquiatria, pelo fato de ser a ciência que se dedicou ao estudo da alienação mental. Vale destacar ainda que “A expressão “alienado” tem a mesma origem etimológica de alienígena, *alien*, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade.

Dando segmento à discussão, o prédio do Hospício Pedro II foi planejado para realizar a “atendimento aos alienados”, sob os cuidados das irmãs de São Vicente de Paulo; de enfermeiras, que eram jovens recolhidas de orfanatos e educadas pelo próprio Hospício; e de médicos, interessados nos estudos sobre as “doenças mentais”, vindos da escola de medicina do Rio de Janeiro (Rey, 2012).

A instituição recebia internações voluntárias⁷ ou oficiais⁸ e fazia separação dos que podiam custear a estadia - os pensionistas - e os que eram atendidos de forma gratuita: “os indigentes, os marinheiros dos navios mercantes, os escravos de proprietários que apenas possuíam um único escravo” (Rey, 2012, p. 387).

⁷As internações voluntárias ocorriam a “pedido do pai, tutor ou curador, irmão, irmã, marido ou esposa, ou proprietário do alienado, com a sua firma reconhecida por um magistrado e o certificado de um médico que também deve ser aprovado pelas autoridades” (Rey, 2012).

⁸As internações oficiais eram feitas a partir de uma requisição do presidente do orfanato (juiz dos órfãos) ou do chefe da polícia, seja do distrito do alienado, seja do local onde ele foi preso” (Rey, 2012, p. 386).

O conceito de cuidado às pessoas com sofrimento mental, na época da construção dos grandes hospícios, ocorria por meio do “tratamento moral”, que estava no trabalho. Por isso, várias instituições de internação psiquiátrica eram conhecidas pelo mundo todo e também no Brasil como “colônia de alienados”. O objetivo dessas instituições “[...] era levar os alienados para os hospitais-colônia, onde pudessem trabalhar, principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria” (Amarante, 2006, p. 32).

Goffman (2001) assegura que nesses hospitais psiquiátricos, o tratamento dispensado não necessariamente estava especificamente relacionado à perturbação do indivíduo, ao contrário do tratamento realizado em hospitais médicos. Pelo contrário, ao invés do tratamento adequado, muitas vezes, admitiam-se terapias a um determinado grupo de pacientes que haviam sido recentemente admitidos e as doses ofertadas eram, na verdade, utilizadas para identificar contraindicações no tratamento e não para administração do tratamento adequado àquele indivíduo.

O autor afirma ainda que o paciente tinha uma vida regulada e sistematizada, conforme o sistema de disciplina que era desenvolvido para controlar número grande de pessoas internadas de forma involuntária por um pequeno grupo de trabalhadores na equipe, sendo ainda condicionado aos pacientes que: “O comportamento dócil e obediente leva o paciente à promoção no sistema de enfermarias; o comportamento turbulento e rebelde à sua queda” (Goffman, 2001, p. 293).

Os desafios são muitos e até hoje deixam marcas na história da saúde mental do Brasil. Por isso, a necessidade de também destacar os processos de luta e resistência ao modelo manicomial em nosso país. Entre os anos de 1920 e 1930, observamos os primeiros movimentos para uma reforma desse modelo. Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano buscaram estratégias de diferenciação dos serviços para psicóticos, propuseram um modelo de “tratamento em regime de pensão livre”, estratégias de educação especial e um “serviço de saúde mental”, mas essas propostas não conseguiram permanecer por muito tempo (Miranda-Sá Júnior, 2007).

A degradação desse modelo de assistência psiquiátrica pública era percebida pela falta de medicamentos específicos e essa degradação, segundo Miranda-Sá Júnior (2007, p. 157), somente seria ultrapassada por meio do descobrimento de “fármacos psicotrópicos, que possibilitaram o efetivo enfrentamento das enfermidades mentais”.

A revolução psicofarmacológica aconteceu, mas esse avanço criou outro problema na assistência psiquiátrica, uma vez que essa assistência ficou dividida entre os pacientes que eram custeados pelo Estado e os que eram mantidos pela previdência social pública. O

problema, então, multiplicou-se e o lucro era o que predominava. Desta forma: “O doente mental se transformou em uma fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição” (Miranda-Sá Júnior, 2007, p. 157).

Na década de 1970, um grupo de trabalhadores com pouco tempo de formados, depararam-se com uma realidade revestida pelo “descaso e violência”, juntos, deram início aos primeiros movimentos relacionados “à assistência psiquiátrica no Brasil” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

Segundo, ainda, Amarante e Nunes (2018), o país vivia um intenso processo de luta contra o governo ditatorial e pela redemocratização brasileira, além das lutas pelos direitos humanos daqueles que sofreram com a violência psiquiátrica e violência estabelecida pelo poder autocrático, estes pontos foram horizontes importantes para construção do processo de reforma psiquiátrica, com influência direta na construção de políticas públicas, não somente as relacionadas à saúde, uma vez que lutava também por políticas em outros setores, como “cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

Por essa razão, Passos (2017, p. 55) afirmou, a respeito da gênese da reforma psiquiátrica e também do percurso, tanto social, como histórico, que, ao se falar sobre “a política de saúde mental antimanicomial”, não pode reduzi-la à apenas uma política pública, pois ela, antes mesmo de poder ser viabilizada, há ainda uma “proposta de transformação vinculada a um projeto societário”, ou seja, a política de saúde mental ultrapassa as barreiras da dimensão das políticas projetadas para esse modelo econômico e social capitalista, por buscar atingir um outro nível de sociedade mais justo e igualitário.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se ergueu como coletivo que tinha como objetivo a “reformulação da assistência psiquiátrica”. Outro movimento também surgiu para fortalecer a luta antimanicomial articulado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), reunindo em um único corpo diversos sujeitos, desde usuários, familiares, até ativistas de gênero, sexualidades dentre outros (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

A construção de um pensamento crítico frente à institucionalização da loucura se desenvolveu dentro do movimento pela reforma psiquiátrica entre as décadas de 1970 e 1980, discutindo os conceitos até então predominantes, como o “institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total”. No fim dos anos de 1980, uma nova perspectiva foi criada para construção de serviços com práticas inovadoras (Amarante; Nunes, 2018, p. 2071). Criou-se, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o primeiro do tipo,

bem como outros dispositivos foram iniciados. Esses serviços trazem um trabalho até então desconhecido, baseado no cuidado de forma intensiva aos usuários que apresentavam alguma situação psiquiátrica grave, ainda não lançando mão da hospitalização e do tratamento ambulatorial (Amarante; Nunes, 2018).

A Constituição de 1988 e, nela, a garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Seguridade Social, abriu possibilidades para o fortalecimento da autonomia e o desenvolvimento de políticas de saúde municipais, a exemplo da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertura de residências para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, cooperativas de trabalho, projetos de fomento à cultura e outras propostas intersetoriais (Amarante; Nunes, 2018).

Da década de 1970, quando se iniciaram os primeiros movimentos pela reforma psiquiátrica, até a luta pela afirmação da saúde mental enquanto política pública, passaram-se várias décadas. Somente em 2001, a Lei nº 10.216 foi sancionada, mesmo ano em que foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesta conferência, foram discutidas propostas e contribuições para traçar o desenho “[...] favorável e promissor para o campo da saúde mental no SUS” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072).

Muito foi construído a partir da sanção da Lei 10.216, inclusive foi possível a disseminação dos CAPS’s - “CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infantojuvenil) e CAPSad (álcool e drogas)” – e, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria GM/MS nº 3.088 que possibilitou uma nova dimensão ao conjunto de ações para a saúde mental no SUS, com vistas ao acesso, de forma ampliada, para a atenção psicossocial nos diferentes níveis de complexidade do sistema, de modo geral (Amarante; Nunes, 2018).

A redução de leitos psiquiátricos, no país, se transformou em realidade: dos mais de 80 mil leitos existentes na década 1970, em 2014, totalizavam-se 25.988 leitos. Ademais, foram realizados investimentos para implantação de serviços de atenção psicossocial, em especial os de CAPS e os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), além do Programa de Volta Para Casa (Amarante; Nunes, 2018).

O SUS apresentou novos sinais de desmonte e, ainda no governo de Dilma Rousseff, medidas conservadoras foram assumidas pelo Ministério da Saúde, com notórios defensores do modelo manicomial. Em 2015, novos retrocessos atingiram o SUS e a reforma psiquiátrica, sendo o Ministério da Saúde “objeto de negociação política e, com ele, os princípios do SUS”. Em 2017, um novo golpe, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que “praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de

desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2073).

Por isso, percebemos que mesmo com todo o avanço nas políticas, as formas de organização e de resistência precisam estar a todo momento ativas e vigilantes contra os retrocessos. Em pleno século XXI, depois de toda a construção de um pensamento antimanicomial, o Estado, que deveria garantir saúde, sustenta mais uma vez a iniciativa empresarial, dando respostas positivas ao capital e não aos que sofrem com esse desmonte.

4.3 Conjuntura neoliberal e políticas públicas de saúde no Brasil

Em 1964, com a instalação do regime militar no Brasil, houve impactos diretos nesse movimento pela construção de um sistema de saúde contrário ao regime autoritário e centralizador do Estado.

O mundo passava por diversos conflitos, dentre eles, a Guerra Fria que se intensificava na América Latina e a “radicalização política propiciada pela Revolução Cubana de 1959”. Esse movimento colaborou para o colapso do ciclo nacionalista que estava se desenvolvendo no país, uma vez que os grandes empresários da indústria que faziam parte da “burguesia nacional”, juntamente com os militares, mediados pelo temor da “ameaça comunista”, agregaram-se aos Estados Unidos, por meio do “Pacto Autoritário-Modernizante de 1964”, e inauguram a ditadura militar no Brasil (Bresser-Pereira, 2012, p. 108).

Assim, o regime ditatorial brasileiro não foi implantado no país como um modelo pontual e isolado, fez parte de uma tendência mundial e mais precisamente na América Latina, com os diversos exemplos de regimes autoritários, em diferentes países, e intervenções na autonomia dos Estados. De fato, os militares, com a promessa aos brasileiros de restauração da ordem e da democracia e de fortalecimento da economia em um “curto espaço de tempo”, acabaram por passar mais de duas décadas no poder. As principais características no início do regime eram pautadas na “desarticulação da participação social”. Assim, “[...] os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista” (Paiva; Teixeira, 2014, p. 17). O que ficou na história e na memória dos brasileiros, diante dessa promessa de “democracia”, foram décadas de silêncio. Muitos foram exilados da própria nação, além de terem ocorrido vários crimes de tortura e desaparecimento daqueles que se posicionavam contrários ao regime.

Quanto aos impactos no sistema de saúde público, durante esse regime, o Brasil vivia em dois sistemas: o de “medicina previdenciária” e de “saúde pública”: o primeiro, com

foco nas ações de saúde individuais dos trabalhadores formais, das zonas urbanas, principalmente; e o segundo, conduzido pelo Ministério da Saúde, com trabalho voltado às populações da zona rural e às camadas mais pauperizadas, com perspectiva preventiva. Vale ainda destacar que houve crescimento da inserção do setor privado no cuidado à saúde, muitos guiados pela lógica da privatização desses serviços (Paiva; Teixeira, 2014, p. 17).

Em resumo, a noção de saúde dos governos autocráticos, durante o regime militar, ia na contramão do que pensavam os movimentos sociais da época, distanciando-se mais ainda de um modelo de sistema de saúde universal, equânime e participativo; dividia a nação entre aqueles que podiam pagar para ter acesso aos serviços de saúde e aqueles que dependiam da “caridade” de algumas instituições ou mesmo de ações pontuais do Estado.

A chegada da década de 1970 marca a instauração de uma crise internacional do modelo de Bem-Estar Social, mais especificamente, em 1973, quando, no mundo, o modelo capitalista finda um ciclo virtuoso e cai em recessão econômica, mediada pela queda das taxas de crescimento e aumento da inflação. Nessa conjuntura, as ideias neoliberais ganharam destaque, principalmente o modelo inglês, a exemplo do governo Thatcher, a partir do rebaixamento de impostos, desemprego estrutural, criação de legislação que dificultavam o sindicalismo, corte nos gastos sociais e instauração dos programas de privatização (Anderson, 1995).

O Brasil foi atingido fortemente por essa crise mundial, a partir da alta do preço do petróleo, em 1974. A tentativa do governo de sustentar os investimentos não obteve êxito. Chegava-se ao fim do período de crescimento econômico, gerando tensões sociais e eclosão das mobilizações populares e de lutas por mudanças tanto nas políticas como por melhorias nas condições de vida da população. Grande parte da população percebe, então, que o “milagre econômico” não favoreceu diretamente às camadas mais pobres do Brasil, mas fortaleceu as desigualdades sociais. Nesse movimento, as propostas de reformas na área da saúde se originam (Paiva; Teixeira, 2014).

Em finais da década de 1970, já iniciando um período de transição democrática, emergiu no país o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que, segundo Paim (2008, p. 66), constituiu “fenômeno histórico e social”. Por isso, a relevância de conhecer esse Estado para compreender o processo da RSB. Foi um período de transição em que sujeitos e movimentos lutaram pelo fim da ditadura, na busca por direitos sociais e de cidadania, visando galgar uma “Reforma Democrática do Estado no Brasil”.

Todavia, esse movimento pela democratização do país e por amplos direitos sociais ocorre em um período de crise mundial e de avanço do modelo neoliberal. De fato, a

crise que afundou a economia gera um longo estado de recessão, com baixo crescimento e elevadas taxas de inflação, a dar espaço para a perspectiva neoliberal. Afirmava-se que a crise advinha do poder dos sindicatos e movimentos operários, que corroía “as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais” (Anderson, 1995, p. 09).

Na década de 1980, frente ao avanço do neoliberalismo, a América Latina implementou planos de ajuste econômico para o pagamento da dívida externa, com aumento significativo da taxa de juros, necessitando, então, da criação de um superávit primário gigantesco, a fim de destiná-lo ao pagamento desses juros. O excedente produzido não era convertido em investimentos no país, mas em pagamento de juros da dívida externa. Esse fato resultou também em “aumento da marginalização social, a pobreza e, mais ainda do que pobreza, a indigência no Terceiro Mundo e na América Latina” (Santos, 2000, p. 91).

No final da década de 1990, na América Latina, diversas lideranças políticas nacionalista foram eleitas. Luiz Inácio Lula da Silva, por exemplo, foi eleito no Brasil, governando de 2003 a 2010. Nos primeiros anos, enfrentou uma crise econômica e política. Mas, a partir do terceiro ano de pleito deu apoio à empresa nacional por meio de ações do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), “em uma política distributiva baseada principalmente no aumento do salário-mínimo e na expansão da Bolsa Família” (Bresser-Pereira, 2012, p.119).

André Singer (2009, p. 93) afirma que o “tripé formado pelo Bolsa Família, pelo salário-mínimo e pela expansão de crédito” e outros programas sociais e econômicos, conseguiu, em 2004, diminuir, de forma significativa, a pobreza no país; a economia retomou o crescimento e o número de empregos aumentou.

Nos governos Lula I e II a política de saúde ficou em plano secundário, apesar da expansão de programas e das ações que proporcionaram maior cobertura a áreas mais críticas do país, a exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros. A base dos problemas relacionados à política de saúde não foi enfrentada, como “no âmbito do financiamento, das relações público-privadas, da força de trabalho e das desigualdades territoriais em saúde” (Machado; Lima; Batista, 2017, p. 153).

O governo de Dilma Rousseff, iniciado em 2011 e findados com o golpe de 2016, logo no primeiro mandato, defrontou-se a um contexto político e econômico menos favorável, se comparado ao que Lula encontrou durante seu pleito (Machado; Lima; Batista, 2017). A China, por exemplo, com grande peso na economia mundial, desacelerou sua produção. No

Brasil, as crises política e econômica se fundiram, de forma tão devastadora que não ocorreu em nenhum lugar. Em 2013, os protestos nas ruas, motivados pelo aumento das tarifas dos transportes, reuniram mais adeptos do que no restante do mundo, tanto que, ao longo de três manifestações, ocorridas em várias cidades do país, o público foi estimado em dois milhões de pessoas (Anderson, 2016).

A situação política no segundo mandato do Governo Dilma ficou ainda mais fragilizada, com pesquisas apontando para uma queda na popularidade da governante, levando o Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB) e os partidos aliados, no Congresso Nacional, a acionar um processo para impugnar Dilma Rousseff (Anderson, 2016).

Michel Temer, até então vice-presidente de Dilma Rousseff, aproveita-se da situação para demonstrar que o país estaria em boas mãos, caso Dilma fosse derrubada do poder, encomendando um plano para estabilização que continha as privatizações; a reforma da previdência; o fim dos gastos obrigatórios com educação e saúde, assegurados pela Constituição Federal, que estavam relacionados a promessas de atender aos mais vulneráveis. Caso ocorresse o *impeachment*, o vice-presidente não teria dificuldades para aprovar o plano, visto que detinha o apoio do PSDB, do Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), hoje MDB e de outros partidos de menor porte (Anderson, 2016).

No Governo Dilma, a situação da política de saúde teve continuidades em áreas como a atenção básica à saúde, às vigilâncias em saúde, além de programas específicos (a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), como componente da rede de urgências e o Programa Mais Médicos) que marcaram o governo. Entretanto, as questões estruturais do sistema também não tiveram o adequado enfrentamento (Machado; Lima; Batista, 2017).

Neste contexto de implementação da PNSTT, o SUS foi permeado pelo crescimento de serviços prestados por empresas privadas, em especial na atenção de alta densidade tecnológica (hospitalar), mas igualmente, em outros níveis de atenção à saúde, como os “serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e, mais recentemente, na atenção básica, por meio das novas formas de terceirização, como a contratação de Organizações Sociais” (Machado; Lima; Batista, 2017, p. 156). O processo de privatização dos serviços de saúde fragiliza a primazia do Estado no planejamento e na execução de serviços, enfraquecendo, também, o controle social, na medida em que, cada vez mais, os processos de participação popular vão perdendo espaço para o grande capital.

Neste cenário de tensões e crise, de disputas políticas e desmoronamento do governo Dilma, da longa crise econômica e social que grassava o país, contraditoriamente,

surge a PNSTT. A PNSTT é fruto de diversas articulações de atores que se implicam na luta pela garantia da saúde do trabalhador. E, para ilustrar a trajetória da Saúde do Trabalhador no Brasil, pós-Constituição/1988, segue Quadro 1, com as principais legislações nacionais pertinentes ao cuidado do segmento trabalhador, em especial a PNSTT. As legislações apresentadas a seguir, foram organizadas por ordem cronológica, com base em informações da página RENAST On-line (RENAST, 2020) e em em outros sítios onde constam outras legislações federais.

Quadro 1. Trajetória das legislações referentes à saúde do trabalhador

Anos	Legislações pertinentes à Saúde do Trabalhador
1988	Constituição Federal - que assegurou a universalidade da política de saúde, compondo a Seguridade Social.
1990	Lei nº 8.080 - institui a política de saúde no âmbito do SUS, destaca como um dos campos de atuação e execução de ações de saúde do trabalhador.
1993	Lei nº 8.689 - extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1998	Portaria nº 3.120 - regulamentação de uma Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.
1999	Portaria nº 1.339/GM - institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho.
2002	Portaria nº 1.679/GM - que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS.
2004	Portaria nº 656/GM - normas para o cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST.
	Portaria nº 666/GM - procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.
	Portaria nº 777/GM - procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS, sendo revogada pela Portaria nº 2.472/2010.
2005	Portaria nº 1.172/GM - que regulamenta a Norma Operacional Básica (NOB SUS) 01/96 no que se refere às competências da União, estados e municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento.
	Portaria Interministerial nº 153 - Constituir Grupo de Trabalho Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e do Trabalho e Emprego.
	Portaria Interministerial nº 800 - que publica o texto-base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.
2005	Portaria nº 1.125 - que dispõe sobre os propósitos da política de Saúde do Trabalhador para o SUS, foi revogada pela Portaria nº 2.442/2005.

	Portaria nº 2.437/GM - dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, revogada pela Portaria 2.728/2009.
	Portaria nº 2.442 - de 09 de dezembro de 2005, que lista uma série de legislações como insubsistentes
	Portaria nº 2.458/GM - que vem redefinir os valores do incentivo para custeio e manutenção dos serviços habilitados como CEREST.
2007	Portaria nº 1.956 - referente a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde.
2009	Portaria nº 2.728/GM - refere-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).
	Portaria nº 2.048 - Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).
2010	Portaria nº 2.472/GM - define as terminologias adotadas em legislação nacional, revogada pela Portaria nº104/2011.
2011	Portaria nº 104 - que define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, revogada em 2014 pela Portaria nº 1.271.
2012	Portaria nº 1.823 - que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
2013	Portaria nº 1.378 - regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
	Portaria nº 1.206 - altera o cadastramento dos CEREST no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
2014	Portaria nº 1.271 - que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
	Portaria nº 1.984 - que define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.
2020	Portaria nº 2.309 - atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).
	Portaria nº 1.565 - Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.
	Portaria Conjunta nº 20 - órgão: Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, que estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho (orientações gerais).

2023	Decreto nº 11.678 de 30 de agosto de 2023. Altera o Decreto nº 10.854, de 10 de novembro de 2021, para regulamentar disposições relativas ao Programa de Alimentação do Trabalhador.
	Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.
	Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).
	Portaria nº 1187, de 27 de dezembro de 2023. Define o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclui e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
2024	Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela.

Fonte: Elaborado pela autora.

Depois de entender o processo de instituição das políticas de ST e SM e o modo como, progressivamente, tomam forma e ganham legitimidade no cenário brasileiro, evidenciamos que o reconhecimento legal constitui enorme avanço. Todavia, não se pode perder de vista que a garantia efetiva do direito depende de luta e mobilização constantes dos trabalhadores e das trabalhadoras para que suas necessidades de saúde sejam asseguradas na perspectiva da integralidade do cuidado, levando em conta as dimensões da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos e da recuperação da saúde.

A implantação dos CEREST – equipamento de referência para a ST – e dos CAPS – equipamento de referência para a SM – em diversas partes do território nacional, constitui conquista; outros equipamentos do mesmo tipo precisam ser conquistados e dado o devido valor, para não serem tratados como mero serviço, sem qualidade, sem formação dos trabalhadores, sem divulgação das ações, ou seja, sem efetividade.

A busca pela integralização do cuidado à saúde do povo brasileiro, articulando políticas; formando trabalhadores para a saúde, com qualidade e consciência; dando condições dignas para o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde; garantindo acesso a todos e todas, assumindo o pressuposto de saúde como direito universal segue na ordem do

dia, sendo necessária constantes mobilização e atuação de todos os segmentos que compõem o SUS.

4.4 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: análise de conteúdo e bases conceituais

A PNSTT, instituída pela Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012, busca dar corpo a definição de princípios, diretrizes e estratégias para efetivação do cuidado integral à saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras do país, independentemente do tipo de vínculo empregatício ou localização regional, incluindo ainda aprendizes e estagiários. E, ademais, as definições estabelecidas pela política devem ser observadas pelos governos municipal, estadual e federal; e alinhar o trabalho às ações promovidas pelo SUS (Brasil, 2012).

Na tentativa de visualizar uma articulação das ações da PNSTT com a Política de Saúde Mental, representada pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os autores Perez, Bottega e Merlo (2017, p. 288) revelam que:

As experiências como pesquisadores e profissionais em saúde mental e trabalho têm mostrado que muitas pessoas que sofrem em função de sua profissão e têm manifestado diversos sintomas e, até mesmo, adoecimento psíquico não têm encontrado acolhimento de ‘sua dor’ nos serviços de saúde do SUS. Suas falas, seus relatos e suas vidas no trabalho não têm sido um tema comumente escutado pelos profissionais que atuam na saúde mental e do trabalhador nos serviços públicos de saúde.

O discurso dos autores é marcante, principalmente quando evidenciam o crescente adoecimento psíquico relacionado ao trabalho (Perez; Bottega; Merlo, 2017), ao mesmo tempo em que o acolhimento desse sofrimento vem se tornando invisível aos olhos da política de saúde, gerando mais dores nos trabalhadores e negligência frente à proposta de cuidado integral à saúde do trabalhador preconizada pela PNSTT.

Dentre os objetivos da política figuram: o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), bem como a integração com a Vigilância em Saúde; a promoção da saúde e de ambientes e os processos de trabalho saudáveis; a garantia de atenção integral à saúde do trabalhador, inserindo-o na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS; o entendimento da saúde do trabalhador como ação transversal à RAS; a categoria trabalho como determinante no processo saúde-doença; a identificação da situação de trabalho dos usuários nas ações e serviços do SUS; e a qualidade na atenção à saúde dos trabalhadores assegurada pelo SUS (Brasil, 2012).

Na medida em que a PNSTT define a necessidade da centralidade da categoria trabalho nas ações de saúde e da articulação com a RAS, compreendemos que a saúde mental precisa também ser pautada e envolvida nos processos de cuidado à saúde do trabalhador. Por isso, a importância de dois equipamentos de saúde essenciais, previstos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁹: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Perez; Bottega; Merlo, 2017).

Quanto às estratégias propostas pela PNSTT, podemos destacar: uma que dispõe sobre identificação do trabalhador, a partir do registro da ocupação, em diversos sistemas e também fontes de informação da saúde, a exemplo do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e nos demais dispositivos; e a outra que preconiza a articulação e a sistematização de dados de interesse à saúde do trabalhador, que podemos citar como exemplos: Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de outros descritos no texto da política (Brasil, 2012).

Esses sistemas e fontes de dados são imprescindíveis para, por exemplo, implementar outras políticas, serviços ou ações que fortaleçam o cuidado para com a saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cardoso e Araújo (2016), ao se reportarem às notificações junto ao SINAN referente aos casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), mesmo estando mais presente no cotidiano dos profissionais de saúde, ainda é incipiente; e ainda é baixa a divulgação pelos CEREST das informações produzidas a partir destas notificações (Cardoso; Araújo, 2016).

Ainda sobre as estratégias da política em estudo, no que se refere ao desenvolvimento e à capacitação dos recursos humanos, pauta-se no texto relevante medida para os trabalhadores da saúde: “a) a adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público [...]” (Brasil, 2012, p. 08).

Além das atribuições de cada ente federado, a PNSTT ainda contempla as atribuições do CEREST e da Equipes Técnicas, considerando que o trabalho a ser desenvolvido pelo equipamento e pela equipe no âmbito das ações de saúde do trabalhador,

⁹A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes temáticas de atenção à saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme o art. 2º da Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b).

deve compreender suporte técnico, educação permanente e coordenando projetos; realização do apoio matricial na Atenção Primária para o desenvolvimento de ações; os CERESTs devem atuar como articulador e organizador de ações direcionadas à saúde do trabalhador (Brasil, 2012).

A articulação das ações dos CEREST no âmbito da saúde mental dos trabalhadores foi objeto de estudo nacional, realizado em 2014, envolvendo 161 CEREST dos 201 existentes no país. Concernente às ações de saúde mental, foi revelado que 67,7% dos CERESTs pesquisados tinham profissionais capacitados para atendimento em saúde mental; destacou-se ainda a complexidade do estabelecimento do nexo em casos de transtorno mental relacionado ao trabalho; a ausência de garantia da assistência integral aos trabalhadores acometidos por sofrimento mental relacionado ao trabalho e a invisibilidade nesses casos, devido à subnotificação nos sistemas de informação em saúde; as ações na área de saúde mental relacionadas ao trabalho realizadas pelos CEREST ainda são incipientes (Cardoso; Araújo, 2016).

Por isso, a necessidade de fortalecimento desses equipamentos que são referência para o trabalhador e a trabalhadora por todo o país e da responsabilização dos entes federados pelo não cumprimento do que prevê a PNSTT. Uma vez enfraquecidos, sem execução efetiva de suas atribuições, o principal atingido será o usuário da política, causando, ainda, maior fragmentação do cuidado ou mesmo a inexistência de cuidado.

Sobre as formas de avaliação e monitoramento da política, a Portaria aponta que tanto as metas como os indicadores devem estar dispostos nos instrumentos utilizados pela gestão do SUS, sendo citado no texto: “I - Planos de Saúde; II - Programações Anuais de Saúde; e III - Relatórios Anuais de Gestão” (Brasil, 2012).

Afirma, ainda, quanto à avaliação e ao monitoramento, que as necessidades relativas à saúde do trabalhador necessitam estar incluídas no planejamento geral das ações de saúde, permeada por um processo “dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo” (Brasil, 2012, p. 13).

Cardoso e Araújo (2016, p. 12) reconhecem que a avaliação e o monitoramento da política são importantes, mas que esse processo vem sendo prejudicado, visto que:

A pouca ênfase na produção de diagnósticos e de conhecimento embasado em evidências empíricas é também constatada pelo baixo incentivo e apoio a estudos e pesquisas. A produção de conhecimento é estratégia privilegiada para o estabelecimento de ações e prioridades com capacidade para responder adequada e satisfatoriamente às demandas reais existentes.

A construção de conhecimento e de uma base empírica forte são essenciais e esses dados e informações consolidados precisam ser integrados ao processo de planejamento das ações para, assim ser gerador maior avanço nas atividades destinadas aos trabalhadores (Cardoso; Araújo, 2016).

Outro ponto da PNSTT que merece destaque refere-se ao controle social, com a descrição de como deve se dar essa participação dos trabalhadores, representantes e da comunidade; aos princípios, objetivos, estratégias e o fomento dessa participação pelos entes federados e equipes dos CERESTs, e sugerir que PNSTT segue o que preconizam os princípios do SUS (Brasil, 2012).

Há a necessidade de se fazer ressalva quanto à participação dos trabalhadores, quando se trata de avaliar e monitorar a PNSTT, pois não fica evidente no texto. O entendimento fica nas entrelinhas, uma vez que é no Plano de Saúde, por exemplo, há a necessidade de participação da comunidade, citam ainda a necessidade de clareza e transparência. Cardoso e Araújo (2016) apontam que há diminuição da participação e que se faz necessário traçar estratégias para o fortalecimento do controle social com o fim de buscar a construção de políticas públicas eficazes, baseada em interesses dos trabalhadores e trabalhadoras e em demandas coletivas.

Ora, com advento da Constituição Federal, em 1988, e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi assegurada a universalidade da política de saúde, compondo a Seguridade Social e instituiu-se a política de saúde no âmbito do SUS. Um dos campos de atuação e execução de ações de saúde destacado foi a saúde do trabalhador. Nela, incluem-se as ações de saúde do trabalho, as quais são destinadas a promover, proteger, recuperar e reabilitar à saúde desse grupo submetido a riscos e agravos provenientes das condições de trabalho, atrelada às ações de vigilância sanitária e epidemiológica (Brasil, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) é um marco nas políticas públicas no Brasil, em especial pela garantia de universalidade de acesso, estando na contramão dos ditames neoliberais. Por isso, a luta contínua para assegurar a integralidade da lei e o fortalecimento dela.

Já em 1999, foi instituída a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho para ser referência dentro do SUS nos atendimentos decorrentes de agravos oriundos do processo de trabalho. No anexo I da referida lista, foram categorizados os agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional, de acordo com as doenças causalmente relacionadas com os

respectivos agentes ou fatores de risco, conforme denominação e codificação da CID-10. Vale ressaltar que nessa lista já há menção de transtornos mentais ocasionados por alguns agentes etiológicos e existe seção que categoriza os “Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10)” (Brasil, 1999).

A partir dos anos 2000, observamos movimento maior referente à garantia de direitos pertinentes à saúde do trabalhador, fato discutido no item a seguir.

4.5 Análise da trajetória institucional da PNSTT

Anterior ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) – que na própria lei viria a determinar que “as ações de ST devam ser executadas pelo SUS nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos” – já se observava a presença da prevalência na dimensão assistencial referente ao cuidado em saúde dos trabalhadores, a exemplo dos primeiros “Programas e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST” (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1965).

Souza (2017) afirma que nas décadas de 1970 e 1980, a movimentação dos trabalhadores trouxe impacto no capital, uma vez que a ação dos sindicatos, aliada às ações do Partido dos Trabalhadores (PT) e o tensionamento político, em prol da redistribuição, possibilitaram diminuição da taxa de lucro do capital, mesmo que essa redução não diminuísse o excelente padrão de vida dos capitalistas.

Durante esse processo de luta dos trabalhadores pela conquista de direitos e apropriação dos bens produzidos coletivamente, foi possível observar que o caminho não foi e ainda hoje não é fácil. Essa discussão é importante para se compreender como ocorreram os primeiros movimentos para construção dessa visão para a ST no Brasil.

Gomez, Vasconcellos e Machado (2018, p. 1964) afirmam que a trajetória da Saúde do Trabalhador (ST) se inicia por meio dos estudos do campo da Saúde Coletiva, tendo como referência a “promoção, a prevenção e a vigilância”; e teve as raízes fincadas tanto no movimento da Medicina Social, como pela vivência de luta experienciada pelo movimento operário italiano. Lembremos de que o período de organização do movimento pelo fomento à ST era um período marcado pela ditadura militar brasileira, que se instalou em 1964.

A construção do pensamento sobre a ST é contemporânea ao Movimento da Reforma Sanitária, cujo ápice se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Neste mesmo ano, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Várias mobilizações em favor da garantia de assistência à ST aconteceram no país, articuladas pelos

movimentos sindicais e com o suporte de organismos internacionais (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

Ao longo da articulação desses movimentos, no início da década de 1980, houve ampliação da rede de saúde pública, incluindo os Programas de Saúde do Trabalhador, criados no Estado de São Paulo, primeiramente, e expandidos para outros estados, posteriormente, graças ao movimento realizado pelos sindicatos. Esse processo era decorrente de tendência mundial influenciada por organizações como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Lacaz, 2007).

Chega-se nos anos iniciais da década de 1990 – após a constituição do SUS como política de Seguridade Social, na Constituição Federal de 1988 – em que foram criados vários programas voltados à ST, em diversas regiões do país, ao mesmo tempo, em que também ocorreram problemas para sua consolidação. Atrelado a esses problemas, podemos citar ainda outros desafios enfrentados que até hoje estão presentes, como a “[...] a ausência de uma cultura da ST, no âmbito da saúde pública; a dificuldade de utilização de recursos, mesmo com rubrica própria [...]” (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1965).

Ainda em 1994, foi validada a decisão instituída na constituição de municipalizar as ações de ST, o que também não obteve pleno êxito. Até os dias atuais, encontram-se empecilhos para esse processo de municipalização do cuidado a ST, o que se consolida como entrave dentro do SUS (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

Os anos 2000 vieram com muitas conquistas, a exemplo do início, dentro do Ministério da Saúde, de uma área técnica específica para ST que culminou com a criação, em 2002 da “Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST”. Em 2009, a RENAST é integrada ao SUS, por meio da Portaria nº 2.728, que institui os “Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)” (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1966).

Outros processos se desenrolaram ao longo do tempo relacionados à ST, mas vale citar que somente em 2012, houve “a homologação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, objeto deste estudo. Essa política tem sido essencial para consolidação das orientações das ações de produção científica específica da área (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1967).

Outro grande instrumento de conquista para ST foi Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) que possui “[...] a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho”, por ter o dever de realizar, dentro do contexto dos serviços de saúde, “[...] a análise

da relação da saúde com o processo de trabalho” (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1967).

Fica claro que a trajetória da ST no Brasil teve maior avanço quando de seu reconhecimento na Constituição Federal de 1988. Muitos desafios ainda perpassam o cotidiano da política. São mais três décadas de luta, o que pode parecer pouco, quando se trata de garantir condições dignas de trabalho, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, mas instituídos marcos legais, no âmbito das sociedades democráticas, a luta deve ser continua (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

Por isso, além de lutar pela garantia de condições dignas de trabalho, os defensores e executores da PNSTT precisam também debruçar o olhar para o cuidado relacionado à saúde mental de trabalhadores. Nos tempos contemporâneos a saúde mental é considerada uma das mais importantes causas de adoecimentos de trabalhadores e trabalhadoras. A seguir, delineamos breve histórico do percurso da saúde mental no Brasil por ter tido também relevância na constituição contemporâneos da ST.

Observando a trilha do processo de construção das políticas de ST, observa-se que, ainda hoje, em meio a contradições, ela ainda está tomando forma: seja apresentando retrocessos, mediante os desmontes e a clara intenção do Estado de diminuição de suas ações e de fortalecimento do mercado; seja graças a avanços e ganhos de legitimidade. É evidente que a conquista do reconhecimento legal da política é um enorme avanço. Todavia, não se pode perder de vista que muito ainda precisa ser garantido e articulado, para que a saúde do trabalhador seja pensada como um todo e ganhe a centralidade que merece no âmbito das políticas de saúde.

Segue, na ordem do dia, a busca da integralidade do cuidado à saúde do trabalhador, articulando políticas, formando trabalhadores para a saúde, com qualidade e consciência; dando condições dignas do desenvolvimento das ações dos serviços de saúde; e garantindo acesso a todos e todas, assumindo o pressuposto de saúde como direito universal e equânime.

5 EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO E DE SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS DE UM HOSPITAL MENTAL

O processo de coleta de dados foi repleto de emoções e de um despertar para o cuidado de uma área da saúde tão esquecida. As emoções foram relacionadas à tensão até a aprovação do Comitê de Ética, o agendamento para realização da coleta de dados, o adentrar em uma unidade hospitalar tão estigmatizada, a dúvida em saber se alguém iria se dispor em participar; e o despertar foi que, após o término da coleta de dados, veio um sentimento muito forte em querer contribuir para a saúde daqueles que, com tanto afincamento se desprendem dos próprios preconceitos e investem o potencial humano e intelectual para o cuidado, o manejo daqueles e daquelas que, muitas vezes, já foram esquecidos ou isolados da sociedade.

Essa vivência expressa muito o que já foi discutido neste texto por Oliveira (2006), ao defender a importância do olhar, ouvir e escrever, a nos instigar a ir com o olhar e com o ouvir "disciplinados"; a ratificar que o escrever constitui um ato criativo, rumo à construção de uma teoria, da cientificidade.

A coleta ocorreu no mês de julho de 2024, após deferimento de parecer do Comitê de Ética da UFC, sob nº 6.918.823, e contato com a equipe do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP, do Hospital Mental Professor Frota Pinto.

Esse desejo de contribuir foi ainda mais aflorado após a coincidência de ser convocada como Assistente Social, servidora estadual da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA, lotada justamente no Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST/CE) Manuel Jacaré, no meio desse percurso de escrita e consolidação da pesquisa. Foi uma surpresa de grande dimensão e, atualmente, uma bela satisfação.

Durante a permanência na unidade hospitalar, foi possível observar que a aparência geral do hospital é de pouca iluminação nos corredores; há muitas grades nas alas das enfermarias, poucas janelas e, na área central, onde ficam a recepção, ambulatórios e área administrativa, predominava grande silêncio. O maior barulho era do “ranger” das portas dos setores.

A sala de estudos, que frequentamos, é de tamanho mediano, com iluminação, ar-refrigerado, acervo de livros para consulta dos estudantes e trabalhadores. Percebemos as estantes desorganizadas, um pouco precário o acervo, livros empilhados e sem ordem. Vimos apenas um computador em funcionamento, os dois outros somente possuíam os monitores (sem gabinete e estabilizadores). Essas observações recordam ao que Velho (1978) menciona

sobre o conhecimento da paisagem habitual e o conhecimento do cotidiano de vida daqueles que fazem parte da paisagem, com formas e costumes peculiares.

A própria sala da Coordenação da CEAP, localizada nas dependências da sala de estudo, é muito pequena, com pouca iluminação e, à época, estava com o ar-condicionado parado, precisando deixar a porta da sala aberta para a entrada de refrigeração advinda da sala de estudos, apresentando, portanto, infraestrutura inadequada para as trabalhadoras da unidade.

Em um dos acessos às dependências das unidades de internação, tivemos acesso a um quarto de repouso dos trabalhadores: único local mais reservado para realização da entrevista. Um quarto muito pequeno, com um beliche e uma “maca”, que aparentemente servia também de local para repouso. Duas cadeiras forradas com lençóis, sem janelas e nenhuma ventilação. A ventilação era artificial provida por um ventilador que, segundo o entrevistado, havia sido doado.

Passando pelas alas das internações, em cada ala, há um portão com “chapa de ferro” e um trabalhador na entrada realizando o controle de acesso. Vários usuários dormindo em colchões sem lençol (acabou que por serem tantos detalhes, não houve tempo de perguntar se era por falta do insumo ou se o lençol traria risco ao paciente, como tentativa de suicídio por enforcamento, ou mesmo pelo fato do paciente optar por não fazer uso). Uma usuária saiu totalmente despida após o banho, em busca da equipe de enfermagem que logo foi atendê-la. Havia, ainda, pessoas contidas em seus leitos.

Todo o percurso na unidade hospitalar foi muito rico em detalhes e cheio de curiosidades. Para a pesquisadora, o campo é como uma joia que merece ser apreciada e observada em minúcias. Atravessar as unidades constituiu um momento de muita riqueza e aprendizado, tendo contribuído com o processo de análise das categorias, dos dados coletados, durante o percurso da construção do texto dissertativo, tendo sido indispensável para dar respostas aos objetivos e problemas da pesquisa (Silva; Fossá, 2015).

Como mencionado, foram feitos dois quadros para melhor compreensão do texto, uma vez que há dois blocos: o dos trabalhadores de nível superior e médio e o da gestão, uma vez que o roteiro de entrevistas diferiu entre os representantes de um bloco e outro.

5.1 Perfil dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde de uma unidade hospitalar de cuidado à saúde mental

Foram entrevistadas 13 pessoas, sendo seis que se consideraram do sexo masculino e sete que do sexo feminino. Quanto à faixa etária, os entrevistados possuíam de 18 a 29 anos e de 50 a 69 anos, correspondendo a cinco entrevistados, em cada uma das faixas e cinco na faixa de idade entre 30 e 49 anos. A maioria integra um grupo de brasileiros considerados em idade ativa, uma vez que, em 2022, o país atingiu, segundo o último Censo Demográfico de 2022 - IBGE, a marca de mais de duzentos milhões de brasileiros em idade ativa e, destes, 140.782.394, ou seja, maioria, entre a faixa etária de entre 15 e 64 anos (Albernaz; Pille, 2023).

Em relação ao estado civil, a maioria afirmou ser casada, ficando os solteiros em segunda classificação, e uma pessoa divorciada. O que, ainda, segundo principais resultados do último Censo (IBGE - 2022), contraria os dados do Brasil, sendo estimado que cerca de 81 milhões de brasileiros estão na situação de solteiro, já os casados, são 63 milhões (Flores, 2023).

Sobre a escolaridade, dentre os entrevistados de nível superior, todos concluíram especialização; e os técnicos de enfermagem, o ensino médio técnico. Como a pesquisa envolveu categorias consideradas de nível médio e superior, obtivemos proporções de diferentes nos resultados. Nos de nível médio, somente um trabalhador pontuou que iniciou um curso de nível superior, mas não concluiu.

Com relação à raça/cor, dez participantes se consideraram pardos e três destacaram que eram brancos. Os dados de escolaridade comparada à raça/cor foi destaque na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua), apontando que 70,6% das pessoas que se consideraram pretas e pardas, com idades entre 18 e 24 anos, não estavam frequentando a escola e também não concluíram o ensino superior; daqueles que se consideraram brancos, 57,0%, há ainda níveis de desigualdades presentes entre branco, pretos e pardos, tanto para entrada, como permanência e conclusão do ensino superior entre pretos e pardos (Bello; Britto, 2024).

A respeito da renda média mensal entre o total de entrevistados, seis participantes afirmaram possuir renda média entre cinco ou mais salários-mínimos vigentes; cinco afirmaram estar na faixa entre um e três salários-mínimos; e dois entre três e cinco salários-mínimos. Vale ainda fazer destaque sobre os participantes de nível médio, em que do total

(04) dos entrevistados de nível médio, três estavam na faixa de renda média mensal entre um e três salários-mínimos e um entrevistado com renda média de três e cinco salários-mínimos.

No Brasil, logo nos primeiros meses de 2024, houve crescimento da renda média do trabalhador no país de 4,0%, em comparação aos primeiros meses do ano de 2023, ou seja, a renda média habitual do trabalhador brasileiro era de R\$3.017,00, chegando a R\$3.137,00 neste ano. É importante mencionar que a Região Nordeste teve os menores índices de crescimento entre os trabalhadores jovens na faixa etária de 14 a 24 anos e os chefes de família (Carvalho, 2024). É importante lembrar que a média é um indicador que homogeneiza os grupos, ficando, nesse caso, os de mais baixa renda como que apagados.

5.1.2 Avaliação da estrutura física, insumos, equipamentos da unidade hospitalar

Não se pode afirmar ser novidade dentro do sistema de saúde público no Brasil que há insuficiência de investimentos, tanto em infraestrutura, quanto em recursos humanos. Tanto para os usuários como para os trabalhadores a realidade do hospital estudado não difere desse padrão.

A maioria dos entrevistados destacou aspectos negativos relacionados à infraestrutura do serviço. Para efeitos de apresentação das falas dos entrevistados e preservação do sigilo, os entrevistados foram nomeados por trabalhador (a) e um número.

O(a) trabalhador(a) nº 11 destacou que:

É bem precário, sabe? A parte de tecnologia, o que a gente tem de mais tecnológico são os computadores. Esses computadores são novos, mas a parte estrutural, como você já pode perceber, o hospital deixa um pouco a desejar nesse sentido. Espaço para repousar, os trabalhadores não têm, a não ser as pessoas que são do período noturno, que repousam em locais relativamente apropriados para essa questão, mas no geral é bem precário.

Por sua vez, o(a) trabalhador(a) nº 07 fez uma reflexão, em que expressou:

Em relação à estrutura, o hospital sempre foi assim. Às vezes, o ar-condicionado não funciona, às vezes, ou como hoje, deu uma queda de energia, mas isso é contornável. Entendeu? Mas, a pior parte mesmo é essa, do atendimento eletivo, que a gente não faz aqui e acaba tendo que dar mais um não para o paciente. O paciente passa por essas instituições e já recebe o não. E aqui também, infelizmente, não tem como fazer. Portanto, aqui ele recebe mais o não. E esse é o problema maior. Porque se tivesse uma atenção básica, uma atenção de CAPS adequada, muito provavelmente o que viria para cá seria basicamente, só as urgências mesmo. E aí dava mais tempo para poder focar, para poder ajustar esse tipo de situação, mas a demanda é tão grande que chega a não dar tempo.

Dessa forma, podemos interpretar que a questão da precarização do local de trabalho tem menor relevância do que a necessidade de garantia de atendimento dos usuários na RAPS, a exemplo da necessidade do atendimento contínuo e longitudinal nos CAPS. São

fatores como esses de infraestrutura precária e fragilidade da rede de serviços que geram pressão, estresses, desânimo, resultando em “[...] complicações na saúde de trabalhadores(as)” (Vedovato *et al.*, 2020, p. 10).

5.2 Avaliação da condição de saúde atual

Pode ocorrer preocupação do leitor em se perguntar: por que um tópico específico para a discussão da condição de saúde dos trabalhadores em texto sobre saúde mental? Mas, respondemos que isto tem completa relação com o completo bem-estar dos trabalhadores e das trabalhadoras. A própria PNST assegura, no art. 7º, que ela deve:

[...] contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Parágrafo único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

Por isso, a importância da abrangência do tema, para, a partir da identificação da situação de saúde de grupos considerados como vulneráveis, se pensar estratégias de cuidado e prevenção de formas de adoecimento, sejam elas físicas ou mentais.

De modo geral, os entrevistados avaliaram positivamente sua condição de saúde atual, principalmente afirmando que agrupavam práticas esportivas e de lazer para melhorar o condicionamento físico tanto para a vida social como para a vida no trabalho, como afirmou o Trabalhador nº 10:

Graças a Deus, pela idade que eu tenho e desse período que eu estou, eu me sinto bem. Eu me sinto bem, não tenho nenhum problema. Eu tenho minhas corridinhas [...]. Não paro de fazer física nem nada. Então, isso ajuda muito na saúde mental também da pessoa.

Foram observados também alguns profissionais com doenças como hipertensão, colesterol elevado, ou mesmo tratamento e acompanhamento para as sequelas da Covid-19.

Uma das falas mais marcantes sobre a situação de saúde foi a do Trabalhador nº 11 que vivenciou os dilemas do acúmulo de vínculos em preterição à qualidade de vida. Não se trata de uma crítica aos diversos vínculos, mas às diversas formas que os trabalhadores encontram para manter a subsistência e ter o mínimo de conforto. Vejamos a seguir:

Relativamente... é complicado... Relativamente saudável. Entretanto, a gente percebe que existe um cansaço físico muito grande. Um cansaço físico, devido ao esforço significativo que a gente faz. Porque, enfim, são muitos vínculos de trabalho e acaba, de fato, se esforçando bastante. Como um desses vínculos é a noite. Eu sou plantonista lá no hospital geral. Então, passo o dia aqui. À noite, eu vou para o HGF e, aí, eu volto para cá. De jeito em geral, de saúde, eu acredito que está tudo tranquilo, mas existe de fato um cansaço físico bem considerável, que, às vezes, a gente tem que fazer uso de medicação que é para poder dar uma segurada ali.

O mesmo trabalhador continuou expressando a dificuldade de cuidar da própria saúde, devido às condições de trabalho ao qual está submetido:

Eu já contei inúmeras vezes que eu marco e remarco o médico porque eu não tenho tempo para ir. Às vezes, acontece uma entrevista, uma reunião, algo desse tipo. Não consigo ir. A academia: de 7 dias na semana, a gente vai 2, 3, quando dá. E os horários que vai, não são horários tão bacanas. Inclusive, uma estratégia que eu adotei foi ir para uma academia que é 24 horas. Porque vai de madrugada, o que já é disfuncional, você ir duas horas da manhã para a academia, pela minha leitura, não é muito adequado não, mas diante de ir duas horas da manhã, ou não ir jeito nenhum, aparentemente duas horas da manhã ainda é mais saudável, porque, então, a gente não tem muito tempo para cuidar da saúde física.

Essa discussão coaduna muito com o que Monteiro e Gomes (1998) discutiram sobre os chamados “efeitos deletérios” que recaem sobre a saúde dos trabalhadores, como consequência da intensificação dos processos de trabalho, afetando, entre outros aspectos, à saúde desses sujeitos.

E, também, é importante destacar que os autores Vedovato *et al.* (2020) ainda concordavam com o mesmo pensamento de Monteiro e Gomes (1998), ainda da década de 1990, ao afirmarem que a precarização do trabalho e o adoecimento dos trabalhadores são uma constante nas mais diversas áreas.

A situação dos múltiplos vínculos e, ainda mais, de veículos precários foi também identificada na pesquisa. Dos 13 entrevistados, incluindo a gestora, 10 trabalhadores estavam vinculados ao hospital por meio de cooperativa. Aliado a isso, os múltiplos vínculos constitui uma realidade entre os entrevistados, somente quatro participantes afirmaram ter somente um vínculo de trabalho e os demais, mais de um vínculo, chegando ao ponto de ter entrevistado que mencionou ter cinco vínculos de trabalho.

Uma informação importante extraída da participante Gestora nº 01 foi sobre o perfil ocupacional dos trabalhadores do HSM, que são de 619 trabalhadores, entre servidores, cooperados, terceirizados e cedidos de municípios da região metropolitana.

Machado *et al.* (2023, p. 09) afirmam ainda que:

São inúmeros os vínculos citados pelos trabalhadores(as) invisíveis, bem como pelos profissionais de saúde, constituindo-se em uma torre de babel onde se misturam desde servidor público, celetista, temporário, autônomo, cooperativado, diarista/horista que ganham por hora/dia de trabalho, folguista que cobre as folgas dos colegas, professor/preceptor, residente, especializando, estagiário ou voluntário, enfim, são dezenas de formas e modalidades de contratação que estão hoje dominando o mundo do trabalho da saúde.

Isso nos traz muitas inquietações não somente com relação à condição de trabalho desses sujeitos, como também ao sentimento de insegurança gerado por esses tipos de vínculos frágeis, uma vez que a questão dos salários que são, em maioria, baixos na área da saúde, apresenta-se como um dos fatores principais da busca por mais de um vínculo de emprego na área da saúde. Acumulam vários plantões, em locais diversos e tudo isso para alcançar minimamente uma renda mensal capaz de assegurar sobrevivência, por meio da profissão que escolheu para trabalhar, gerando intenso desgaste mental e físico (Vedovato *et al.*, 2020).

5.2.1 Principais motivos de afastamento

Este ponto se refere à fala da gestão sobre os principais motivos de afastamento do HSM, a fim de ser comparado que o que fora expresso pelos participantes.

A Gestora nº 01 destacou que os principais motivos de afastamento são por sintomas respiratórios, mas não destacou quantidade ou mesmo período desses afastamentos. Isso nos faz refletir sobre a existência de outros problemas respiratórios. Indagamos sobre a inexistência de outros fatores de adoecimento. Ou esses são apenas os fatores mais facilmente identificados?

Essa condição para o afastamento pode ser pura e simplesmente mediada por uma condição de saúde no trabalhador que o impossibilita de estar no ambiente de trabalho e não por, de fato, representar a análise da situação de saúde desses trabalhadores. O sintoma respiratório deve ser o mais identificado, por, muitas vezes, ser um problema respiratório que pode ser contagioso. Por isso, cabe aos gestores buscarem formas e processos de trabalho que assegurem condições adequadas e seguras a todos os trabalhadores e trabalhadoras, a fim de garantir-lhes saúde (Vedovato *et al.*, 2020).

Ainda na mesma linha de pensamento, Cardoso e Campos (2013, p. 228-229), mesmo com praticamente uma década de diferença do tempo em que este texto está sendo escrito, já afirmavam que:

A solução para a ‘precarização’ é o concurso público com contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A precarização é um conceito relativo. Um trabalhador hipotético, sem vínculo formal, quando passa a ter outro emprego

regido pela CLT, está menos precarizado. O contrário também é verdadeiro: um trabalhador do serviço público, estatutário, quando passa a ser contratado pela CLT por outro ente que não a administração pública, está mais precarizado. Sob o ponto de vista do trabalho, o vínculo estatutário é, no geral, melhor, pois oferece mais estabilidade e segurança para o servidor poder dedicar-se à carreira, bem como, em alguns casos, certos direitos (licença-prêmio, entre outros).

O espaço de trabalho não deve ser um local de adoecimento, mas de qualidade de vida e que haja também processos de análise da situação de saúde desses trabalhadores para identificação de casos e até mesmo prevenção da ocorrência de doenças e agravos no ambiente hospitalar.

5.3 Trabalho e o processo de adoecimento físico e/ou mental no trabalhador da saúde mental

Todos os entrevistados verbalizaram que trabalhavam no HSM ou por se identificarem com o trabalho realizado no campo da saúde mental, por gostarem de trabalhar na unidade ou mesmo porque achavam o serviço desenvolvido importante, ou seja, de modo geral, o ambiente hospitalar é avaliado como positivo. O fato de gostar de ir para um local que pode vir a lhe trazer prazer, mesmo em meio a tanto sofrimento, como é o caso da saúde mental, pode ser visto como fator de proteção também aos trabalhadores.

Aspectos como esse são importantes para análise deste estudo, uma vez que muitos processos de adoecimento, em decorrência do ambiente ou do processo de trabalho, são comuns, como podemos concluir a partir das lições de Dantas (2021), ao afirmar que não se tem estruturas hospitalares favoráveis no país, que oferecem locais de descanso, aliada a essa realidade, ainda há profissionais que possuem diversos vínculos empregatícios, que são exemplos dessa precarização dos espaços de trabalho.

Nas entrevistas, também foram observadas falas de trabalhadores que relataram que a estrutura do hospital não oferecia condições adequadas de repouso nem mesmo para os plantonistas noturnos, por vezes, sendo disponibilizados locais improvisados.

Alguns pontos que relacionaram o trabalho e o processo de adoecimento foram identificados ainda, como nos trechos a seguir:

As relações interprofissionais, eu acho que seja, às vezes, o maior desafio, sabe?
Assim, com as outras categorias. As relações de poder que, às vezes, gera, assim, um certo adoecimento (Trabalhador nº 05).

É muito interessante essa discussão trazida pelo entrevistado, por retomar a discussão sobre as relações de poder, principalmente por se tratar de ambiente hospitalar, onde o saber médico é hegemônico, onde as hierarquias e relações de poder são marcantes.

Esse debate aflorou no decorrer das entrevistas e ainda é narrativa vivenciada em muitas unidades hospitalares, onde predominam essas relações de poder, principalmente, na área da saúde, refletindo um processo de: “[...] desigualdade decorrente de relações de gênero, classe social, ou ainda como consequência da mitificação da figura do médico (Santos *et al.*, 2024, p.14).

Uma das pessoas entrevistadas, ao ser questionada se havia relação entre o trabalho e o adoecimento, afirmou:

Com certeza. Assim, não hoje, mas há um tempo, eu realmente, eu cheguei a ponto de começar a tomar medicação, por conta de depressão. Eu já tive, assim, problemas por conta de...Teve, teve, questão de direção, questão de colega, colega querendo passar a perna, esse tipo de coisa, sabe? Não precisa detalhar não, hein? (Trabalhador nº 09).

Vejamos, também, a fala do Trabalhador nº 11:

É, assim, eu não considero um processo de adoecimento, porque eu não me considero que esteja passando por esse processo, mas o meu cansaço físico extremo. A minha, por exemplo, falta de vontade de sair, por exemplo, de casa, que se fosse no consultório, eu diria que é um diagnóstico de depressão. Não se aplica porque, de fato, a gente trabalha tanto que quando chega no final da semana, a gente não tem muito ânimo para fazer muita coisa, quer descansar. É, sim, consideravelmente, atribuído ao trabalho (Trabalhador nº 11).

Ou mesmo como afirmou o Entrevistado nº 01:

Já chegou uma época na minha vida, quando eu trabalhava em outra instituição, que realmente eu vi a necessidade de sair, porque já estava me sufocando bastante. Na verdade, eu creio que eu já estava me envolvendo um pouco com o quadro das pacientes (Trabalhador nº 01).

O Trabalhador nº11 faz ainda uma projeção preocupante sobre a própria condição de saúde mental daqui há cinco anos, isso fruto da intensa jornada de trabalho que vivencia atualmente, destacando que:

Do aspecto da saúde mental, eu, por enquanto, ainda não vejo prejuízo, nem eu vi, nem foi percebido por terceiros, mas a tendência, infelizmente, é uma realidade que nesse ritmo aí, em torno de cinco anos, eu estou sendo muito otimista, até tendencioso, eu sofra alguma situação de adoecimento psíquico.

Dessa forma, podemos concordar com a discussão realizada em estudo entre enfermeiros sobre transtornos mentais e os fatores associados ao trabalho na pandemia de covid-19, que diz:

[...] a organização de uma nova realidade de rotinas, protocolos, gestão de leitos, medidas de precaução padrão diferenciadas no contexto da gestão do cuidado a um perfil de paciente acometido por uma doença até então desconhecida. É possível que essa nova realidade tenha conferido uma sobrecarga extra [...] (Centenaro *et al.*, 2022, p. 06).

Dessa forma, os fatores levantados entre os entrevistados devem ser observados sob uma ótica não somente de preocupação, como também de intervenção nas formas de minimizar esses impactos na condição de saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde, uma vez que, além de todo esse processo de adoecimento já vivenciado pelos trabalhadores, a pandemia da covid-19 agravou a situação desses sujeitos em demasia.

5.3.1 Identificação de sinais de estresse, ansiedade, angústia, depressão ou outros

Dentre os entrevistados, três responderam que não identificavam em si sinais relativos a estresse, ansiedade, angústia, depressão, dentre outros. Os que afirmaram identificar estes sinais, destacaram problemas como ansiedade, desmotivação, sentimento de incapacidade e estresse.

Exemplo a ser citado é o do Trabalhador nº 09, afirmando que em outra gestão do hospitalar, era recorrente a presença de sinais de ansiedade em seu corpo, como descreveu:

Na vez, eu vim trabalhar. Na época que eu vinha, quando eu chegava ali na esquina, eu já começava a chorar. Começava a chorar, mas vinha, melhorava. Uma vez eu vinha, fui para o hospital do coração. Ansiedade, porque parecia que eu estava tendo um... um... [Problema cardíaco, né?] Mas não era, era ansiedade.

É seguro afirmar, como discutido, que sintomas como esses não surgiram somente com o início da pandemia da covid-19. De fato, houve um processo de agravamento, por exemplo, das dificuldades no sono, da presença de irritabilidade, do aumento da própria ansiedade, tão mencionada entre os entrevistados, e tudo isso aliado ainda a um amplo processo de desgaste e cansaço desses trabalhadores e dessas trabalhadoras (Machado *et al.*, 2023).

Outro discurso fez possível articulação entre o processo de desmotivação no trabalho e a fragilidade dos vínculos empregatícios, sendo esse um sentimento expresso por alguns trabalhadores, como relatou o Trabalhador nº 06:

Não, assim... no geral, tem momentos que você está... desmotivada por outras questões, às vezes, você..., mas não relacionado ao trabalho, às vezes, é porque eu já tento não ficar, eu já me previno de não acontecer, porque assim, está todo mundo com medo de, sei lá... um fato aí, que aqui eu sou cooperada, então, quando teve o concurso, aí, gente, todo mundo, vai acabar as vagas dos cooperados. Sim gente, vai ter outro espaço, então assim, eu nunca consigo, eu não me deixo levar por isso, entendeu?

Machado *et al.* (2023, p. 09) asseguram que o processo de precarização do trabalho no setor saúde é observado a partir do momento em que se é estabelecida: “[...] duração da vigência do trabalho, reduzem, flexibilizam ou negam direitos trabalhistas e

previdenciários dos trabalhadores, submetendo-os a uma maior vulnerabilidade jurídica, econômica e social”.

Os autores afirmam também que essa precarização está diretamente ligada ao trabalhador da saúde, uma vez que ele está submetido à: “[...] modalidade de vínculo, salário, férias, jornada, licença maternidade e demais direitos previdenciários, vale transporte, direitos sociais etc. O sentimento de insegurança e medo de perder seu vínculo de trabalho, seja ele formal ou informal, não é novidade”. Soma-se, ainda, ao intenso processo de terceirização e junto a ela todas as mazelas, como os baixos salários e a rotatividade de trabalhadores nos serviços (Machado *et al.*, 2023, p. 09).

De fato, o processo de privatização da saúde pública no Brasil é avassalador e não é novo. Em 2013, Cardoso e Campos, ao discutir sobre as reformas decorrentes do neoliberalismo, ressaltaram a intensificação da inserção de “[...] Organizações Sociais (OSs), passando pelas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e pelas recentes Parcerias Público-Privadas (PPPs) e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. [...]”, administrando ou sendo prestadora de serviços para os equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (2013, p. 220), introduzindo novas formas de contrato e de gestão da força de trabalho.

E, no Ceará, esse processo não tem sido diferente. Para contextualizar, em 2020, a SESA - CE criou a Fundação Regional de Saúde - Funsaúde, por meio da Lei nº 17.187/2020. Esta fundação lançou edital para contratação, por meio de regime CLT, de trabalhadores e profissionais da saúde para os hospitais e demais unidades da rede estadual.

Três anos depois da criação da Funsaúde, a Assembleia Legislativa do Ceará (ALECE) extinguiu a Funsaúde para incorporar os aprovados ao quadro de servidores da SESA/CE, por meio de regime estatutário (Campos; Azevedo, 2023). Esse processo vem gerando medo entre os trabalhadores e as trabalhadoras com vínculos fragilizados, a exemplo dos cooperados, devido à iminência de perda de vagas nos serviços da Rede SESA/CE.

Em um dos trechos, um trabalhador faz relação direta entre os sinais de estresse entre os trabalhadores da saúde, devido à precarização dos serviços da RAPS:

Sim, sim. Não que chegue a ser transtorno, obviamente, mas estresse, principalmente quando, por exemplo, hoje foram vários atendimentos e, aí, você fica naquela, um sentimento de incapacidade por não conseguir ajudar, porque não tem como, não tem como, e aí você vê o pessoal já dizendo que já foi em tal canto, em tal canto e acaba que não, infelizmente, aqui a gente não consegue. E isso gera muito sentimento de incapacidade. A vontade é de dizer, cara, presta atenção para a saúde mental, olha, vê, aumenta a quantidade de provedor de saúde nesse canto porque está complicado. Você deve também está vendo esse tipo de situação ocorrer, porque tem muito, muito casos, chegando muito casos, cada vez mais casos e com

essa quantidade, com essa monta de casos, também tem casos graves. Esses casos graves chegam alguns a internar aqui, entendeu? Então, é bem complicado (Trabalhador nº 07).

Outro relato que mereceu atenção da pesquisadora foi referido pelo Trabalhador nº11, o qual também relacionou as condições de trabalho e o trato com os usuários, nos termos enunciados a seguir:

Não. Assim, sinais de estresse eu já tive bastante, porque como muitas das vezes acontece, quem trabalha com atendimento ao público, basicamente, responde muito documento, muita ouvidoria, muito algo nesse sentido. Então, por muito das vezes, tem paciente que chega para a gente com algumas demandas, que a depender do nível de estresse que nós estamos no dia a dia, ocorrendo em várias outras situações, a gente fica um pouco impaciente, meio intolerante, acaba perdendo ali um pouco o filtro da maneira como falar. [...] nós estamos tão assoberbados que acabamos perdendo um pouquinho esse caráter empático, né? Que para a gente, não, tem gente que está passando por situação pior. Algo mais ou menos nesse sentido.

Diante disso, o processo de sofrimento vivenciado pelos trabalhadores traz repercussões não somente à sua saúde, como também reflete no cuidado a ser assegurado aos usuários do serviço ao qual está vinculado, ou seja, o impacto na saúde do trabalhador da saúde não reverbera somente na sua condição de vida, mas também dos sujeitos que utilizam a mão de obra deste, como ensinam Brotto e Dalbello-Araújo (2012).

5.3.2 Existência de trabalhadores de saúde com problemas de saúde mental e fatores específicos

Neste ponto, a Gestora nº 01 entrevistada discorreu sobre existência de situação de saúde mental vivenciadas pelos trabalhadores da saúde da unidade, afirmando que:

Pronto, é como a te disse, a gente não tem..., acaba que a gente não tem a queixa. Eu não tenho a demanda da saúde mental do trabalhador. [...] não chegou até mim, essa demanda. Uma ou outra que chegue, que foi inclusive até que tentei ano passado falar com o CEREST, mas acabou que não teve retorno e o profissional acabou saindo da instituição. Segundo os relatos dele, que a gente foi avaliando, poderia ter sido por conta do trabalho, mas eu não tenho como fechar nexos.

Possivelmente por falta de fluxo para identificação desses trabalhadores, problemas relacionados à saúde mental existentes na unidade não são identificados e tratados, até mesmo porque os próprios trabalhadores e trabalhadoras não reconhecem seu próprio processo de adoecimento e não existem espaços/tempos para a organização em coletivos para lutas por melhores condições de trabalho e por cuidados à própria saúde nos ambientes de trabalho.

Um outro ponto também observado, a partir da fala da gestora, e que pode ser compreendido como situação real dos casos que não chegaram até a unidade da gestora, é com relação à fragilidade dos vínculos desses trabalhadores, uma vez que um trabalhador ou trabalhadora cooperado, por exemplo, que chegue a necessitar de afastamento do trabalho por situação de saúde mental, não tem direito por exemplo à cobertura do afastamento remunerado, ou seja, perde o direito à possibilidade de adoecer, como bem afirmou o Trabalhador nº 07:

Não. Aliás, nem posso, né? Como é cooperativa. Se eu ficar um mês fora, é um mês sem receber, então nem passa na cabeça. Passa sim, um dia passar no concurso, uma coisa... E eu sempre digo, esse é o meu sonho, passar no concurso para poder tirar um mês de férias. Já pensou que sonho, hein? Meu Deus! Era cinco dias deitado, vinte dias viajando, mas só cinco dias deitado. Pronto, era isso que eu queria. Minha vida era... não, eu nunca... depois que eu me formei, desde 2011, eu não tinha trinta dias. Não tive, nunca tirei.

Ou seja, a situação de precarização das relações de trabalhadora inviabiliza a garantia de acesso aos direitos básicos, como o direito a cuidar da própria saúde. Há quase duas décadas, a autora Carvalho (2008) já trazia essa reflexão, ainda na atualidade, que se evidencia a gravidade desta discussão, uma vez que o sistema capitalista não busca incorporar nas relações de exploração da classe trabalhadora, tem à sua disposição uma parte significativa de “populações supérfluas”, composta por pessoas consideradas como um excedente de mão de obra para o capital, disponíveis e dispostas a aceitar condições de trabalho e remunerações inadequadas e baixas.

5.4 Ações de saúde para o trabalhador e a trabalhadora da saúde mental

A afirmação da gestora (Gestora nº 01) sobre as formas de trabalho para o cuidado à saúde dos trabalhadores da unidade, ponto alto desta pesquisa, pode ser observada no trecho a seguir em que pontua que:

Inicialmente, tinha até um projeto que era da qualidade de vida, que era feito por um grupo de psicólogos que faziam uma demanda específica de atendimento psicológico para esses trabalhadores. Mas, foi descontinuado por algum motivo específico que acabou que depois que eu entrei, já não se tinha mais (Gestora nº 01).

Ou seja, pelo que se pode observar, não há espaços de cuidado estruturados e específicos para o cuidado da saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras do hospital em estudo, por isso, faz-se necessária a proposição de locais de escuta e acolhimento desses sujeitos, que já valeria como importante medida a ser implementada, principalmente com após a vivência desse grupo de um processo pandêmico “[...] em que os danos psíquicos entre

alguns profissionais de enfermagem talvez permanecerão como legado de sua atuação na linha de frente” (Centenaro *et al.*, 2024, p. 07).

É óbvio que toda essa discussão de cuidado à saúde mental de trabalhadoras e trabalhadores da saúde do hospital em estudo não será esgotada e sanada com somente a implantação de espaços de escuta. Há uma questão estrutural e conjuntural muito maior, como já vimos em pontos anteriores, principalmente em decorrência da fragilidade de vínculos desses trabalhadores, mas é importante afirmar que a iniciativa da gestão hospitalar precisa ser tomada.

5.4.1 Existência e avaliação das ações de promoção do cuidado à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras

Como observamos no ponto anterior, são inexpressivas as formas de cuidado aos trabalhadores da saúde da unidade, principalmente cuidados relativos à saúde mental. As que acontecem são avaliadas positivamente, conforme afirmação da Gestora nº 01:

No geral, todas as ações que são feitas aqui, os profissionais têm boa adesão. Então, assim, acaba que, vez ou outra, a gente escuta os *feedbacks* bem positivos em relação às ações. Quando vem algum profissional mais específico, os profissionais tentam tirar dúvidas com os próprios palestrantes.

A visão dos trabalhadores é que essas ações trazem pouco impacto ou que não são bem divulgadas nos setores, como destacamos a seguir:

Não, não existe. O máximo que se criou na época foi um projeto [...] Projeto Qualidade Vida no Trabalho [...] que basicamente eram psicólogos que atendiam, faziam atendimento individual para esses profissionais, mas que era um pouco delicado, porque os próprios profissionais não tinham a confiança de relatar as angústias, o que de fato estava passando, porque sabiam que esses profissionais estavam inseridos no mesmo vínculo. Então não era nem questão das profissionais terem ou não terem ética, essa não era a questão, mas a questão era de que se eu trabalho aqui na instituição e querem me ver como psicólogo, é um pouco meio delicado, porque eu estou aqui no inferior e no meio, então não é tão efetivo assim, a demanda é tão pouca que não existe mais. E o mais próximo a gente tentar fazer isso depois são os projetos de RH de recursos humanos, pensando de fato na atividade fim do recurso humano sem ser algo relacionado ao sistema pessoal, que também perdeu força e não existe mais. Então hoje não tem (Trabalhador nº11).

Ou como afirmou o Trabalhador nº 12: “Eu soube há pouco tempo que aqui tinha, que tem psicólogo, né? Não. Sou muito amiga da psicóloga, depois foi que ela foi me falar. Eu nem sabia que tu atendias esse trabalhador”.

O Trabalhador nº 06, por sua vez afirma: “Tem um atendimento aos pacientes, atendimento ao servidor, existe um atendimento individual ao servidor, existem situações

pontuais em que a tipo, uma equipe está tendo problemas, aí há uma intervenção, uma escuta...”.

A partir das falas tanto da gestão como dos trabalhadores, seria de grande relevância se a PNSST fosse posta em prática, principalmente, no que diz respeito ao que é indicado para unidades hospitalares implementarem nos serviços para todos os trabalhadores e trabalhadores e não somente para os trabalhadores-usuários do serviço, como afirmado na citação a seguir:

[...] c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): 1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; 2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; 3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; 4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; 5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e 6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada [...] (Brasil, 2012).

Podemos afirmar que *existe sim luz no fim do túnel*, desde que haja necessária articulação entre a rede de serviços, para que esse trabalhador e essa trabalhadora, em processo de sofrimento mental relacionado diretamente ao trabalho ou não, possa utilizar e ser visto por toda a estrutura da Rede de Atenção à Saúde para garantia de cuidado à saúde de forma integral. Destacamos, também, que esse movimento não deve ser tomado somente como responsabilidade local do SESMT da unidade ou mesmo da unidade hospitalar, como também da SESA/CE que também é responsável por estruturar esses serviços, promover condições dignas de vínculo com o trabalho, por meio de concurso público, oferta de condições de trabalho e garantia de que as diretrizes da PNSTT sejam efetivadas dentro do serviço do HSM.

5.4.2 Potencialidades e dificuldades para o processo de cuidado da saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras: a visão dos trabalhadores e do gestor

Há fragilidades e potencialidade nesses processos de cuidado à saúde mental dos trabalhadores não somente na unidade hospitalar estudada, como também em outros espaços da Política de saúde.

Na visão dos trabalhadores, houve os seguintes relatos sobre potencialidades e/ou dificuldade para esse processo de cuidado, como assegurou o Trabalhador nº 06:

Potente, eu acho que aqui tem muitas pessoas, tem a equipe boa, a equipe que faz essa atividade, é uma equipe que é bem comprometida e é um pessoal que tem experiência e a dificuldade é mesmo poucas horas de cooperativa, talvez não tenha um espaço ainda adequado, né? Porque aqui a gente não pode construir nada. Então, assim, espaço tem, mas você não pode construir um consultório, uma sala de descompressão que elas têm vontade de fazer, que era um momento lúdico, tipo assim, um espaço que tivesse filme, que tivesse totó, que tivesse alguma coisa, música, mas elas... E, tem essa intenção, mas, tal, é diferente, você tem que pedir... Aí vem licitação. É complicado, né? Mas assim, tenta se fazer... [...] Os vínculos são muito precarizados. As pessoas ganham pouco. Os cooperados ganham pouco, trabalham muito. Aí o que foi feito? A cada dois meses, uma feirinha dos empreendedores. Essa mesma turma aí. Pra poder... Eles venderam alguma coisa. Então tem gente que diz que já... que ganha um dinheirinho legal. As pessoas, a gente faz um marketing no hospital e elas vão lá e isso aí já ajuda. É uma coisa que está, é acessível e é uma pedra na vida deles essa questão financeira. Então é uma forma também de está dando um suporte a esse trabalhador.

Ou como foi destacado pelo Trabalhador nº11:

Eu acredito que na verdade é uma grande ironia um hospital psiquiátrico repleto de especialistas de saúde mental terem tantos profissionais adoecidos nesse sentido, sabe? [...] Agora mesmo, estava resolvendo ali, porque eu estava do outro lado, falando porque tem uma profissional minha que está em processo de adoecimento e não posso colocar para ela ser atendida nos ambulatórios, que é referência, porque, enfim, existe um pseudo vínculo. Então, isso fica um pouco delicado. O profissional que está aqui eu não posso colocar para atender, eu tenho que colocar ele com casos, por exemplo. Enfim, é algo mais ou menos assim, nesse sentido, visualmente.

Já a visão da gestão sobre esse processo de cuidado à saúde mental dos trabalhadores foi verbalizada da seguinte forma:

Eu diria que a falta de suporte, por ser um hospital mental, não tem o suporte mental para os trabalhadores, que, às vezes, eu fico assim... Como assim? Eu não consigo ajudar um trabalhador daqui que necessita do atendimento aqui. Que eu acho que isso é a pior parte. Inclusive, eu já solicitei, até já te falei. O SESMT não tem um médico. Não temos um médico do trabalho. Nós temos os médicos que dão alguns suportes e só atendem aos servidores. Mas, e os outros profissionais? Inclusive, às vezes, os profissionais chegam aqui com queixas clínicas mesmo, que a gente acaba direcionando-os à UPA, porque é a única referência que a gente tem. Ou até mesmo se fosse uma queixa psicológica... é complicado, muito complicado. E até os próprios profissionais, eles questionam. Eles veem aqui: Não Samara, como assim? Eu não consigo... não sou atendido aqui, se eu trabalho aqui!

Há que se afirmar ainda que o ponto de partida para esse processo de cuidado é a realização do “diagnóstico situacional”, uma vez que seriam analisadas as ações existentes e também poderiam ser observadas quais lacunas existem com potencial para melhoria dessas ações. A própria Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) seria de grande valia nesse processo, no sentido de incentivar gestores e tomadores de decisão a investir na consolidação da RENAST e no fortalecimento das ações de ST e, conseqüentemente, de VISAT (Silva *et al.*, 2023, p. 10).

Logo, podemos afirmar que a questão do comprometimento da integração de ações e mesmo dos cuidados a esse trabalhador é dificultado pela fragilidade nos fluxos de informações e na comunicação, muitas vezes, entre os setores que deveriam estar envolvidos pela implementação e pelo fortalecimento da atenção à saúde do trabalhador da saúde (Silva *et al.*, 2023, p. 7).

5.4.3 Existência de contato com CEREST Estadual, ações e orientações no campo da saúde mental

Logo que a Gestora nº01 foi questionada sobre o processo de apoio matricial¹⁰ realizado pelo CEREST Estadual, ela respondeu que não havia essa iniciativa, afirmando ainda: “[...] eles nunca vieram”.

Assim, mais que um compromisso a ser firmado entre a unidade pesquisada e a equipe do CEREST Estadual, é necessário que chegue “[...] a um consenso urgentemente, de forma a redefinir as responsabilidades e combater as justaposições e dicotomias, de maneira que as diferentes instâncias e instituições possam funcionar de forma articulada, efetiva e integrada” (Silva, 2021, p. 7).

Outro ponto importante e garantidor desse processo é o que determina a PNSTT sobre as competências da gestão estadual do SUS, com destaque do papel de coordenador desse processo de implementação da política de forma efetiva, de âmbito estadual (Brasil, 2012).

A PNSTT determina ainda que na realização da PNSTT, os CEREST devem ser partícipes do processo de estruturação da RENAST, enquanto Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva de serem apoiadores da realização de ações de saúde do trabalhador na atenção especializada, da qual fazem parte os serviços hospitalares, prestando retaguarda técnica

¹⁰Existe procedimento em Saúde do Trabalhador, garantido pela Portaria nº 1.187/2023 que incluem e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos do SUS, que se chama: “Apoio matricial em saúde do trabalhador na atenção especializada, urgência e emergência” que é definido como: “o apoio matricial é um modo de produzir saúde em que pelo menos uma equipe de vigilância em saúde do trabalhador e uma equipe de atenção especializada, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, com intuito de garantir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador. o apoio deve ser voltado tanto para o cuidado assistencial aos usuários do sus. quanto de caráter técnico pedagógico às equipes multiprofissionais que atuam na média e alta complexidade. esta atividade também tem por objetivo a qualificação dos trabalhadores de saúde com vistas a potencializar ações de vigilância em saúde do trabalhador, especialmente a notificação de agravos relacionados ao trabalho possibilitando a troca de saberes e de práticas, gerando experiência e aprendizado para todos os profissionais envolvidos, poderão ser realizadas por meio de ferramentas como: discussões de casos, consultas compartilhadas; atividades em grupo; orientações sobre vigilância epidemiológica de doenças e agravos relacionados ao trabalho e outros” (Brasil, 2023i).

especializada, uma vez que é sua atribuição prestar apoio matricial à toda rede SUS (Brasil, 2012).

Há, ainda, e talvez seja o fortalecimento que deva ter mais evidência, inclusive de determinação orçamentária, para garantir a efetivação da PNSTT em todo o território brasileiro, a necessidade de que o Ministério da Saúde, em parceria com os movimentos sociais de trabalhadores e trabalhadoras, seja esse aspecto-chave para o alce da efetivação desse sistema de seguridade social de caráter efetivo, “[...] como de um sistema de serviços de assistência e vigilância adequados, visando à efetivação das políticas de saúde do trabalhador vigentes e à melhoria das ações através de aplicações de novas diretrizes formuladas em conjunto”(Silva, 2021, p. 7).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta dos trabalhadores e trabalhadoras é histórica e se constrói a cada dia. A tarefa de construir e se efetivarem políticas públicas de saúde de qualidade, pautadas na perspectiva de um processo emancipatório e que ofereça autonomia e qualidade de vida aos usuários é longa e árdua. Por certo, os entraves orçamentários, o poder do mercado e do grande capital e todas as formas de exploração desses milhões de trabalhadoras e trabalhadores espalhados por todo o território brasileiro vão na contramão do que é instituído como direito humano básico que é o direito à vida.

Como se viu ao longo do texto, a avaliação de uma política pública na perspectiva da avaliação em profundidade é um desafio para pesquisadores e pesquisadoras. Ora, historicamente, os processos de avaliação foram instituídos nos moldes dos grandes capitais, na perspectiva de gerar lucro e não garantir condições efetivas de saúde e segurança para trabalhadores e trabalhadoras.

Nas entrevistas realizadas, ao serem indagados, sobre o desejo de comentar mais alguma coisa, o Trabalhador nº 11 fez uma reflexão muito tocante e que faz total sentido ao contexto em que vivemos, ao destacar que deve acontecer “uma mudança cultural de maneira geral” e essa mudança não deve existir somente na saúde mental. Ele citou ainda que a existência de ações pontuais e isoladas não garante esse processo; que os trabalhadores por, muitas vezes, não procuram ajuda, devido à ausência de locais seguros que lhes garanta proteção de direitos. Então, mas como garantir direitos com vínculos extremamente frágeis e precarizados, como é o caso das cooperativas?

O Trabalhador nº 11 fechou a fala afirmando: “[...] acredito que uma mudança cultural deve acontecer em todos os ambientes e, de fato, políticas mais eficientes para cuidar da saúde mental. [...] quando ele [trabalhador] está bem [...] consegue trabalhar melhor com o público [...]”. Essa é a perspectiva de cuidado e atenção à saúde mental do trabalhador e da trabalhadora da saúde. A mudança deve ser estrutural e cultural, deve atingir as formas de exploração que adoecem a população trabalhadora em nome de lucro.

Ao longo da pesquisa, conseguimos observar que as condições precárias de trabalho, a falta de conforto, segurança e a própria estrutura do prédio colocam esses trabalhadores e essas trabalhadoras a desafiar os próprios limites todos os dias, além de já terem de lidar com situação demasiadamente complexa de cuidar da saúde mental dos usuários assistidos pela instituição, de não poder dar conta de demanda aberta que procura o serviço.

De maneira geral, as ações de saúde mental voltadas aos trabalhadores do hospital em estudo são incipientes e não garantem de forma efetiva as condições de saúde e segurança do corpo de trabalho, uma vez que o próprio efetivo de trabalhadores não observa resultados importantes dessas ações pontuais.

De fato, como bem tratou o Trabalhador nº 11, a mudança deve ser estrutural. Garantir condições dignas de trabalho e vínculos formais seguros não é uma atribuição somente da gestão hospitalar, mas também do Ministério da Saúde que deve cuidar de fato da implementação da Política de Saúde Mental e da PNSTT, alocando recursos e apoiando estados e municípios para esse processo. Essa luta passa também pela organização de modo mais amplo dos e das trabalhadoras para pressionar os legisladores tanto na câmara federal quanto no senado para que a destinação de recursos públicos contemple direitos sociais e para que as contrarreformas trabalhista e previdenciárias sejam revistas.

É responsabilidade da SESA/CE atuar para a garantia de vínculos formais e dignos de trabalho e apoiar melhor os CEREST, para que eles consigam realizar as ações, sendo apoio e referência técnica para as instituições hospitalares, alocando não recursos para contratação não mais de cooperativas de serviços, modelos de trabalho predominante no estado, mas abrindo vias para concursos públicos e carreira SUS.

Além disso, há a necessidade de instruir o corpo técnico para pensar em políticas públicas que garantam a segurança e a saúde dos trabalhadores do serviço e que essas políticas, de fato, cheguem até a unidade, que seja efetiva e não pontual; e, ainda, de investir na melhoria da estrutura física da unidade, garantir insumos, investir em tecnologia de suporte ao diagnóstico e tratamento, ou seja, o mínimo que se exige são condições de trabalho, para que essa trabalhadora e esse trabalhador que está todos os dias, 24 horas por dia, tenha condições de desempenhar seu trabalho. Eis alguns desafios e responsabilidades a serem resolvidos pela SESA/CE.

Cabe ainda à equipe do CEREST Estadual realizar aproximação contínua com a unidade, desempenhando o papel principal de ser suporte técnico ao hospital em estudo, identificando as principais problemáticas, não somente os de saúde mental, como também das demais doenças e agravos relacionados à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras e pensando, de forma coletiva, em melhorias para o campo da saúde do trabalhador, inclusive, nos processos avaliativos.

Muitas vezes, o cuidado à saúde mental da trabalhadora e do trabalhador da saúde não é considerado como demandas e necessidades a serem acolhidas nas RAS. Os trabalhadores da saúde moram nas áreas adscritas da Unidades Básicas de Saúde, ou seja,

fazem parte da Atenção Primária; sofrem com transtornos mentais e devem ser assistidos por toda a RAPS; são trabalhadores, pessoas com deficiência; são mulheres trabalhadoras que gestam, dentre outras condições peculiares.

Para finalizar, evoca-se aqui o tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”, pois esse deve ser ainda o horizonte a ser perseguido com obstinação. O trabalho caracteriza e traduz o humano. Apesar disso, variadas formas de trabalho exploram esses trabalhadores e trabalhadores até o limite de corpos e espíritos. Isso é injusto, incorreto e degradante. O trabalho deve ser acompanhado de bem-estar porque é atividade que edifica e oferece sentido ao humano, não devendo ser condição de sofrimento, principalmente de sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Revista Katálisis**, Santa Catarina, v. 12, n. 2, p. 188-197, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/6x94zJ3FLh3hcbzh3BNHHNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.
- ALBERNAZ, Isadora; PILLE, Letícia. Poder360. **Brasil em 140 mil pessoas em idade ativa; leia pirâmide etária**. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/brasil-tem-140-mi-de-pessoas-em-idade-ativa-leia-piramide-etaria/#:~:text=O%20Brasil%20atingiu%20203.080.756,2023>. Acesso em: 26 ago. 2024.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente&Cérebro**, [S.l.]. 2006, p.30-35. Disponível em: <https://rl.art.br/arquivos/542889.pdf?1182956075>. Acesso em: 04 jun. 2021.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/>. Acesso em: 04 jun. 2021.
- ANDERSON, Perry *et al.* Balanço do neoliberalismo. In: ANDERSON, Perry *et al.* **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- ANDERSON, Perry *et al.* Crisis in Brazil. **London Review of Books**, Londres, v. 38, n. 08, p. 05-22, 2016.
- ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. Aos loucos, o hospício. Primeiros asilos para alienados do Brasil foram construídos em meados do século XIX no Rio de Janeiro e em São Paulo (Memória). **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, v.263, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/aos-loucos-o-hospicio/>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SANCHO, Leyla Gomes; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. Agendas empresariais no sistema de saúde brasileiro, 2016-2019. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, p. 406-426, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.257>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- ANTUNES, Ricardo. Vilipêndio dos direitos trabalhistas causada pela uberização é culpa dos algoritmos? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 08 nov. 2020. Mercado. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/11/vilipendio-dos-direitos-trabalhistas-causada-pela-uberizacao-e-culpa-dos-algoritmos.shtml>. Acesso em: 06 abr. 2022.
- ANTUNES, Ricardo; POCHMANN, Marcio. A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo; POCHMANN, Marcio. **Produção de pobreza e desigualdade na América Latina**. Porto Alegre: Tomo Editorial/Clacso, 2007. p. 195-209. Disponível: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100517090935/08antu.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A aposta nos escombros: reforma trabalhista e previdenciária - a dupla face de um mesmo projeto. **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 56-81, 2019. Disponível em: <http://www.revistatdh.org/index.php/Revista-TDH/article/view/43>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ARAÚJO, Tania Maria de; PALMA, Tarciso de Figueiredo; ARAÚJO, Natália do Carmo. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 3235-3246, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021003235&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 jan. 2020.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge; PENA, Paulo Lopes. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011, cap. 21, p. 453-478.

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003. p.10.

BARDIN, Lauren. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez editora, 2011.

BELLO, Luiz; BRITTO, Vinicius. Agência IBGE Notícias. PNAD Contínua. **Uma em cada quatro mulheres de 15 a 29 anos não estudava e nem estava ocupada em 2023**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39531-uma-em-cada-quatro-mulheres-de-15-a-29-anos-nao-estudava-e-nem-estava-ocupada-em-2023>. Acesso em: 26 ago. 2024.

BIREME/OPAS/OMS. **Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)**. Disponível em: <http://bvsalud.org>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL, Christina Cesar Praça; CALDAS, José Manuel Peixoto; SILVA, Raimunda Magalhães da; BEZERRA, Indara Cavalcante Bezerra. Considerações introdutórias: reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde. In: SILVA, Raimunda Magalhães da; BEZERRA, Indara Cavalcante Bezerra; BRASIL, Christina Cesar Praça; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira (org.). **Estudos qualitativos**: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA, 2018. p.305.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Altos Estudos, Pesquisas e Gestão da Informação, 2021, 596 p.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2020, 430 p. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epidemiologia_saude_trabalhador_brasil.pdf.

Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DataSUS**. Disponível em:

<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339, de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta portaria. **Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde**. Ementa elaborada pela CDI/MS. Disponível em:

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=3598760&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=1339&data=%20%20&dataFim=&ano=&pag=1. Acesso em 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.

Plataforma Renast Online. Disponível em:

<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Dados estatísticos** – Saúde e segurança do trabalhador. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/dados-de-acidentes-do-trabalho>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017a**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Supl., p. 1.

BRASIL. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Supl., p. 1.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Ficha de investigação:** Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_TranstornosMentais.pdf. Acesso em: 14 de mai. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de **Desprecarização do Trabalho no SUS**: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Decreto Nº 4.552, de 27 de dezembro de 2002.** Aprova o Regulamento da Inspeção do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4552.htm. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA. **Sobre a SVSA.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa>. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República, 2023. **Decreto nº 11.358, 1º de janeiro de 2023.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11358.htm#art5. Acesso em: 14 ago. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). **Sobre a SEGTE.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes>. Acesso em: 14 ago. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Saúde do Trabalhador. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>. Acesso em: 14 ago. 2023c.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Organograma.** Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/organograma>. Acesso em: 14 ago. 2023d.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Inspeção do Trabalho. **Conheça a Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT).** Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/sit>. Acesso em: 14 ago. 2023e.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Inspeção do Trabalho. **Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/seguranca-e-saude-no-trabalho>. Acesso em: 14 ago. 2023f.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 04 - Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho**. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-04-atualizada-2022-2-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023g.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA**. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-05-atualizada-2022.pdf>. Acesso em 14 ago. 2023h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde atualiza lista de doenças relacionadas ao trabalho após 24 anos**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/ministerio-da-saude-atualiza-lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-apos-24-anos>. Acesso em 10 dez. 2023i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.999, de 27 de novembro de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>. Acesso em: 10 dez. 2023j.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339, de 18 de Novembro de 1999. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. **Diário Oficial da União**, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da RENAST 2016**: implementação da política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora: avaliação das ações desenvolvidas no período de janeiro de 2015 a março de 2016. 2016a. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relat%C3%B3rio%20da%20RENAST%202016.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em 10 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Medida Provisória N° 870, de 1° de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios [REVOGADA]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm#:~:text=MPV%20870&text=Estabelece%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20dos,da%20Rep%C3%ABlica%20e%20dos%20Minist%C3%A9rios.&text=%C3%A2mbito%20de%20aplica%C3%A7%C3%A3o-,Art.,da%20Rep%C3%ABlica%20e%20dos%20Minist%C3%A9rios. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). **Encontre sua ocupação na CBO**. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 10 dez. 2023l.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1187, de 27 de dezembro de 2023**. Define o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclui e altera procedimentos na lis de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, 2023i. Disponível: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/PORTARIA%20N%C2%BA%201187,%20DE%2027%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202023-%20Cadastro%20dos%20Cerests%20no%20CNES%20e%20Procedimentos%20em%20ST.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1187, de 27 de dezembro de 2023**. Define o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclui e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/PORTARIA%20N%C2%BA%201187,%20DE%2027%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202023-%20Cadastro%20dos%20Cerests%20no%20CNES%20e%20Procedimentos%20em%20ST.pdf>. Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 5.201, de 15 de agosto de 2024**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.201-de-15-de-agosto-de-2024-579010765>. Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (*SmartLab*). **Frequência de Notificações – CAT**. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=frequenciaAcidentes>. Acesso em 01 set. 2024.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Brasil, sociedade nacional-dependente. **Novos estudos CEBRAP**, [S.l.], p. 101-121, 2012.

BROTTO, Túlio Cezar de Aguiar; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

BRITO, Rose Dayanne Santos de. Direito do trabalho na contramão: a precarização como regra. **Revista Katálýsis**, [S.l.], v. 24, p. 220-227, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/WdgWNrmZdDPqwrkFqWctNFL/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

CALLAHAN, Daniel. The WHO definition of health. **Stud Hastings Center**, EUA, v.1, n.3, 1973.

CAMELO, Camila Maria Guerra. **Editais mecenas do Ceará**: uma avaliação das políticas de incentivo à cultura, a partir da vivência de profissionais da produção cultural. 2023. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) – Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/76592/5/2023_dis_cmgcamelos.pdf. Acesso em: 18 ago. 2024.

CAMPOS, Ingrid; AZEVEDO, Felipe. Assembleia aprova extinção da Funsauúde e contratação de concursados pela Sesa [...]. **O Povo**, publicado em: 04 abr. de 2023. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/pontopoder/assembleia-aprova-extincao-da-funsaude-e-contratacao-de-concursados-pela-sesa-entenda-1.3354059>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8Bs9cytR3gzdHcrGMb98Nyt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF)-Bahia. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 37, p. 219-232, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QwPkvS8Nrwbp4f4Fmb7bwQG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2023.

CARRERO, Gisele Santana Pereira; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; LAZARTE, Rolando; SILVA, Antônia Oliveira; DIAS, Maria Djair. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 146-155, 2013.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Brasil contemporâneo e novos padrões de dependência no âmbito do modelo de ajuste rentista-neoextrativista: crise, bolsonarismo e tragédias brasileiras. *In: Anais... Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 10., p. 10-24, 16 a 19 nov. 2021. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1123_1123612f12ccf3337.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. A luta por direitos e a afirmação das políticas sociais no Brasil contemporâneo. **Revista de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 39, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/518/501>. Acesso em: 29 ago. 2024.

CARVALHO, Sandro Sacchet de. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Carta de Conjuntura. **Retrato dos rendimentos do trabalho – resultados da PNAD Contínua do primeiro trimestre de 2024**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/2024/06/retrato-dos-rendimentos-do-trabalho-resultados-da-pnad-continua-do-primeiro-trimestre-de-2024/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE. **Regimento Interno da Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE)**. Ceará: ESP, 2013.

CEARÁ. **Profissionais da Rede SESA têm acesso à assistência remota voltada para transtornos mentais relacionados ao trabalho**. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2022/01/27/profissionais-da-rede-sesa-tem-acesso-a-assistencia-remota-voltada-para-transtornos-mentais-relacionados-ao-trabalho/>. Acesso em: 07 fev. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. **Centro de Saúde do Trabalhador Manuel Jacaré**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2008/11/03/cerest/>. Acesso em: 29 dez. 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE. **Resolução Nº. 149, de 18 de maio de 2010**. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_149_2010.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

CEARÁ. Casa Civil. **Hospital de Saúde Mental homenageia psiquiatra Frota Pinto**, 04 out. 2012. Disponível em: <https://www.casacivil.ce.gov.br/2012/10/04/hospital-de-saude-mental-homenageia-psiquiatra-frota-pinto/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

CEARÁ. **Lei Nº 17.186, 24 de março de 2020**. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Regional de Saúde - Funsauê. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ce/lei-ordinaria-n-17186-2020-ceara-autoriza-o-poder-executivo-a-instituir-a-fundacao-regional-de-saude-funsauê>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CEARÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE. **Resolução N°. 149/2010 – CIB/CE**. Aprovar a composição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado do Ceará, formada pelas Unidades Assistenciais, conforme disposto nos quadros anexos a esta Resolução. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_149_2010.pdf . Acesso em: 01 set. 2024.

CCVISAT. Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador . **Boletim Epidemiológico: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil**, 2006–2017. UFBA: Instituto de Saúde Coletiva. Ano IX, abr. 2019, ed. 13. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/pictures/recursos/boletim_saude_mental.png. Acesso em: 3 jan. 2020.

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. O que é burnout. *In: Educação: carinho e trabalho*, 1999. v. 2, p. 237-254.

CENTENARO, Alexa Pupiara Flores Coelho *et al.* Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de unidades COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20220059, 2022.

CGSAT. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Colabora DSASTE. **Painel de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <https://colaboradsaste.saude.gov.br/mod/data/view.php?id=1832>. Acesso em: 01 set. 2024.

COSTA, Danilo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; JACKSON FILHO, José Marçal; VILELA, Rodolfo Andrade Gouveia. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, p. 11-21, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 14 abr. 2022.

COSTA, Valeriano. Políticas Públicas no Brasil: uma agenda de pesquisas. **Rev Inst FilosCiênc Hum UNICAMP**, São Paulo, v.6, n.2, p.135-166, 2015.

CRUZ, Danielle Maia. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista Avaliação de Políticas Públicas-AVAL**, Fortaleza, v. 1, n. 15, 2019.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/>. Acesso em: 20 out. 2023.

DIAS, Elizabeth Costa; ALMEIDA, Idelberto Muniz (org.). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

DRAGO, Laila Crespo; RAMOS, Flávia Regina Souza; BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; SILVEIRA, Luciana Ramos; BRITO, Maria José Menezes. Sofrimento moral de enfermeiros gerentes em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Curitiba, v. 12, p. 1074-1080, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7776/pdf_1. Acesso em: 25 nov. 2020.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

FLORES, Júlia. Terra. **Número de solteiros ultrapassa o de casados no Brasil; o que isso significa?** Disponível em: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/comportamento/numero-de-solteiros-ultrapassa-o-de-casados-no-brasil-o-que-isso-significa,000dc94158e29047e5a3759098b3cb214x2kbygg.html>. Acesso em 26 ago. 2024.

FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul–UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. 2003. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2232/000366156.pdf?...1>. Acesso em: 18 ago. 2024.

FREITAS, Franciely Midori Bueno de; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; HADADD, Maria do Carmo Lourenço; SILVA, Larissa Gutierrez de Carvalho; ROSSANEIA, Mariana Angela. Hardiness e estresse ocupacional em enfermeiros gestores de instituições hospitalares. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, p. 4199-4205, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231183/25162>. Acesso em: 11 dez. 2020.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 32. ed. Brasília: Companhia Editora Nacional, 2003.

GIDDENS, Anthony. Política, governo e movimentos sociais. In: GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 9. ed. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p 1124-1173.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1963-1970/pt>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

GUSSI, Alcides Fernando. Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Avaliação de Políticas Públicas-AVAL**, Fortaleza, v. 2, n. 16, 2019.

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO. Secretaria da Saúde do Ceará. **O Hospital**. Disponível em: <https://www.hsm.ce.gov.br/o-hospital/>. Acesso em: 19 nov. 2022.

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO. Secretaria da Saúde do Ceará. **Organograma da Qualidade**. Disponível em: <https://www.hsm.ce.gov.br/teste/>. Acesso em: 24 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desemprego**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 24 mar. 2022.

IBGE. **Taxa média de desemprego cai a 9,3% em 2022, menor patamar desde 2015**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36351-taxa-media-de-desemprego-cai-a-9-3-em-2022-menor-patamar-desde-2015#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20desocupada%20chegou%20a,mesmo%20trimestre%20m%C3%B3vel%20de%202021>. Acesso em: 02 ago. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: Aspectos Institucionais, Sistemas de Informação e Indicadores**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10807. Acesso em: 09 fev. 2022.

JANELA da Alma. Direção de João Jardim, Walter Carvalho. Brasil/França, 2001, **Documentário** (73 min).

KREIN, José Dari. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo social**, [S.l.], v. 30, p. 77-104, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/WBdDjRLGTC5XffZDqPThnbs/>. Acesso em: 23 out. 2023.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.757-766, 2007.

LACERDA, Nara. **Extinção do Ministério do Trabalho: o que mudou após um ano?** Brasil de Fato, São Paulo, 14 jan. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/01/14/extincao-do-ministerio-do-trabalho-o-que-mudou-apos-um-ano>. Acesso em: 30 ago. 2023.

LALANDA, Piedade. Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. **Análise Social**, [S.l.], v. 33, n. 148, p.871-883 1998.

LESSA, Sérgio. **Para compreender a ontologia de Lukács**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, 3. ed., rev. e ampl., coleção filosofia nº 19, 240 p.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de; GUSSI, Alcides Fernando. Pode o subalterno avaliar? Possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção descolonial no campo da avaliação de políticas públicas. **Revista AVAL**, Fortaleza, v. 6, n. 20, p. 10-35, 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/download/78502/218306/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJKCCZW8qQdvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29 nov. 2021.

MACHADO, Maria Helena; MACHADO, Antônio Vieira; PEREIRA, Everson Justino; VARGAS, Felipe Leonel. Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19 no Brasil (ENSP – CEE – FIOCRUZ, 2020/2021) e Os Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da COVID-19 no Brasil (ENSP – CEE – FIOCRUZ, 2021/2022). **Atividades Autogestionadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde - O mundo do trabalho em saúde**. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – FIOCRUZ, 2023. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/fbbb293d529dc998ddd9da724742ded2.PDF>. Acesso em: 22 out. 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013.

MELO, Maria Aparecida de Sousa *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, [S.l.], v. 18, n. 71, 2018.

MELUCCI, Alberto. Busca de qualidade, ação social e cultura – por uma sociologia reflexiva. In: MELUCCI, Alberto. **Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005. p. 25 - 42.

MESQUITA, João Lara. **A saga de Jacaré e a jangada São Pedro**. Estadão: Mar sem fim, 17 dez. 2027. Disponível em: <https://marsemfim.com.br/a-saga-de-jacare-e-a-jangada-sao-pedro/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 09-29.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/j8pC5pj4fDLZy7tG4QhVLGJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MONTEIRO, Maria Silvia; GOMES, Jorge da Rocha. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 345-353, 1998. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14n2/0112.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32. 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v. 1).

NUNES, Anna Carolina Bornhausen; PIRES, Denise Elvira Pires de; MACHADO, Rosani Ramos. **Satisfação e insatisfação no trabalho de gestores na estratégia saúde da família**. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/61440>. Acesso em: 25 nov. 2020.

OLIVEIRA, Carolina Almeida de; OLIVEIRA, Diúlia Cristina Pantoja de; CARDOSO, Ellessandra Miranda; ARAGÃO, Evelyn de Souza; BITTENCOURT, Marina Nolli. Sofrimento moral de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 191-198, 2019.

OLIVEIRA, Caroline. Câmara recria Ministério do Trabalho, mas extinção da pasta por mais de 2 anos trará impactos. **Brasil de Fato**, São Paulo, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/11/17/camara-recria-ministerio-do-trabalho-mas-extincao-da-pasta-por-mais-de-2-anos-trara-impactos>. Acesso em: 30 ago. 2023.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. 3. ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Edt UNESP, 2006. p. 17-35.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 15-36, 2014.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade em Debate**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 55-75, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678/1043>. Acesso em: 27 abr. 2022.

PAUGAM, Serge. Afastar-se das prenoções. In: PAUGAM, Serge. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005. p. 17-32.

PEREZ, Karine Vanessa; BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 41, p. 287-298, 2017.

PLATAFORMA SMARTLAB. **Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em: <https://smartlabbr.org/>. Acesso em: 09 fev. 2022.

POLETTTO, Nelo Augusto *et al.* Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsintegralidade/resource/pt/int-5004>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PORCIUNCULA, Alice Mariz; VENÂNCIO, Sandra Aparecida; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1555-1566, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1555.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST). **Informação em saúde do trabalhador**. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/informacao-saude-trabalhador>. Acesso em: 09 fev. 2022.

RENAST. **Rede Sentinela**. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-sentinela>. Acesso em: 20 nov. 2022.

RENAST. **Legislação em Saúde do Trabalhador**. Disponível em: renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/legislacao-saude-trabalhador. Acesso em: 28 dez. 2020.

REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 382-403, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/qBXtjfwjPkSqkfG7tqCsZTt/?format=html>. Acesso em: 04 jun. 2021.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas-AVAL**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2008.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/14.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SANTOS, Alexandre Silva *et al.* Relações de poder em instituições hospitalares: análise de escopo. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S.l.], v. 17, n. 7, p. e8969-e8969, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/8969/5535>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SANTOS, Theotônio. **A teoria da dependência: balanço e perspectivas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

SIDONE, Otávio José Guerci; HADDAD, Eduardo Amaral; MENA-CHALCO, Jesús Pascual. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. Campinas: **Transinformação**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 15-32, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tinf/v28n1/0103-3786-tinf-28-01-00015.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 135-145, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bq5fNvn7nn6ztHZFQHFGFSK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SILVA, Maria Ferreira da et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva de gestores e tomadores de decisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 48, p. e1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/m4BkW8bST7VHMycCscgzCXf/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SILVA, Fernanda França Velo da. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 46, p. e12, 2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/VXRVP63hSNSYjhrZPM5RR7x/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas revista eletrônica**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <https://www.fepiam.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

SINGER, André. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. **Novos estudos CEBRAP**, [S.l.], p. 83-102, 2009.

SOUSA, Kelyane Oliveira de; BARROS, Livia de Melo. Estresse e Estratégias de Enfrentamento de Gestores de Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 496-515, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v18n2/v18n2a07.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SOUZA, Jessé. **A Elite do Atraso: da Escravidão à Lava Jato**. São Paulo: Editora Leya, 2017. 242p.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

TAVARES, Juliana Petri et al. Alterações psíquicas em profissionais da enfermagem pertencentes ao grupo de risco para complicações da Covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0449pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

URSI, Elizabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 443-453, 2007.

VEDOVATO, Tatiana Giovanelli *et al.* D. S. Trabalhadores (as) da saúde ea COVID-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 46, p. e1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2024.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. *In*: NUNES, Edson de. **A Aventura Sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 121-132.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes *et al.* **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: orientações aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report**: transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>. Acesso em: 30 ago. 2023.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE

Entrevistado(a)/Categoria: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a. Gênero:

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro Qual? _____

b. Faixa etária:

☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 49 anos ☐ 50 a 69 anos ☐ 70 ou mais

c. Estado civil:

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável

☐ Outro. Qual? _____

d. Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Médio (Técnico)

☐ Nível Superior ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

e. Raça/Cor:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo

f. Renda mensal:

☐ Menor que 1 salário mínimo ☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ 3 a 5 salários mínimos ☐ 5 ou mais

2. ASPECTOS OCUPACIONAIS

a. Cargo:

☐ Assistente Social

☐ Psicólogo

☐ Enfermeiro(a)

☐ Técnico de enfermagem

☐ Maqueiro

☐ Outro.

☐ Médico.

Qual? : _____

Especialidade: _____

b. Tempo de atuação profissional:

☐ 6 meses a 2 anos ☐ 2 a 5 anos ☐ 5 a 7 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ 10 ou mais

c. Tempo de trabalho na instituição da pesquisa:

☐ 6 meses a 2 anos ☐ 2 a 5 anos ☐ 5 a 7 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ 10 ou mais

d. Tipo de vínculo empregatício na instituição da pesquisa:

☐ Celetista ☐ Estatutário ☐ Terceirizado ☐ Cooperativa

☐ Outro. Especificar tipo de vínculo: _____

e. Turno de trabalho:

- () Matutino () Vespertino () Matutino e Vespertino
 () Plantão diurno () Plantão noturno () Plantão diurno ou noturno

f. Possui outros vínculos empregatícios:

- () NÃO () SIM. Se sim, quantos: () 2 vínculos () Mais de 2 vínculos

g. Qual sua carga horária de trabalho semanal?

- () 20 horas () 30 horas () 40 horas () 50 horas ou mais () 60 horas ou mais
 () Outro. Especificar carga horária: _____

3. SOBRE O CUIDADO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE

a. Fale sobre o cotidiano de trabalho nesta instituição. Ambiente (estrutura física e insumos e equipamentos), espaços para repouso, alimentação, relações na equipe).

b. O que significa para você trabalhar neste hospital?

c. Como você avalia a sua condição de saúde atual?

d. Você identifica em si algum tipo de problema de saúde no momento? Qual? percebe alguma relação entre o trabalho e o processo de adoecimento? Fale me um pouco sobre isto.

e. Comente sobre possíveis impactos do seu trabalho na sua saúde física e/ou mental. SE NÃO REFERIR IMPACTO, pular para o item “f”.

g. Você já identificou em si sinais de estresse, ansiedade, angústia. Teve ou tem depressão? Comente.

h. Você realiza ou já realizou algum tratamento/acompanhamento de saúde ao longo dos últimos cinco anos? Se sim, qual ou quais? Faz uso contínuo de algum tipo de medicamento? Qual, quais?

i. Já necessitou de afastamento de mais de um mês do trabalho? Qual o motivo? Por quanto tempo?

j. Você observa se há aspectos desencadeadores de adoecimento e/ou de sofrimento nesta instituição? Quais? Comente.

k. Na sua vivência nesta instituição, você observa se há ações que promovam o cuidado à saúde mental dos (as) trabalhadores (as)? Se sim, quais são essas ações?

l. Como você avalia as ações realizadas? Essas ações conseguem dar respostas para as situações de sofrimento psíquico?

m. Fale sobre as potencialidades e/ou dificuldades enfrentadas no processo de cuidado em saúde mental para os (as) trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Entrevistado(a)/Categoria: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a. Gênero:

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro Qual? _____

b. Faixa etária:

☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 49 anos ☐ 50 a 69 anos ☐ 70 ou mais

c. Estado civil:

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável
☐ Outro. Qual? _____

d. Escolaridade:

☐ Nível Superior ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

e. Raça/Cor:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo

f. Renda mensal:

☐ 1 a 3 salários mínimos ☐ 3 a 5 salários mínimos ☐ 5 ou mais

2. ASPECTOS OCUPACIONAIS

a. Profissão:

<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Nutricionista
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a).	<input type="checkbox"/> Odontólogo
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Psicopedagogo
<input type="checkbox"/> Médico.	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
Especialidade: _____	<input type="checkbox"/> Outro.Qual? : _____

b. Cargo ocupado na instituição da pesquisa: _____

c. Tempo de atuação no cargo:

☐ 6 meses a 2 anos ☐ 2 a 5 anos ☐ 5 a 7 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ 10 ou mais

d. Tempo de trabalho na instituição da pesquisa:

☐ 6 meses a 2 anos ☐ 2 a 5 anos ☐ 5 a 7 anos ☐ 7 a 9 anos ☐ 10 ou mais

e. Tipo de vínculo empregatício na instituição da pesquisa:

() Celetista () Estatutário () Terceirizado () Cooperativa

() Outro. Especificar tipo de vínculo: _____

3. SOBRE O CUIDADO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE

a. Quais os principais motivos dos afastamentos na instituição?

b. A instituição desenvolve ações de saúde do trabalhador? Quais? Existem ações específicas direcionadas à saúde mental dos trabalhadores? Quais?

c. Em que contexto surgiu a necessidade da implementação de cuidados à saúde mental?

d. Como você avalia as ações realizadas? Essas ações conseguem dar respostas às necessidades dos trabalhadores no campo da saúde mental?

e. Existem profissionais enfrentando problemas do campo da saúde mental na instituição? Se sim, quais categorias e quais os problemas mais comuns?

f. Por se tratar de uma instituição de saúde mental, você identifica algum fator específico de adoecimento preponderante nos e nas trabalhadores/es deste hospital?

g. Sobre os processos de afastamento dos trabalhadores por algum tipo de sofrimento psíquico, existe algum tipo de acompanhamento por parte do Hospital?

h. A instituição realiza a notificação compulsória para casos de TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO (SINAN) relativos aos seus trabalhadores e trabalhadoras? Se sim, você tem conhecimento sobre as principais causas registradas nas notificações?

i. Fale sobre as potencialidades e/ou dificuldades enfrentadas no processo de cuidado em saúde mental dos (as) trabalhadores e trabalhadoras da saúde

j. Como têm transcorrido as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde mental dos/das trabalhadoras? Como tem sido a adesão do público-alvo?

k. Você conhece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora? Se não, tem interesse em conhecer melhor?

l. Você conhece e tem contato com a equipe do CEREST estadual? Existem ações em parceria?

m. O CEREST Estadual realiza ações e orientações no campo da saúde mental nesta unidade hospitalar? Se sim, de que forma acontece? Qual a periodicidade? Há adesão dos profissionais?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Antonia Eline Lopes da Silva como participante da pesquisa intitulada “SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA DA SAÚDE EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DOS OLHARES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O CUIDADO DE QUEM CUIDA”. Esta pesquisa será realizada através de entrevista, com a utilização de um roteiro que contém perguntas e que durante a aplicação será utilizado um gravador, para fins de registro das informações. A entrevista terá duração média de 30 minutos.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações de saúde mental direcionadas aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde de um Hospital de Saúde Mental, no município de Fortaleza-Ceará. Pretende-se aqui trazer uma discussão sobre o tema e contribuir no processo de cuidado e qualificação do espaço de trabalho.

Você receberá os esclarecimentos necessários para sua participação, como dúvidas sobre o questionário, o sigilo das informações colhidas. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pela pesquisadora ou pela instituição.

O tema da pesquisa pode gerar algum desconforto e seus possíveis riscos podem envolver a identificação dos pesquisados com algum processo de sofrimento mental ou transtorno mental. Outro possível risco do estudo está relacionado ao constrangimento dos profissionais de saúde ao fornecer informações de cunho pessoal, mas estarão assegurados da garantia de sigilo das informações e dados. Além de ser pactuado junto às unidades pesquisadas a disponibilidade de uma sala para realização das entrevistas. Havendo a identificação ou a suspeita de sofrimento mental ou transtorno mental, os profissionais serão encaminhados para o serviço de acolhimento em saúde mental do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST/CE), no município de Fortaleza-CE, devendo estes serem acolhidos e tomados os devidos encaminhamentos e orientações.

Os benefícios, estão relacionados a possibilidade de uso dos dados para construção e/ou aprimoramento de ações para o cuidado à saúde mental do trabalhador e da trabalhadora no ambiente hospitalar, bem como servirá como base para ações do CEREST, na busca por prevenir novos agravos e/ou adoecimentos.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito ao ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa somente serão utilizados para esta pesquisa e ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. É importante salientar que seus dados pessoais são confidenciais. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Após a conclusão do estudo, o HSM será informado sobre os principais resultados da pesquisa, as possibilidades de aprimoramento e qualificação das ações relacionadas ao cuidado à saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras em ambiente hospitalar.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Será garantido que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da

sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável pelo seguinte endereço:

Nome: Antonia Eline Lopes da Silva

Instituição: Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas – MAPP/UFC-CE

Endereço: Rua Madre Elisa Baldo, 134 – Serrinha – Fortaleza - CE

Telefones para contato: (85)99115-6791/3212-1833

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional

Data

Assinatura

que aplicou o TCLE