

Saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar

Cristiane Ribeiro de Carvalho, Marluce Martins Cordeiro Barbosa e Núbia Gonçalves da Paixão
Enetério

Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Nota do Autor

Cristiane Ribeiro de Carvalho, graduanda de psicologia do centro universitário de Anápolis UniEvangélica

Marluce Martins Cordeiro Barbosa, graduanda de psicologia do centro universitário de Anápolis UniEvangélica

Este artigo foi orientado pela Prof^a Núbia Gonçalves da Paixão Enetério, Mestre em Tecnologias Ambientais, pela UFMS. Especialista em Neuropsicologia Clínica (UFRN) e em Gestão Ambiental (Anhanguera MS - UNIDERP). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2014) e em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Goiás (1997). Tem experiência em docência para graduação e especialização e, atualmente, é Professora Adjunta na UNIEVANGÉLICA e Psicóloga Clínica, em Anápolis- GO. Tendo contribuído igualmente na contribuição com a produção do mesmo.

As dúvidas sobre o artigo devem ser encaminhadas para o e-mail:
luce.barbosa@yahoo.com .

Resumo

O processo de adoecimento do trabalhador há muito tempo é estudado por de diferentes áreas do conhecimento. Portanto, torna-se relevante compreender como a psicologia pode contribuir na saúde mental do trabalhador, diante do contexto hospitalar. O objetivo é identificar de que forma a psicologia do trabalho tem contribuído na saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar no Brasil. Este artigo construído é uma revisão teórica sobre o tema “saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar”. A revisão teórica busca esclarecer os pressupostos teóricos que dão fundamentação à pesquisa e destaca as contribuições anteriores. Percebe-se que a origem do adoecimento relacionado ao trabalho está associada a uma conjuntura social, econômica, política e cultural, o que dificulta identificar onde-se iniciaria tal processo: Verificou-se que não há instrumentos suficientes capazes de identificar, diagnosticar e prover tratamento específico, em âmbito geral, para casos de adoecimento mental, o que corrobora para o afastamento profissional.

Palavras- Chave: saúde mental, trabalho, ambiente hospitalar.

Introdução

Atualmente no mundo tem cerca de 7,7 bilhões de pessoas, sendo que no Brasil a população é de 209,3 milhões, encontra-se 92,9 milhões de pessoas estão ocupadas sujeitos a algum vínculo empregatício. A cada ano os índices de desempregos aumentam e com ele a falta de estabilidade no mercado de trabalho.

Com o decorrer do tempo o trabalho passou por transições, devido ao seu fator sistêmico, tem sido influenciado pela economia, cultura, política entre outros fatores. Entendemos que o trabalho, enquanto categoria fundante do ser social, pode ser um agente de emancipação humana, uma forma de realização voltada para as necessidades humanas mas também pode provocar alienação e sofrimento, a depender da forma como se dá o processo de trabalho e o modo de produção. (Alcântara, 2018)

Sabe-se que o indivíduo é um ser biopsicossocial e conseqüentemente fatores sociopolíticos como a crise econômica no Brasil, influenciam na disfuncionalidade da saúde mental do trabalhador. A crise gera uma desestabilidade no mercado de trabalho fazendo com que empresas tenham que fechar suas portas, como no caso da empresa onde o proprietário optou pelo suicídio após declarar falência. Mesmo que esteja empregado o trabalhador não se sente seguro.

O processo de adoecimento do trabalhador há muito tempo é estudado por de diferentes áreas do conhecimento, embora boa parte estudos indica fatores de adoecimento a atividades laborais como dores na coluna, lesões e acidentes, não se pode desconsiderar os fatores psicológicos, sendo o primeiro fator investigado nesse contexto o esgotamento e o estresse.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os transtornos mentais comuns (TMC) representam 13% do total de todas as doenças e atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo sendo que no Brasil a depressão atinge 10% (Revista Gaúcha Enfermagem, 2016).

A OMS ainda afirma que até 2020, a depressão pode liderar a lista das maiores causas de afastamento do trabalho considerando que a depressão e ansiedade são a segunda maior causa de adoecimento relacionado ao trabalho no Brasil ficando atrás apenas para os casos de LER/DORT (lesão por esforço repetitivo/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho). Somadas, as duas doenças, representam 49% de todos os casos classificados como transtornos mentais que surgiram ou se agravaram nos ambientes de trabalho, fora os casos

que não são relatados ou casos em que as pessoas não conseguem se identificar como pertencente a esse quadro clínico (Ministério do Trabalho, 2009).

A causalidade no binômio emprego-adoecimento repercute no entendimento desse indivíduo que está inserido nesse meio, e seguindo a conclusão de que o mesmo está agregado a fatores biopsicossociais, nota-se o que contexto externo de uma empresa influencia no contexto interno. No âmbito mundial e nacional, percebe-se que não são todas as organizações que têm condições salubres, serviços bem remunerados e contextos que agregue valores, mão de obra preparada e condições físicas e psicológicas apropriada para o não adoecimento do sujeito, embora as organizações tenham se atentado para essas questões ainda há muito que fazer.

Diante desse cenário, observa-se que os fatores que influenciam na dinâmica do trabalho, geram um conflito de como e quando esse trabalhador começaria a ficar adoecido, seja quando está desempregado, ou antes, mesmo, quando ele está empregado, sofrendo a pressão social de não poder perder o emprego, tornando-se relevante o estudo a ser desenvolvido.

Este estudo tem objetivo identificar de que forma a psicologia do trabalho tem contribuído na saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar no Brasil. Especificamente, pretende-se: verificar os métodos utilizados para realização de diagnósticos, prevenção e tratamento pela psicologia do trabalho; identificar as demandas de trabalho no ambiente hospitalar; e relacionar os aspectos diagnósticos de saúde mental do trabalhador e as medidas preventivas e tratamento no ambiente hospitalar.

A importância desse estudo também corrobora com o quão é necessário tratar sobre a saúde mental do trabalhador entendendo assim o indivíduo em um contexto isolado como também o mesmo no meio organizacional. Esses crescentes números de casos de adoecimento mental estimativa da OMS para o ano de 2020, dessa forma a necessidade de colaboração da psicologia para a implementação de instrumentos capazes de mensurar e prevenir TMRT em trabalhadores no Brasil mediante os resultados dos tópicos deste estudo.

Sendo assim sua relevância entender a saúde mental do trabalhador em contexto hospitalar, tornando mais efetiva sua contribuição no desenvolvimento de um método de prevenir e identificar de forma correta o adoecimento mental. Propõe-se uma estratégia de pesquisa teórica que procura reorientar o esforço acadêmico para o entendimento de problemas presentes na vida do trabalhador e a melhoria de condições sociais por meio da aproximação e do comprometimento falhas presentes nesse campo de pesquisa e na

comunidade. Para isso o estudo realizado vai se embasar em artigos publicados em relação à saúde mental do trabalhador e o adoecimento do mesmo no meio hospitalar.

Metodologia da Pesquisa

Este artigo apresenta uma revisão teórica sobre o tema “saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar”. A revisão teórica busca esclarecer os pressupostos teóricos que dão fundamentação à pesquisa e destaca as contribuições anteriores.

Também inclui uma discussão crítica sobre o tema em questão. Por se tratar de um tema bastante extenso, o estudo foi desenvolvido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, é discutido um breve relato do tema, no segundo capítulo consiste no referencial teórico da saúde mental e alguns dos principais autores do campo. No terceiro capítulo, é sobre a saúde e psicologia do trabalho no ambiente hospitalar, no quarto capítulo, é apresentado em relação à saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar e como a saúde mental pode atingir o indivíduo, e como a psicologia está presente nesse campo de atuação e finalizando o quinto e último capítulo fala a respeito da atenção e prevenção da saúde mental no ambiente hospitalar.

As fontes consultadas na pesquisa bibliográfica foram: livros (obras de divulgação diversas), publicações periódicas (revistas científicas), canais de encontros científicos, relatórios de pesquisa, artigos e documentos oficiais sobre o tema. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas Pepsic, Scielo, Google Acadêmico, OMS, ONU. As palavras-chave utilizadas, em português, foram definidas com base no vocabulário dos Descritores sendo eles: “Saúde Mental”, “Trabalho”, “Ambiente Hospitalar”.

O material coletado foi avaliado e selecionado conforme sua relevância com o tema. Foi feita uma leitura sistemática dos textos, identificação do conteúdo relevante, elaboração de resumos e fichamentos.

Saúde mental e Trabalho

O conceito de saúde se refere a uma conjuntura social, econômica, política e cultural assim como o trabalho. Embora a representação desse conceito mude de indivíduo para indivíduo, o mesmo pode ser influenciado de acordo com a época, lugar e a classe social. Outro cofator são os valores individuais, dependendo das concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007).

No século XVII, René Descartes postulou um dualismo mente e corpo desenvolvendo mais tarde as concepções de doença e saúde. O desenvolvimento da medicina em definir doença, ao decorrer das décadas não foi definido o conceito universal de saúde, após o fim da

Primeira Guerra surge a Liga das Nações, ainda assim não estava definido o conceito de saúde, somente após a Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi definido o conceito de saúde.

Em sete de abril de 1947, foi divulgada pela OMS uma carta, nela foi reconhecido o direito à saúde, as obrigações do estado em promover a proteção e a saúde. O conceito de saúde: "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade". No ano seguinte, em 1948, a Assembleia Mundial da Saúde escolheu o dia 7 de abril (data da fundação da Organização Mundial da Saúde) para comemorar o Dia Mundial da Saúde, a fim de conscientizar as pessoas sobre os diversos fatores que afetam a saúde.

No dia 10 de outubro de 2016, foi publicado no site da ONU, no dia mundial da Saúde Mental, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) reforça que o conceito de saúde vai além da ausência de doenças, sendo assim só é possível ter saúde quando há completo bem-estar físico, mental e social.

Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 196 declara que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Sendo esses princípios os que fundamentam o SUS, Sistema Único de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) não limita saúde como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição de saúde mudou com o decorrer das décadas, tornando um conceito utópico e inalcançável. De acordo com Ferraz (1997) “a definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social, pois no mundo atual, com a medicina em grande parte socializada, com o profissional de saúde habitualmente mal ressarcido, a criação e preservação dessa ligação afetiva entre o profissional de saúde e o cliente é tão irreal quanto a expectativa de "perfeito" bem-estar da OMS”. Mesmo a expressão "medicina psicossomática" que tem como ideia a mente e o corpo, de forma que o psíquico e somático tem influências em diversos tipos de adoecimento, interferindo na saúde mental. Devido a esses fatores estudos sobre o assunto mostram que o psíquico responde ao corporal e o corpo responde ao psíquico, porém não são apenas esses elementos que influenciam na saúde do indivíduo, ele também sofre interferência do meio social.

A criação da categoria de doença mental no século XVIII, traz consigo um movimento de exclusão, que oferece uma solução racional para o problema que a sociedade

burguesa da época, rotulava as pessoas que não faziam parte dos padrões sociais. O filósofo Michel Foucault (1978), traçar a loucura refletindo o papel de normalização dos comportamentos, dessa forma a loucura significa é o que foge dos contextos sociais (Vasconcellos & Azevedo, 2010). Neste contexto, o louco foi isolado socialmente, internado em instituições, padronizando e disciplinando.

No Brasil o processo institucionalização e de hospitalização psiquiátrica, ocorreu até o fim da década de 70, a existência de políticas pública para a saúde mental tem também o intuito político e jurídico, criando uma ideia de que o único fim do louco é exilá-lo.

A primeira visão de doença mental e a criação de hospital psiquiátrico tentaram levar o cuidado dos doentes mentais hospitalares gerais para essas instituições, mudando os centros do processo de capitalismo excluindo os doentes, em um processo de saneamento na cidade. A ideia de criar hospital psiquiátrico teve como função de reorganizar o louco tornando o sujeito da razão de novo, virando pessoa com padrões de condutas aceitos pela sociedade. Dessa maneira, os primeiros hospitais psiquiátricos tinham como meta mudar indivíduos que saem dos padrões sociais, de maneira que o sujeito é mudado e institucionalizado. (Pereira & Vianna, 2009)

Na institucionalização, o indivíduo é coibido a seguir leis, normas, privilégios e castigo, quando esse sujeito é inserido na instituição ele pode ser obrigado a sujeitar-se a um mundo do anonimato forçado e deixar o que é no externo. A institucionalização total é um local onde pessoas estão em casos semelhantes ao de outros indivíduos que levam uma vida de abnegação administrada, (Benelli, 2014).

Para Goffman (1983), a instituição total poderia ser enumerada em cinco categorias sendo elas: cuidar de pessoas que são consideradas incapazes e inofensivas; pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça não intencional para a comunidade; proteger a comunidade contra ameaças e perigos intencionais; as erigidas com a intenção de realizar de um modo mais adequado alguma tarefa instrumental; os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo.

A institucionalização total assemelha-se à internação em asilos, campo de concentração, prisões e aos conventos, onde os internos perdem a identidade e a liberdade. Na Reforma Psiquiátrica Brasileira esse fator foi importante para as mudanças psiquiátricas hoje existentes, entre elas, foi imposta pontos como a cidadania, igualdade social e o não sofrimento psíquico, priorizando assim a saúde.

O trabalho como foco de maior participação da vida do indivíduo é protegido e regulamentado também pela saúde. O desenvolvimento dessas normas não é nacional, sendo

assim a estratégia que é usada para esse serviço é focada na OMS, sendo um conceito geral. Em alguns estados usam o desenvolvimento de uma estratégia para a educação do trabalhador, tanto no serviço de educação ligando saúde e trabalho, (Rosa, Souza, Abrahão & Marques 2016). A educação reflexiva das práticas e do processo de trabalho, transformando a dinâmica do indivíduo e desenvolvendo melhor a saúde do mesmo. Essa instrução reflexiva e feita no Pet-Saúde, que possibilita educar o profissional em serviços de saúde mental.

O trabalho constituiu-se para o homem como um verdadeiro sentido de vida, sendo que, em muitas situações, ele passa a maior parte de seu tempo no trabalho de acordo com Borges e Tamayo (2001, p. 13) ressalta que “O trabalho é rico de sentido individual e social. É o meio de produção da vida de cada um, criando sentidos existenciais ou contribuindo na estruturação da personalidade e da identidade”.

Para Caldas (2000) tem-se a noção de emprego como vida, ou seja, o emprego representaria para o trabalhador a ligação com a vida e o sentido de fazer parte dela. Por meio do trabalho, têm-se compromissos, regras a cumprir, podem-se esperar recompensas pelo esforço despendido, enfim, representa a atividade. Por conseguinte, o desemprego manifestar-se-ia como expressão de inatividade e morte. Esse sentimento é reforçado pela noção de invalidez, pelo fato de não produzir, de não colaborar, de estar fora do mercado, da esfera ativa da sociedade.

Nesse sentido, Caldas (2000) defende que o desemprego seria a dissolução de uma ligação psíquica que o trabalhador mantém com o trabalho, ou com a organização, por meio da qual atenuaria suas incertezas e inseguranças. A identificação ou o elo entre o trabalhador e o trabalho/organização estaria intimamente relacionado à importância dada ao trabalho como uma forma de contato interpessoal e como imagem, ou seja, como posição de status.

Nessa mesma perspectiva, o emprego é tido como uma fonte central de autoestima e reconhecimento social. O desemprego, portanto, representaria a perda da referência social que levaria à perda da autoestima que acompanha esse papel. A posição de desempregado é apresentada como uma posição de menor prestígio, desviante, de segunda categoria, não providenciando uma verdadeira pertença ao social (Caldas, 2000). De acordo com Maslow (1954) as pessoas dispõem de diferentes necessidades de motivação, de acordo com a pirâmide, existe uma hierarquia de necessidades básicas fisiológicas, segurança, social, estima e autorrealização. O trabalho entra na auto realização, o fator que aumenta de acordo com o nível de escolaridade.

O prazer e sofrimento no trabalho originam-se da dinâmica interna das situações e da organização no trabalho, vindo a agir como regulador social que exerce um papel fundamental

para a subjetividade, quando a produtividade se sobressai ao trabalhador podem ocorrer as seguintes situações: reutilização e disseminação das práticas agressivas nas relações entre os pares, gerando indiferença ao sofrimento do outro e naturalização dos desmandos administrativos; pouca disposição psíquica para enfrentar as humilhações; fragmentação dos laços afetivos; aumento do individualismo e instauração do pacto do silêncio coletivo; sensação de inutilidade, acompanhada de progressiva deterioração indenitária; falta de prazer; demissão forçada; e sensação de esvaziamento. As ações dinâmicas e organizacionais no trabalho se tornam criativas, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrios psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde e o adoecimento (Vasconcelos & Oliveira, 2004).

Torna-se evidente que o trabalho assume um sentido tanto interpessoal quanto social e partindo desse ponto de que estar empregado faz com o indivíduo seja pertencente dessa sociedade, enfatizam que o trabalho, produz no homem um sentido de inclusão social. Revelando assim que à sociedade dá importância àquele que está produzindo, destacando aquele indivíduo que tem vínculo empregatício, salário fixo e estabilidade, por mais que haja uma forte tendência para a economia e para o trabalho informal. Porém, o fato de não estar trabalhando, leva o homem a enfrentar um processo de desvalorização que pode ser um dos gatilhos para o adoecimento mental na saúde do trabalhador.

Saúde Mental e Trabalho nem sempre foi da forma que é no presente, primeiros fatores e as diferentes realidades que estão vigentes ao olhar da assistência prestada, em termos numéricos e perceptíveis, os primeiros números foram os distúrbios mentais, porém foi modificado com os diagnósticos de LER que apareceram mudando assim a imagem que antes era apresentada de adoecimento (Sato & Bernardo, 2005).

A mudança de saúde mental construiu conhecimento necessário para o tema saúde mental no trabalho sendo um campo onde o trabalho gera ou remete adoecimento. Um índice perceptível, é mostrado no aumento de casos onde há afastamento devido ao adoecimento no trabalho. Além do afastamento o desemprego é um problema que também remete a saúde mental, o efeito não benéfico da falta de trabalho e a ausência de atividade produtiva tem como consequência a falta de saúde mental (Sato & Bernardo, 2005).

Nota-se que há um alto índice de adoecimento da saúde mental dos trabalhadores brasileiros. Conforme dados do INSS, mais de 30% dos afastamentos em 2016 foram relacionados a essa enfermidade de natureza psicológica. A Previdência Social apontou que em 2017, episódios depressivos geraram 43,3 mil auxílios-doença, sendo a 10ª doença com

mais afastamentos. Já doenças classificadas como outros transtornos ansiosos também estão entre as que mais afastaram, na 15ª posição, com 28,9 mil casos. O transtorno depressivo recorrente apareceu na 21ª posição, com 20,7 mil auxílios (Revista Proteção, 2019).

Em virtude disso, percebe-se a necessidade de desenvolver em âmbito nacional a criação de um protocolo de atenção à saúde mental e trabalho atualizado com a realidade que a lei e as instituições apresentam hoje. De que forma, a saúde mental do trabalhador tem sido assistida pela psicologia do trabalho diante do absenteísmo e das formas de tratamento? É possível ver em âmbito nacional um grande índice de pessoas doentes e nos faz refletir de onde vem esse problema? E o que foi que o desencadeou?

A Política Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador – PNSST está em vigor desde 2004 e visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Conforme suas diretrizes, suas funções compreendem atenção integral à saúde, com a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações e estratégias (Ministério da Saúde, 2004).

A Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), disposta na Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, é uma das estratégias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) - ao todo, até outubro de 2009, 178 unidades espalhadas por todo o País - e por uma rede de 1.000 serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Os Cerest recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde, cerca de R\$ 30 mil para serviços regionais e R\$ 40 mil para as unidades estaduais, para realizar ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. A Tabela 1 apresenta a composição das equipes dos CEREST regional e estadual:

Tabela 1- quadro de composição de equipe do CEREST

| Modalidade | Equipe Mínima | Recursos Humanos Mínimos |
|------------|---------------|---|
| CEREST | 10 | - 4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. |

| | | |
|--------------------|----|---|
| REGIONAL | | - 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais). |
| CEREST ESTADUAL | 15 | - 5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. - 10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas). |

(*) - Profissional de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros.

(**) - Profissional de nível superior, com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.

Embora haja vários campos de estratégicos promovidos pelo PNSST a pouco trabalho em relação à atenção à saúde dos trabalhadores com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) que são acompanhados pelos Cerest, uma pesquisa realizada em 2018 aponta que mediante um inquérito on-line, do qual participaram 161 Cerest (80,1% do total no país) as ações de assistência aos casos suspeitos de TMRT estavam sendo realizadas apenas por 46,9% dos Cerest; entre esses, predominantemente, a própria equipe estabelecia o diagnóstico dos casos (67,8%) e o nexos da sua relação com o trabalho (63,3%). Já os tratamentos aconteciam principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) (69,9%) e ambulatórios em saúde mental (47,1%); mas apenas 37,8% dos Cerest acompanhavam a evolução desses casos (Cardoso & Araújo, 2018).

Saúde e Psicologia do Trabalho no ambiente hospitalar

Segundo a OMS o hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, sua função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Para o ministério da saúde o hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (Ministério da Saúde, 1977).

O contexto de trabalho é composto por três dimensões: organização do trabalho (OT), condições de trabalho (CT) e relações socioprofissionais (RS). A primeira é constituída pelos elementos que expressam e balizam o funcionamento das práticas de gestão - por exemplo, a divisão do trabalho, a produtividade esperada, os prazos e as características das tarefas. A segunda é caracterizada pela infraestrutura do local de trabalho, como o ambiente físico (espaço, ar, luz, temperatura, som) e os equipamentos, os instrumentos e a matéria-prima disponíveis para a execução das atividades. Já a terceira é composta pelas interações sociais no ambiente de trabalho: relações hierárquicas (com líderes), coletivas (com membros da equipe e de outros grupos de trabalho) e externas (usuários, consumidores, vendedores) (Ferreira e Mendes, 2008).

O trabalho hospitalar pode ser descrito em dois grupos de apoio indireto e direto, tendo o como elemento central o cuidado conforme o diagrama de Machado e Correa. O grupo de apoio indireto são basicamente os profissionais que atuam nas especificidades organizacionais hospitalares como, por exemplo, setor administrativo, refeitório, lavanderia entre outros. Já o grupo de apoio direto são os profissionais que atuam com o cuidado, na realização de procedimentos e técnicas como, por exemplo, os enfermeiros, téc. de enfermagem, radiologistas, médico, entre outros. (Santos, 2009) Cabe ressaltar que além desses grupos podemos também separar o trabalho hospitalar aqui o Brasil pelos níveis de assistência à saúde, sendo elas: 1) A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 2) A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência; 3) A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organizam também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Outra forma de dividir o trabalho hospitalar se refere a instituições públicas, privadas ou conveniadas, e por especificidades como hospitais escolas, centro de atendimentos psiquiátricos e psicossociais, e até mesmo como descrito anteriormente na atenção terciária.

Dos 156,1 milhões de brasileiros que costumam procurar o mesmo lugar, o mesmo médico ou o mesmo serviço de saúde, a grande maioria (71,1%) busca atendimento na rede pública, sendo que 47,9% buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde, seguido por Unidades de Pronto Atendimento Público ou Emergência de Hospital Público (11,3%), em Hospital Público ou Ambulatório (10,1%) e Centro de Especialidades, Policlínica Pública ou PAM (1,8%). É o que mostram os resultados do volume da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências de 2013 (IBGE).

Os profissionais que atuam nesses ambientes são expostos diariamente a riscos ocupacionais, tais riscos têm sua origem nas atividades insalubres e perigosas, como por exemplo, a manipulação de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos (materiais contaminados, aparelhagens) que podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais. Esses riscos são assistidos pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho (SESMT) e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) são regulamentadas legalmente pelos artigos 162 a 165 da CLT e pela Portaria 3214/78 baixada pelo Ministério do trabalho, em suas NR-5 E NR-4, respectivamente. Ambos possuem como objetivo a prevenção de acidentes e manutenção das condições do ambiente de trabalho, cuidando da integridade física do trabalhador e de todos os aspectos que potencialmente podem afetar sua saúde, porém suas práticas não perpetuam acerca do adoecimento psíquico.

O contexto hospitalar pode contribuir para o aumento do adoecimento dos profissionais da saúde (Bertoletti e Cabral, 2007; Elias e Navarro, 2006; Teixeira e Gorini, 2008) devido ao ambiente de trabalho fisicamente, emocionalmente e psicologicamente desgastante ao qual estão expostos (Gianasi e Oliveira, 2014). Além dos riscos de acidentes e enfermidades de ordem física, pois esses profissionais lidam constantemente com doenças transmissíveis e o sofrimento psíquico é comum e parece estar em crescimento diante das pressões às quais esses trabalhadores estão submetidos (Kirchhof 2009).

A rotina hospitalar de um profissional de saúde é marcada pelas cargas horárias, mudanças de escalas, normas e protocolos a serem seguidas, identificação de responsabilidades e de hierarquias de funções. Essas práticas da rotina podem ser apontadas como fatores que possuem destaque em relação ao sofrimento psíquico no trabalho principalmente para os auxiliares de enfermagem onde as escalas e jornadas propiciam o desgaste, estresse, e também o *burnout*. Devido a esses fatores percebe-se que o ambiente hospitalar em si, é visto como um âmbito de muita cobrança e responsabilidade, por parte de seus profissionais e de sua organização, pois sua equipe visa prestar da forma mais integrada assistência à saúde.

Estudos sugerem que o contexto de trabalho hospitalar pode ser considerado mais adverso pelos profissionais provenientes do setor público do que pelos profissionais do setor privado (Lima Júnior, Alchieri e Maia, 2009; Vaghetti et al., 2009), o que explica o fato de a maioria dos profissionais da saúde dos hospitais públicos adoecer em meio ao contexto de trabalho precarizado no qual desenvolvem as suas atividades (Silva e Muniz, 2011).

Acredita-se que o adoecimento desses profissionais é uma das consequências da forma de organização pluralista do sistema hospitalar do Brasil. Nesse sistema, poucos hospitais são centros de excelência de categoria internacional e atendem a minoria da população brasileira. Muitos hospitais (normalmente os públicos) são considerados ‘muito abaixo dos padrões’ de qualidade e atendem milhares de brasileiros que não podem arcar com os custos do atendimento privado ou de um plano de saúde. Em geral, os hospitais públicos prestam atendimento ineficaz e seus profissionais são sobrecarregados em razão da grande procura pelo serviço (La Forgia e Couttolenc, 2008).

Uma pesquisa realizada por Santos, Monteiro, Dilélio, Sobrosa, & Borowski (2017) em janeiro de 2009 à janeiro de 2010 com o objetivo de comparar a avaliação do contexto de trabalho e os índices de uso de álcool, depressão e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da saúde provenientes de um hospital público e de um hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, cujo participaram 182 trabalhadores da saúde constatou que o adoecimento psíquico dos trabalhadores da saúde relaciona-se mais ao tipo de contexto de trabalho (público ou privado) do que à categoria profissional.

A psicologia do trabalho pode ser designada como campo de compreensão e intervenção sobre o trabalho e as organizações, visando analisar a interação das múltiplas dimensões que caracterizam pessoas, grupos e organizações, com a finalidade de construir estratégias e procedimentos que promovam, preservem e restabeleçam o bem-estar (Zanelli; Bastos, 2004). Outras expressões são utilizadas na literatura científica para fazer menção ao campo, são: psicologia do trabalho, psicologia organizacional e do trabalho, clínica do trabalho, comportamento organizacional, psicologia aplicada ao trabalho, entre outros.

A psicologia, em especial, a Saúde do Trabalhador canaliza a interface entre os conhecimentos da Psicologia social da saúde e da Psicologia social do trabalho, além da Psicologia clínica. Cada um deles, por sua vez, aporta contribuições ao mesmo tempo específicas e múltiplas. Dentre elas, tem-se a tematização de processos de conhecimento, de explicações e de sentidos sobre o processo saúde-doença e trabalho (cognição social), saúde mental e trabalho, Neuropsicologia, toxicologia comportamental, causalidade de acidentes de

trabalho, modelos de gestão e de organização do processo de trabalho, subjetividade e saúde mental. (CREPOP 2019)

Os profissionais da saúde mental, tradicionalmente, são formados com base numa concepção de sofrimento mental desencadeado por conflitos vivenciados predominantemente no âmbito familiar, na infância ou na sexualidade, sem levar em conta o trabalho como parte dos aspectos centrais na construção da subjetividade do indivíduo ou dos processos de adoecimento mental (Araújo, 2004).

A ausência de relevância do fator trabalho como parte do adoecimento mental, pode ser considerada como um desleixo do profissional diante do que fora descrito acima quanto ao sentido que o trabalho exerce na vida do indivíduo, mesmo a saúde mental no trabalho tornando-se cada vez mais um campo enorme de estudo a mesma não deve ser constatada apenas de área de denúncia. Já profissionais da saúde do trabalhador são qualificados para compreenderem o adoecimento como um problema social (Bernardo & Gardin, 2011).

As práticas psicológicas em Saúde do Trabalhador devem ser desenhadas a partir de uma contínua atividade investigativa que norteie a eleição de prioridades e que defina as formas de atuação. Deve-se considerar que a atuação do psicólogo nesse âmbito pode estar delimitada por determinações legais (como no caso da vigilância) e pode subsidiar a concessão de benefícios previdenciários (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, por exemplo) e trabalhistas (direito à reintegração) (CREPOP 2019).

As organizações cobram de seus psicólogos e da instituição de ensino que os capacitam um rápido ajustamento de suas metodologias e de suas estratégias de ação. Isso tem feito com que grande parte dos psicólogos organizacionais sem nenhuma crítica, com pouquíssima reflexão venha a abraçar ideias, princípios e pressupostos vindos das teorias administrativas, tais como as chamadas "Teorias da Qualidade", sendo elas uma reatualização de alguns princípios da década de 30, reformulados com uma eficiente metodologia quantitativa desenvolvida na década de 50, aproveitada nos anos 70 e aperfeiçoada na década de 80. Nota-se o quão escasso está à produção científica do psicólogo diante dessas temáticas e quanto isso é negligenciado pelos profissionais na construção de ferramentas para investigação, diagnósticos e programas de prevenção dentro das organizações, embora os conselhos regionais tenham se organizado na realização de palestras o reflexo disso nas organizações ainda não é eficaz.

A carência de instrumentos que sistematize o processo de investigação dos TMRT de forma objetiva e consistente e que possibilite orientações, sobre fluxos e práticas para que os profissionais de saúde possam realizar diagnósticos e ações de prevenção e tratamento fazem

com encontra-se que no país, ainda hoje, disponível apenas um protocolo ou documento guia específico para saúde mental e trabalho. Este instrumento foi desenvolvido pela Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador - Divast do Estado da Bahia (Bahia, 2014) sendo ele o único protocolo que tem servido de base norteadora para os profissionais de saúde mental e trabalho.

O processo de construção deste protocolo foi coordenado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Trabalho (GT Saúde Mental e Trabalho) do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast). O referencial teórico adotado por este protocolo tem por base a minuta do Protocolo para o diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental, então disponibilizado para consulta pública pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), e o documento de autoria de Francisco Drumond Marcondes Moura Neto, técnico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Protocolo de saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e técnicos para investigação da relação entre agravos à saúde mental e o trabalho (MOURA NETO, 2005), por ele apresentado e discutido com o GT Saúde Mental e Trabalho e demais participantes da oficina de trabalho realizada em Salvador, em 2009.

Este Protocolo busca sinalizar com uma proposta técnica de fluxo e manejo dos agravos relacionados às dificuldades dos serviços de saúde para estabelecer fluxos e processos de trabalho que atendam às demandas de acolhimento, cuidado, tratamento e reabilitação de trabalhadores (as) acometidos (as) por transtornos mentais e da insuficiência da rede de atenção na oferta de terapia e suporte psicossocial. Ao mesmo tempo, pretende contribuir com novas discussões e contribuições dos trabalhadores (as), gestores (as), e especialistas da rede que lidam com a questão de saúde mental.

O Protocolo é disponibilizado em versão impressa, em CD e na internet. Seus anexos são instrumentos que podem ser reproduzidos e copiados para aplicação nas avaliações de rotina nos ambulatórios da rede de serviços, especialmente pelos Cerest e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como podem ser aplicados em inquéritos e levantamentos de campo para grupos de trabalhadores (às) específicos. Nossa expectativa é que seja progressivamente incorporado pelas equipes, testado e aprimorado, num processo dinâmico de aprendizado, troca e reflexão sobre as práticas de atenção à saúde mental no SUS.

Desse modo, ainda não há um documento técnico nacional para auxiliar na notificação dos TMRT – embora esse agravo tenha se tornado de notificação obrigatória desde 2004, registrando-se os primeiros casos em 2006 (Merlo, 2011; Moura-Neto, 2014). Este é,

portanto, mais um desafio a ser enfrentado na busca de maior reconhecimento desses agravos no escopo das políticas públicas de saúde.

A notificação dos transtornos mentais será realizada por meio de um sistema de informações do Ministério da Saúde (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN), já conhecido da rede de saúde, pois é utilizado para os demais agravos de notificação compulsórios rotineiramente registrados pelos serviços de vigilância à saúde. Embora as normas técnicas referentes à temática saúde mental e trabalho impulsionam o aperfeiçoamento das ações de registro e notificação dos transtornos mentais, faz-se necessária à incorporação dessa prática no dia a dia do psicólogo a partir da realização de um diagnóstico com o devido rigor ético e técnico. Outro sistema de notificação utilizado dentro do âmbito hospitalar é o Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (SIMOSTE) que permite a quantificação do adoecimento destes trabalhadores por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho.

Entende-se que a saúde mental relacionada ao trabalho no Brasil ainda enfrenta obstáculos e dificuldades para a sua implantação efetiva nos Cerest, principalmente por não ser um fator de adoecimento tão palpável quanto aos outros agravos relacionados ao trabalho, pois, as relações entre esse tipo de adoecimento e o trabalho, frequentemente, envolvem uma série de mediadores, o que dificulta ou oculta à visibilidade de tal relação. Portanto, trata-se de um agravo que, de fato, traz novos desafios para o campo de saúde do trabalhador apesar da publicação do Ministério da Saúde, do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001), cujo capítulo 10 discorre sobre os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, e da Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004.

No arquivo de Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a) produzido pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é possível encontrar informações relevantes sobre a atuação do psicólogo referente à produção documental e colaboração em casos que tenham que se apresentar em audiências, onde se recomenda seguir avidamente a resolução. Neste arquivo também é estabelecido sobre as práticas do psicólogo que são: 1) A criação de disciplinas que tematizem adequadamente a relação subjetividade/objetividade, evitando dicotomias ou vieses que impeçam a visão adequada de como se efetiva tal relação e, sobretudo, o lugar ocupado pelo trabalho no interfluxo sujeito/objeto; 2) O enfoque nos processos de individuação, levando sempre em conta o seu caráter histórico e processual; 3) O enfoque nas diferentes possibilidades de atuação do psicólogo do trabalho, superando a visão estreita de uma atuação restrita ao contexto das organizações empresariais; 4) A ênfase na formação interdisciplinar,

possibilitando ao profissional o acesso a conhecimentos proporcionados por disciplinas afins, tais como a ergonomia, a Sociologia, a Filosofia, a epidemiologia social, a Antropologia, a saúde coletiva, a Economia etc.; 5) A criação de instrumentos que permitam melhor compreensão das vivências subjetivas no trabalho, conciliando a clínica com a análise da atividade (CLOT, 2006); 6) O desenvolvimento de habilidades que permitam ao profissional apreender as reais necessidades dos trabalhadores, ao assumir o compromisso com a preservação da saúde nos contextos laborais; 7) O conhecimento de políticas públicas, sobretudo aquelas voltadas para a saúde; 8) A aquisição de noções/conceitos sobre o mundo do trabalho (inserção no trabalho, relações de trabalho, processo, organização e condições do trabalho); 9) A ênfase em pesquisas visando ao avanço da disciplina e à resposta mais adequada às demandas sociais em torno da Saúde do Trabalhador, propondo um psicólogo como investigador prático, e não como mero aplicador de técnicas.

Atenção e prevenção da saúde mental no ambiente hospitalar

Em vista da definição apresentada pela ONU e a OMS (2016), a saúde vai além da ausência de enfermidade por isso, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social. A saúde mental tem grande influência em casos de adoecimento no cenário atual para afastamento dos profissionais da saúde.

A averiguação sobre o tema sugere que não são recorrentes os estudos nesse campo, sendo, em sua maioria, focados na área de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem).

Os aspectos observados por Gianasi e Oliveira (2014) onde a forma de adoecer se relacionam e enfatizam com o ambiente de trabalho sendo ele: fisicamente, emocionalmente e psicologicamente. Nos trabalhos de Kirhhof (2009) mostra que, os riscos de acidentes e enfermidades de ordem física, com profissionais que têm contato constantemente com doenças transmissíveis, o sujeito que tem contato com o doente, passa por um sofrimento psíquico é comum e parece estar em crescimento diante das pressões às quais esses trabalhadores estão submetidos.

O motivo de ocorrência do adoecimento psíquico nas pesquisas analisadas teve em comuns fatores relacionados à organização do trabalho (setor de atuação, turnos, número de funcionários, reestruturações organizacionais, sobrecarga, problemas na escala, conflito de interesses, insegurança no trabalho), as relações sociais (o apoio social e o relacionamento interpessoal com colegas e supervisores) e as condições nas instituições hospitalares favorecem o aparecimento de patologias.

Estudos realizados por Bernardo e Gardin (2011), apontam que os profissionais da saúde do trabalhador são qualificados para compreenderem o adoecimento de forma ampla, considerando também como um problema social. Ao perceber que o mal causados aos trabalhadores de forma sistêmica é possível entender importância de investigações nesse campo, devido à relevância social, podendo descobrir meios de intervenções que abranjam mais sujeitos, ou até mesmo que melhore a qualidade vida dos que ainda não estão em estado de adoecimento.

Durante as pesquisas percebe-se que há uma lacuna nos estudos no período de 2006 a 2011, pois nesse período foi um momento de implementação, e decisivo de quem teria a obrigação de cuidado de casos de adoecimento da saúde do trabalhador, dessa forma ficou de total papel do SUS, o encargo de rede de apoio. Outros fatores observados são os segmentos que estudos publicados em sua maioria possuem objetivos diferente, pois as temáticas não tinham como foco a saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar.

Em relação aos instrumentos utilizados para identificação e diagnóstico referente ao adoecimento psíquico foi encontrado um único protocolo criado pela secretaria da saúde da Bahia em 2014 o mesmo foi baseado em outro protocolo publicado em 2005. A importância de protocolos rígidos e coerentes, pensando na saúde do trabalhador, teria como resultado a diminuição de índices de prevalência de doenças recorrentes, mostrando assim a necessidade desse protocolo em uma esfera estadual e nacional.

O sofrimento transformado em adoecimento, como produto da quebra da estrutura de estratégias defensivas e de relacionamento interpessoal e social pelo trabalhador emergiu como uma questão uníssona para Caldas (2000), Borges e Tamayo (2001) e Vasconcelos & Oliveira, (2004). Quanto à forma de adoecer relacionada ao processo e gestão do trabalho em serviços de saúde refere-se à intencionalidade e os processos de exclusão de pessoas, os remanejamentos, as mudanças de setores e postos de trabalho a cada jornada de trabalho, a desvalorização do trabalho por críticas e demonstração de julgamentos públicos, as agressões veladas, o abuso de poder nos processos seletivos pelas estratégias da avaliação subjetiva e o contexto de hierarquia, os estímulos a premiações e ranques de produção no trabalho e as estratégias de cooptação de grupos de pessoas, são alguns dos aspectos que se sobressai no ambiente hospitalar conforme é discutido por Kirchhoff e Santos (2009) e por Gianasi e Oliveira (2014).

Os impactos ocasionados pelas situações acima citadas, a falta de uma padronização nos modelos de intervenção ou até mesmo uma investigação de causa e efeito e carência de uma assistência psicossocial na saúde mental do trabalhador, pode refletir em alguns fatores

que têm influência na desestruturação da saúde do trabalhador no Brasil. De forma que, equivale ao sofrimento mental os profissionais da saúde, interferindo com o uso abusivo de álcool para lidar com o ambiente estressor, que caracterizava seu trabalho e aliviar a tensão, essa esquivada pode se relacionar também com o aumento de índices de uso de drogas lícitas como, por exemplo, uso exacerbado de remédios, alta medicalização, consumo de tabaco, compulsão alimentar, entre outras.

A alta da crise econômica no comércio brasileiro, os índices divulgados pelo IBGE e INSS afeta o cenário atual do campo da saúde mental brasileira, revelando uma população em uma angústia que está relacionada aos aspectos que configuram os contextos sociais, no qual dia após dia são notificados pelos telejornais situações onde jovens tiram a própria vida por não conseguirem emprego, ou onde empresários se veem obrigados a desempregar cerca de 220 funcionários e em seguida optarem pelo suicídio essas situações deveriam ser consideradas como alarmantes para uma maior atenção à saúde mental em nível nacional e mundial.

Diante desses fatores é visível a importância de protocolos mais rígidos e coerentes, visando à saúde do trabalhador que teria como resultado, a diminuição de índices de prevalência de doenças recorrentes, e absenteísmos. Outro diferencial seria uma melhor contribuição dos psicólogos na construção desses instrumentos, protocolos e medidas preventivas, embora alguns CRPs tenham-se atentado para esses casos é proposto aos profissionais palestras psicoeducativas os reflexos desse cuidado ainda são insuficientes para fazerem com que esse cenário se modifique.

Considerações Finais

Este estudo possibilitou identificar de que forma a psicologia do trabalho tem contribuído na saúde mental do trabalhador no ambiente hospitalar no Brasil. Para se atingir uma compreensão dessa realidade, definiram-se três objetivos específicos sendo o primeiro de verificar os métodos utilizados para realização de diagnósticos, prevenção e tratamento pela psicologia do trabalho onde foi apresentado no texto os órgãos competentes pela captação desses sujeitos e encaminhamento dos mesmos aos CAPS. Quanto ao material norteador para realização de diagnósticos, foi encontrado apenas um protocolo cujo não foi possível verificar seu nível de implementação.

O segundo objetivo específico buscou identificar as demandas relacionadas a saúde mental e trabalho no ambiente hospitalar. Para isso foi feita uma revisão descritiva sobre o tema saúde mental, significado do trabalho e o contexto hospitalar para facilitar a

compreensão e relação dos mesmos, no qual, presumiu-se que a elaboração do conceito de saúde e de trabalho têm se modificado ao longo do tempo. Pode-se assim dizer que atualmente a saúde do trabalhador está emergida no “ter saúde” e não apenas no ser saudável, inserindo-se em uma saúde global que está devidamente vinculada à qualidade de vida.

O terceiro e último objetivo específico teve como finalidade relacionar os aspectos diagnósticos de saúde mental do trabalhador e as medidas preventivas e tratamento no ambiente hospitalar, com isso, foi possível inferir que saúde mental relacionada ao trabalho no Brasil ainda enfrenta diversos obstáculos e dificuldades para a sua implementação e mediação. Pois, tanto a saúde quanto ao trabalho se refere a uma conjuntura social, econômica, política e cultural, o que dificulta ou oculta à visibilidade de tal relação principalmente no contexto hospitalar onde as demandas podem-se divergir de inúmeros fatores. Parte desses obstáculos enfrentados pela saúde mental do trabalhador no Brasil estão relacionadas às faltas de manutenção de políticas públicas dos órgãos competentes, a ausência de campanhas focais de prevenção para auxiliar na notificação desses casos, na identificação e nas formas de tratamento.

Com efeito, percebe-se que a contribuição da psicologia para a saúde do trabalhador no meio hospitalar como também em âmbito geral é tênue e delimitada, visto que sua atuação nos Cerest não é obrigatória conforme é apontado no CREPOP sugere-se que em outros estudos seja revisada a importância da contribuição da psicologia nesses espaços, para que haja mais protocolos de identificação e de atendimento juntamente com tratamentos específicos a fim de proporcionar aos trabalhadores melhorias para não ocorrer reincidência, pois apesar da escassez de publicação de materiais e pesquisas nesse ramo, estudos como estes podem servir como uma alerta aos profissionais de saúde e da psicologia para serem mais atentos a esses fatores. Sendo assim, considera-se atingido o objetivo geral deste estudo.

A valorização da saúde mental faz com que mais pessoas busquem apoio psicológico e vejam a importância que ela exerce no dia a dia. Assim, torna-se relevante o colocado na Campanha Janeiro Branco, de 2018: “Sem saúde mental não há paz, não há sossego, não há harmonia nas relações e nem energia para cuidar das coisas da vida”. Investir em saúde mental é investir em tudo aquilo que move, sustenta e capacita o indivíduo para uma vida saudável, plena e cheia de realizações de tudo aquilo que todo ser humano merece e é capaz de conquistar.

Referências

- Alcântara, Ariana Celis (2018). Trabalho, adoecimento e saúde mental na Universidade de São Paulo. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.
- Benelli, SJ. Goffman e as instituições totais em análise. In: A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2014, pp. 23-62. ISBN 978-85-68334-44-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Cardoso, Mariana de Castro Brandão, & Araújo, Tânia Maria de. (2018). ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NAS REGIÕES DO BRASIL. *Psicologia & Sociedade*, 30, e163746.
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação da(o) psicóloga(o) [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. — 2. ed. — Brasília: CFP, 2019
- Martins, G.A. & Pinto, R, L. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. São Paulo: Atlas, 2001.
- Ministério da Saúde. (2003) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. R., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. (2016) OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Retirado:<https://www.paho.org/bra/index.phpcontent&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid839>
- Organização Mundial da Saúde. (2017) Novo Relatório Global De Saúde. Retirado de: <https://www.paho.org/bra/index.php>

option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Pereira, Alexandre de Araújo & Vianna, Paula Cambraia de Mendonça (2009) Saúde Mental. Nescon UFMG Editora Coopmed: Belo Horizonte.

Pereira, Maria Cecília, & Brito, Mozar José de. (2006). Desemprego e subjetividade no contexto brasileiro: uma análise interpretativa sob a ótica dos excluídos do mercado de trabalho industrial. Revista Mal-Estar e Subjetividade, 6(1), 143-181. Recuperado em 10 de junho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000100009&lng=pt&tlng=pt

Pinheiro, Letícia Ribeiro Souto, & Monteiro, Janine Kieling. (2007). Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10(2), 35-45. Recuperado em 10 de junho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000200004&lng=pt&tlng=pt

Portaria Nº 2.437, de 7 De Dezembro De 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências Ministério da Saúde, Brasil

Sato, Leny, & Bernardo, Márcia Hespanhol. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4), 869-878. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400011>

Santana LL, Sarquis LMM, Brev C, Miranda FMD, Felli VEA. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e 53485. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>.

- Scliar, Moacyr. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Santos, Anelise Schaurich dos, Monteiro, Janine Kieling, Dilélio, Alitéia Santiago, Sobrosa, Gênesis Marimar Rodrigues, & Borowski, Sílvia Batista Von. (2017). CONTEXTO HOSPITALAR PÚBLICO E PRIVADO: IMPACTO NO ADOECIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 421-438. Epub March 06, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-so100054>
- Santos, Paula Raquel dos. (2010) Saúde do trabalhador hospitalar. metodologias integradas de avaliação de experiências nos aspectos de intervenção em hospitais no estado de Rio de Janeiro.
- Segre, Marco, & Ferraz, Flávio Carvalho. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
- Vasconcellos, Vinicius Carvalho de, & Azevedo, Creuza da Silva. (2010). Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 563-576. Epub September 17, 2010. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000008>
- Rosa, Malena Storani Gonçalves, Souza, Ândrea Cardoso de, Abrahão, Ana Lúcia, & Marques, Dalvani. (2016). Inovações na formação em saúde: O programa de educação pelo trabalho - saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe 4), 39-44. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0139>