Universidad Europea del Atlántico

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

A Saúde Mental e o Absentismo no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente – São Paulo

Trabalho final para o obter grau de: Mestre em Saúde Pública

Apresentado por: Michael Hellison Jantorpe Gomes

Orientador: Ms. Catarina Carvalho

Presidente Prudente – São Paulo, Brasil

2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado esposo, Luan Chagas Furlan e, especialmente, aos meus filhos, Enzo Gabriel e Luiz Miguel, que chegaram às nossas vidas durante esta jornada. Vocês são minha maior inspiração, e desejo que cresçam sabendo que a pesquisa acadêmica é um ato de profunda solidariedade e amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Com profunda gratidão, reconheço todos os professores que me acompanharam ao longo da minha jornada educacional. Alguns, no entanto, merecem um agradecimento especial. À Dra. Ieda Maria Munhós Benedetti, cuja generosidade e vasto conhecimento foram como um farol para mim, oferecendo luz nos momentos mais desafiadores. Sua presença me ensinou que o otimismo e a fé na humanidade podem florescer em qualquer circunstância. Ao Lúcio Packter, cujo pioneirismo na Filosofia Clínica no Brasil abriu portas para que eu enxergasse o ser humano como o centro de tudo. Através de seu trabalho, aprendi que a filosofia pode ser terapêutica e transformadora. E, por esse caminho, encontrei a Dra. Maria Idalina Krause de Campos, cuja orientação me conduziu com sabedoria e cuidado até este marco tão importante da minha vida. Por fim, meu sincero agradecimento ao Dr. Idalberto Chiavenato e a Ildo Meyer. Ainda que não saibam quem sou, suas ideias iluminaram minha compreensão sobre o ser humano e enriqueceram profundamente o meu percurso. Vocês todos foram fundamentais para que este sonho se tornasse realidade.

COMPROMISSO DO AUTOR

Eu, Michael Hellison Jantorpe Gomes, declaro que:

O conteúdo deste documento é original e constitui um reflexo do meu trabalho pessoal. Declaro que, no caso de qualquer notificação de plágio, autoplágio, cópia ou erro na fonte original, sou o responsável direto jurídico, econômico e administrativo sem afetar o Orientador do trabalho, a Universidade e quaisquer instituições que colaboraram no referido trabalho, assumindo as consequências derivadas de tais práticas.

Assinatura: 

AUTORIZACIÓN PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

Att: Direção Acadêmica

Autorizo a publicação eletrônica da versão aprovada do meu Projeto Final sob o título "A Saúde Mental e o Afastamento no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente – São Paulo" no campus virtual e em outros espaços de divulgação eletrônica desta Instituição.

Informo os dados para a descrição do trabalho:

Título	A Saúde Mental e o Afastamento no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente – São Paulo
Autor	Michael Hellison Jantorpe Gomes
Resumo	O estudo analisou o impacto da saúde mental no afastamento de servidores públicos em Presidente Prudente - SP (2018-2023), conforme o CID-10. Utilizando dados coletados principalmente pela Lei de Acesso à Informação, foram aplicadas análises estatísticas para identificar padrões de afastamentos, resultando na proposição de ações mitigadoras e no mapeamento do perfil dos afastamentos médicos e não médicos.
Programa	Mestrado em Saúde Pública
Palavras-chave	Saúde Mental; Afastamento; Servidores Públicos; Saúde Ocupacional; Gestão de Pessoas
Contato	michaelhellison@live.com michaelhellison@europemail.com

Atenciosamente,

Assinatura: 

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO 1

2. MARCO TEÓRICO 6

2.1 A Lei de Acesso à Informação e seu Potencial nas Pesquisas Acadêmicas em Saúde Mental 6

2.2 A Classificação Internacional de Doenças (CID-10 e CID-11) e suas Implicações para a Saúde Mental no Trabalho 8

2.3 Normas Regulamentadoras no Brasil: Histórico, Funções e Avanços 10

2.4 Saúde Mental no Contexto Geral de Trabalho 12

2.4.1 Definição e Importância da Saúde Mental 13

2.4.2 Transtornos Mentais Comuns no Ambiente de Trabalho 15

2.4.3 A Síndrome de Burnout e sua Incidência no Setor Público 17

2.4.4 Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho 20

2.4.5 Absenteísmo e Presenteísmo no Trabalho 21

2.5 A Cultura Organizacional e a Saúde Mental 22

2.6 O Papel da Gestão de Pessoas na Promoção da Saúde Mental 23

2.7 Impactos do Teletrabalho na Saúde Mental 25

2.8 Estigma e Barreiras ao Cuidado Psicológico no Ambiente de Trabalho 27

2.9 Intervenções Psicossociais no Ambiente de Trabalho 29

2.10 Avaliação da Capacidade Laborativa e Readaptação Funcional 31

2.11 Marco Legal Comparado: Políticas de Saúde Mental no Trabalho em Países Referência 33

2.12 Análise Bioética à Saúde Mental do Trabalhador 36

2.13 Saúde Mental no Contexto do Poder Público 38

2.14 Município de Presidente Prudente 39

3. METODOLOGIA 42

3.1 Projeto de pesquisa 42

3.2 População e amostra 42

3.3 Variáveis 44

3.4 Instrumentos de medição e técnicas **45**

3.5 Procedimentos **46**

3.6 Análise estatística **48**

4. RESULTADOS **50**

4.1 Perfil do Servidor Público **50**

4.2 Perfil dos Afastamentos **56**

5. DISCUSSÃO **70**

5.1 Servidor Público **70**

5.2 Afastamentos Relevantes **72**

5.3 Recomendações para a Gestão Pública **76**

5.3.1 Políticas Públicas Integradas ***76***

5.3.2 Monitoramento Epidemiológico e Produção de Dados Locais ***77***

5.3.3 Promoção da Saúde Mental no Ambiente de Trabalho ***77***

5.3.4 Implementação de Intervenções Psicossociais ***77***

5.3.5 Capacitação de Gestores e Supervisores ***78***

5.3.6 Combate ao Estigma e Sensibilização Institucional ***78***

5.3.7 Fortalecimento do Serviço de Saúde do Trabalhador ***78***

5.3.8 Readaptação Funcional de Servidores Públicos com Transtornos Mentais ***78***

5.3.9 Promoção de ambiente inovador em Saúde Mental ***80***

6. CONCLUSÕES **82**

7. BIBLIOGRAFIA **87**

8. ANEXOS **100**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos adotados na pesquisa 47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico da evolução de servidores - por sexo - 2018 a 2023 50

Gráfico 2 - Gráfico de Evolução do total de servidores nas Principais Secretarias 51

Gráfico 3 - Gráfico do total de servidores aposentados entre 2018 a 2023 51

Gráfico 4 - Gráfico de forma de ingressos de servidores por ano 52

Gráfico 5 - Gráfico da Escolaridade Média dos Servidores Públicos do Município de Presidente Prudente - Média total de 2018 a 2023 52

Gráfico 6 - Gráfico Comparativo - Total de Servidores Falecidos / Total da Média de Servidores - 2018 a 2023 53

Gráfico 7 - Gráfico Comparativo entre Níveis de Gestão - Forma de Ingresso dos Servidores Públicos da Administração Direta no Brasil - Dados IBGE 2023 e coletados 54

Gráfico 8 - Gráfico Comparativo Nacional - Gênero dos Servidores Públicos Municipais - Percentual da Média 54

Gráfico 9 - Comparativo da Escolaridade do Servidor Público do Executivo – 2021 55

Gráfico 10 - Gráfico Comparativo Salário Médio dos Servidores Públicos - 2021 - Dados Atlas do Estado Brasileiro IPEA e do Autor. 55

Gráfico 11 - Gráfico Comparativo - Percentual do Total de Afastamentos AP - Percentual da Média Total de Servidores - 2018 a 2023 57

Gráfico 12 - Gráfico Percentual da Média Total por Secretaria - 2018 a 2023 57

Gráfico 13 - Gráfico Comparativo - Percentual do Total de Atestados / Média total de servidores - 2018 a 2023 58

Gráfico 14 - Gráfico percentual de Representação da quantidade de apresentação de atestados comparado ao total - Por Secretaria / Por ano 59

Gráfico 15 - Gráfico do Total de dias de afastamento, por Secretaria, por ano - 2018 a 2023 60

Gráfico 16 - Gráfico da Razão Dias de Afastamento/Atestados - Por Secretaria - 2018 a 2023 60

Gráfico 17 - Gráfico Atestados Médicos Classe de Saúde Mental (CID-10) - Por Secretaria, entre 2018 a 2023 61

Gráfico 18 - Gráfico Comparativo percentual entre Total de Atestados e Atestados Classe Saúde Mental (CID-10) - Por Secretaria - 2018 a 2023 62

Gráfico 19 - Gráfico Comparativo do Total de Atestados Médicos - Classe de Saúde Mental (CID-10) e Total Geral - Evolução entre 2018 a 2023 62

Gráfico 20 - Gráfico do Total de Atestados Médicos - Classe de Saúde Mental (CID-10) - Evolução entre 2018 a 2023 63

Gráfico 21 - Gráfico Evolução do percentual total de apresentação de atestados com CID-10 em Saúde Mental - 2018 a 2023 64

Gráfico 22 - Gráfico Comparativo - Percentual total de faltas / Total de Servidores - 2018 a 2023 66

Gráfico 23 - Gráfico Comparativo - Percentual de CAT / Percentual da Média Total de Servidores - 2018 a 2023 67

Gráfico 24 - Gráfico Comparativos Diversos - Percentuais Totais - 2018 a 2023 68

Gráfico 25 - Gráfico do Comparativo entre a evolução do Total de Atestados Médicos e os Atestados Médicos de Saúde Mental - 2018 a 2023 - Com projeção de tendências 69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de Secretarias Municipais com siglas e observações pertinentes..... 43

Tabela 2 - Lista das 15 principais patologias em saúde mental identificadas entre 2018 a 2023 63

Tabela 3 - Principais transtornos aferidos no período, por grupo CID-10 – Fonte: Do autor. 64

Tabela 4 - Percentual de Atestados de Saúde Mental em Comparação ao Total de Atestados - Por Secretaria - 2018 a 2023..... 65

Tabela 5 - Rank de Discrepâncias identificadas - Fonte: do Autor 68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Pedido de Lei de Acesso à Informação 81/2024 114
Anexo B: Pedido de Lei de Acesso à Informação 86/2024 115
Anexo C: Pedido de Lei de Acesso à Informação 132/2024 115
Anexo D: Pedido de Lei de Acesso à Informação 157/2024 116
Anexo E: Tabela de Cargos e Salários - 2023 118

RESUMO

Em sua perspectiva transdisciplinar e totalizadora, a saúde mental tem sido pouco evidenciada em ações práticas que tragam resultados significativos. Enquanto as organizações concentram esforços nos lucros, os colaboradores tem adoecido por questões de saúde mental sem reflexões realmente pertinentes de seus empregadores no quão improdutivo se torna este cenário. No risco de conduzir à uma certa normalidade, a depressão, ansiedade, Burnout e outras patologias em saúde mental tem sido foco de diversos estudos constatando uma evolução exponencial de casos. Estudos estabelecem que no Poder Público os índices são ainda mais alarmantes. Diante deste cenário, conduzido no Município de Presidente Prudente – SP, analisando dados longitudinalmente entre 2018 a 2023, o presente trabalho visa a investigar o impacto da saúde mental no afastamento dos servidores públicos municipais. A pesquisa é de natureza quantitativa e de delineamento descritiva, coletando dados por meio da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei Federal n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011) e pelo Portal da Transparência do órgão. Baseando os totais de afastamentos de diversas naturezas – incluindo os afastamentos médicos por classificação do CID-10 – pesquisa buscou compreender os padrões e fatores associados por meio de análises estatísticas descritivas, análises de correlação e comparações de médias. Com este delineado, foi possível apresentar o perfil dos servidores, dos afastamentos e a propositura de ações com potencial mitigador.

Palavas-chave: Saúde Mental; Afastamento; Servidores Públicos; Saúde Ocupacional; Gestão de Pessoas

ABSTRACT

In its transdisciplinary and holistic perspective, mental health has been scarcely highlighted in practical actions that yield significant results. While organizations focus their efforts on profits, employees have been suffering from mental health issues without their employers truly reflecting on how unproductive this scenario becomes. At the risk of leading to a certain normalization, depression, anxiety, Burnout, and other mental health disorders have been the focus of numerous studies, revealing an exponential increase in cases. Studies indicate that in the public sector, the rates are even more alarming. In this context, conducted in the municipality of Presidente Prudente – SP, and analyzing longitudinal data from 2018 to 2023, this study aims to investigate the impact of mental health on the absenteeism of municipal public servants. The research is quantitative in nature and adopts a descriptive design, collecting data through the Access to Information Law – LAI (Federal Law No. 12,527, of November 18, 2011) and the Transparency Portal of the institution. By analyzing the total absences of various types – including medical leaves classified under the ICD-10 – the study sought to understand patterns and associated factors through descriptive statistical analyses, correlation analyses, and mean comparisons. With this approach, it was possible to outline the profile of the public servants, the nature of their absences, and propose actions with potential mitigating effects.

Keywords: Mental health; Remoteness; Public Servants; Occupational Health; People Management

1. INTRODUÇÃO

Como o próprio título descreve, a estimativa de relação direta entre saúde mental e afastamentos se consolida com os dados frequentemente anunciados nas manchetes atuais. Tomando ênfase apenas na pandemia de COVID-19, nunca houve no Brasil maiores perspectivas de atenção à saúde mental do trabalhador. Prova disso é a própria inexistência ainda normativas sobre os riscos Psicossociais no Trabalho (1), fazendo com que existam casos isolados de atenção fixa a este importante aspecto.

O próprio conceito de saúde em si ainda é categorizado por antagonismos. A etnopsiquiatria clássica entende que saúde está relacionada a um comportamento médio do total de indivíduos [2]. Conflitua-se então com a conhecida normalidade cultural. Isso porque, nesta perspectiva, o choque cultural poderia ensejar até casos de intervenções psiquiátricas.

Saúde mental, como uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora não pertencente a condutas assistencialistas [2], pode ser entendida como um componente integral e essencial da saúde geral, essencial para o desenvolvimento pessoal, social e econômico dos indivíduos e das comunidades em que vivem [1]. Trata-se de estado de bem-estar individual, incluindo o seu todo.

Se a tratativa terapêutica e a conceituação ainda divergem entre os profissionais de saúde, contribuindo para a não adesão ao tratamento [2] e até mesmo a vulgarização da saúde mental, as demais esferas de interação social tendem a tão pouco compreender como lidar com o tema. Neste cenário complexo e subjetivo, como esperar que o ambiente corporativo saiba lidar com a saúde mental de seus colaboradores?

Consonante com a complexidade do conceito, a displicência com a saúde mental do trabalhador é um problema crescente e em escala global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, transtornos mentais são responsáveis por uma significativa perda de produtividade, resultando em altos custos por conta do absenteísmo e presenteísmo [3]. No Brasil, a diversidade do contexto laboral e a falta de políticas consistentes em setores como saúde e educação reforçam a urgência de intervenções abrangentes e transdisciplinares. Ainda são dados diferentes “nomes” para se referir à relação da saúde mental e trabalho [4].

Se por um lado, funcionários e sindicado se sustentam a olhar por esta relação com foco em compreender, lidar e modificar as condições que estimam ser as geradoras dos problemas de saúde mental, o âmbito acadêmico tem focado na dimensão teórico-metodológica de abordagens específicas [2].

Nota-se que mapear e gerenciar a Saúde mental é um desafio. Poucas são as considerações de relação quantitativa na saúde mental. Usando como referência Cadastro

Internacional de Doenças (versão 10), obrigatório no Brasil para a padronização e comunicação com diagnósticos de saúde (Portaria nº 1.968/2001 do Ministério da Saúde, Lei Federal nº 605/1949 e o Decreto Federal nº 27.048/1949), e, desprezando no presente trabalho a complexidade e as dificuldades do diagnóstico médico para a saúde mental, os dados referentes ao diagnóstico médico são o que se há de mais palpável para lidar com o caso.

Habitualmente é comum conceituar que os Transtornos Mentais Comuns - TMCs como sendo depressão (CID-10: F32 e F33), ansiedade (CID-10: F41), Burnout (CID-10: Z73.0), distúrbios do sono (CID-10: F51), e abuso de substâncias (CID-10: F10 a F19). Mas há de se refletir se estes são os únicos e se há divergências entre cada caso.

Importante ainda tornar claro que o presente trabalho não se debruça na dimensão psicossomática que tende a afetar o trabalhador. Isso porque se estima que, pela complexidade do tema e inclusive preconceito estigmatizado da saúde mental, por exemplo, diversos atestados médicos com outras classificações de CID-10 também incluem parcial ou totalmente demandas de saúde mental, ainda que não constem em laudos. A estigmatização social tem forte representação no contexto da saúde mental do Brasil e serve de barreira para o tratamento e para a inclusão social [5].

Em virtude dos afastamentos, surge então o conceito de absenteísmo e presenteísmo, questões comuns no ambiente corporativo. Ambos afetam a produtividade e o desempenho. Enquanto um dá o enfoque à ausência física (absenteísmo), outro do enfoque à ausência de produtividade ainda que com presença física (presenteísmo). Estima-se, inclusive, que o impacto do presenteísmo pode ser ainda mais danoso a longo prazo, pois o funcionário, embora presente, não está operando em sua plena capacidade, o que pode levar ao agravamento de condições de saúde e, eventualmente, ao aumento de afastamentos de qualquer natureza [6].

Neste contexto, importante ainda diferenciar o afastamento do absenteísmo. O afastamento pode se dar por direitos previstos legislação/regulamento. ou por motivos médicos. O absenteísmo tem raízes de cunho patológico, social ou comportamental. Nem todo afastamento é absenteísmo, mas todo absenteísmo é um tipo de afastamento. Ambos afetam a rotina de trabalho e a produtividade, mas ainda há de se considerar que podem ser usadas ferramentas legais de afastamento para camuflar o absenteísmo. É o exemplo do servidor que retira férias acumuladas quando está com afetos à sua saúde mental e, sem sensibilidade de se aprofundar, a empresa não terá este dado para o correto tratamento.

Dados apontam que Servidores Públicos escolhem o emprego público pelas condições de estabilidade, sem muita preocupação com o trabalho que terão que realizar

[68]. Esta seja talvez a primeira causa do desdobramento das insatisfações, que muitas das vezes, são transversalizadas em patologia.

Não haveria de ser diferente com Presidente Prudente. Importante Município do interior do estado de São Paulo, possui 232.049 habitantes (IBGE), índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, alcançando 0,806, o que reflete sua qualidade de vida em aspectos como longevidade, educação e renda. A taxa de urbanização é alta, com 98,5% da população vivendo em áreas urbanas. Em 2023 o Município tinha 4382 servidores públicos e, mesmo com números de destaque nacional, o absenteísmo é alvo de investigação no Ministério Público Estadual (PAA nº 62.1153.0000099/2017), com ênfase dos trabalhos na Secretaria Municipal de Educação. Conforme dados levantados pelo próprio Município, em um ano inteiro, os custos com o absenteísmo resultaram, somente em 2017, em R$ 1.853.652,00 [7].

Investir na saúde mental é estratégico tanto para indivíduos quanto para organizações. Além de melhorar a qualidade de vida, promove competitividade empresarial e sustentabilidade econômica. Mesmo se incentivarmos uma relação pouco humanizada, o resultado ainda é um tanto óbvio: quanto mais saudáveis os funcionários estejam, maior produção e desempenho terão.

Buscando estancar a demanda, diversas intervenções vêm sido trabalhadas em diferentes contextos e para as mais diversificadas classes de trabalhadores. A falta de normativa oficial [8] faz com que as ações preventivas e terapêuticas, incluindo acompanhamento psicológico e terapia ocupacional [9] sejam os principais artifícios utilizados. Sistematizados em programas permanentes, os estudos sempre concluem com reduções de absenteísmo e diversas outras vantagens de ordem qualitativa.

O livro “Saúde Mental e Trabalho no Serviço Público”, de 2020 (Wanderley Codo et al.), enfatiza que os dados de saúde mental dos servidores públicos, ainda que escassos dada a dimensão do problema, são urgentes.

> “O presente livro e os estudos internacionais e nacionais colocam como urgente a necessidade de aprofundar o diagnóstico nos vários locais de trabalho no setor público para aperfeiçoamento e qualidade do serviço público em geral. Isso se faz necessário, para que os servidores, além de permanente apoio psicológico, tenham instrumentos de negociação, legislação e medidas para intervenções de promoção, proteção e prevenção nos locais de trabalho. A identificação precoce de seus problemas mediante estudos e pesquisas e de sua condição de saúde no ambiente de trabalho será sempre o primeiro passo” [10, p. 41]

No caso de Presidente Prudente, antes mesmo de qualquer intervenção, é necessário entender qual o cenário atual, um estudo nunca realizado. Coletando os dados anonimizados, por meio da invocação da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei Federal n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011), buscou-se, em suma, as seguintes informações (entre os anos de 2018 a 2023):

- Perfil dos servidores;
- Perfil da estrutura organizacional;
- Perfil dos afastamentos (médicos e não médicos);
- Perfil do CID-10 dos atestados médicos apresentados e
- Perfil dos atestados médicos relacionados à saúde mental.

Com os dados analisados, buscou-se identificar pontos focais de intervenção para subsidiar possível plano de ação com vistas a organizar um programa sistematizado e permanente de intervenções.

O presente trabalho então visa, por meio de metodologia de natureza quantitativa e de delineamento descritiva, identificar o absentismo no Município de Presidente Prudente, traçando um perfil de servidor e de afastamentos para buscar atenção/intervenção. Para isso, o presente trabalho estruturou as bases teóricas em capítulos bem definidos.

No Marco Teórico, foi abordado aspectos teóricos que nortearam a estrutura legal do presente trabalho, incluindo sobre a Lei de Acesso à Informação, Classificação Internacional de Doenças e Normas Regulamentadoras sobre o assunto.

No capítulo de Saúde Mental no Contexto Geral de Trabalho, buscou-se consolidar a importância da saúde mental, as estimativas de maior ocorrência, os principais fatores de risco e o impacto na saúde mental.

Nos capítulos seguintes, estruturados por tópicos pertinentes, buscou-se analisar o impacto da cultura organizacional, o papel da gestão de pessoas, bioética, teletrabalho, estigmas e avaliações de capacidade laborativa e outros no campo da saúde mental.

Destaca-se o capítulo de Saúde Mental no Contexto do Poder Público, aonde buscou-se identificar uma delimitação teórica sobre o caso. Trata-se de um aprofundamento sobre o setor público e suas mazelas para a saúde ocupacional.

Outro capítulo que merece destaque é o de Intervenções Psicossociais no Ambiente de Trabalho. Buscou-se a construção de um arcabouço teórico que traga evidências sobre o sucesso de intervenções já realizadas em outros âmbitos. É a forma de exemplificar casos de sucesso para tomar como base em possível replicação.

Por fim, no capítulo intitulado como Município de Presidente Prudente, buscou-se debruce sobre as características locais e suas provisões técnicas sobre o assunto.

Nos resultados, traçou-se o perfil dos servidores e de seus afastamentos, buscando compreender os comportamentos, previsões e relações, que foram sintetizadas no capítulo da discussão.

Nota-se que, em conformidade a estima em valorizar a saúde mental ocupacional, em meio ao período da presente pesquisa, houve a atualização da Norma Regulamentadora 01, de cumprimento obrigatório a partir de 2025, e que, em outras

inovações, exige que sejam avaliados e mitigados os riscos psicossociais. Trata-se de abordagem presente durante o trabalho de pesquisa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 A Lei de Acesso à Informação e seu Potencial nas Pesquisas Acadêmicas em Saúde Mental

A promulgação da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), representou um marco na consolidação da transparência pública no Brasil. Fundamentada no princípio constitucional da publicidade e no direito fundamental de acesso à informação, a LAI estabeleceu mecanismos legais para que qualquer cidadão possa solicitar, receber e utilizar dados públicos produzidos ou custodiados por órgãos da administração direta e indireta nos três níveis de governo [11]. Sua aplicação tem se revelado especialmente relevante para o campo acadêmico, uma vez que democratiza o acesso a informações estratégicas para a produção de conhecimento, formulação de políticas públicas e monitoramento da gestão pública.

No contexto das pesquisas em saúde pública e, particularmente, em saúde mental, a LAI oferece bases importantes para a obtenção de dados institucionais, registros administrativos, relatórios estatísticos, contratos de serviços, programas de intervenção e indicadores epidemiológicos. Essas informações, muitas vezes dispersas ou de difícil obtenção antes da vigência da lei, passaram a ser disponibilizadas mediante solicitação formal ou por meio de mecanismos de transparência ativa, como os portais institucionais. Isso tem ampliado consideravelmente a possibilidade de investigação científica embasada em dados públicos, sobretudo em estudos voltados à análise de políticas de saúde mental, estrutura dos serviços psicossociais e gestão da força de trabalho [12].

A utilização da LAI em pesquisas acadêmicas envolve tanto o acesso direto a bancos de dados estruturados — como os sistemas de informação em saúde (ex.: SIAB, SINAN, SISCOLO, SIH/SUS, e-SUS) — quanto a requisição de informações específicas a órgãos públicos municipais, estaduais ou federais, quando estas não são disponibilizadas de forma ativa. Pesquisadores interessados em examinar, por exemplo, taxas de absenteísmo por motivo de transtornos mentais, afastamentos por síndrome de burnout, uso de serviços de saúde mental no serviço público ou dados orçamentários referentes à saúde do trabalhador, podem fazer uso da LAI para solicitar planilhas, relatórios técnicos, laudos estatísticos ou pareceres administrativos, desde que respeitada a proteção de dados pessoais e o sigilo funcional [13].

No caso de estudos sobre saúde mental de servidores públicos, como no âmbito de prefeituras, a LAI tem se mostrado uma ferramenta crucial para compreender a gestão de licenças médicas, as causas dos afastamentos e o funcionamento de políticas institucionais voltadas à saúde do trabalhador. A análise desses dados permite traçar o perfil dos agravos mentais mais prevalentes, mapear setores com maior incidência de sofrimento psíquico,

identificar fragilidades nas estratégias de prevenção e propor intervenções psicossociais baseadas em evidências. A transparência ativa, prevista no artigo 8º da LAI, também exige que órgãos públicos disponibilizem em seus sites informações atualizadas sobre despesas, contratos, convênios, metas institucionais e programas de saúde, o que permite que pesquisadores acessem uma vasta base documental sem sequer precisar formalizar um pedido [14].

Contudo, o uso da LAI em pesquisas acadêmicas deve observar os limites legais estabelecidos, especialmente no que se refere à proteção de dados sensíveis. A própria LAI, em seu artigo 31, estabelece que informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas são protegidas e só podem ser divulgadas com consentimento expresso do titular ou por previsão legal específica. A entrada em vigor da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) reforçou essa proteção, impondo critérios rigorosos para o tratamento de dados pessoais, inclusive para fins acadêmicos, exigindo, sempre que possível, a anonimização dos registros [15].

Nesse sentido, é fundamental que os pesquisadores adotem critérios éticos rigorosos, respeitando a confidencialidade das informações e os preceitos das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, como a Resolução nº 510/2016, que trata das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos. O uso responsável da LAI em estudos de saúde mental não apenas fortalece a legitimidade científica das investigações, mas também garante que os direitos dos sujeitos indiretos da pesquisa sejam preservados, evitando a estigmatização ou a exposição indevida de trabalhadores acometidos por sofrimento psíquico [16].

Outro aspecto relevante é o uso da LAI como instrumento de avaliação e controle social. Pesquisadores vinculados a universidades públicas, núcleos de pesquisa em saúde do trabalhador e programas de pós-graduação têm recorrido cada vez mais à LAI como meio de verificar a execução de programas de atenção psicossocial, avaliar a implementação de políticas públicas, examinar a alocação de recursos e confrontar discursos oficiais com dados empíricos. Dessa forma, a LAI contribui para qualificar o debate público e ampliar a *accountability* dos gestores públicos, reforçando o papel estratégico da ciência na formulação de políticas baseadas em evidências [17].

Em síntese, a Lei de Acesso à Informação se consolidou como uma ferramenta indispensável para a pesquisa acadêmica no Brasil, particularmente no campo da saúde mental, onde a disponibilidade e o acesso a dados públicos representam condição essencial para a compreensão da complexidade dos fenômenos estudados. Ao garantir transparência, ampliar a circulação de informações e fomentar a participação cidadã, a LAI fortalece a produção de conhecimento comprometido com a transformação social, a defesa

dos direitos humanos e a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis, inclusivos e justos.

2.2 A Classificação Internacional de Doenças (CID-10 e CID-11) e suas Implicações para a Saúde Mental no Trabalho

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é um sistema padronizado de codificação diagnóstica, desenvolvido e mantido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de uniformizar o registro, a análise e a interpretação das condições de saúde em escala global. Utilizada por sistemas de saúde, pesquisadores e profissionais de diversas áreas, a CID permite comparabilidade internacional de dados epidemiológicos, bem como subsidiar políticas públicas e ações clínicas. No Brasil, a CID é adotada de maneira oficial pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por órgãos previdenciários como o INSS, sendo central para a caracterização de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive os transtornos mentais [18].

A décima revisão da CID (CID-10) foi publicada em 1992 e consolidou importantes avanços na classificação dos transtornos mentais, organizando-os no Capítulo V (códigos F00 a F99). Esta estrutura classificatória diferenciou, por exemplo, transtornos do humor (como depressão e transtorno bipolar), transtornos neuróticos e reações ao estresse, incluindo o transtorno de adaptação e o transtorno de estresse pós-traumático, além dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Essa abordagem ampliou a visibilidade dos sofrimentos psíquicos e facilitou o reconhecimento de diagnósticos relacionados ao trabalho, ainda que sem vínculo explícito entre a etiologia laboral e o código [19].

Com o avanço da ciência e das transformações sociais, surgiu a necessidade de uma nova atualização. Após mais de uma década de desenvolvimento e consulta global, a Organização Mundial da Saúde lançou a décima primeira versão da classificação, a CID-11, aprovada pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019, com implementação iniciada em 2022 e prevista para completa transição até 2027 em muitos países, incluindo o Brasil. A CID-11 representa uma mudança significativa em relação às versões anteriores, tanto em termos de estrutura quanto de conteúdo, buscando maior precisão diagnóstica, compatibilidade com os sistemas eletrônicos de informação em saúde e inclusão de novos fenômenos clínicos, com destaque para a saúde mental [20].

Dentre as principais inovações da CID-11 está a introdução de uma nova categoria diagnóstica voltada ao contexto laboral: a Síndrome de Burnout, agora classificada sob o código QD85, situada no capítulo “Problemas associados ao emprego ou desemprego”. Diferente da CID-10, em que o burnout era apenas uma condição secundária mal definida

(código Z73.0), a CID-11 reconhece oficialmente a síndrome como uma condição de saúde ocupacional, ainda que não considerada um transtorno mental propriamente dito. Isso representa um avanço significativo para o reconhecimento do sofrimento psíquico associado ao trabalho, especialmente em setores como o serviço público, onde há elevada prevalência de sobrecarga emocional, exaustão crônica e frustração profissional.

Além do burnout, a CID-11 promoveu reformulações em diversas outras categorias, aprimorando a descrição de quadros como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e os Transtornos Depressivos. Foram incorporadas novas categorias, como o Transtorno de Ansiedade por Separação em adultos e o Transtorno de Luto Prolongado, este último com potencial impacto no contexto organizacional, sobretudo em situações de perdas coletivas como as vivenciadas durante a pandemia da COVID-19. A inclusão desses diagnósticos amplia a sensibilidade do sistema para identificar e tratar condições emergentes da contemporaneidade, muitas das quais diretamente associadas ao mundo do trabalho [21].

Outro diferencial da CID-11 é sua estrutura digital e baseada em uma lógica multidimensional, permitindo que um mesmo diagnóstico possa ser complementado por múltiplos parâmetros, como gravidade, curso clínico e fatores contextuais. Isso facilita o registro de condições relacionadas ao trabalho, contribuindo para a formulação de laudos mais completos e fundamentados, especialmente no âmbito da saúde ocupacional e da perícia médica. Também possibilita uma articulação mais eficiente entre os sistemas de vigilância em saúde do trabalhador, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI-INSS) [22].

A adoção progressiva da CID-11 no Brasil implica desafios técnicos e operacionais, incluindo a capacitação de profissionais de saúde, a adequação de prontuários eletrônicos e a revisão de protocolos clínico-assistenciais. No entanto, os ganhos potenciais em termos de vigilância epidemiológica, reconhecimento de nexo causal entre trabalho e adoecimento, e aprimoramento da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador são expressivos. Particularmente na área da saúde mental, a CID-11 promove uma ruptura com o modelo excessivamente biomédico e oferece uma visão mais contextualizada e funcional dos transtornos, valorizando a experiência subjetiva do paciente e sua relação com o meio social e laboral [23].

No contexto da administração pública municipal, a incorporação da CID-11 representa uma oportunidade estratégica para o aprimoramento das políticas de saúde do servidor. Ao permitir o mapeamento mais preciso das causas de afastamentos, especialmente os de natureza psíquica, a nova classificação pode subsidiar intervenções preventivas, orientar programas de apoio psicossocial e fortalecer as ações de promoção

da saúde mental nos ambientes de trabalho. Além disso, a melhor qualificação dos dados diagnósticos poderá contribuir para a elaboração de indicadores epidemiológicos mais fidedignos, auxiliando os gestores na alocação de recursos e na tomada de decisão baseada em evidências [24].

Em síntese, tanto a CID-10 quanto a CID-11 desempenham papel central na construção de diagnósticos, estatísticas e políticas públicas em saúde, mas é a nova versão que melhor se alinha aos desafios contemporâneos da saúde mental no trabalho. A incorporação do burnout como condição relacionada ao emprego, a atualização dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais comuns e a maior flexibilidade classificatória tornam a CID-11 um instrumento poderoso para o enfrentamento do adoecimento psíquico no contexto ocupacional, representando um avanço técnico e político de grande relevância para a saúde pública brasileira.

2.3 Normas Regulamentadoras no Brasil: Histórico, Funções e Avanços

As Normas Regulamentadoras (NRs) no Brasil foram instituídas com o objetivo de garantir condições mínimas de segurança e saúde no ambiente de trabalho, representando uma das mais importantes ferramentas normativas voltadas à proteção do trabalhador. O processo de regulamentação teve início oficialmente com a publicação da Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, pelo então Ministério do Trabalho, em consonância com o previsto nos artigos 154 a 201 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Naquele momento, 28 normas foram estabelecidas, abrangendo diversos riscos ocupacionais e organizando o campo da saúde e segurança do trabalho sob uma perspectiva técnico-jurídica nacional [25].

Ao longo das décadas, as NRs passaram por diversas atualizações, visando adequar-se às transformações tecnológicas, às novas formas de organização laboral e à consolidação de direitos trabalhistas. Em sua origem, as normas eram predominantemente prescritivas e focadas em aspectos físicos e mecânicos do trabalho, como instalações elétricas, máquinas, equipamentos de proteção individual, espaços confinados e segurança em edificações. A concepção predominante era centrada no controle dos acidentes típicos e doenças ocupacionais de natureza física ou química, com menor atenção às dimensões subjetivas do trabalho [26].

Com o tempo, a ampliação do campo da saúde do trabalhador, impulsionada por movimentos sociais, acadêmicos e sindicais, e o fortalecimento de abordagens interdisciplinares promoveram a ampliação do conceito de risco ocupacional. A partir da década de 1990, discussões mais robustas sobre a ergonomia, o sofrimento mental e os impactos psicossociais passaram a ganhar espaço no debate normativo e na atuação

institucional. A promulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) também contribuíram para a incorporação de abordagens mais abrangentes e centradas na subjetividade do trabalhador [27].

A função das Normas Regulamentadoras é assegurar que os empregadores cumpram padrões mínimos de prevenção e controle de riscos ocupacionais, promovendo a integridade física e mental dos trabalhadores. Elas constituem um marco jurídico de responsabilidade patronal, com força legal vinculada à CLT, e são passíveis de fiscalização por parte da Inspeção do Trabalho. Além disso, as NRs servem como instrumentos orientadores para políticas públicas, auditorias internas, programas de prevenção e formação profissional. Sua natureza é técnica, jurídica e pedagógica, sendo frequentemente utilizada como base para ações de vigilância em saúde e elaboração de documentos como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e o Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) [28].

A partir de 2019, o governo federal iniciou um processo de revisão sistemática das NRs, com o propósito de desburocratizar, harmonizar e modernizar a legislação trabalhista. Essa revisão teve marcos importantes, como a reformulação da NR-01, que trata das disposições gerais e do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO), e da NR-17, voltada à ergonomia. A nova redação da NR-01, vigente desde 2022, passou a exigir que os riscos ocupacionais sejam abordados de forma integrada, com ênfase não apenas nos riscos físicos, químicos e biológicos, mas também nos riscos ergonômicos e, especialmente, nos riscos psicossociais. Isso representou um avanço significativo no reconhecimento do sofrimento mental como uma questão de saúde ocupacional relevante e passível de intervenção normativa [29].

Os fatores psicossociais no trabalho referem-se às interações entre o conteúdo e a organização do trabalho, o ambiente físico e social laboral e as capacidades individuais dos trabalhadores. Quando essas interações se tornam desbalanceadas, elas podem gerar sofrimento, estresse crônico, transtornos mentais comuns, burnout, depressão e outras condições que impactam diretamente a produtividade, a motivação e a qualidade de vida dos trabalhadores. Tais fatores incluem a sobrecarga de tarefas, a baixa autonomia, o assédio moral, a insegurança contratual, a instabilidade hierárquica e a ausência de apoio social no ambiente de trabalho [30].

A avaliação dos riscos psicossociais passou a ser uma exigência normativa no contexto do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), devendo ser incorporada aos processos de identificação, análise e controle de riscos. Para tanto, já existem instrumentos validados nos aspectos qualitativos e quantitativos, como entrevistas, observação direta, grupos focais e questionários padronizados, tais como o Copenhagen *Psychosocial*

Questionnaire (COPSOQ), o *Job Content Questionnaire* (JCQ) e o Inventário de Estresse no Trabalho (IET), que fornecem dados sobre carga mental, apoio social, demandas emocionais e reconhecimento profissional [31].

A NR-17, que trata da ergonomia, também reforça a necessidade de compreender a relação entre organização do trabalho e saúde mental. Sua atualização mais recente introduziu a obrigatoriedade de avaliação das condições cognitivas, afetivas e sociais que interferem no desempenho laboral e no bem-estar psicológico dos trabalhadores. Dessa forma, a norma passou a reconhecer que o sofrimento psíquico não é um subproduto colateral da atividade laboral, mas um componente essencial a ser diagnosticado, prevenido e gerenciado institucionalmente [32].

O reconhecimento formal dos riscos psicossociais pelas NRs representa uma mudança paradigmática na abordagem da saúde ocupacional no Brasil. Ele rompe com a visão tradicional, centrada exclusivamente no corpo físico, e promove uma concepção ampliada de saúde que incorpora a subjetividade, as relações interpessoais e o sofrimento emocional como dimensões legítimas de análise e intervenção. Para os gestores públicos, especialmente no contexto municipal, essa mudança exige a revisão dos planos de saúde ocupacional, a capacitação técnica das equipes de vigilância, a inclusão de profissionais de saúde mental nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) e o fortalecimento de ações intersetoriais que promovam ambientes psicologicamente seguros.

Em suma, as Normas Regulamentadoras evoluíram de um marco legal centrado na prevenção de acidentes físicos para uma plataforma normativa ampla, que agora reconhece a importância da saúde mental como componente essencial da segurança no trabalho. A avaliação dos fatores psicossociais, exigida pelo novo PGR, representa não apenas uma inovação normativa, mas também uma oportunidade para transformar a cultura institucional de cuidado nas organizações, promovendo ambientes mais saudáveis, empáticos e sustentáveis.

2.4 Saúde Mental no Contexto Geral de Trabalho

Sem que seja necessário comprovar os fundamentos necessários para descrever a relação capitalista de consumo, o trabalho está se desenvolvendo para uma relação cada vez mais individualizada e dissociada do todo, alimentado por uma lógica de competição que substitui a cooperação [33]. A relação maquinal do trabalho faz com que qualquer interrupção do trabalho seja um óbice para a produção e seu lucro. Vivemos um crescente processo de assujeitamento dos seres [33].

> “Ao existir e lhe ser exigido funcionamento de máquina, o adoecimento mental e físico dos trabalhadores parece inevitável. É inerente aos sujeitos a necessidade de subjetivar suas experiências no trabalho. O trabalhador necessita, intrinsicamente, depositar algo que é seu, na prática que realiza.” [33, p. 8]

Como parte crucial, a saúde mental tem comprovado que gera impacto direto na produtividade e no bem-estar dos trabalhadores. Transtornos mentais como depressão, ansiedade e estresse são prevalentes, afetando não apenas a saúde dos colaboradores, mas também a eficiência organizacional. No Brasil, esses problemas estão entre as principais causas de afastamento, com diversos dados mostrando que transtornos psíquicos representam uma parcela significativa das licenças médicas no setor público e privado.

Se o desemprego sempre foi estudado como relação aos transtornos de saúde mental do trabalho, hoje o trabalho em si é quem tende a ser o gerador destes transtornos [4].

No Brasil, a Portaria n.º 3.588/2017 do Ministério da Saúde consolida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), configurando-se como uma estrutura abrangente para o atendimento de demandas relacionadas à saúde mental no Brasil. Embora a portaria não mencione explicitamente a saúde mental do trabalhador, ela garante acesso a serviços psicossociais, incluindo suporte para questões de estresse ocupacional, transtornos mentais comuns e situações de assédio moral ou psicológico no trabalho [34, 8].

Apesar da ausência de normativas específicas voltadas exclusivamente à saúde mental do trabalhador [8], a RAPS apresenta uma preocupação genuína e inclusiva. Estudos apontam que a integração das políticas de saúde mental e do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ampliar o suporte para problemas como transtornos mentais relacionados ao trabalho, potencializando a prevenção e o cuidado especializado [4].

Do complexo conceito de saúde mental aos as fatores de risco psicossociais, notoriamente, investir na saúde mental dos trabalhadores pode gerar benefícios significativos, tanto para os indivíduos quanto para as organizações. Diversas pesquisas apontam que empresas que adotam essas práticas observam uma melhoria na produtividade e no engajamento dos colaboradores. Consequentemente, estes investimentos são economicamente vantajosos, pois ajudam a diminuir as perdas financeiras associadas à queda de produtividade e ao aumento de custos médicos.

2.4.1 Definição e Importância da Saúde Mental

Pode-se definir como saúde mental sendo um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de lidar com as adversidades cotidianas, trabalhar produtivamente,

desenvolver-se pessoalmente e contribuir de forma significativa para a sociedade. A Organização Mundial da Saúde -OMS define saúde mental como um componente integral e essencial da saúde geral, essencial para o desenvolvimento pessoal, social e econômico dos indivíduos e das comunidades em que vivem [1]. Nota-se que não há dissociação de paradigmas ao conceito de saúde.

Ainda que aparentemente sanado, muito pouco tem sido construído sobre o valor conceitual de saúde mental [2]. As discussões ultrapassam questões semânticas e permeiam sobre os conceitos de doença, enfermidade, patologia, sintomas e até mesmo sobre normalidade. Leituras que vinculem este conceito à Biologia, Psicanálise Antropologia, Sociologia, Linguística e outras linhas fazem com que haja “múltiplos nomes” dados à Saúde Mental [4]. Desta forma, com base na complexidade e pluralidade de inferências, estima-se que o conceito de saúde mental seja de uma perspectiva transdisciplinar e totalizadora não pertencente a condutas assistencialistas [2].

> “Objeto-modelo construído por meio de práticas trans-setoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, eqüidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política.” [2, p. 123]

Dentro destas perspectivas, a importância da saúde mental é vastamente reconhecida em virtude de sua influência sobre diversas esferas da vida de uma pessoa, incluindo o desempenho no trabalho, nos estudos e nas relações interpessoais. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 11,3% dos brasileiros relataram algum problema de saúde mental em 2019, sendo que muitos destes indivíduos estavam em idade economicamente ativa [36]. A diversidade das realidades vividas pelos trabalhadores em suas rotinas, mesmo que fora do ambiente de trabalho propriamente dito, gera uma acentuada dificuldade em compreender, interpretar e explicar os fenômenos que envolvem Saúde Mental e Trabalho [4].

No contexto organizacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a depressão e a ansiedade custam à economia global cerca de 1 trilhão de dólares por ano em perda de produtividade [3]. No Brasil, esse cenário é agravado pela falta de políticas consistentes de promoção da saúde mental no trabalho, especialmente em setores de alta pressão, como o de saúde e educação [8].

A prevenção e o tratamento de problemas de saúde mental são essenciais para promover o bem-estar geral e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. A saúde mental no trabalho não deve ser vista apenas como uma questão de saúde individual, mas como um investimento estratégico para organizações públicas e privadas. A promoção do bem-

estar psicológico é fundamental para a sustentabilidade e competitividade das empresas, além de contribuir para a saúde geral da sociedade.

A saúde mental dos trabalhadores exerce um papel crucial não apenas no bem-estar individual, mas também na produtividade e no sucesso das organizações. Neste contexto, a relação entre saúde mental e produtividade é evidente, uma vez que problemas psíquicos podem resultar em aumento do absenteísmo, presenteísmo e queda de desempenho.

Tanto quanto o absenteísmo, o presenteísmo também é um problema significativo. Um estudo realizado pela ISMA-BR (*International Stress Management Association*) apontou que mais de 50% dos trabalhadores brasileiros se sentem incapazes de performar adequadamente no trabalho devido ao estresse e à ansiedade, resultando em uma perda significativa de produtividade para as organizações [75].

O impacto financeiro da saúde mental no ambiente de trabalho é bastante significativo. De acordo com pesquisa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os custos associados ao estresse e à saúde mental no Brasil podem ultrapassar R$ 20 bilhões por ano, considerando as perdas de produtividade e o aumento do consumo de recursos de saúde pública [37]. Segundo estudo do SEBRAE, empresas que priorizam o bem-estar mental de seus funcionários apresentaram um aumento de 23% na produtividade e uma redução de 18% nos custos com saúde ocupacional [38].

2.4.2 Transtornos Mentais Comuns no Ambiente de Trabalho

Os transtornos mentais no ambiente de trabalho representam um desafio crescente em todo o mundo, especialmente em países como o Brasil, onde condições socioeconômicas, desigualdade e pressões no trabalho têm contribuído para o aumento significativo de casos. Podemos indicar que atualmente, os transtornos mentais comuns (TMCs), como depressão (CID-10: F32 e F33), ansiedade (CID-10: F41), Burnout (CID-10: Z73.0), distúrbios do sono (CID-10: F51), e abuso de substâncias (CID-10: F10 a F19) destacam-se por sua prevalência e impacto no desempenho organizacional. Os impactos desses transtornos são evidentes em termos de absenteísmo, presenteísmo e consequentemente no aumento dos custos com saúde ocupacional.

Em breve análise individual, temos, inicialmente, a depressão e a ansiedade. A depressão é quista como um dos transtornos mais prevalentes, sendo caracterizada por sentimentos persistentes de tristeza, perda de interesse e prazer nas atividades cotidianas, e um impacto significativo na capacidade funcional do trabalhador. A depressão pode afetar a concentração, o desempenho no trabalho e as relações interpessoais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o transtorno depressivo maior

é uma condição crônica que pode comprometer seriamente a produtividade e a saúde geral do trabalhador [39]. Similarmente, a ansiedade é um transtorno de grande impacto, caracterizado por uma sensação constante de apreensão e preocupação excessiva. Os distúrbios de ansiedade, como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), afetam a capacidade do trabalhador de tomar decisões e se concentrar, prejudicando o seu desempenho e resultando em ausências frequentes [40].

A síndrome de Burnout, um dos transtornos mais discutidos no contexto de saúde ocupacional, é descrita como um estado de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. É amplamente observado em profissões de alta demanda emocional, como saúde, educação e serviços públicos. O transtorno é frequentemente causado por estresse crônico no ambiente de trabalho e, quando não tratado adequadamente, pode evoluir para distúrbios mais graves, como depressão e transtornos psicossomáticos [41]. As organizações frequentemente enfrentam desafios para reconhecer e tratar o Burnout, devido à dificuldade em identificar seus sinais precoces e a falta de treinamentos para gestores e recursos adequados para os trabalhadores [42].

Os distúrbios do sono, incluindo insônia, apneia do sono e hipersonia, são condições relacionadas ao estresse ocupacional que têm impacto direto no desempenho no trabalho. Trabalhadores com distúrbios do sono frequentemente apresentam dificuldades de concentração, memória e tomada de decisões, o que pode levar a erros no trabalho e acidentes. A falta de sono adequado também tem sido associada ao aumento de riscos para problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, além de afetar negativamente a saúde física dos trabalhadores [43]. Estudos indicam que as demandas excessivas no ambiente de trabalho, como longas horas e pressão constante, estão diretamente associadas ao aumento de distúrbios do sono [44].

O abuso de substâncias, como álcool e drogas, é um fator frequentemente negligenciado, mas altamente prevalente entre trabalhadores que enfrentam altos níveis de estresse. O abuso de substâncias pode ser tanto um reflexo quanto um agravante dos transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade. Trabalhadores que recorrem ao abuso de substâncias como forma de lidar com o estresse podem experimentar um ciclo vicioso, no qual o consumo de substâncias prejudica sua capacidade de lidar com o trabalho e aumenta a gravidade dos transtornos mentais [45].

No Brasil, dados de 2019 indicaram que 10,2% da população relatou sintomas de depressão diagnosticada (com maioria em idade economicamente ativa) [36]. Uma pesquisa conduzida pela *International Stress Management Association* (ISMA-BR) revelou que 72% dos trabalhadores brasileiros sofrem algum nível de estresse, sendo que 32% já manifestam sinais de Burnout, uma síndrome diretamente relacionada a ambientes de trabalho estressantes [46]. Estudos indicam ainda que os cargos públicos com maior

incidência de Burnout são, na sequência, Auxiliar de Enfermagem, Merendeira, Agente de Inclusão Escolar, Lactarista, Secretário Escolar e Recepcionista em Saúde [10].

Incluindo outros dados pertinentes, segundo o Hospital Santa Mônica, o Brasil lidera em casos de transtorno de ansiedade generalizada, com uma prevalência de 9,3% na população, porem há notoriedade também nos casos de transtornos do sono e abuso de substâncias [47].

Entretando, é considerável que este cenário pode ser tratado como genérico. Isso porque, relacionando a dificuldade do acesso ao diagnóstico, o preconceito e até mesmo o regionalismo, os dados tendem a se alterar. No presente trabalho, com a coleta de dados no Município de Presidente Prudente – SP, houve espaço para comparações pertinentes.

2.4.3 A Síndrome de Burnout e sua Incidência no Setor Público

A síndrome de Burnout, também conhecida como síndrome do esgotamento profissional, é um fenômeno psíquico decorrente da exposição prolongada a estressores interpessoais no contexto laboral, principalmente em ambientes com altas exigências emocionais e baixa valorização profissional. Conceituada inicialmente por Freudenberger (1974), a síndrome passou a ser amplamente estudada nas décadas seguintes, especialmente por Maslach e Jackson (1981), que desenvolveram o Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento ainda hoje amplamente utilizado para mensuração do fenômeno.

O Burnout é caracterizado por três dimensões principais: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho. A exaustão emocional refere-se ao sentimento de sobrecarga e desgaste de recursos emocionais; a despersonalização é marcada por atitudes negativas e cínicas em relação às pessoas atendidas ou colegas; e a baixa realização pessoal está relacionada à percepção de ineficácia e insatisfação com os próprios resultados profissionais [48].

Embora inicialmente a síndrome tenha sido estudada em profissionais da saúde e da educação, o Burnout tem sido reconhecido como um problema disseminado em diversas categorias laborais, inclusive no setor público, que concentra um grande contingente de trabalhadores submetidos a pressões burocráticas, limitações orçamentárias, instabilidade política e demandas sociais complexas [49].

O serviço público, por suas características organizacionais e sociais, configura um ambiente particularmente propenso ao desenvolvimento de Burnout. Muitos servidores enfrentam carga de trabalho elevada, metas ambíguas, rotinas burocráticas rígidas e, frequentemente, a ausência de reconhecimento ou valorização institucional. Além disso, a

exigência de atendimento a populações vulneráveis, com poucos recursos e suporte técnico, agrava a tensão emocional diária [50].

Em diversos contextos da administração pública, a precarização das condições de trabalho também se destaca como um fator central. A escassez de recursos humanos, materiais e tecnológicos sobrecarrega os trabalhadores, que precisam lidar com demandas superiores à sua capacidade operacional. Isso afeta diretamente a motivação e o sentimento de eficácia no exercício da função pública [51].

Além disso, o estigma relacionado a problemas de saúde mental e a naturalização do sofrimento psíquico no trabalho público dificultam a identificação precoce e o tratamento adequado da síndrome. Muitas vezes, os servidores sentem-se constrangidos a buscar apoio psicológico, temendo julgamento moral ou retaliações no ambiente institucional [52].

Estudos empíricos no Brasil demonstram uma prevalência significativa de Burnout entre servidores públicos, especialmente em áreas como saúde, educação, segurança pública e assistência social. Uma pesquisa realizada com professores da rede pública de ensino em São Paulo identificou que 40,1% dos docentes apresentavam alto grau de exaustão emocional, enquanto 31,7% demonstravam sinais de despersonalização, indicando um quadro de Burnout em desenvolvimento [53].

Outro estudo, conduzido com servidores de unidades de pronto atendimento no Distrito Federal, revelou que 36% dos profissionais apresentavam sinais claros de Burnout, com destaque para a sobrecarga emocional, o número reduzido de profissionais por plantão e a rotatividade de equipes como principais fatores associados [54].

No serviço público municipal, pesquisas têm mostrado prevalência relevante da síndrome, especialmente entre profissionais da linha de frente no atendimento à população. A rotina de atendimento, frequentemente marcada por filas, conflitos, escassez de insumos e falta de apoio institucional, contribui para um ambiente cronicamente estressante [55].

Um estudo conduzido por Benevides-Pereira (2019) destaca que a prevalência do Burnout tende a ser maior entre profissionais que exercem atividades voltadas diretamente ao cuidado e à prestação de serviços essenciais, como educação e saúde, pois esses trabalhadores lidam continuamente com as frustrações e necessidades dos usuários, o que exige elevada capacidade emocional e resiliência [56].

Além disso, a pandemia de COVID-19 agravou os índices de esgotamento emocional em diversos setores do funcionalismo público. Profissionais da saúde, da educação e da assistência social foram expostos a novas rotinas intensificadas, alta carga emocional e insegurança sanitária, o que contribuiu para o aumento de afastamentos por transtornos mentais, incluindo Burnout [57].

As consequências da síndrome de Burnout são amplas, tanto para os indivíduos quanto para as instituições públicas. No plano individual, a síndrome está associada a sintomas como insônia, irritabilidade, distúrbios de concentração, dores musculares, depressão e ansiedade, podendo evoluir para quadros de afastamento do trabalho e incapacitação temporária ou permanente [58].

Do ponto de vista organizacional, o Burnout compromete a produtividade, eleva os índices de absenteísmo e presenteísmo, dificulta a cooperação entre equipes e contribui para a rotatividade e a judicialização das relações de trabalho. Em última instância, esses impactos prejudicam a qualidade dos serviços prestados à população e geram custos adicionais para o erário público [59].

Estudos indicam que o Burnout também está associado ao aumento de comportamentos contraproducentes no trabalho, como procrastinação, atitudes hostis e negligência, prejudicando o ambiente institucional e a imagem dos serviços públicos perante a sociedade [60].

O enfrentamento da síndrome de Burnout no setor público exige ações coordenadas e políticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental. Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária devem ser articuladas com a gestão de pessoas, os serviços de saúde ocupacional e as lideranças setoriais.

Entre as medidas mais eficazes estão: a melhoria das condições de trabalho; a redistribuição equitativa de tarefas; a valorização profissional; a promoção de ambientes organizacionais mais participativos; e o incentivo ao autocuidado e ao acesso a serviços psicológicos [61]. A formação continuada dos gestores e servidores sobre saúde mental no trabalho também é essencial, assim como a inclusão de ações preventivas nos programas de qualidade de vida e de saúde do trabalhador [62].

Algumas experiências exitosas em prefeituras e estados brasileiros incluem a criação de espaços de escuta qualificada, programas de assistência psicológica institucional e campanhas de valorização da saúde mental. Essas iniciativas têm contribuído para a redução de afastamentos, o fortalecimento dos vínculos organizacionais e a melhoria da qualidade de vida dos servidores públicos [63].

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) também enfatiza a necessidade de políticas públicas que reconheçam o impacto do estresse laboral e promovam ambientes saudáveis e seguros. A abordagem da OIT propõe a atuação conjunta entre governo, empregadores e sindicatos, visando a proteção da saúde mental e o fortalecimento da resiliência institucional [64].

2.4.4 Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho

Quando o assunto são “riscos”, no Brasil usa-se a ABNT NBR ISO 31000:2018 [65], com base internacional, e que estabelece diretrizes para a gestão de riscos em organizações de qualquer setor e porte. Seu objetivo é fornecer princípios, estrutura e um processo para a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos. Frisa-se que, em se tratando de riscos, independentemente do objeto em análise, “deve-se necessariamente identificar, analisar e avaliar os riscos de forma a que se proceda ao tratamento deles com precisão e otimização dos resultados” [66].

Os fatores de risco psicossociais no trabalho referem-se a aspectos da organização, gestão e dinâmica laboral que podem gerar estresse, afetar a saúde mental dos trabalhadores e comprometer a produtividade. Com grande complexidade e diversas abrangentes definições atuais, pode-se resumir que, no geral, “são fatores que podem estar ligados às pressões no trabalho ou às relações interpessoais e são impactados até por condições ambientais e biofísicas”.

Entre os principais fatores em questão, há destaques:

- Excesso de Demandas e Pressão por Resultados: Estudos indicam que cerca de 80% dos trabalhadores brasileiros relatam sentir-se pressionados a cumprir metas, muitas vezes irrealistas, o que notoriamente aumenta o risco de transtornos [8];
- Falta de Controle sobre o Trabalho: Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 60% dos brasileiros em ocupações formais indicaram pouca ou nenhuma influência sobre as decisões relacionadas ao trabalho [36,67];
- Conflitos e Assédio no Ambiente de Trabalho: Uma análise realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelou que 42% dos trabalhadores brasileiros já presenciaram ou foram vítimas de práticas de assédio moral [3,68];
- Jornadas Excessivas e Desequilíbrio entre Trabalho e Vida Pessoal: Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 27% dos trabalhadores formais e informais relataram realizar jornadas semanais acima de 50 horas [69]. Um estudo publicado pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional revelou que profissionais submetidos a jornadas longas têm maior prevalência de insônia (45%) e dificuldade de concentração (38%) [70];
- Insegurança no Emprego: A falta de previsibilidade em relação à estabilidade no trabalho é um fator que compromete o bem-estar psicológico

dos colaboradores, tornando-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças mentais [71,72]. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Psicologia da USP apontou que, em contextos de insegurança, a produtividade tende a cair significativamente, com mais de 30% dos empregados relatando uma diminuição de seu desempenho devido à ansiedade sobre a perda de emprego [9].

- Conflito trabalho família: Tanto a família interfere negativamente no trabalho quanto vice-versa o efeito é muito grande na paranoia [10].
- Ambiguidade e Conflito de Papéis: Expectativas confusas ou conflitantes no trabalho geram incerteza e comprometem a saúde mental dos colaboradores [73,41,10].
- Recompensas Inadequadas: Discrepância entre esforço e recompensa no trabalho reduz a motivação e pode causar distúrbios emocionais [73].

Ainda que outros fatores possam ser inseridos, os fatores supracitados estão em destaque nos estudos que frequentemente entram em cena sobre o tema.

Marco histórico sobre fatores psicossoais a nível ocupacional no Brasil, em agosto de 2024 foi publicada nova versão da Norma Regulamentadora 01 (NR-01), que trouxe, entre outros, a necessidade de avaliação dos riscos psicossociais. Documentos como este são atos “normativos que visam à conquista de um meio ambiente de trabalho seguro e saudável, através da imposição de obrigações, direitos e deveres a empregadores e trabalhadores” [66].

> Os fatores de risco psicossociais devem ser tratados, nos processos de gerenciamento de riscos ocupacionais, da mesma forma como os demais perigos, demandando uma avaliação objetiva que permita a determinação da severidade relacionada a cada perigo e da probabilidade ou chance de sua ocorrência, para que desta forma seja determinado com segurança o nível de risco ocupacional.[66, p.22]

2.4.5 Absenteísmo e Presenteísmo no Trabalho

O absenteísmo no ambiente de trabalho é um fenômeno que resulta da ausência do trabalhador em suas funções, ocasionada por diversos motivos, incluindo saúde, questões pessoais e profissionais. As questões de saúde, amplificados pelos fatores psicossociais têm impacto substancial na produtividade e no bem-estar dos trabalhadores [3].

Os tipos de absenteísmo são frequentemente classificados em duas grandes categorias: o absenteísmo justificado, geralmente relacionado a doenças, e o absenteísmo não justificado, que pode ocorrer por falhas de compromisso ou faltas não comunicadas.

Nota-se que organizações com programas de monitoramento na gestão de pessoas utilizam o absenteísmo como forma estratégica de acompanhamento [74].

No que diz respeito ao presenteísmo, é definido como a condição na qual o trabalhador está fisicamente presente no ambiente de trabalho, mas sua produtividade encontra-se significativamente reduzida devido a problemas de saúde ou questões psicossociais. Esse fenômeno tem ganhado atenção nas últimas décadas, uma vez que, diferentemente do absenteísmo, é mais difícil de ser quantificado, embora tenha impacto significativo na eficiência organizacional e na qualidade do trabalho [75, 37].

No Brasil, estudos demonstram que o presenteísmo está relacionado, em grande parte, a problemas de saúde mental, como estresse, ansiedade e depressão. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 identificou que 10,2% dos trabalhadores relataram sentir-se frequentemente desanimados ou cansados, fatores que podem indicar estados de presenteísmo [36].

O impacto econômico do presenteísmo é significativo. Pesquisas conduzidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelam que a perda de produtividade causada por essa condição pode superar os custos associados ao absenteísmo [3].

2.5 A Cultura Organizacional e a Saúde Mental

A cultura organizacional constitui um dos elementos mais significativos na determinação da qualidade de vida e da saúde mental dos trabalhadores. Entendida aqui, sem maiores definições complexas, como o conjunto de valores, crenças, normas e práticas compartilhadas que moldam o comportamento dos indivíduos [76] dentro de uma instituição, ela influencia diretamente tanto o clima organizacional quanto os processos de comunicação, liderança, tomada de decisão e relações interpessoais. No contexto da administração pública, especialmente nos órgãos municipais, essa cultura pode refletir aspectos como rigidez hierárquica, burocratização excessiva, resistência à mudança e pouca valorização do bem-estar subjetivo dos servidores.

É notório que a cultura organizacional pode funcionar como fator de proteção ou de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais no trabalho. Em ambientes nos quais predomina uma cultura autoritária, com cobrança exacerbada por produtividade, ausência de reconhecimento e estigmatização do adoecimento psíquico, observa-se maior incidência de fenômenos como estresse ocupacional, ansiedade, depressão e burnout. De acordo com Dejours (2006), é justamente nas falhas de reconhecimento simbólico e social que o sofrimento psíquico no trabalho se intensifica, especialmente quando o indivíduo se vê impedido de dar sentido à sua atividade laboral ou de dialogar sobre as dificuldades enfrentadas [51].

No ambiente de trabalho, a cultura organizacional muitas vezes é atravessada por discursos de neutralidade emocional, nos quais o sofrimento é visto como fragilidade ou

falta de competência. Essa naturalização do sofrimento impede o desenvolvimento de uma política institucional que reconheça a importância da saúde mental como um elemento estrutural da gestão de pessoas. Estudo realizado por Costa et al. (2020) destaca que a ausência de espaços de escuta, a rigidez das relações hierárquicas e a invisibilização dos conflitos emocionais nas instituições públicas contribuem para o silenciamento do sofrimento psíquico e para a normalização do adoecimento [77].

Por todas estas premissas, a cultura organizacional também influencia o absenteísmo de forma significativa. Ambientes nos quais os trabalhadores se sentem desvalorizados, emocionalmente exaustos e pouco incluídos em processos decisórios tendem a apresentar maior nível de afastamentos por transtornos mentais, sendo o contexto organizacional apontado como um dos principais fatores associados [78]. O sofrimento mental relacionado ao trabalho não ocorre apenas pelas atividades exercidas, mas também pela forma como o indivíduo é tratado, reconhecido e inserido no coletivo institucional.

Essa condição aponta para a necessidade de revisão de valores institucionais e de fortalecimento de uma cultura organizacional que promova a saúde mental como parte da gestão.

São elementos essenciais para essa mudança: a valorização do trabalho coletivo, o reconhecimento institucional de esforços, a ampliação de canais de comunicação interna, a participação efetiva dos servidores nas decisões e o investimento em formação continuada sobre temas relacionados à saúde mental no trabalho [59, 56] Essas ações não apenas fortalecem os vínculos organizacionais, como também reduzem os indicadores de absenteísmo e presenteísmo, tornando a instituição mais humana e eficiente.

Por fim, é importante destacar que, sabidamente, a transformação da cultura organizacional é um processo de longo prazo, que exige comprometimento das lideranças, apoio institucional, escuta qualificada e monitoramento constante. A promoção da saúde mental no ambiente de trabalho deve ser entendida como uma estratégia organizacional, e não apenas como uma resposta emergencial a episódios de adoecimento. Talvez seja este um dos principais desafios.

2.6 O Papel da Gestão de Pessoas na Promoção da Saúde Mental

A gestão de pessoas, tradicionalmente focada em processos administrativos como recrutamento, folha de pagamento e controle funcional, tem passado por uma ressignificação nos últimos anos. Em resposta às crescentes demandas por ambientes de trabalho mais saudáveis, produtivos e sustentáveis, essa área vem sendo reconhecida como estratégica para a promoção da saúde mental nas organizações públicas e privadas.

Essa mudança de paradigma considera o trabalhador não apenas como recurso produtivo, mas como sujeito com história, emoções, limitações e potencialidades que influenciam diretamente seu desempenho e bem-estar. Trata-se da questionar a propositura conceitual de uma “Gestão Com Pessoas” [79].

A saúde mental no ambiente de trabalho passou a ser entendida como um componente central da qualidade de vida no trabalho. No contexto do serviço público, em especial, observa-se uma elevação significativa dos casos de afastamentos por transtornos mentais comuns (TMC), como ansiedade, depressão, estresse ocupacional e burnout. Esses quadros estão frequentemente relacionados a fatores como sobrecarga de trabalho, ausência de reconhecimento, rigidez nas relações hierárquicas e ambientes pouco acolhedores, fatores que são diretamente influenciados pelas diretrizes da gestão de pessoas [59, 80].

Assim, cabe à gestão de pessoas formular, implementar e monitorar políticas institucionais que incorporem práticas de cuidado e promoção da saúde mental. Isso inclui desde a criação de canais de escuta e acolhimento psicológico, até a articulação com os serviços de saúde do trabalhador, o incentivo à formação continuada sobre temas de saúde emocional e o desenvolvimento de lideranças empáticas e preparadas para lidar com conflitos interpessoais e sinais de adoecimento mental nas equipes [56].

Além disso, a gestão de pessoas pode atuar na prevenção do sofrimento psíquico por meio da valorização simbólica do trabalho. O reconhecimento profissional — não apenas financeiro, mas também moral — tem um papel fundamental na construção da identidade do trabalhador e na ressignificação de seu esforço cotidiano [81]. Dejours argumenta que o sofrimento se torna patogênico quando não pode ser transformado em ação ou expressão, especialmente quando há negação institucional do mal-estar vivido pelos servidores [51].

Outro aspecto relevante é o estímulo à participação ativa dos trabalhadores nos processos decisórios da instituição. A promoção de uma cultura organizacional participativa, que valorize o diálogo e a horizontalidade nas relações, fortalece o sentimento de pertencimento e reduz a sensação de isolamento vivenciada por muitos servidores públicos [82]. A gestão de pessoas, nesse sentido, deve atuar como mediadora entre os interesses da administração e as necessidades dos trabalhadores, garantindo que políticas de valorização e escuta sejam de fato incorporadas à cultura organizacional.

Programas de promoção da saúde mental no trabalho, quando integrados à política de gestão de pessoas, podem incluir rodas de conversa, campanhas de sensibilização, mapeamento de fatores de risco psicossocial, capacitação em comunicação não violenta, flexibilização de jornadas e medidas de conciliação entre trabalho e vida pessoal. A efetividade dessas ações, no entanto, depende do comprometimento institucional em não

tratar o sofrimento psíquico como responsabilidade individual, mas como fenômeno coletivo e organizacional [80,83].

No serviço público, esse compromisso se torna ainda mais desafiador devido às limitações orçamentárias, à instabilidade política e à rigidez burocrática que dificultam a implantação de políticas continuadas. Contudo, experiências bem-sucedidas em municípios e estados demonstram que é possível avançar mesmo em contextos adversos, desde que haja vontade política, articulação intersetorial e uma concepção ampliada de saúde do trabalhador.

A gestão de pessoas possui papel estratégico na prevenção e enfrentamento do sofrimento mental no ambiente de trabalho. Sua atuação vai além da dimensão operacional e adentra o campo das relações humanas, das condições de trabalho e do cuidado institucional com o servidor. Promover saúde mental é, portanto, promover dignidade, pertencimento e justiça no cotidiano do trabalho.

2.7 Impactos do Teletrabalho na Saúde Mental

O teletrabalho, também conhecido como trabalho remoto ou home office, é uma modalidade que se consolidou de forma significativa após a pandemia de COVID-19. Embora já fosse adotado pontualmente em setores específicos, a necessidade de isolamento social impulsionou sua implementação em larga escala em instituições públicas e privadas. Esta transformação gerou repercussões profundas sobre a organização do trabalho e, especialmente, sobre a saúde mental dos trabalhadores, cujos impactos ainda estão sendo amplamente estudados.

Conceitualmente, o teletrabalho é caracterizado pela realização das atividades laborais fora do ambiente físico institucional, mediado principalmente por tecnologias da informação e comunicação. Apesar de proporcionar maior flexibilidade de horário, redução de tempo de deslocamento e possibilidade de conciliação entre vida pessoal e profissional, essa modalidade também trouxe desafios consideráveis no que se refere ao equilíbrio emocional, à delimitação entre espaço pessoal e profissional e à intensificação da carga de trabalho percebida pelos indivíduos [84].

A experiência do teletrabalho é vivenciada de forma heterogênea, variando conforme as condições socioeconômicas, o suporte institucional oferecido, a infraestrutura disponível em casa, as demandas familiares e o perfil psicológico do trabalhador. Enquanto alguns profissionais relatam aumento da produtividade e satisfação, outros experimentam sentimentos de solidão, desconexão com a equipe, dificuldade de concentração, sobrecarga e ansiedade [85]. Isto porque a ausência de interações presenciais pode

enfraquecer os vínculos interpessoais, o senso de pertencimento e a comunicação empática, fatores que são protetores da saúde mental no ambiente laboral.

A literatura aponta que o trabalho remoto pode acentuar o presenteísmo, especialmente quando o trabalhador adoece, mas se vê pressionado a manter-se produtivo em casa [56, 84]. A fronteira entre vida pessoal e vida profissional se torna difusa, muitas vezes gerando situações em que o trabalhador permanece conectado fora do seu expediente, o que contribui para a síndrome de burnout e outros quadros de estresse ocupacional [56]. Soma-se a isso a pressão por resultados e a dificuldade em estabelecer pausas adequadas ao longo da jornada, tornando o ambiente doméstico um prolongamento do espaço laboral.

É importante destacar que, no setor público, a implantação do teletrabalho esbarra em desafios institucionais adicionais, como a falta de regulamentação clara, limitações tecnológicas e ausência de protocolos voltados ao acompanhamento da saúde emocional dos servidores. Muitas vezes, a gestão de pessoas não está preparada para acompanhar trabalhadores à distância, o que pode gerar sentimentos de invisibilidade e desamparo, com impactos diretos na motivação e no bem-estar psíquico [59].

Por outro lado, quando bem estruturado, o teletrabalho pode ser uma estratégia eficaz de promoção da qualidade de vida. A chave está no desenvolvimento de políticas institucionais que considerem não apenas os aspectos operacionais, mas também os fatores psicossociais envolvidos. É fundamental que os gestores promovam ações que garantam o direito à desconexão, fomentem a comunicação ativa e respeitosa, estimulem o autocuidado e assegurem o acesso a suporte psicológico institucional quando necessário [83].

Cabe à gestão de pessoas elaborar diretrizes específicas para o acompanhamento dos trabalhadores em regime remoto, incluindo programas de saúde mental, canais de escuta, formações sobre organização do tempo e estratégias de enfrentamento do estresse. A construção de uma cultura organizacional que valorize o cuidado com o servidor é ainda mais relevante em contextos de trabalho remoto, onde os sinais de adoecimento podem ser menos visíveis [80].

Dessa forma, os impactos do teletrabalho sobre a saúde mental dependem fortemente de como essa modalidade é implementada, gerida e percebida pelos trabalhadores. É essencial que essa discussão ultrapasse os limites da produtividade e alcance os princípios da dignidade, bem-estar e promoção da saúde integral no trabalho.

2.8 Estigma e Barreiras ao Cuidado Psicológico no Ambiente de Trabalho

O cuidado com a saúde mental no ambiente de trabalho tem se consolidado como um dos principais desafios contemporâneos das organizações, sejam elas públicas ou privadas. Apesar dos avanços em políticas institucionais, legislação e campanhas de conscientização, o estigma associado às doenças mentais persiste como uma barreira significativa ao acesso ao cuidado psicológico. Este estigma impede trabalhadores de buscarem ajuda, enfraquece políticas de promoção da saúde e contribui para o agravamento de quadros clínicos evitáveis. Neste contexto, torna-se necessário compreender as raízes do estigma, suas manifestações no espaço organizacional e as estratégias necessárias para superá-lo.

O estigma, do ponto de vista conceitual, refere-se a um processo social em que determinados indivíduos ou grupos são desvalorizados com base em atributos percebidos como negativos ou desviantes. Goffman, em seu estudo seminal, define o estigma como uma marca social depreciativa que transforma alguém de uma pessoa completa e usual em um ser desacreditado e inferiorizado aos olhos da sociedade [86]. No caso das questões de saúde mental, essa marca está ligada a estereótipos como imprevisibilidade, instabilidade emocional e incapacidade laboral, os quais produzem rejeição, isolamento e discriminação no contexto organizacional.

Mesmo com números alarmantes sobre a saúde mental, a maioria dessas pessoas não procura atendimento. Isso ocorre não apenas por falta de serviços, mas por medo de serem rotuladas como frágeis ou incapazes. Esse receio é potencializado em ambientes de trabalho competitivos, onde se valoriza a performance constante e se desestimula a expressão de fragilidades emocionais [78].

O estigma no trabalho se manifesta de diversas formas: estigma social (ou público), estigma institucional e estigma internalizado. O estigma social refere-se às atitudes negativas e crenças equivocadas da sociedade sobre pessoas com sofrimento psíquico. Estereótipos como "gente fraca", "preguiçosa" ou "difícil de lidar" são exemplos disso [52]. Já o estigma institucional se expressa nas políticas organizacionais e práticas de gestão que dificultam o acesso ao cuidado, como a ausência de programas de apoio psicológico, falta de protocolos claros e o desincentivo velado à busca por auxílio [56].

O estigma internalizado ocorre quando o próprio trabalhador absorve essas visões negativas, sentindo vergonha ou culpa por estar em sofrimento emocional. Essa internalização reduz a autoestima, a motivação para buscar tratamento e pode agravar ainda mais o quadro clínico [59]. Diversos estudos indicam que o estigma internalizado está associado a maior isolamento social, sintomas mais intensos e pior adesão ao

tratamento [63]. Isso cria um ciclo vicioso, em que o trabalhador adoece em silêncio e a organização falha em acolher e intervir.

As barreiras ao cuidado psicológico não se resumem ao estigma. A indisponibilidade de serviços especializados no ambiente de trabalho, a sobrecarga de tarefas, a precarização das relações laborais e a ausência de espaços de escuta também são entraves documentados na literatura [60]. A falta de preparação das lideranças para identificar e lidar com situações de sofrimento emocional contribui para o agravamento da situação. Em muitos casos, o adoecimento mental só é reconhecido quando já implica afastamentos prolongados ou queda acentuada no desempenho.

No setor público, essas dificuldades são ainda mais acentuadas. A morosidade na implementação de políticas, a escassez de recursos humanos e financeiros e a rotatividade de gestores dificultam a continuidade de ações voltadas à saúde mental. Mesmo com iniciativas do Ministério da Saúde, como manuais e guias para promoção da saúde no trabalho, muitos gestores desconhecem esses materiais ou não têm suporte técnico para colocá-los em prática [87].

Ambientes em que prevalece a lógica da produtividade a qualquer custo, da competição exacerbada e da desconfiança institucional tendem a ser menos acolhedores. Adicionalmente, a cultura da masculinidade hegemônica — que valoriza força, racionalidade e controle emocional — dificulta que trabalhadores do sexo masculino reconheçam e expressem seu sofrimento [88]. Isso resulta no aumento de subnotificação de casos e menor adesão a programas de cuidado.

A mídia também desempenha um papel na manutenção do estigma. Representações sensacionalistas e caricaturais de pessoas com transtornos mentais reforçam visões distorcidas, associando sofrimento psicológico à violência, imprevisibilidade ou incompetência [89]. Tais representações afetam a percepção pública, mas também impactam a autoimagem dos trabalhadores, que passam a temer o julgamento dos colegas e gestores.

Para enfrentar essas barreiras, são necessárias ações multiestratégicas. No plano individual, campanhas de sensibilização e informação são fundamentais para desconstruir estereótipos e promover o autoconhecimento. No plano organizacional, é crucial criar políticas claras de saúde mental, promover formações para lideranças, oferecer atendimento psicológico in loco ou remoto, e garantir sigilo e acolhimento [58].

As políticas públicas também devem avançar nesse sentido. É necessário que órgãos reguladores estipulem diretrizes obrigatórias, indicadores de acompanhamento e fiscalização contínua das ações voltadas à saúde mental nos ambientes laborais. Além disso, é essencial fomentar programas intersetoriais que envolvam saúde, educação, assistência social e trabalho, de modo a garantir abordagens integradas e

contextualizadas. A participação dos trabalhadores na formulação e monitoramento dessas políticas fortalece sua legitimidade e eficácia [62].

A pandemia de COVID-19 evidenciou de forma contundente as fragilidades emocionais no ambiente de trabalho. O aumento expressivo de casos de ansiedade, depressão e burnout colocou em destaque a importância de políticas institucionais que garantam suporte emocional. Organizações que adotaram práticas empáticas e flexíveis foram capazes de mitigar os impactos da crise sobre a saúde mental de seus trabalhadores [57]. Essa experiência mostrou que é possível – e necessário – criar uma nova cultura de trabalho, baseada no cuidado e na solidariedade.

É importante ressaltar que o enfrentamento ao estigma não é uma tarefa pontual. Trata-se de um processo contínuo que requer engajamento coletivo e vontade política. A transformação começa com pequenos gestos, como escutar com empatia, validar o sofrimento alheio, promover ambientes seguros e acolhedores. O reconhecimento da saúde mental como componente essencial da dignidade humana deve guiar decisões organizacionais e políticas públicas.

Mais do que implementar programas, é preciso mudar valores e estruturas. Isso inclui repensar modelos de gestão, redefinir indicadores de desempenho, e considerar o bem-estar psicológico como um pilar da sustentabilidade institucional. Quando a saúde mental deixa de ser tabu e passa a ser prioridade, todos ganham: o trabalhador, a organização e a sociedade.

2.9 Intervenções Psicossociais no Ambiente de Trabalho

A saúde mental no ambiente de trabalho é uma questão de crescente relevância, especialmente em um cenário de alta prevalência de transtornos mentais e desafios psicossociais. As intervenções psicossociais são estratégias baseadas na identificação de fatores de risco e proteção no ambiente laboral, com o objetivo de promover o bem-estar dos trabalhadores e reduzir os impactos negativos relacionados ao estresse, ansiedade, e outros transtornos.

Segundo Oliveira et al., as estratégias variam desde ações preventivas, como mudanças organizacionais, até intervenções terapêuticas, incluindo acompanhamento psicológico e terapia ocupacional [9]. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define essas intervenções como medidas que promovem a saúde mental por meio de uma abordagem sistêmica, integrando suporte gerencial, fortalecimento da comunicação e capacitação dos trabalhadores [37].

Conceitualmente, as intervenções psicossociais compreendem um conjunto de ações que visam promover a saúde e o bem-estar psicológico dos indivíduos e grupos, por

meio da modificação de aspectos sociais, organizacionais e comportamentais no contexto de trabalho [90]. Elas se baseiam em evidências que associam condições psicossociais desfavoráveis – como alta demanda de trabalho, baixo controle, insegurança no emprego e ausência de apoio social – a desfechos negativos em saúde mental, como burnout, depressão e transtornos de ansiedade [91,92].

No geral, Flores et al. cita ainda algumas estratégias simplistas que podem auxiliar na redução do adoecimento.

> "- Incentivo e favorecimento da participação de trabalhadores em decisões importantes para as relações de trabalho;
> - Ações que minimizem o desequilíbrio da relação trabalho-família; gestão contínua do clima organizacional;
> - Atenção aos fatores psicossociais relacionados ao trabalho, com oferecimento de maior suporte organizacional para questões decorrentes;
> - Implantação de políticas adequadas reconhecimento e recompensa pelo trabalho;
> - Oferecimento de processos de desenvolvimento pessoal e profissional sob a forma de treinamentos e programas de educação continuada; desenvolvimento de programas de gestão de desempenho adequado e justo, bem como programas de progressão funcional (planos de carreira);
> - Implementação de programas de inclusão e respeito à diversidade nos ambientes de trabalho;
> - Monitoramento do estresse ocupacional e desenvolvimento de práticas de atenção à saúde e segurança dos trabalhadores, dentre outros." [74]

Visando criar estratégias planejadas e, usando como base a estrutura da saúde pública nacional, podemos elencar intervenções a serem classificadas em três categorias principais, com base na apresentação de focos em saúde mental: prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária busca evitar a ocorrência de problemas de saúde mental, atuando na identificação e eliminação de fatores de risco psicossociais no ambiente de trabalho. A prevenção secundária foca na identificação precoce de sintomas de transtornos mentais. Já na prevenção terciária visa minimizar os impactos de transtornos já instalados, promovendo reabilitação e reintegração ao trabalho [9].

Um importante estudo de Viana Braz, Mariani Casadore e Hashimoto, intitulado "Intervenção em psicossociologia: a construção da escuta e a implicação nas organizações", aborda a intervenção explorando como a escuta ativa e a análise das implicações são ferramentas fundamentais para promover mudanças organizacionais e melhorar as relações de trabalho [33]. A escuta, nesse contexto, é concebida não apenas como uma técnica, mas como uma prática ética e transformadora, capaz de abordar questões como conflitos, resistência a mudanças e estresse ocupacional [93].

No formato de apresentação destas estratégias, podemos citar técnicas de Psicologia da Saúde Ocupacional (incluindo Mindfulness e Terapia Cognitivo-Comportamental, Desenvolvimento de Competências de Resiliência, Aconselhamento e

Intervenções Psicossociais) [9], Filosofia Clínica (a exemplo do desenvolvimento de submodos individuais) [94], e da Psicossociologia (a exemplo de escutas qualificadas) [95].

Além disso, o modelo de Demandas-Controle de Karasek e o modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa de Siegrist são marcos teóricos importantes para compreensão e fundamentação das intervenções psicossociais. O modelo de Karasek postula que trabalhadores submetidos a altas demandas com baixo controle sobre o trabalho são mais propensos a desenvolver estresse psicológico [96]. Já o modelo de Siegrist destaca o impacto negativo de um desequilíbrio entre o esforço empregado e a recompensa recebida, incluindo reconhecimento, estabilidade e progresso na carreira [97].

Estudos apontam que intervenções psicossociais bem-estruturadas podem reduzir o absenteísmo e o presenteísmo, além de melhorar o clima organizacional e a retenção de talentos [75]. Em uma análise do IBGE sobre a Pesquisa Nacional de Saúde, trabalhadores de empresas que implementaram intervenções psicossociais relataram maior satisfação no trabalho e melhor equilíbrio emocional [98].

Um estudo conduzido pelo SEBRAE mostrou que empresas que oferecem programas de bem-estar registraram aumento de 40% na produtividade [38].

Outro estudo realizado na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul com a Polícia Rodoviária Federal, mediante o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor, demonstrou resultados superiores a 53% em alguns afastamentos de patologias em saúde mental após intervenções integradas em psicologia [99]. Usando como métrica o Grupo F da CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, o estudo mapeou a evolução dos seguintes transtornos: F14, F315, F321, F322, F330, F331, F332 e F412.

Outro estudo, feito com trabalhadores do setor bancário estatal de Salvador – Bahia, demonstrou bom resultados de redução de afastamento em diversos grupos de doenças (inclusive transtornos mentais) com práticas de estímulo a qualidade de vida amplo.

No geral, para maior eficácia, é necessária uma abordagem intersetorial que envolva instituições de saúde, sindicatos e academias, com foco na prevenção, assistência e reabilitação de trabalhadores afetados por transtornos mentais [71]. A literatura reforça que intervenções psicossociais bem planejadas são essenciais não apenas para proteger a saúde mental dos trabalhadores, mas também para construir ambientes laborais mais justos, saudáveis e produtivos.

2.10 Avaliação da Capacidade Laborativa e Readaptação Funcional

A avaliação da capacidade laborativa e os processos de readaptação funcional representam instrumentos fundamentais para a gestão da força de trabalho no setor

público, especialmente diante do crescente número de afastamentos relacionados a transtornos mentais comuns (TMC), como depressão, ansiedade generalizada e burnout. A complexidade dessas condições, muitas vezes marcadas por sintomas subjetivos e evolução clínica variável, impõe desafios à perícia médica, aos gestores de recursos humanos e aos próprios servidores afetados.

A capacidade laborativa é conceituada como o conjunto de condições físicas, mentais e psicossociais que permitem ao indivíduo desempenhar, de forma satisfatória, as tarefas inerentes à sua função ou ocupação. Essa capacidade pode ser temporariamente ou permanentemente reduzida em razão de doenças ou agravos à saúde, sendo a avaliação pericial o mecanismo institucionalmente previsto para atestar essa limitação e orientar o retorno ou afastamento do servidor do trabalho [1]. Nos casos em que a limitação se mostra persistente, mas não absoluta, o instituto da readaptação funcional surge como estratégia de reintegração ao trabalho com preservação da dignidade e da funcionalidade do servidor. Ocorre que pouco se vê de prática sobre a dignidade e funcionalidade.

Quanto ao funcionalismo federal, a legislação brasileira, por meio da Lei nº 8.112/1990, estabelece a possibilidade de readaptação como forma de provimento derivado de cargo público, determinando que o servidor que, por limitação física ou mental, seja considerado inapto para as funções do cargo original, possa ser readaptado em outro compatível com suas aptidões [2]. A avaliação da capacidade laborativa, nesse contexto, deve ser multidimensional, incorporando não apenas os aspectos clínicos do diagnóstico, mas também as condições ambientais, as exigências da função, o perfil psicossocial do servidor e os fatores de suporte organizacional.

Com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde, torna-se possível adotar uma abordagem mais ampla na avaliação da incapacidade para o trabalho, superando o modelo biomédico tradicional, que tende a se concentrar exclusivamente na presença da doença. A CIF propõe um modelo biopsicossocial que considera a interação entre condições de saúde, fatores pessoais e ambientais, ampliando o escopo de análise para além do diagnóstico médico [4].

No caso de transtornos mentais, essa abordagem se mostra particularmente relevante. Estudos demonstram que indivíduos com diagnósticos semelhantes podem apresentar níveis muito distintos de capacidade funcional, o que reforça a necessidade de uma avaliação personalizada. Além disso, fatores como o estigma institucional, a ausência de suporte psicossocial e as más condições de trabalho podem influenciar negativamente o retorno ao trabalho, ainda que o quadro clínico esteja controlado [3].

A readaptação funcional, por sua vez, é muitas vezes tratada apenas como uma “solução administrativa”, o que reduz sua eficácia como instrumento de reintegração

sustentável ao trabalho. A literatura evidencia que os processos de readaptação que ignoram os princípios básicos da ergonomia, da análise das demandas laborais e do acompanhamento psicossocial tendem ao fracasso, podendo culminar em novos afastamentos ou na cronificação do quadro de adoecimento [8].

É fundamental que os programas de readaptação sejam conduzidos com planejamento interdisciplinar, envolvendo médicos do trabalho, psicólogos organizacionais, assistentes sociais e gestores de pessoas. A participação do servidor no processo decisório é igualmente crucial, respeitando-se sua autonomia e percepção subjetiva de bem-estar. Além disso, a readaptação não deve ser vista como definitiva sem um período de experimentação e acompanhamento sistemático, conforme recomendam as boas práticas internacionais [46].

No âmbito do serviço público, algumas iniciativas vêm buscando qualificar esse processo. A instituição dos Núcleos de Saúde do Trabalhador e a incorporação de equipes multiprofissionais nas perícias têm proporcionado avanços significativos na forma como a capacidade laborativa é avaliada e como os servidores são acompanhados após o retorno ao trabalho [47]. No entanto, ainda se observa grande disparidade entre os entes federativos quanto à estrutura, protocolos e efetividade dessas ações.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pelo Ministério da Saúde em 2012, destaca a importância do cuidado integral à saúde do trabalhador no SUS, incluindo ações voltadas à vigilância em saúde, reabilitação e reinserção profissional. Essa diretriz reforça o papel das instituições públicas na promoção da saúde mental no trabalho e na construção de processos de readaptação humanizados, justos e tecnicamente embasados [67].

Por fim, é imprescindível reconhecer que a avaliação da capacidade laborativa e a readaptação funcional não são apenas procedimentos técnicos ou burocráticos, mas interfaces fundamentais entre o direito à saúde, à dignidade no trabalho e à eficiência da administração pública. Investir em processos qualificados de avaliação e reintegração significa, ao mesmo tempo, proteger os servidores adoecidos e preservar o funcionamento institucional.

2.11 Marco Legal Comparado: Políticas de Saúde Mental no Trabalho em Países Referência

O adoecimento mental relacionado ao trabalho é um fenômeno de amplitude global, que impacta significativamente a produtividade, o bem-estar dos trabalhadores e os custos dos sistemas de saúde. Em resposta a esse desafio, diversas nações vêm desenvolvendo

marcos legais e políticas públicas robustas voltadas à proteção da saúde mental no ambiente laboral. A análise comparativa dessas abordagens internacionais permite identificar boas práticas, lacunas normativas e diretrizes estratégicas que podem subsidiar o aprimoramento das políticas nacionais, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

No caso da União Europeia, há um notável esforço de integração de políticas por meio das diretrizes da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA). Desde o início dos anos 2000, o bloco vem incentivando os Estados-membros a adotar estratégias preventivas voltadas aos riscos psicossociais, enfatizando a gestão do estresse ocupacional, a promoção do bem-estar no trabalho e a implementação de ações intersetoriais. Destaca-se o *"Framework Agreement on Work-related Stress"*, firmado em 2004 entre as principais entidades sindicais e patronais da região, que serviu como instrumento normativo para estimular a adoção de medidas concretas nos locais de trabalho, respeitando as particularidades nacionais [100].

A França figura como um dos países pioneiros na regulamentação da saúde mental no trabalho. Em 2002, foi promulgada a "Lei sobre a Saúde e Segurança no Trabalho", que atribuiu aos empregadores a responsabilidade pela prevenção dos riscos psicossociais. A partir de então, o sistema de inspeção do trabalho francês passou a incorporar em suas auditorias aspectos relacionados ao sofrimento psíquico, ao assédio moral e ao esgotamento emocional. Ademais, decisões judiciais progressistas consolidaram o reconhecimento de nexo causal entre burnout e condições laborais adversas, obrigando empresas a implementar planos de ação psicossocial e a indenizar trabalhadores afetados [101].

No Reino Unido, o *Health and Safety Executive* (HSE) atua como órgão central na formulação de políticas preventivas de saúde mental no trabalho. O país adotou uma abordagem baseada em evidências, com a publicação do "*Management Standards for Work-related Stress"*, um conjunto de indicadores organizacionais que orientam empregadores a diagnosticar e intervir sobre os fatores psicossociais de risco, como demandas excessivas, baixo controle sobre o trabalho, apoio insuficiente e conflitos interpessoais. Essa metodologia, amplamente utilizada por organizações públicas e privadas, destaca-se pela ênfase na avaliação participativa e na promoção de ambientes de trabalho resilientes e inclusivos [102].

Na Austrália, políticas públicas em saúde mental no trabalho são fortemente integradas ao sistema nacional de bem-estar. A iniciativa *“Mentally Healthy Workplaces”*, conduzida pela Safe Work Australia, estabelece diretrizes nacionais para a criação de ambientes psicologicamente seguros, com foco na prevenção primária, apoio à recuperação e combate ao estigma. A legislação australiana exige que os empregadores

adotem práticas sistemáticas para mitigar riscos psicossociais, sendo a saúde mental reconhecida como componente essencial da saúde ocupacional. Programas como o "Heads Up", desenvolvido em parceria com o setor privado, oferecem ferramentas práticas para líderes e gestores promoverem a saúde emocional de suas equipes [103].

O Canadá, por sua vez, avançou com a criação da Norma Nacional de Saúde Psicológica no Local de Trabalho (*National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace*), lançada em 2013. Essa norma, de adesão voluntária, foi desenvolvida por meio de um processo colaborativo entre entidades de saúde pública, sindicatos, empresas e especialistas, e fornece diretrizes detalhadas para a implementação de políticas organizacionais focadas na prevenção do adoecimento mental, na redução do estigma e na promoção do bem-estar emocional dos trabalhadores. A norma canadense é reconhecida internacionalmente como modelo de referência, tendo influenciado políticas em diversos países [104].

Embora com distintos níveis de desenvolvimento institucional, esses países compartilham princípios comuns em suas abordagens: o reconhecimento do papel das organizações no cuidado com a saúde mental, a ênfase na prevenção primária dos fatores de risco psicossociais, a articulação entre saúde ocupacional e saúde pública, e a necessidade de envolvimento ativo dos trabalhadores nos processos de diagnóstico e intervenção. Além disso, há crescente valorização da saúde mental como componente estratégico da sustentabilidade organizacional, com impactos diretos sobre clima organizacional, rotatividade, absenteísmo e produtividade.

Comparativamente, o Brasil apresenta avanços normativos importantes, como a recente introdução da avaliação de riscos psicossociais nas Normas Regulamentadoras (especialmente a NR-01 e a NR-17), além do reconhecimento do transtorno de burnout pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Entretanto, o país ainda carece de uma política pública nacional integrada de saúde mental no trabalho, com diretrizes claras, ações intersetoriais e mecanismos de monitoramento e avaliação. A experiência internacional mostra que a efetividade das políticas depende não apenas da existência de normas legais, mas de sua efetiva implementação, do fortalecimento da cultura organizacional em torno do cuidado psicológico e da participação dos trabalhadores na construção de ambientes saudáveis.

Nesse cenário, o estudo comparado dos marcos legais de países referência oferece subsídios valiosos para o aperfeiçoamento das políticas brasileiras. A incorporação de boas práticas internacionais, adaptadas ao contexto socioeconômico e institucional nacional, pode contribuir para a redução do sofrimento psíquico no trabalho e para o fortalecimento do direito à saúde mental como dimensão fundamental da cidadania e da dignidade humana.

2.12 Análise Bioética à Saúde Mental do Trabalhador

A saúde mental do trabalhador é um tema de relevância crescente, especialmente em tempos onde as condições de trabalho estão cada vez mais associadas a um aumento nos transtornos psicológicos. A análise bioética fornece uma base robusta para entender as questões morais envolvidas na gestão da saúde mental no ambiente de trabalho, garantindo que os direitos dos trabalhadores sejam respeitados enquanto se buscam soluções eficazes para a promoção de um ambiente saudável. A bioética, como disciplina que se ocupa de questões éticas em saúde, oferece diretrizes fundamentais para a proteção e o cuidado adequado da saúde mental no contexto laboral [105].

A análise bioética no trabalho visa garantir a dignidade dos trabalhadores, promovendo uma abordagem ética que atenda aos princípios da justiça, autonomia e beneficência. No contexto da saúde mental, esses princípios são cruciais para desenvolver políticas de saúde mental no trabalho que assegurem que os trabalhadores não sejam prejudicados, mas sim apoiados, em sua saúde psicológica e bem-estar emocional [106].

Citando os princípios básicos, a autonomia é central na bioética, e no contexto laboral, refere-se ao direito do trabalhador de tomar decisões informadas sobre sua saúde mental. Isso inclui a capacidade de escolher buscar apoio psicológico, de entender os riscos envolvidos no seu ambiente de trabalho e de ser informado adequadamente sobre as opções disponíveis. Esse princípio é fundamental, pois assegura que os trabalhadores tenham controle sobre suas decisões relacionadas à sua saúde mental e bem-estar. A autonomia implica também na necessidade de garantir a confidencialidade e o respeito à privacidade dos trabalhadores, aspectos essenciais quando se trata de questões delicadas como a saúde mental [107].

Os princípios de beneficência e não-maleficência buscam promover o bem-estar dos indivíduos e evitar danos a eles. No contexto da saúde mental no trabalho, isso significa que os empregadores devem adotar medidas para promover a saúde mental e reduzir os riscos que possam prejudicar o bem-estar psicológico dos trabalhadores. A implementação de programas de apoio psicológico, a redução de condições estressantes e o fomento de um ambiente de trabalho saudável são ações que contribuem para a beneficência. Além disso, a não-maleficência obriga que os empregadores evitem práticas que possam agravar o estado mental dos trabalhadores, como a sobrecarga de tarefas e a falta de apoio.

A justiça na bioética envolve a distribuição equitativa de benefícios e recursos. No contexto da saúde mental, isso significa garantir que todos os trabalhadores tenham acesso igualitário aos recursos e programas de saúde mental, independentemente de sua

posição ou função dentro da organização. Isso é particularmente importante no caso de trabalhadores em setores de maior risco, como aqueles que lidam diretamente com o público ou que enfrentam situações de estresse elevado. A justiça exige que as empresas tratem todos os trabalhadores de forma equitativa, sem discriminação, e que as políticas de saúde mental sejam acessíveis a todos.

A gestão da saúde mental no trabalho envolve diversas implicações éticas, uma vez que os empregadores devem garantir que as condições de trabalho favoreçam a saúde mental dos trabalhadores. A bioética orienta os empregadores a adotar práticas que respeitem a dignidade dos trabalhadores e a proteger sua saúde mental, enquanto buscam melhorar a qualidade de vida no trabalho.

Os empregadores têm uma responsabilidade ética de garantir que as condições de trabalho sejam adequadas para a manutenção da saúde mental dos trabalhadores. Isso inclui a criação de políticas que minimizem o estresse excessivo e proporcionem um ambiente de trabalho seguro e saudável. As empresas também têm a responsabilidade de oferecer suporte psicológico adequado quando necessário, sem estigmatizar os trabalhadores que buscam ajuda. Além disso, a criação de programas de prevenção e apoio psicológico é uma forma de aplicar a beneficência, buscando sempre o bem-estar dos colaboradores.

A bioética destaca a importância de combater o estigma associado à saúde mental, criando um ambiente em que os trabalhadores se sintam seguros para discutir suas dificuldades psicológicas e buscar ajuda quando necessário [108]. A promoção de uma cultura que valoriza o bem-estar mental contribui para o fortalecimento da confiança no ambiente de trabalho e para a melhoria das condições gerais de saúde.

Apesar dos avanços, ainda existem desafios éticos significativos na proteção da saúde mental dos trabalhadores. O estigma, a falta de acesso a recursos adequados e a resistência em implementar políticas de saúde mental eficazes são obstáculos que precisam ser superados.

A análise bioética à saúde mental dos trabalhadores é fundamental para promover ambientes de trabalho saudáveis e respeitosos. Os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça devem ser aplicados para garantir que os trabalhadores recebam o apoio necessário para manter sua saúde mental, com uma abordagem ética que assegure a equidade e o respeito aos direitos dos indivíduos. A implementação de políticas de saúde mental baseadas nesses princípios, juntamente com a proteção legal e o combate ao estigma, contribuirá para ambientes de trabalho mais justos e humanos.

2.13 Saúde Mental no Contexto do Poder Público

A saúde mental no âmbito do setor público tem emergido como uma questão central para o bem-estar dos trabalhadores e a eficiência dos serviços prestados à sociedade. Funcionários públicos frequentemente enfrentam ambientes de trabalho marcados por alta pressão, carga excessiva de trabalho e, em muitos casos, precariedade nas condições laborais [8]. A prevalência de transtornos mentais entre servidores públicos é alta, representando um custo significativo para os cofres públicos e para a sociedade em termos de qualidade dos serviços prestados.

Diversos estudos internacionais, em especial sobre Burnout no norte da Europa, Estados Unidos, África do Sul, Israel, China e Japão, tem apresentado taxas altas de afetos no serviço público [10]. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que a saúde mental dos trabalhadores do setor público é frequentemente negligenciada, o que acentua problemas de presenteísmo e absenteísmo [37]. Estratégias como programas de saúde ocupacional, políticas de prevenção ao assédio moral e suporte psicológico têm mostrado eficácia na redução desses impactos. Experiências locais, como o Projeto de Saúde do Servidor implementado no estado de São Paulo, destacam a importância de intervenções voltadas à promoção da saúde mental e da resiliência no trabalho público [9,67].

Ainda que haja poucos estudos sobre o tema em si, o livro “Saúde Mental e Trabalho no Serviço Público”, que tem como autores Wanderley Codo, Analía Soria Batista e Remígio Todeschini, compilou as demandas do assunto com o que havia de mais atualizado sobre o tema. Nele, em uma revisão bibliográfica, constatou-se que, além de números alarmantes, há em grande parte uma relação dos transtornos mentais com diversas doenças somáticas [10]. Constatou-se ainda que o principal público alvo são do gênero feminino e que as possíveis causas, no geral, se dão pelo fato de que os servidores públicos são os responsáveis por diversas demandas urgentes e prementes de atendimento direto à população [10].

Estudos conduzem de que a paranoia, por exemplo, é efeito constante do servido público [10].

> Estes Servidores Públicos estão submetidos, de modo análogo, à condição fenomenológica do bebê nos primeiros três meses de vida, período no qual a posição esquizoparanóide está em pleno apogeu, e os mecanismos de defesa primitivos em sua plenitude.
> (...)
> O trabalhador se vê impossibilitado de escapar dessa condição, se desejar não ter sua condição profissional ameaçada. Ou enfrenta a ameaça interna da condição paranoide ou enfrenta a ameaça externa da condição de trabalho. Esta experiência induz a sensação paranoica de estar sendo passivamente submetido, portanto, perseguido. Diante dessa condição, o uso excessivo de mecanismos defensivos que levam ao surgimento de sintomas paranoicos não nos parece surpresa [10, p. 49].

O tema é tão relevante que o Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado pelo Ministério da Saúde, visa integrar ações entre os setores de saúde, educação e administração pública, promovendo melhores condições de trabalho e maior acesso a serviços de saúde para os servidores [109].

Vale ainda a refletir que, se a recente atualização da Norma Regulamentadora 01 apresenta um cenário que “pode ser compreendido erroneamente como algo nebuloso e assustador para alguns” [66] da iniciativa privada, para o setor público, conhecido pela displicência, há enormes riscos de negligência e descumprimento.

2.14 Município de Presidente Prudente

Presidente Prudente é um Município do interior do estado de São Paulo. Uma das cidades mais representativas do oeste paulista, destacando-se por sua importância histórica, econômica e cultural. Fundada em 14 de setembro de 1917, a cidade foi nomeada em homenagem ao presidente Prudente de Morais, primeiro civil a ocupar o cargo de presidente do Brasil. Sua fundação está associada ao ciclo do café, responsável pela expansão e urbanização da região, que se tornou um ponto estratégico para o transporte ferroviário e desenvolvimento agrícola na primeira metade do século XX [110].

Com uma população estimada de 232.049 habitantes [111], Presidente Prudente apresenta um dos mais elevados Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do oeste paulista [112]. O município é um polo regional em saúde, educação e comércio, atendendo uma população flutuante de mais de 1 milhão de pessoas em seu entorno. Além disso, conta com infraestrutura consolidada, incluindo universidades, centros de pesquisa e um parque industrial em crescimento, que impulsionam o desenvolvimento socioeconômico local [112]. Dados do IBGE revelam que o setor de serviços é o mais expressivo na economia da cidade, enquanto a agroindústria ainda desempenha papel relevante em áreas periféricas [98].

O surgimento da cidade está intimamente ligado ao processo de interiorização do estado, favorecido pela expansão das ferrovias e pela ocupação agrícola. Inicialmente, a economia local era centrada na agricultura de subsistência e na cafeicultura, posteriormente substituída por atividades agroindustriais, com destaque para a pecuária e o cultivo de grãos como o milho e a soja [111].

A chegada da Estrada de Ferro Sorocabana à região, na década de 1910, foi determinante para a ocupação territorial e a formação urbana de Presidente Prudente, permitindo a integração do município com outras regiões do estado e impulsionando seu crescimento econômico e demográfico [113]. Com o progresso das comunicações e da

malha rodoviária, a cidade consolidou-se como um polo regional de comércio, educação e serviços públicos.

Contudo, o desenvolvimento de Presidente Prudente não esteve isento de tensões políticas e sociais, especialmente durante os períodos autoritários da história brasileira, como o Estado Novo (1937–1945) e a Ditadura Militar (1964–1985). Durante essas fases, diversas cidades do interior paulista passaram por intervenções políticas, repressão a movimentos sociais e censura. Embora não existam muitos registros sistematizados sobre casos específicos de repressão em Presidente Prudente, o contexto histórico nacional aponta para o fortalecimento de uma cultura de silêncio e vigilância que também afetou a vida pública local, inclusive nas instituições educacionais e de saúde [114, 115].

Esses regimes autoritários moldaram uma estrutura institucional marcada por práticas verticalizadas de gestão pública, que por vezes inibiram a participação popular e o debate sobre direitos sociais e saúde mental. No Brasil, durante a Ditadura Militar, os hospitais psiquiátricos eram comumente utilizados como espaços de contenção e exclusão, em vez de cuidado, muitas vezes reforçando o estigma sobre a doença mental [116]. A precarização dos serviços, o modelo manicomial e a ausência de políticas humanizadas refletiram-se, inclusive, nas práticas adotadas em municípios do interior como Presidente Prudente.

Com o processo de redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, iniciou-se uma transformação profunda nas políticas públicas, inclusive na área da saúde mental. O município acompanhou o movimento nacional de reforma psiquiátrica, voltado à substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial territorializada e humanizada.

Nesse contexto, um marco importante para Presidente Prudente foi a inauguração, em 2010, do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) no Hospital Regional Doutor Domingos Leonardo Cerávolo. Esta unidade tornou-se referência na região para o atendimento de pacientes com transtornos mentais agudos, contando com leitos específicos, equipes multidisciplinares e protocolos voltados à integralidade do cuidado [117].

Outros avanços importantes ocorreram com a criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A estrutura oferece acolhimento diário e atendimento em regime de portas abertas para pessoas em sofrimento psíquico intenso. Esse modelo se alinha à proposta da atenção psicossocial preconizada pela Lei nº 10.216/2001 e pelas diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira [118].

Em resposta às crescentes demandas por saúde mental entre jovens, agravadas pelo contexto pandêmico, foi sancionada, em 2021, a Lei Municipal nº 10.580, que institui a Política Municipal de Prevenção à Depressão e ao Suicídio nas escolas públicas. Essa

política inclui ações educativas, grupos de apoio com psicólogos e campanhas de valorização da vida, sinalizando uma crescente sensibilidade institucional ao sofrimento psíquico no contexto educacional [118].

A história de Presidente Prudente, portanto, é marcada por um processo de desenvolvimento urbano, político e social que reflete os dilemas do país. O autoritarismo e as políticas de exclusão deixaram marcas na cultura institucional e na saúde coletiva. No entanto, os avanços recentes no campo da saúde mental demonstram um compromisso crescente com a promoção do cuidado em liberdade, com enfoque comunitário e intersetorial.

Contudo, desafios persistem, como o combate ao afastamento no funcionalismo público, especialmente por razões de saúde mental. Relatórios recentes destacam que os custos associados a afastamentos representam uma preocupação significativa, estimulando debates sobre intervenções psicossociais no ambiente de trabalho [7].

Segundo dados levantados pela presente pesquisa por meio da invocação da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei Federal n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011), em 2023 haviam 4382 servidores públicos municipais, prevalecendo majoritariamente servidores do sexo feminino (média dos últimos seis anos: 73,50% feminino e 26,50% masculino).

A preocupação com o absenteísmo no Município de Presidente Prudente já ultrapassou questões ideológicas e atualmente é acompanhado por meio e investigação do Ministério Público Estadual (PAA nº 62.1153.0000099/2017), com ênfase dos trabalhos na Secretaria Municipal de Educação.

Segundo dados da própria Prefeitura Municipal, em 2017, cerca de 0,88% das despesas com folha de pagamento são referente ao absenteísmo, resultando em uma despesa mensal de R$ 154.471 com faltas, o que, em um ano inteiro, resulta em R$ 1.853.652,00 [7]. Destes dados, pouco tem sido relatado no que tange à Saúde Mental.

3. METODOLOGIA

3.1 Projeto de pesquisa

A presente pesquisa é de natureza quantitativa e de delineamento descritiva. Isso porque promove uma abordagem que visa coletar dados numéricos para descrever as características de uma população ou fenômeno, sem manipulação das variáveis envolvidas. Essa metodologia é essencial para identificar padrões e relações entre variáveis, permitindo uma análise objetiva e clara de determinado fenômeno [91].

No caso, será analisado o perfil dos servidores públicos municipal do Município de Presidente Prudente – SP, perfil dos afastamentos em geral, perfil dos afastamentos médicos e detalhamento do perfil de afastamento por saúde mental. Com os detalhamentos dos dados obtidos, visa-se, sem qualquer manipulação, identificar pontos focais de padrão, relação e possíveis causas.

Amplamente usado em várias áreas, como saúde, educação e ciências sociais, a metodologia em questão é um instrumento essencial para a compreensão de fenômenos em diversas esferas da sociedade [92].

Complementarmente, utilizou-se a investigação-ação, visando promover mudanças reais e práticas nas situações analisadas. No modelo de investigação-ação, o pesquisador e os participantes colaboram para identificar problemas, testar intervenções e avaliar resultados, criando um ciclo contínuo de reflexão e ação [120]. A pesquisa desse tipo permite uma abordagem reflexiva e dinâmica, onde as mudanças são feitas conforme a pesquisa se desenrola [121].

Por meio da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei Federal n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011), os dados foram coletados entre 2018 a 2023 (ano a ano), visando ultrapassar o período de pandemia de COVID-19 e até mesmo, sem que seja o interesse, capturar o movimento que este causou.

Nota-se que, quando aplicada de forma transversal, a investigação-ação busca analisar dados de forma imediata e contínua em um período fixo, como de 2018 a 2023, sem um acompanhamento longitudinal. O objetivo nesse caso é observar as mudanças dentro de um período específico e identificar os impactos das intervenções em tempo real.

3.2 População e amostra

Os dados apresentados no presente trabalho são advindos dos servidores públicos municipais da Cidade de Presidente Prudente, estado de São Paulo. Estima-se que são cerca de 5 mil servidores, distribuídos entre as 18 unidades gestoras, identificadas como

Secretarias Municipais. Incluiu todos os modelos de ingresso, períodos de trabalho, local de trabalho, gênero e afins.

Resume-se que o presente trabalho buscou a totalidade dos servidores, não havendo, portanto, critérios de inclusão ou exclusão. Isso porque o presente trabalho busca analisar o afastamento dos servidores e a relação com saúde mental e, no presente trabalho, não se diferenciou servidores de forma pontual.

Nos resultados encontrados, haverá maior detalhamento do perfil dos servidores, identificados ao longo da presente pesquisa.

Tabela 1 - Lista de Secretarias Municipais com siglas e observações pertinentes

Sigla	**Nome Completo**	**Observações**
GAB	Gabinete do Prefeito	Unidade que concentra servidores cedidos a administração indireta e a outros órgãos públicos
SEAJUR	Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos e Legislativos	
SEPLAN	Secretaria Municipal de Planejamento, Desenvolvimento Urbano e Habitação	
SECAD	Secretaria Municipal de Administração	
SEFIN	Secretaria Municipal de Finanças	
SEDUC	Secretaria Municipal de Educação	
SOSP	Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos	
SEDEPP	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico	
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde	
SEMOB	Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana e Cooperação em Segurança Pública	
SECULT	Secretaria Municipal de Cultura	
SEMEPP	Secretaria Municipal de Esportes	
SAS	Secretaria Municipal de Assistência Social	
SEMEA	Secretaria Municipal de Meio Ambiente	
SETEC	Secretaria Municipal de Tecnologia da Informação	
SECOM	Secretaria Municipal de Comunicação	
SETUR	Secretaria Municipal de Turismo	
SERIN	Secretaria Municipal de Relações Institucionais	Extinta pela Lei nº 10.414 de 13 de maio de 2021

SEAGRI	Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento	Criada pela Lei nº 10.414 de 13 de maio de 2021
CGM	Controladoria Geral do Município	Criada pela Lei nº 10.910 de 15 de junho de 2022

3.3 Variáveis

Todos os dados foram coletados individualmente do período de 2018 à 2023 (evoluindo anualmente), além de contarem com diferenciação por unidade gestora (Secretarias Municipais).

Visando construir o perfil dos servidores públicos municipais em questão, inicialmente buscou-se as variáveis quantitativas abaixo:

- Número Total: Dependente e Discreta;
- Gênero: Independente e Nominal;
- Escolaridade: Independente e Ordinal;
- Forma de Ingresso: Independente e Nominal;
- Salário Médio: Independente e Contínua.

Visando identificar o perfil dos afastamentos em geral, buscou-se as variáveis quantitativas abaixo:

- Total de Atestados Médicos: Dependente e Discreta;
- Total de Atestados Médicos por CID-10: Dependente e Discreta;
- Total de Dias de Afastamento: Dependente e Contínua;
- Total de Exonerações a Pedido: Dependente e Discreta;
- Total de Afastamento por “Assuntos Particulares”: Dependente e Discreta;
- Total de Comunicados de Acidente de Trabalho CAT: Dependente e Discreta;
- Total de Processos de Assédio Moral: Dependente e Discreta;
- Total de Falecimentos: Dependente e Discreta;
- Total de Aposentadorias concedidas: Dependente e Discreta;
- Total de Faltas Injustificadas: Dependente e Discreta.

Com base nas variáveis apresentadas, essa pesquisa pode ser classificada como uma pesquisa quantitativa descritiva e transversal. Essa abordagem é típica de estudos descritivos em epidemiologia ocupacional e administração pública, pois o objetivo é gerar insights que sirvam de base para políticas públicas ou intervenções organizacionais. Variáveis como "forma de ingresso" e "escolaridade" podem ser usadas para identificar fatores de risco ou padrões que influenciam o absenteísmo, enquanto variáveis

dependentes (como o "total de afastamentos") são analisadas como desdobramentos das condições do trabalho e saúde [122, 125].

3.4 Instrumentos de medição e técnicas

Todos os dados colhidos na presente pesquisa tiveram sua operacionalização por meio da Lei de Acesso à Informação – LAI (Lei Federal n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011), um instrumento que subsidia o direito a informações sobre a administração pública a qualquer cidadão. Requisitados por três protocolos ao Município de Presidente Prudente, conforme Anexos A, B, C, D e E, os pedidos foram respondidos conforme o instrumento legal regulamenta.

Coleta de dados científicos por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI) é uma ferramenta válida e reconhecida no campo científico, especialmente em pesquisas que envolvem dados públicos, administrativos ou de interesse coletivo. A LAI garante o direito de acesso às informações de órgãos públicos, promovendo transparência e fornecendo dados que podem ser usados como subsídios em diversas áreas de pesquisa. Sua utilização no âmbito científico está ancorada em princípios éticos e legais que reforçam sua validade.

É habitual que pesquisadores em ciências sociais, saúde pública e administração frequentemente utilizam dados obtidos pela LAI para analisar políticas públicas, impactos sociais e condições de trabalho. Estudos apontam que a transparência dos dados públicos fortalece a produção científica, permitindo análises críticas e o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências [123, 124].

Quanto aos afastamentos médicos, usou-se o CID-10 como referência. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é amplamente utilizado como referência em estudos sobre absenteísmo e saúde mental por ser parte técnica fundamental da justificativa do afastamento do servidor. Essa ferramenta classifica doenças e condições de saúde em códigos padronizados, permitindo uniformidade na coleta, análise e comparação de dados epidemiológicos. Na análise de absenteísmo, o CID-10 oferece subsídios para identificar as causas mais frequentes de afastamentos e para elaborar políticas públicas e organizacionais mais eficazes.

Seu uso é respaldado por regulamentações e normas que visam garantir a uniformidade e a transparência nas informações sobre diagnósticos médicos. O Código CID-10, ainda vigente e adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e implementado no Brasil pelo Ministério da Saúde, tem um papel essencial na organização e análise das estatísticas de saúde pública. Além disso, é utilizado para justificar

afastamentos e benefícios previdenciários, como no caso de licenças médicas [18,126,127].

A Lei nº 8.213/1991, que trata dos Planos de Benefícios da Previdência Social no Brasil, especifica a necessidade de diagnóstico médico para concessão de benefícios por incapacidade, como auxílio-doença, que deve ser acompanhado pelo CID-10 para a comprovação do estado de saúde do beneficiário (Art. 59 e Art. 60). Além disso, o Manual de Perícia Médica do INSS exige que os atestados médicos e os laudos periciais utilizem a codificação do CID-10 para a justificação de afastamentos por doença [127].

No contexto brasileiro, a Portaria n.º 3.588/2017, que consolida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), utiliza o CID-10 como base para organizar e registrar atendimentos em saúde mental. Embora não trate exclusivamente do absenteísmo, a portaria reforça a relevância do CID-10 na gestão de dados sobre transtornos mentais no trabalho [128]. O CID-10 permite categorizar essas condições de maneira padronizada, facilitando a análise estatística e o planejamento de intervenções específicas.

Quanto a coleta de dados, em trabalhos acadêmicos que envolvem saúde do trabalhador, absenteísmo e impactos de políticas públicas, a LAI tem sido utilizada como fonte primária para coleta de informações, uma vez que muitos desses dados são armazenados por órgãos públicos e não estão disponíveis diretamente em plataformas científicas [129].

Importante ainda ressaltar que em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, os dados em questão, são de domínio, uma vez que não identificam os participantes da pesquisa e, desta forma, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Em consonância, estão aderentes à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), uma vez que se buscou total anonimização [11, 15].

Com os dados coletados, foi realizada a análise documental e posterior organização dos dados em planilhas usando o software Microsoft Excel, visando mensurar variáveis, identificar padrões e realizar análises estatísticas.

3.5 Procedimentos

Adotando uma abordagem quantitativa e descritiva, a pesquisa buscou compreender os padrões e fatores associados ao afastamento dos servidores públicos do Município de Presidente Prudente.

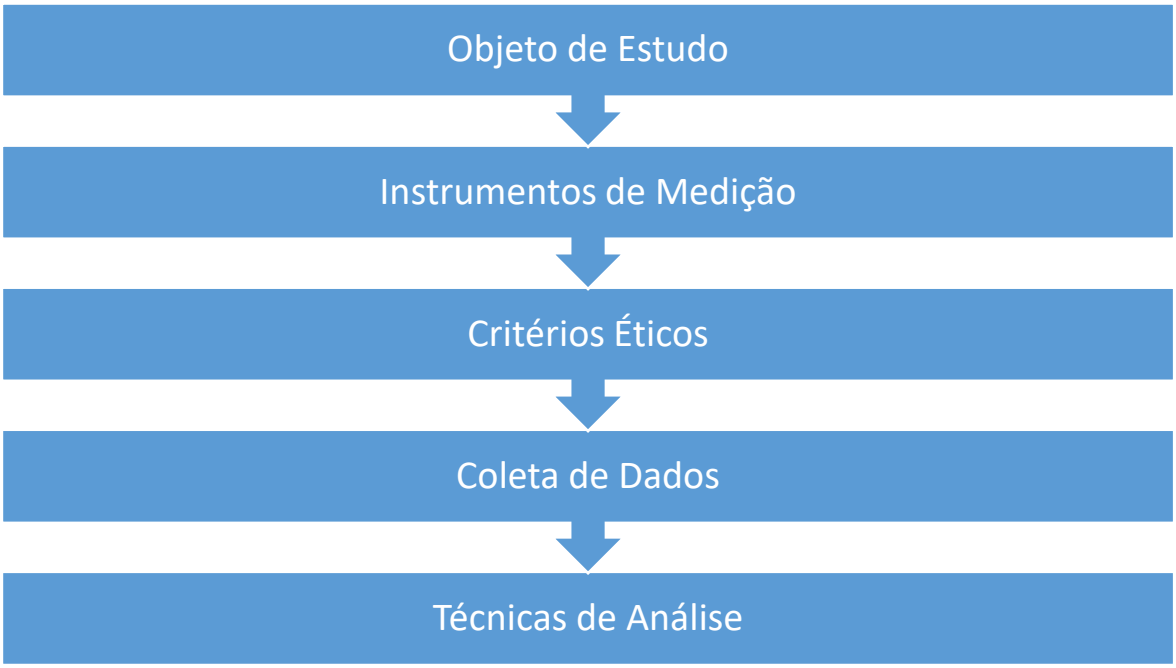


Figura 1 - Fluxograma dos procedimentos adotados na pesquisa

Seguindo uma estrutura organizada, os procedimentos metodológicos contemplaram:

1. Definição do Objeto de Estudo: O foco foi direcionado aos afastamentos dos servidores públicos da Cidade de Presidente Prudente – SP.
2. Instrumentos de Medição: Foram selecionados os dados pertinentes, como número de atestados médicos, dias de afastamento, incidentes de assédio moral, acidentes de trabalho, gênero, entre outros.
    a. Variáveis foram classificadas de acordo com suas características, natureza e escala.
    b. Definição do período de Coleta e Escopo Temporal: Dados foram coletados e analisados compreendendo um período de 2018 a 2023, garantindo uma visão longitudinal e abrangente.
3. Critérios Éticos: Garantiu-se confidencialidade e anonimato dos servidores analisados. Seguiram-se os princípios éticos normativos para pesquisas com dados administrativos.
4. Coleta de Dados:
    a. Lei de Acesso à Informação: Instrumento central na obtenção de informações detalhadas, como número total de afastamentos, diagnósticos (CID-10), e causas registradas.
    b. Portal da Transparência: Por meio deste, foi possível complementar informações como, rendimento médio dos servidores.

5. Técnicas de Análise
    a. Análise estatística descritiva para identificar padrões e frequências.
    b. Uso de tabelas e gráficos para visualização de dados, facilitando a interpretação dos resultados.

Esses procedimentos garantiram uma análise robusta e metodologicamente consistente, permitindo compreender os fenômenos associados ao absenteísmo e propor melhorias na gestão de pessoas no setor público.

3.6 Análise estatística

Utilizando o Microsoft Excel do pacote Microsoft Office Profissional Plus 2019 e com características mistas, as análises estatísticas visaram cruzamento dos dados para, em um primeiro momento, identificar, em sua evolução temporal (individualmente entre 2018 a 2023):

- Perfil dos servidores:
    - Sexo;
    - Escolaridade;
    - Unidade de Lotação (Unidade Gestora);
    - Forma de Ingresso;
    - Salário médio.
- Perfil dos afastamentos (médicos e não médicos):
    - Quantidade de atestados médicos (independentemente da duração do afastamento);
    - Quantidade de dias de afastamento;
    - Quantidade de exonerações a pedido.
    - Quantidade de dias afastamentos por assuntos particulares;
    - Quantidade de falta injustificada;
    - Quantidade de aposentadorias;
    - Quantidade de falecimentos;
    - Quantidade de Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT.
- Perfil do CID-10 dos atestados médicos apresentados;
- Perfil dos atestados médicos relacionados à saúde mental.
    - Quantidade de atestados do Grupo F (totalidade) e Z73 (incluindo suas classes).
- Incidências de Assédio Moral registradas.

Com os dados planilhados, análises estatísticas descritivas foram capazes de resumir e representar o perfil dos servidores e afastamentos de forma clara. Isso porque, entre outros, possibilitou a distribuição de frequência (porcentagens para variáveis categóricas como sexo, escolaridade e unidade gestora) e as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio-padrão) para variáveis contínuas como salário médio e quantidade de dias de afastamento.

Foi possível também, por meio de análises de correlação, identificar unidades gestoras com maior afastamento com diagnósticos relacionados a saúde mental, faltas injustificadas, falecimentos, casos registrados de assédio moral e demais afastamentos não médicos.

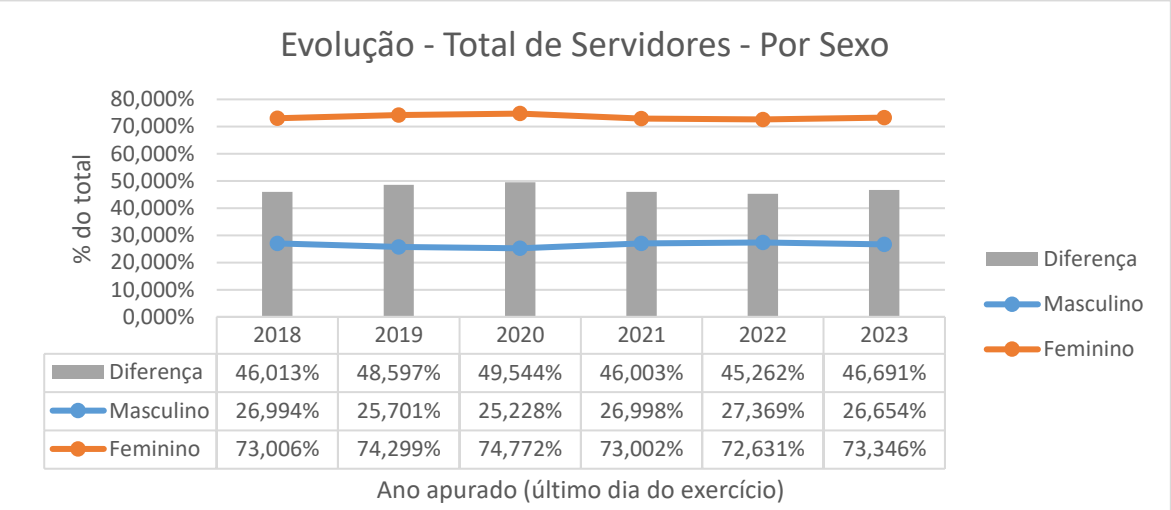
Foram realizadas também comparações de médias entre todos os casos de afastamentos, usando observar comportamentos em comum e até mesmo discrepâncias a serem aprofundadas.

Por fim, há de se ressaltar que as análises também seguiram o acompanhamento temporal (2018 a 2023). Isso porque, diante da pandemia de COVID-19, anunciada pela OMS como em vigência entre 2020 a 2023, os dados tenderiam a sofrer interferência direta, haja visto se falar em saúde pública.

4. RESULTADOS

4.1 Perfil do Servidor Público

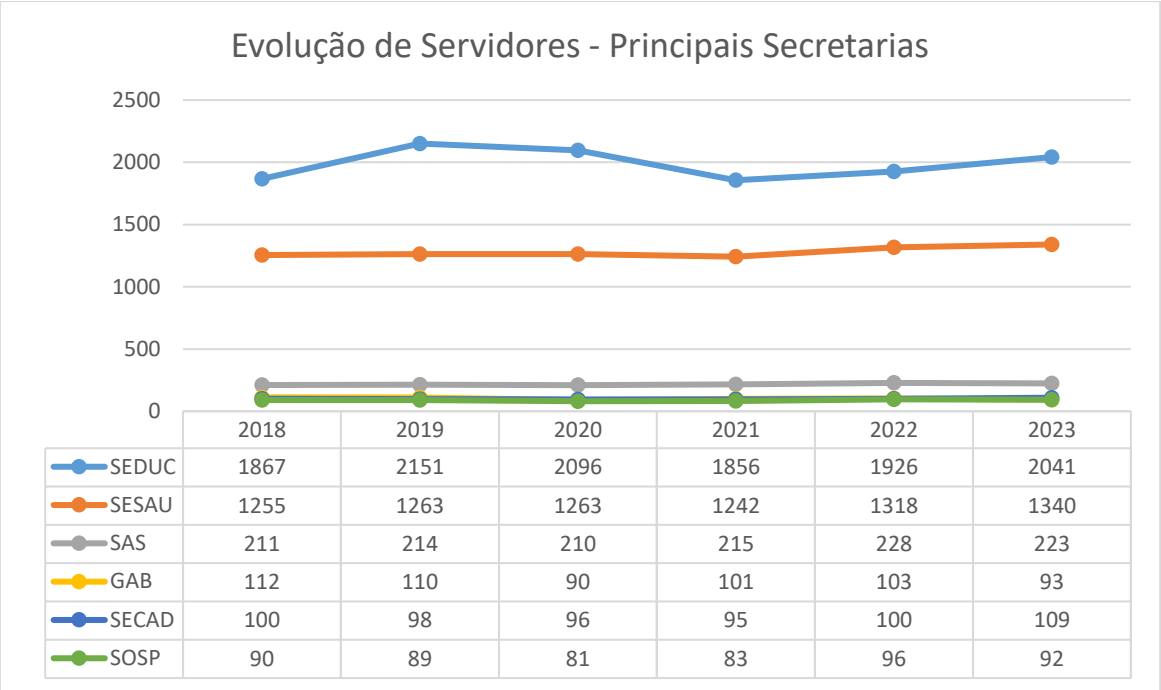
Após levantamento realizado, visando criação do perfil dos servidores em questão (Anexo A), obtivemos que em 2023 (dia 31/12/2023) o Município contava com 4382 servidores, destes sendo 3214 do sexo feminino (73,346%) e 1168 do sexo masculino (26,654%). Visando dado mais concreto, usando a média entre 2018 a 2023, Presidente Prudente possui uma média de 4251 servidores, mantendo sempre o percentual entre os gêneros. Atualmente são divididos por 19 unidades gestores, mais conhecidas como Secretarias Municipais.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Diferença	46,013%	48,597%	49,544%	46,003%	45,262%	46,691%
Masculino	26,994%	25,701%	25,228%	26,998%	27,369%	26,654%
Feminino	73,006%	74,299%	74,772%	73,002%	72,631%	73,346%

Gráfico 1 - Gráfico da evolução de servidores - por sexo - 2018 a 2023

No que tange a quantidade de servidores e suas distribuições por unidades gestoras, constata-se que as 5 principais detentoras são Sec. Mun. de Educação (46,799%), Sec. Mun. de Saúde (30,113%), Sec. Mun. de Assistência Social (5,101%), Gabinete do Prefeito (2,388%), Sec. Mun. de Administração (2,344%) e Sec. Mun. de Obras e Serv. Públicos (2,082%). Juntas elas totalizam 88,827% do total de servidores públicos municipais.

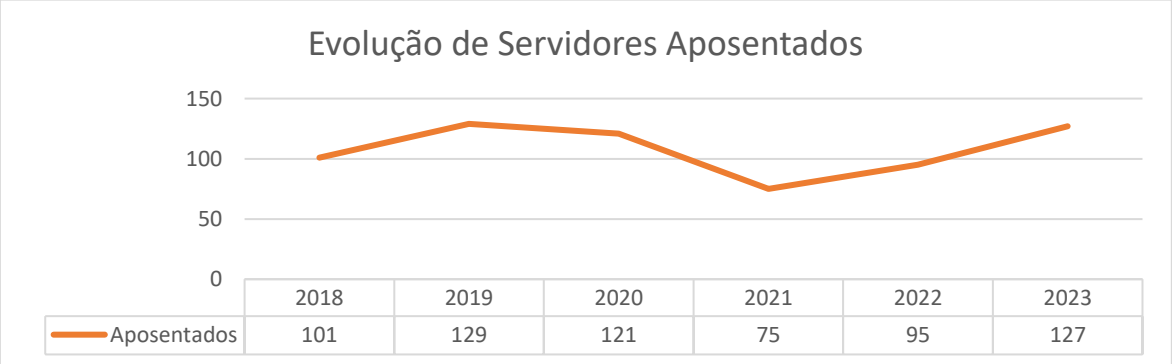


	2018	2019	2020	2021	2022	2023
SEDUC	1867	2151	2096	1856	1926	2041
SESAU	1255	1263	1263	1242	1318	1340
SAS	211	214	210	215	228	223
GAB	112	110	90	101	103	93
SECAD	100	98	96	95	100	109
SOSP	90	89	81	83	96	92

Gráfico 2 - Gráfico de Evolução do total de servidores nas Principais Secretarias

Ainda que são seja o alvo da presente pesquisa, nota-se que no período pandêmico (COVID-19), a principal baixa de servidores se deu na Sec. Mun. de Educação, totalizando perdas ainda não recuperadas mesmo com a finalização da pandemia. Consolidado mais a frente (gráfico 6), observa-se que a perda em questão é de servidores concursados. No total do Município, considerando 2019 (início efetivo da pandemia), haviam 4420 servidores, que foram se reduzindo à 4041 em 2021 (clímax da pandemia). Atualmente conta-se com 4382 servidores.

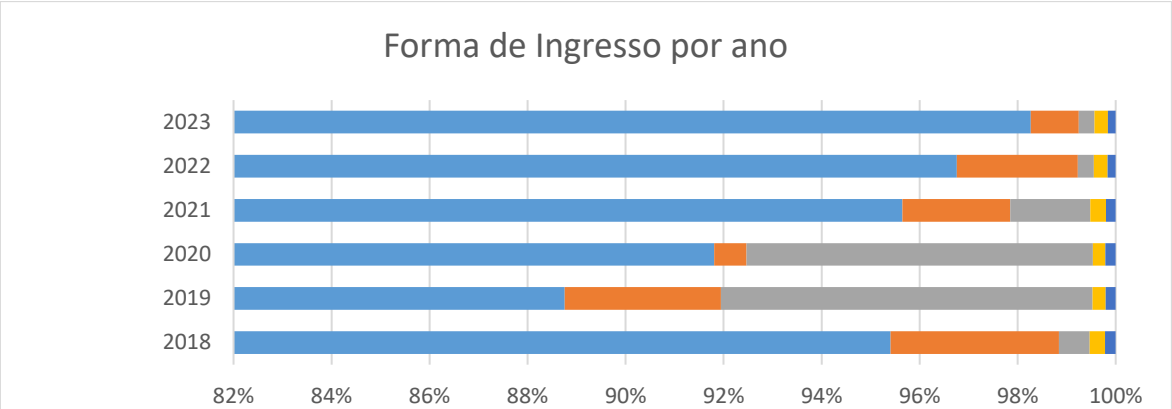
Acompanhando o mesmo padrão, houve desaceleração do número total de servidores aposentados no período pandêmico.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aposentados	101	129	121	75	95	127

Gráfico 3 - Gráfico do total de servidores aposentados entre 2018 a 2023

Quanto a forma de ingresso, constatou-se que, na média do período, 94,405% dos servidores são ingressantes por meio de concursos públicos, seguidos e 2,968% por processos seletivos, 2,148% por cargos em comissão, 0,286% por critérios eletivos e 0,192% por estabilidade (cargos regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho).



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Concurso	3948	3923	3923	3865	4115	4306
Comissão	142	141	28	89	105	43
Processo Seletivo	26	335	302	66	14	14
Eletivo	13	12	11	13	12	12
CLT - Estáveis	9	9	9	8	7	7

Gráfico 4 - Gráfico de forma de ingressos de servidores por ano

Quanto à escolaridade dos servidores, observa-se predominância de ensino superior (de qualquer grau), com média de 36,595%, seguido de ensino médio (20,540%), ensino fundamental completo (2,379%), ensino fundamental incompleto (2,347%), ensino superior incompleto (0,947%), ensino médio incompleto (0,582%) e não alfabetizados (0,015%).

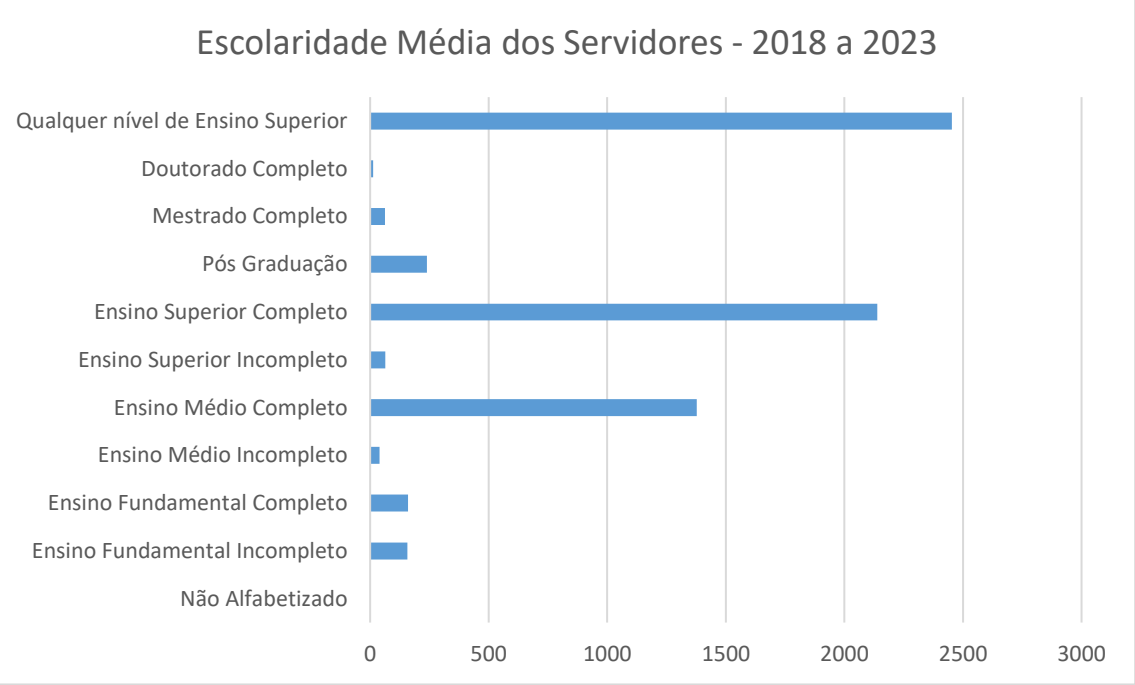


Gráfico 5 - Gráfico da Escolaridade Média dos Servidores Públicos do Município de Presidente Prudente - Média total de 2018 a 2023

Complementarmente, obteve que houveram 60 falecimento de servidores ativos entre 2018 a 2023, sendo as unidades gestores com maior número de ocorrências a Sec. Mun. de Educação (33,333%), Sec. Mun. de Saúde (23,333%), Gabinete do Prefeito (15%), Sec. Mun. de Obras e Serv. Públicos (11,667%), Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Coop. em Seg. Pública (5%) e Sec. Mun. de Esportes (3,333%).

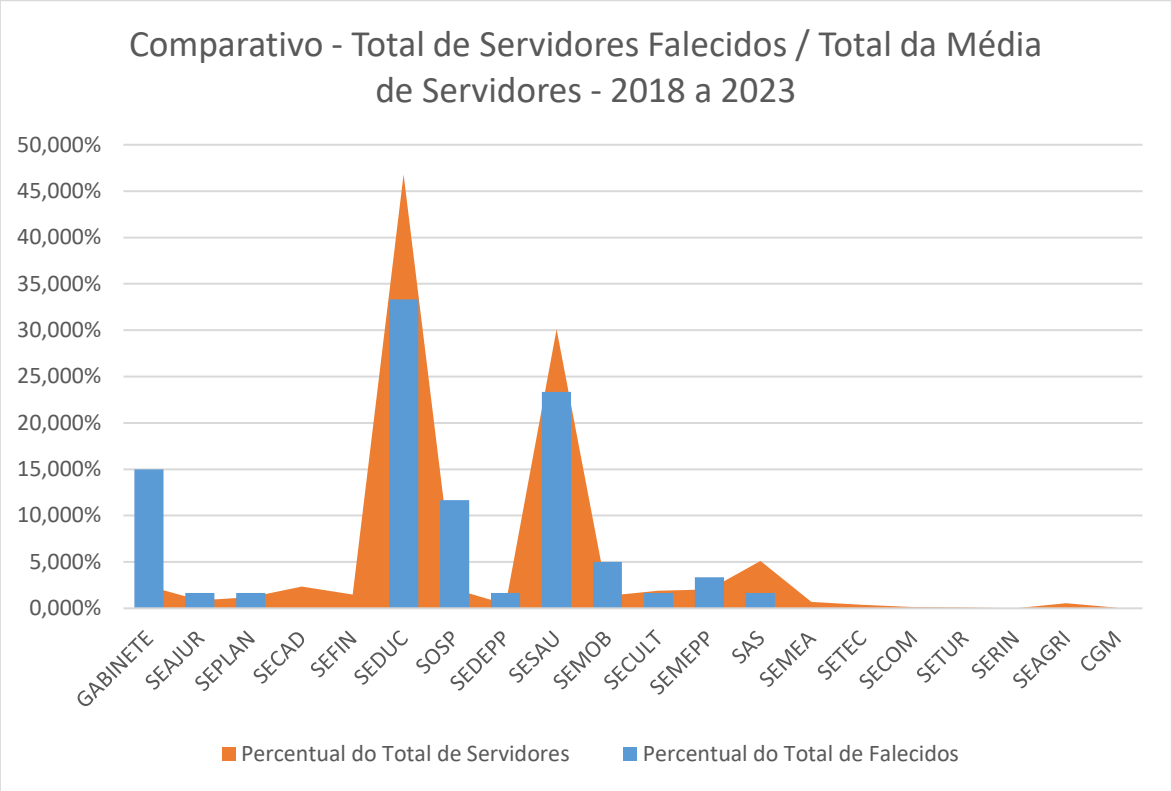
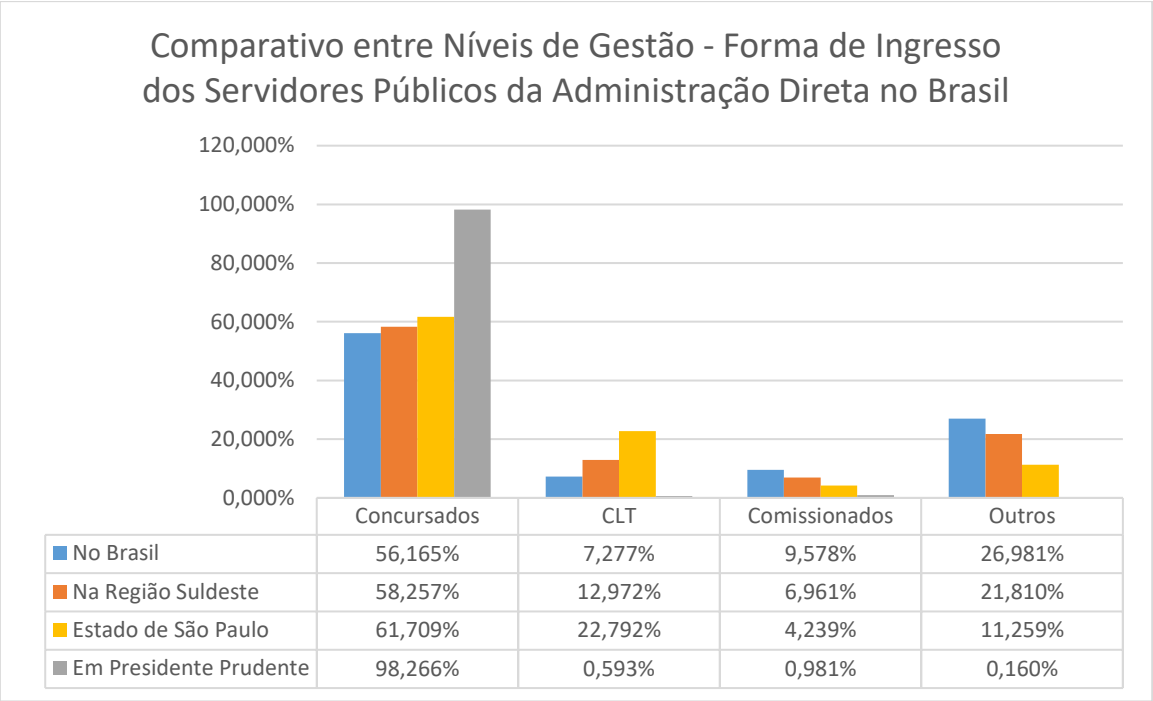


Gráfico 6 - Gráfico Comparativo - Total de Servidores Falecidos / Total da Média de Servidores - 2018 a 2023

Com salário médio bruto de R$ 5.204,28 mensal por servidor (dado de novembro 2023), compreende-se que os servidores público municipais de presidente prudente são majoritariamente do sexo feminino, possuem ensino superior completo de qualquer natureza e são ingressantes por concurso público.

No comparativo com os dados do IBGE de 2023, obtemos, em resumo, as informações abaixo relacionadas sobre a forma de ingresso.



	Concursados	CLT	Comissionados	Outros
No Brasil	56,165%	7,277%	9,578%	26,981%
Na Região Suldeste	58,257%	12,972%	6,961%	21,810%
Estado de São Paulo	61,709%	22,792%	4,239%	11,259%
Em Presidente Prudente	98,266%	0,593%	0,981%	0,160%

Gráfico 7 - Gráfico Comparativo entre Níveis de Gestão - Forma de Ingresso dos Servidores Públicos da Administração Direta no Brasil - Dados IBGE 2023 e coletados

Ainda no comparativo com os mesmos dados, os comparativos sobre o gênero dos servidores são expostos abaixo.

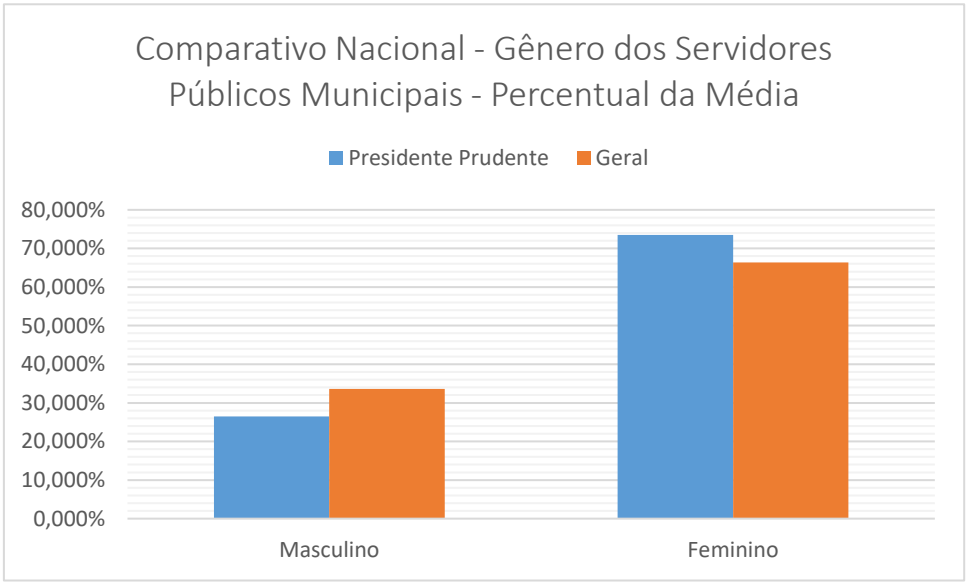
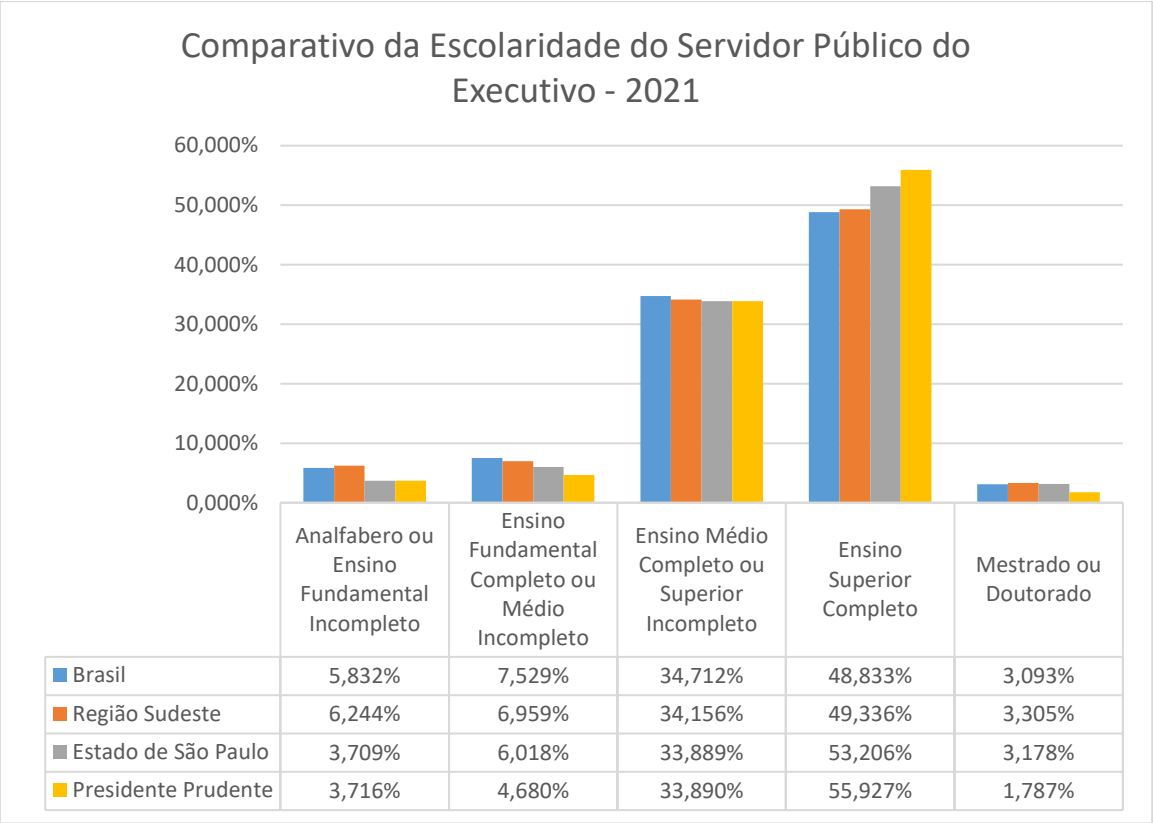


Gráfico 8 - Gráfico Comparativo Nacional - Gênero dos Servidores Públicos Municipais - Percentual da Média

Com base no Atlas Brasileiro do IPEA [52], comparou-se ainda sobre a escolaridade dos servidores, o obteve-se o abaixo disposto.



	Analfabero ou Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo ou Médio Incompleto	Ensino Médio Completo ou Superior Incompleto	Ensino Superior Completo	Mestrado ou Doutorado
Brasil	5,832%	7,529%	34,712%	48,833%	3,093%
Região Sudeste	6,244%	6,959%	34,156%	49,336%	3,305%
Estado de São Paulo	3,709%	6,018%	33,889%	53,206%	3,178%
Presidente Prudente	3,716%	4,680%	33,890%	55,927%	1,787%

Gráfico 9 - Comparativo da Escolaridade do Servidor Público do Executivo – 2021

Ainda com base no Atlas Brasileiro do IPEA [52], comparando o salário médio dos Servidores Públicos obteve-se o abaixo.

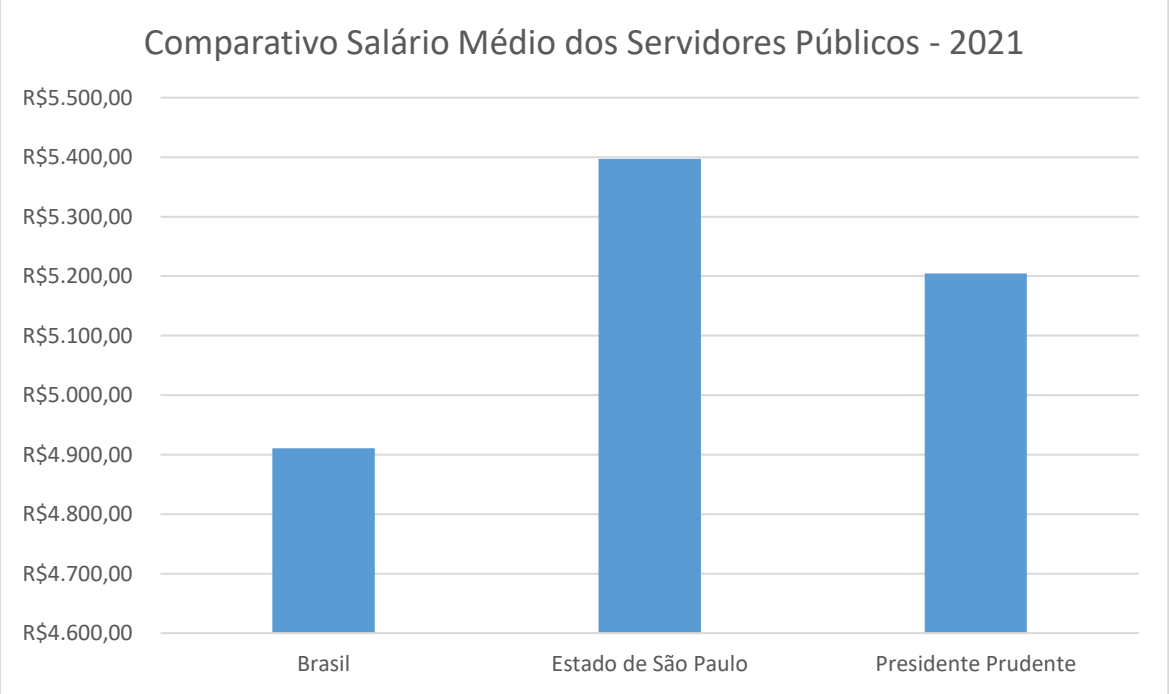


Gráfico 10 - Gráfico Comparativo Salário Médio dos Servidores Públicos - 2021 - Dados Atlas do Estado Brasileiro IPEA e do Autor.

4.2 Perfil dos Afastamentos

Os servidores públicos municipais de Presidente Prudente - SP, em sua maioria, são regidos pelo Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, um ato legislativo compilado como Lei Municipal nº 5/1991 [45]. Neste, identificamos que as principais possibilidades de afastamentos são (art. 98):

- Licença para tratamento de saúde;
- Licença por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro (não remunerada);
- Licença maternidade e paternidade;
- Licença para serviço militar;
- Licença para atividade política (não remunerada);
- Licença de interesses particulares (não remunerada);
- Licença prêmio por assiduidade;
- Licença para desempenho de mandato classista.

A presente pesquisa buscou coletar informações que trouxesse pertinência direta `a saúde mental e, desta forma, focou na Licença para tratamento de saúde e na licença de interesses particulares.

Quanto a licença de assuntos particulares, trata-se de um direito do servidor público municipal a cada 2 anos, podendo ser interrompida a qualquer momento a pedido da administração pública e do servidor, sem remuneração [45] e que notoriamente é alvo de utilização do servidor por conta de questões de saúde. Isso porque há situações de constrangimento até no ato pericial, uma vez é comum vinculo do servidor com os profissionais responsáveis pela perícia, que também são servidores públicos municipais [46, 47 e 48].

Sobre esta licença, os dados coletados focaram em licenças de ao menos 6 (seis) meses e obteve-se que, de forma esmagadora, a Sec. Mun. de Educação é a principal unidade gestora a utilizar este recurso, com 70,769% do total, seguido da Sec. Mun. de Saúde (13,846%), Sec. Mun. de Assistência Social (6,154%), Sec. Mun. de Cultura (3,077%) e, empatadas, Gabinete do Prefeito, Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos, Sec. Mun. de Administração e Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Cooperação em Seg. Pública (todas estas com 1,538%).

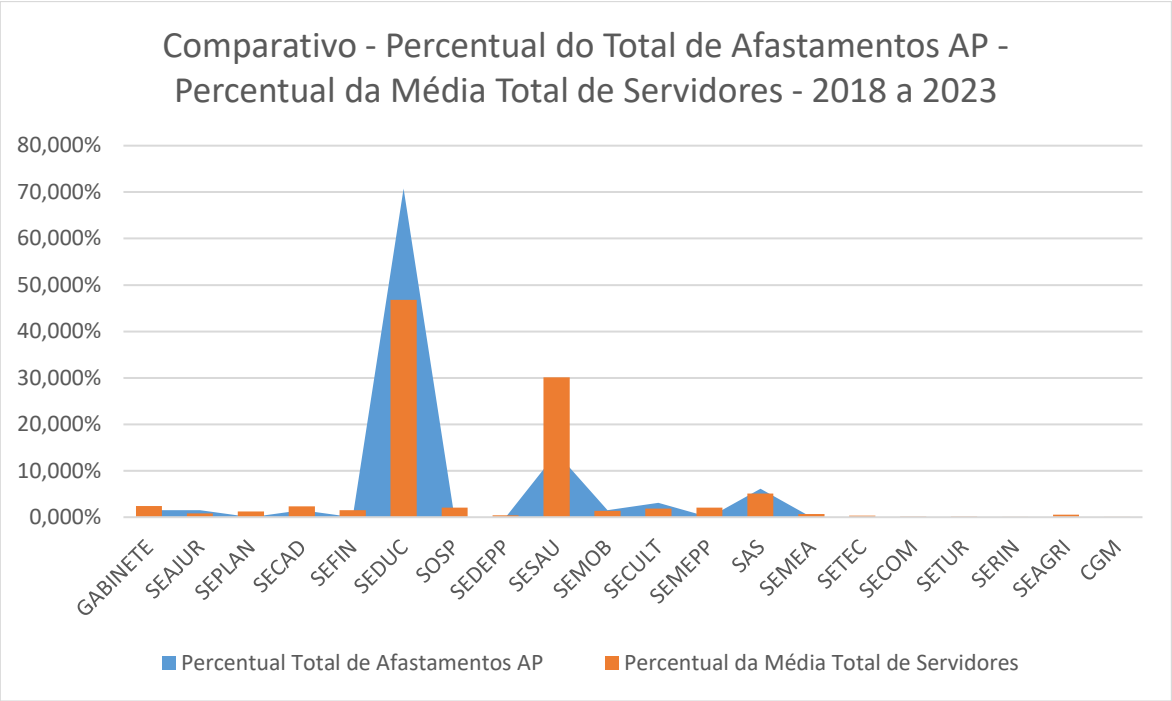


Gráfico 11 - Gráfico Comparativo - Percentual do Total de Afastamentos AP - Percentual da Média Total de Servidores - 2018 a 2023

Coletou-se ainda os dados sobre as exonerações dos servidores a pedido dos próprios. No geral este dado representa o conhecido pedido de demissão, ao qual o servidor se desliga do setor público sem necessidade de descrição do motivo, podendo ter suas causas variadas entre insatisfação à conquista de novas oportunidades. Em percentual da média, do período, as principais unidades gestoras que apresentaram estes dados foram: Sec. Mun. de Educação (38,173%), Sec. Mun. de Saúde (30,445%), Gabinete do Prefeito (3,981%), Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Coop. Seg. Pública (3,741%) e Sec. Mun. de Assistência Social (3,741%).



Gráfico 12 - Gráfico Percentual da Média Total por Secretaria - 2018 a 2023

Com relação à incidência de ações de indenização por danos morais instaurados por servidores, obteve-se como resposta que, entre 2018 a 2023, apenas 5 processos foram peticionados, sendo 3 (três) na Sec. Mun. de Educação e 2 (dois) na Sec. Mun. de Cultura.

Quanto aos afastamentos para tratamento de saúde, coletou-se os dados gerais e os que são focados na saúde mental. De forma geral, obteve que o Município recebe, em média, 14131 atestados médicos, independentemente da quantidade de dias de afastamento (dados estes detalhados mais abaixo). Somente nos anos de 2018 a 2023 foram 84791 atestados. Identificou-se ainda que as unidades gestoras com maior incidência na média do período são: Sec. Mun. de Educação (53,507%), Sec. Mun. de Saúde (35,440%), Sec. Mun. de Assistência Social (3,204%), Sec. Mun. de Administração (2,212%) e Sec. Mun. de Cultura (1,180%).

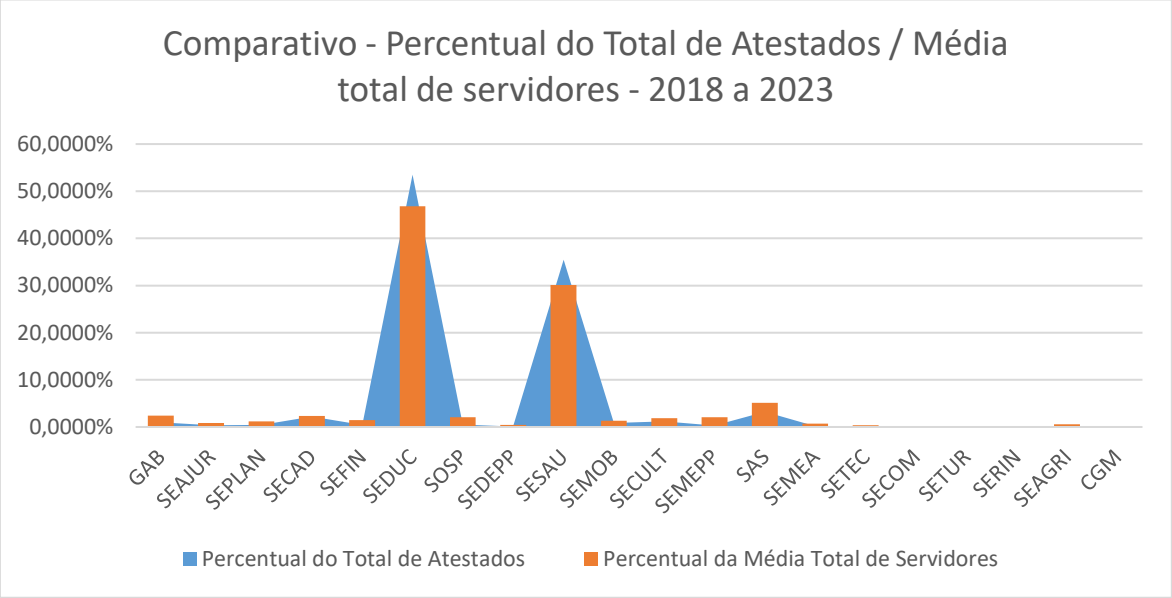


Gráfico 13 - Gráfico Comparativo - Percentual do Total de Atestados / Média total de servidores - 2018 a 2023

Os dados coletados ainda permitiram desenhar o comportamento da apresentação de atestados durante o período da pesquisa, conforme gráfico 10. Nota-se nesta informação um comportamento invertido da Sec. Mun. de Educação em comparação às demais. Ou seja, durante o período pandêmico houve significativa redução de atestados médicos nesta unidade gestora, comportamento inverso ao que ocorreu com as demais.

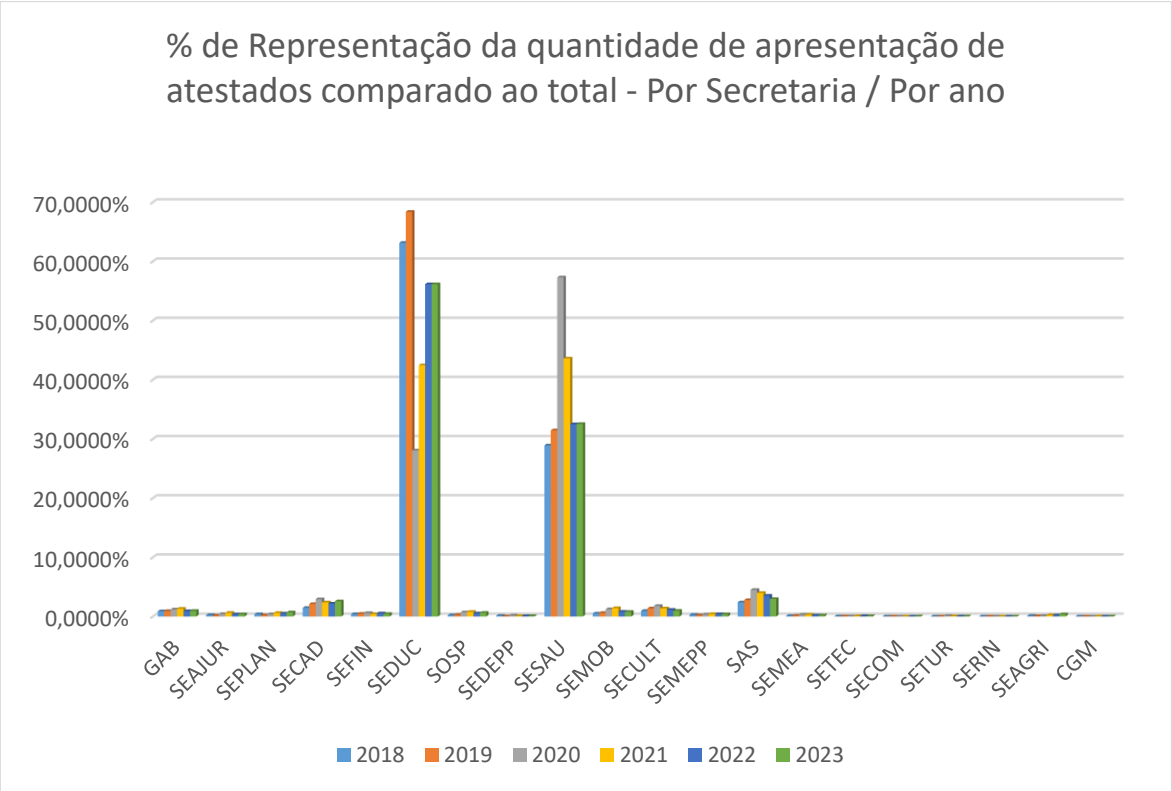


Gráfico 14 - Gráfico percentual de Representação da quantidade de apresentação de atestados comparado ao total - Por Secretaria / Por ano

No que tange a quantidade de dias de afastamentos por motivos de saúde, dado este transcrito em cada atestado médico, iniciando em 1 (um) dia, obtivemos que as principais unidades gestoras são: Sec. Mun. de Educação (48,138%), Sec. Mun. de Saúde (36,632%), Sec. Mun. de Assistência Social (4,378%), Sec. Mun. de Administração (2,804%) e Gabinete do Prefeito (1,218%). No período da pesquisa (2018 a 2023) foram 491.418 dias de afastamento, gerando uma média de 81903 dias por ano. Isso significa na perda de cerca de 225 servidores anualmente, se as licenças fossem ininterruptas.

Complementarmente ao exposto no gráfico 10, os dados possibilitaram a análise do comportamento dos totais de dias de afastamento no período da pesquisa por unidade gestora. Observou-se então que, em contraposição com o número de atestados apresentados, o número de dias de afastamento por atestado teve um significativo aumento na Sec. Mun. de Educação no período pandêmico. Observou-se também um aumento exponencial constante mesmo após o período pandêmico em algumas unidades gestores, a exemplo do Gabinete do Prefeito, Sec. Mun. de Plan. Des. Urbano e Habitação, Sec. Mun. de Administração, Sec. Mun. de Educação, Sec. Mun. de Esportes e Sec. Mun. de Assistência Social.



Gráfico 15 - Gráfico do Total de dias de afastamento, por Secretaria, por ano - 2018 a 2023

Realizando comparativos entre a quantidade de atestados e os dias de afastamento, obtemos que as principais unidades gestoras com maior quantidade de dias por atestado (razão) são, respectivamente: Sec. Mun. de Desenvolvimento Econômico (40,911 dias/atestado), Sec. Mun. de Meio Ambiente (14,090 dias/atestado), Sec. Mun. de Esporte (13,446 dias/atestado), Sec. Mun. de Turismo (12,812 dias/atestado) e Sec. Mun. de Obras e Serv. Públicos (11,793 dias/atestado).



Gráfico 16 - Gráfico da Razão Dias de Afastamento/Atestados - Por Secretaria - 2018 a 2023

Em se tratando especificamente de saúde mental, a presente pesquisa utilizou como base o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), mais

especificamente o grupo F (completo), que se refere a Transtornos Mentais e Comportamentais. Incluiu-se também certas classificações do grupo Z, que dizem respeito a fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde, principalmente os que dizem respeito a vida ocupacional (Z73 e suas subclasses) [49].

Considerando o total de atestados catalogados exclusivamente à saúde mental, é possível observar que as unidades gestoras com maior incidência, na média, são respectivamente: Sec. Mun. de Educação (52,982%), Sec. Mun. de Saúde (34,101%), Sec. Mun. de Administração (3,917%), Sec. Mun. de Assistência Social (3,741%) e Sec. Mun. de Cultura (1,567%).

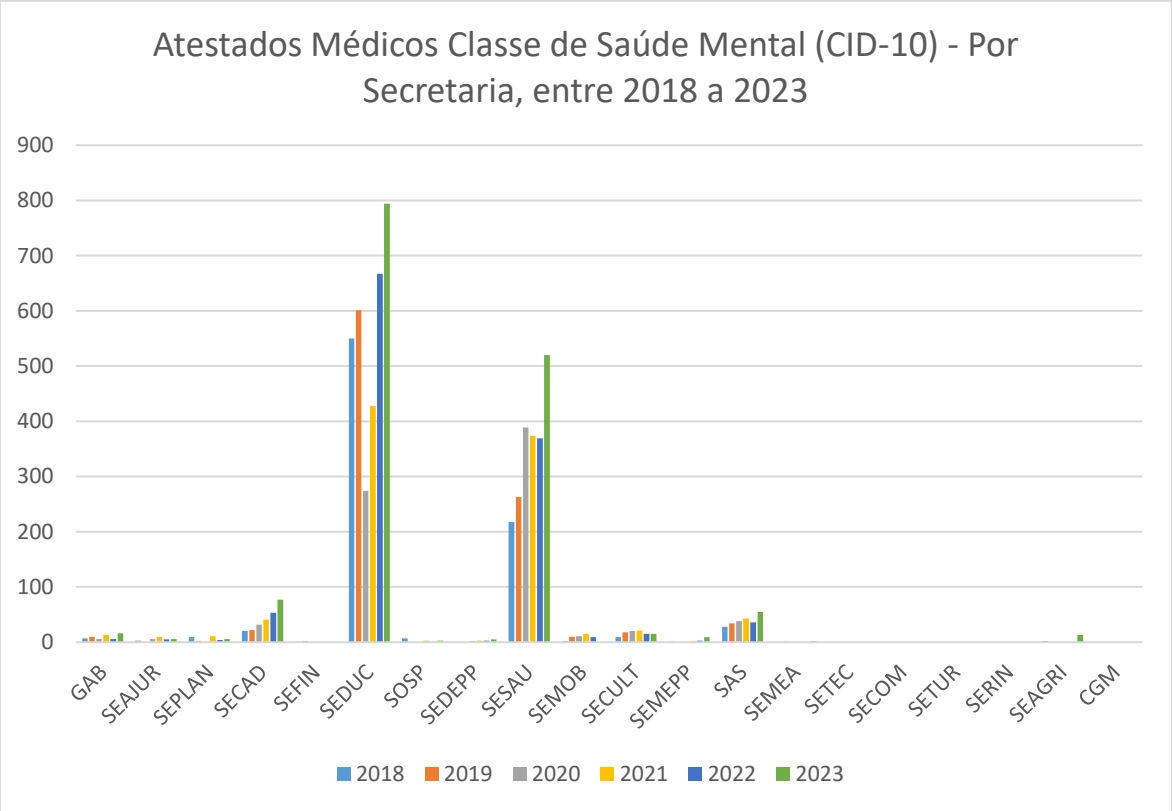


Gráfico 17 - Gráfico Atestados Médicos Classe de Saúde Mental (CID-10) - Por Secretaria, entre 2018 a 2023

Quando comparado ao percentual do total de atestados, entre as unidades gestoras observamos um movimento análogo à razão de atestados por dias de afastamento.

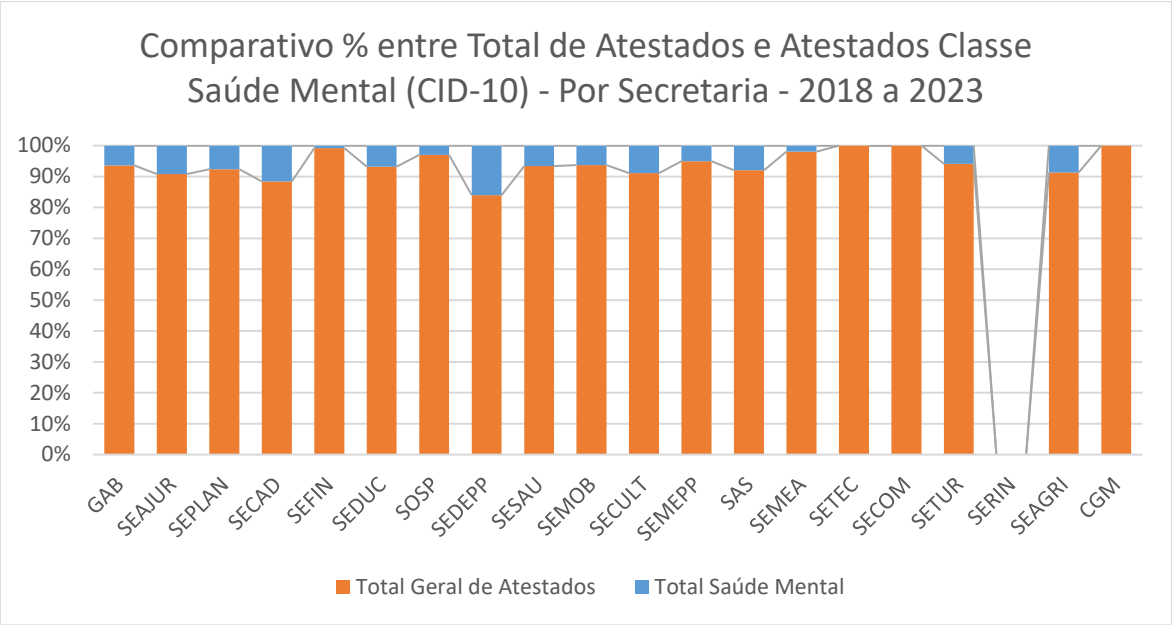
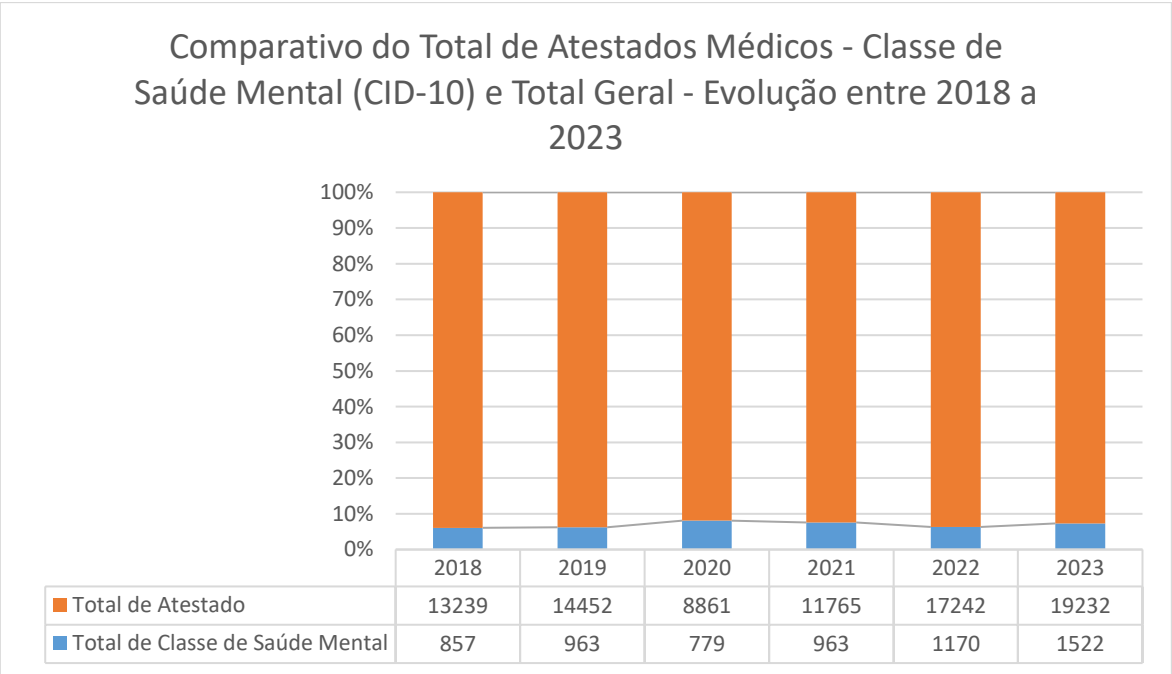


Gráfico 18 - Gráfico Comparativo percentual entre Total de Atestados e Atestados Classe Saúde Mental (CID-10) - Por Secretaria - 2018 a 2023

Comparando o total de atestados médicos apresentados e o total de atestados médicos relacionados a Saúde Mental observa-se notória influência do período pandêmico na saúde mental dos servidores porem com crescente evolução ainda após o período supracitado.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total de Atestado	13239	14452	8861	11765	17242	19232
Total de Classe de Saúde Mental	857	963	779	963	1170	1522

Gráfico 19 - Gráfico Comparativo do Total de Atestados Médicos - Classe de Saúde Mental (CID-10) e Total Geral - Evolução entre 2018 a 2023

Em evolução exponencial desde 2020, entre 2018 e 2023 houve aumento de 77,596% na incidência de atestados referentes à saúde mental.

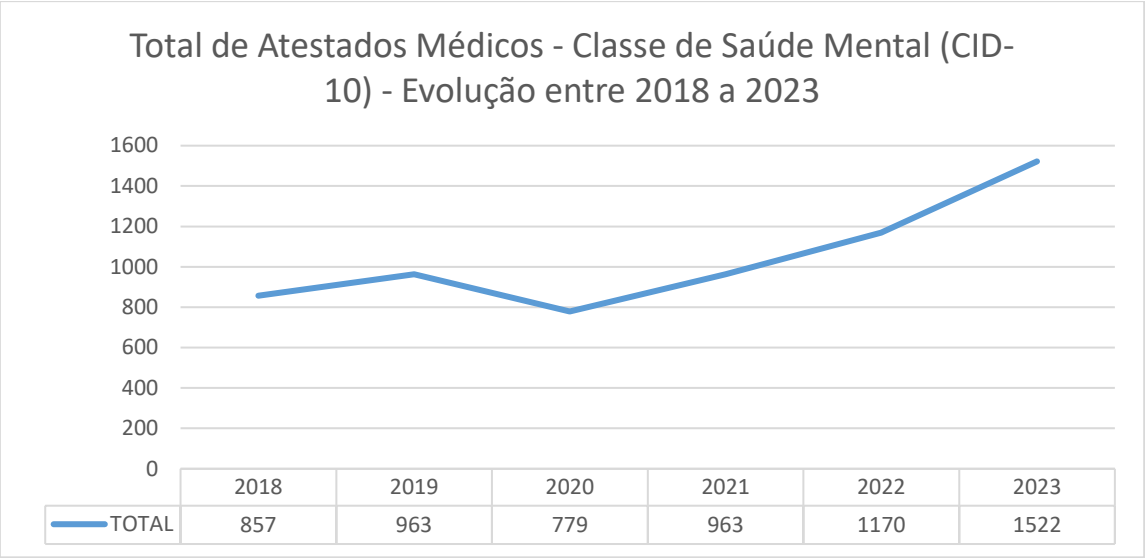


Gráfico 20 - Gráfico do Total de Atestados Médicos - Classe de Saúde Mental (CID-10) - Evolução entre 2018 a 2023

Aumentando o nível de detalhamento no que tange aos diagnósticos de saúde mental, observamos os 15 (quinze) principais patologias abaixo dispostas.

Tabela 2 - Lista das 15 principais patologias em saúde mental identificadas entre 2018 a 2023

CID-10	Patologia	Total 2018 - 2023	% DO TOTAL
F412	Transtorno misto ansioso e depressivo	803	12,840%
F411	Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	692	11,065%
F41	Outros transtornos ansiosos	549	8,778%
F331	Episódio depressivo recorrente, moderado	474	7,579%
F332	Episódio depressivo recorrente, grave, sem sintomas psicóticos	467	7,467%
F33	Transtorno depressivo recorrente	368	5,884%
F410	Transtorno de pânico (episódios paroxísticos de ansiedade)	276	4,413%
F432	Transtornos de adaptação	237	3,790%
F321	Episódio depressivo moderado	225	3,598%
F322	Episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos	224	3,582%
F32	Episódio depressivo	201	3,214%
F43	Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	201	3,214%
F31	Transtorno bipolar afetivo	142	2,271%
F314	Transtorno bipolar, episódio atual depressivo grave, sem sintomas psicóticos	118	1,887%
F313	Transtorno bipolar, episódio atual depressivo moderado	97	1,551%

Observando a evolução das 15 (quinze) principais patologias em saúde mental observadas no período de 2018 a 2023 observamos que as principais patologias estão em constante evolução ao longo dos anos.

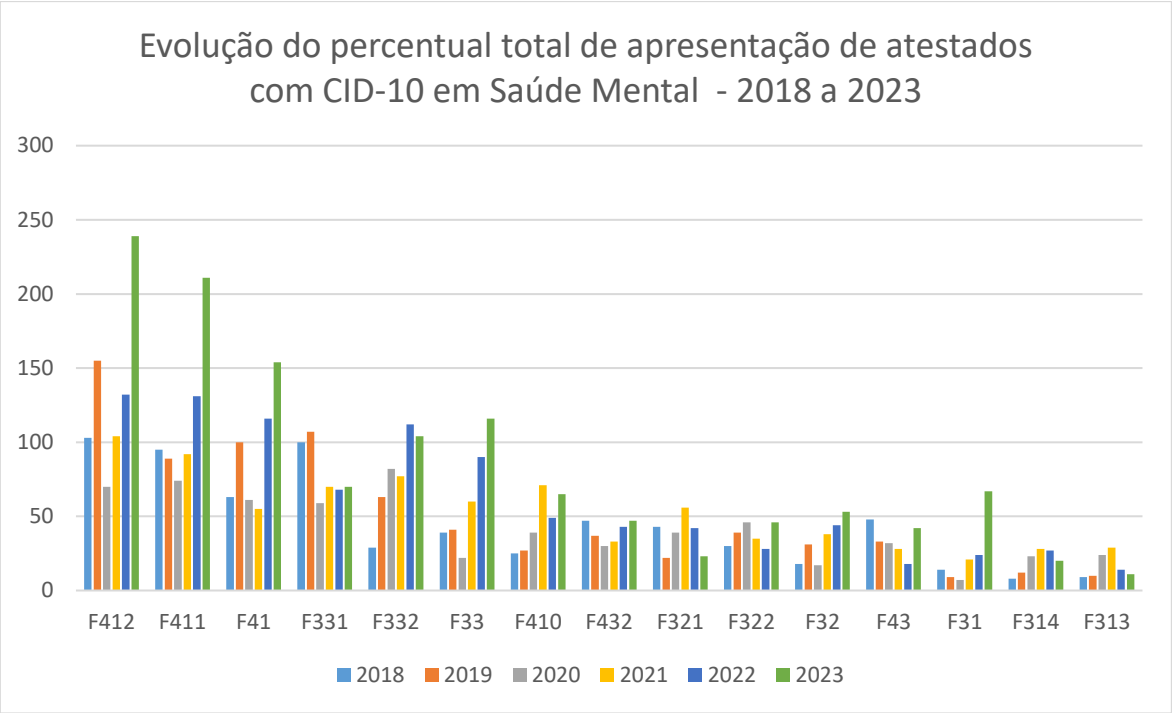


Gráfico 21 - Gráfico Evolução do percentual total de apresentação de atestados com CID-10 em Saúde Mental - 2018 a 2023

Separando por grupos do CID-10, os principais afastamentos são, na sequência:

Tabela 3 - Principais transtornos aferidos no período, por grupo CID-10 – Fonte: Do autor

Grupo Principal CID-10	Total 2018 a 2023	Percentual do Total no Período	Principais, na sequência
F41 - Transtornos de Ansiedade	2396	38,311%	• F412 • F411 • F41 • F410 • F419 • F418 • F413
F33 - Transtornos Depressivos Recorrentes	1473	23,552%	• F331 • F332 • F33 • F330 • F333 • F334 • F338 • F339
F32 - Episódios Depressivos	728	11,640%	• F321 • F322 • F32 • F320 • F329 • F323 • F328
F43 - Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação	555	8,874%	• F432 • F43 • F430 • F431 • F438

			• F439
F31 – Transtorno Bipolar	547	8,746%	• F31 • F314 • F313 • F316 • F315 • F318 • F317 • F312 • F310 • F311

No comparativo entre os atestados de saúde mental e o total de atestados, o resultado é curioso. As cinco principais secretarias municipais com maior incidência são Sec. Mun. de Desenvolvimento Econômico (19,12%), Sec. Mun. de Administração (13,06%), Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos (10,14%), Sec. Mun. de Cultura (9,79%) e Sec. Mun. de Agricultura e Abastecimento (9,43%).

Tabela 4 - Percentual de Atestados de Saúde Mental em Comparação ao Total de Atestados - Por Secretaria - 2018 a 2023

Percentual de Atestados de Saúde Mental em Comparação ao Total de Atestados - Por Secretaria - 2018 a 2023	
SEDEPP	19,12%
SECAD	13,06%
SEAJUR	10,14%
SECULT	9,79%
SEAGRI	9,43%
SAS	8,61%
SEPLAN	8,23%
SEDUC	7,30%
SESAU	7,10%
GAB	6,87%
SEMOB	6,67%
SETUR	6,25%
SEMEPP	5,32%
SOSP	3,05%
SEMEA	1,94%
SEFIN	0,78%
SETEC	0,00%
SECOM	0,00%
SERIN	0,00%
CGM	0,00%

Ao risco de estar associados aos afastamentos por saúde, as faltas injustificadas ainda foram alvo de análise. Entre 2018 a 2023 houveram 23909,5 faltas injustificadas (o

valor decimal subentende casos de que houve falta de apenas parte da jornada habitual). As principais unidades gestoras com este tipo de ocorrência no percentual da média são, respectivamente: Sec. Mun. de Educação (51,373%), Sec. Mun. de Saúde (39,018%), Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Coop. Seg. Pública (2,453%), Sec. Mun. de Administração (1,727%) e Gabinete do Prefeito (0,901%).

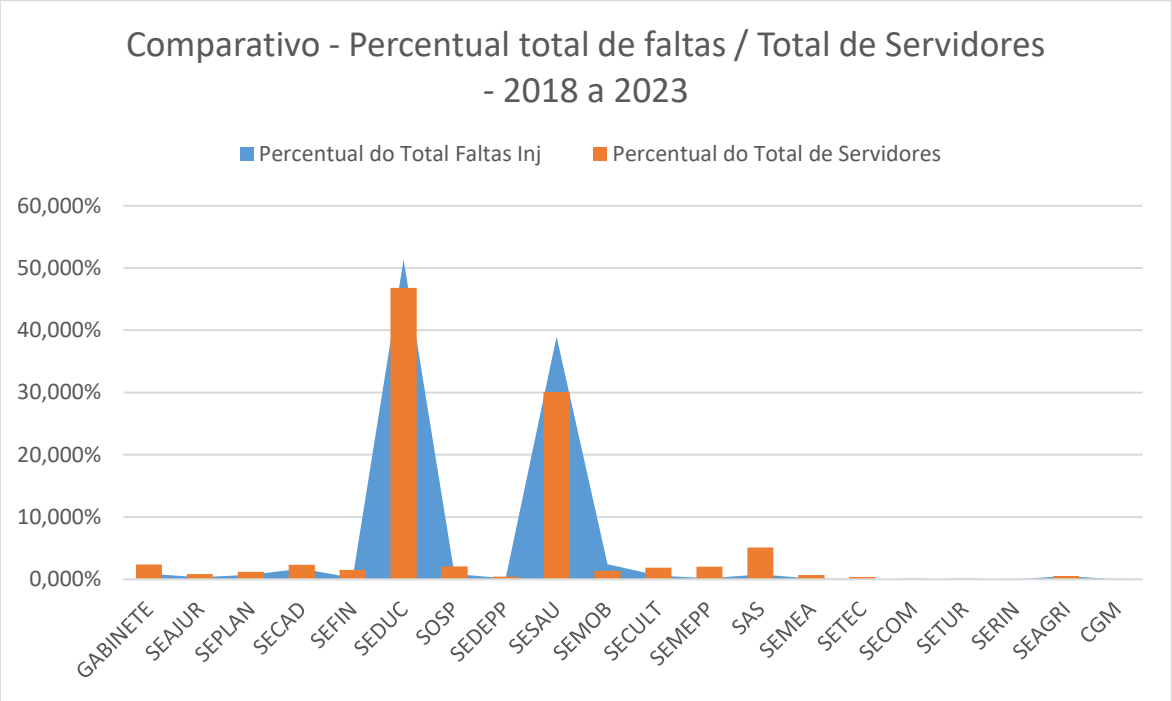


Gráfico 22 - Gráfico Comparativo - Percentual total de faltas / Total de Servidores - 2018 a 2023

Já com a ocorrência de acidente, os dados quanto aos registros de Comunicados de Acidente de Trabalho – CAT apresentaram que entre 2018 a 2023 houveram 1284 ocorrências, tendo como principais unidades gestoras, respectivamente: Sec. Mun. de Saúde (81,308%), Sec. Mun. de Educação (13,863%), Sec. Mun. de Administração (0,779%), Sec. Mun. de Obras e Serv. Público (0,701%), Sec. Mun. de Esportes (0,701%), Sec. Mun. de Assistência Social (0,701%) e Sec. Mun. de Cultura.

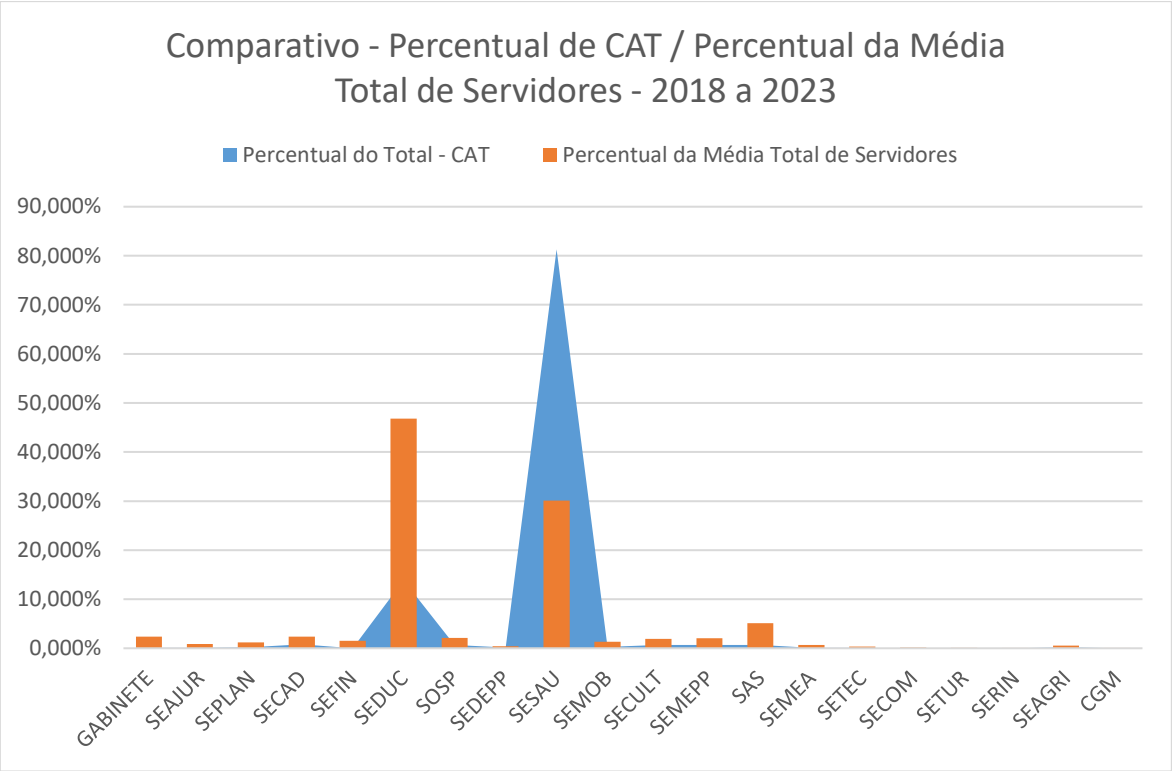


Gráfico 23 - Gráfico Comparativo - Percentual de CAT / Percentual da Média Total de Servidores - 2018 a 2023

Por fim, foram coletados os dados pertinentes a quantidade de processos de sindicância ou Processo Administrativo Disciplinar – PAD sobre assédio moral, intrinsicamente ligado à saúde mental, e obteve-se unicamente 3 (três) processos, todos na Sec. Mun. de Saúde.

Compilando dos os dados coletados em um único gráfico, tendo como base o cálculo/percentual da média, por unidade gestora, entre 2018 a 2023 temos o abaixo disposto.

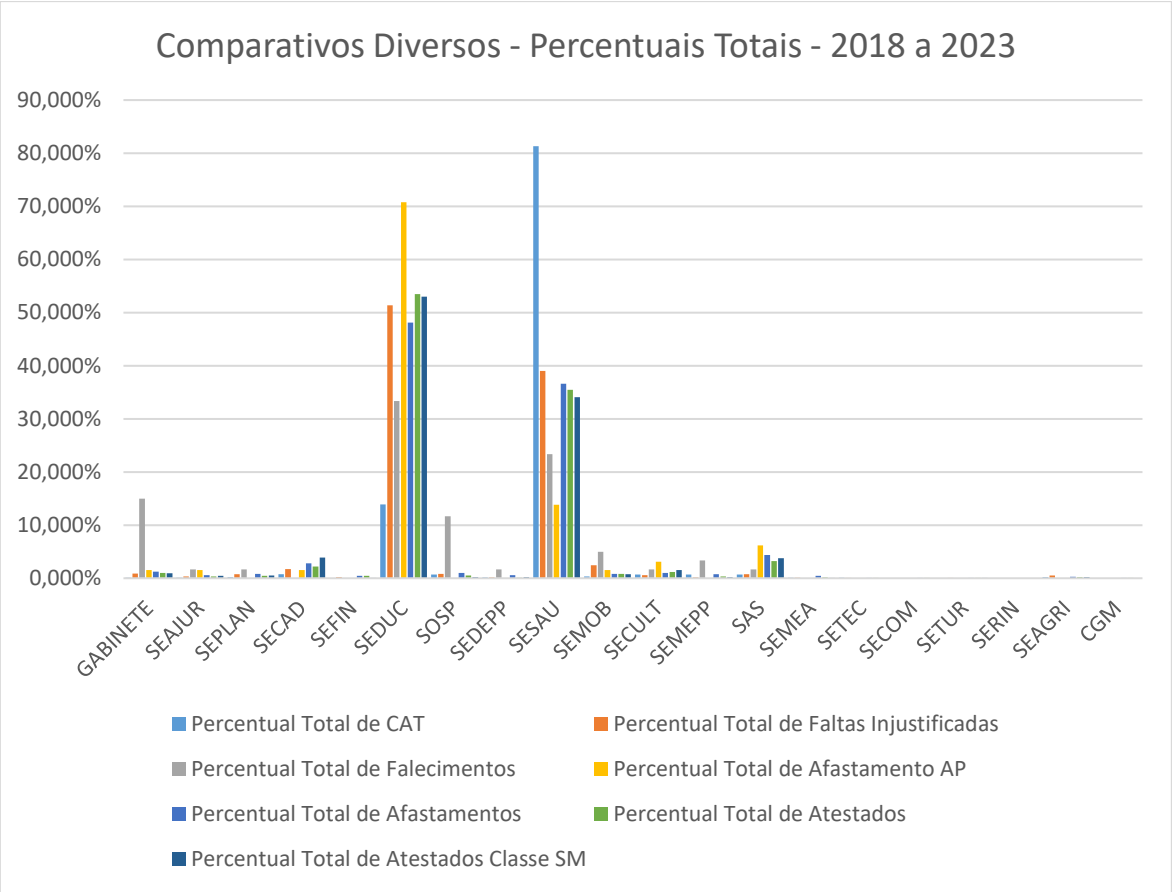


Gráfico 24 - Gráfico Comparativos Diversos - Percentuais Totais - 2018 a 2023

Compilando ainda os dados definindo um Rank de Discrepâncias por tópico do afastamento, obtemos os dados abaixo relacionados.

Tabela 5 - Rank de Discrepâncias identificadas - Fonte: do Autor

Rank de Discrepâncias de Afastamentos e Outros						
Licença de Assuntos Particulares	**Faltas Injust.**	**Atestados Médicos**	**Atestados de Saúde Mental**	**Dias de Af. dos Atestados Médicos**	**Com. de Acidente de Trabalho - CAT**	**Faleciment os**
SEDUC	SESAU	SEDUC	SEDUC	SESAU	SESAU	GABINETE
SECULT	SEDUC	SESAU	SESAU	SEDUC		SOSP
SAS	SEMOB		SECAD	SECAD		SEMOB
SEAJUR				SEDEPP		SEDEPP
SEMOB						SEMEPP
						SEAJUR
						SEPLAN

Por fim, em uma análise comparativa desenvolvendo projeções, identifica-se progressão conforme gráfico abaixo.

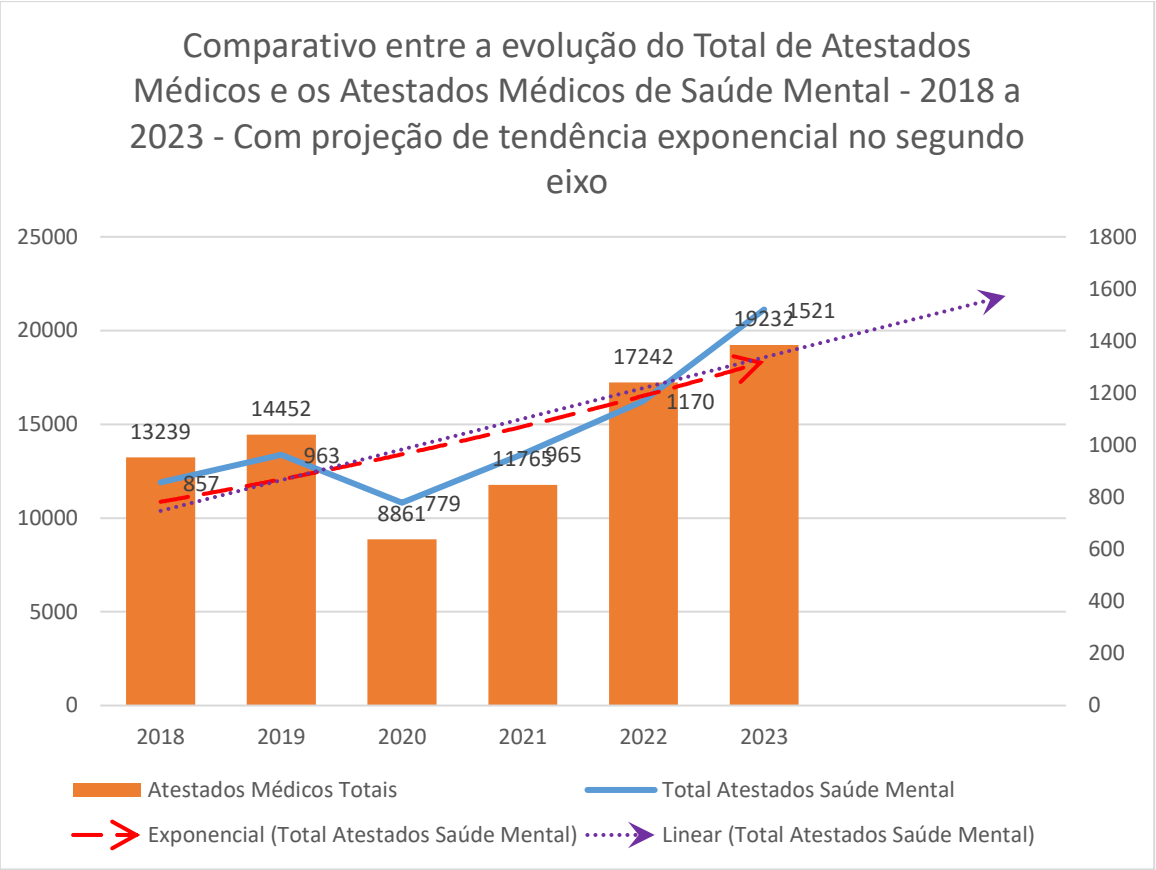


Gráfico 25 - Gráfico do Comparativo entre a evolução do Total de Atestados Médicos e os Atestados Médicos de Saúde Mental - 2018 a 2023 - Com projeção de tendências

5. DISCUSSÃO

5.1 Servidor Público

A estabilidade que as leis nacionais conduzem ao Serviço Público é um atrativo pertinente ao feroz mercado de trabalho que identificamos. A prova de conhecimento ao qual o concurso público submete tem um público alvo a ser analisado.

> "A lei que estabelece a estabilidade do servidor público não torna o servidor estável. Na verdade, qualquer funcionário pode ser demitido, inclusive por falha de desempenho, mas torna na prática a demissão impossível e a estabilidade garantida. Ninguém perde o emprego quando consegue entrar por meio de um concurso público. Ora, no mercado de trabalho privado, a demissão pode ocorrer porque a empresa quer cortar gastos, mudar o estilo de negócios, simpatia ou antipatia de uma gerência e pronto. Eis a sobrevivência do trabalhador e a família ameaçada. A estabilidade na prática é um atrativo que faz com que um acadêmico em teologia ou matemática preste um concurso para arquivar papéis em uma repartição pública." [10, p. 205]

Os estudos demonstram que é comum servidores públicos serem atraídos pela estabilidade e, como consequência, serem vítimas de si mesmo ao deslocar os interesses pessoais para tal [10].

Buscando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, usando a tabela MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2023, visando fazer comparações sobre o perfil dos servidores públicos municipais da administração direta foi possível notar que o Brasil conta com 7.003.955 servidores públicos da administração direta [135], e, comparando a forma de ingresso dos servidores com os níveis em questão temos excelentes resultados. Presidente Prudente tem 98,266% dos servidores concursados. São cerca de 40% a mais comparando com a média da região sudeste. Quanto aos comissionados, Presidente Prudente conta com menos de 1%, bem abaixo dos quase 10% da média nacional. Os dados estão presentes no Gráfico 7.

Quanto ao gênero, os dados levantados em Presidente Prudente demonstraram equivalência de servidores públicos municipais do gênero feminino (73,509%). Com base no Relatório da Relação Anual de Informações Sociais, Relatórios da Agência Brasil e do Atlas do Estado Brasileiro, foi possível identificar que se mantêm a prevalência de servidores do gênero feminino (filtrando apenas servidores públicos do poder executivo, da administração direta, a nível municipal), porem com menores índices, 66,400% dos casos [130,136,137]. Estes dados estão com base na média total entre 2018 a 2022. Os dados estão apresentados no Gráfico 8.

Com dados do Atlas Brasileiro do IPEA [130], dados de 2021, no que tange a escolaridade dos servidores, tomando como base o perfil dos servidores do poder executivo, temos que Presidente Prudente, mesmo sem possuir Plano de Cargos e

Carreira para todas as funções [131], possui valores acima em todas as comparações sobre a escolaridade de ensino superior. O mesmo é inversamente proporcional no que tange à pós graduações stricto sensu. Os dados estão apresentados no Gráfico 9. Ainda com a mesma fonte de dados, quanto a remuneração bruta média, em queda desde 2019 no Brasil, o comparativo demonstrou que Presidente Prudente está acima da média nacional (5,976%) mas abaixo da média estadual (-3,571%). Os dados em questão estão apresentados visualmente no Gráfico 10.

As perícias médicas realizadas no contexto do serviço público têm se revelado um ponto de tensão importante na relação entre trabalhadores, gestão e profissionais peritos. A atuação do perito no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) envolve dilemas éticos complexos e desafios práticos que afetam diretamente a saúde do trabalhador. Segundo Oliveira et al. (2019), o perito atua muitas vezes em uma zona de ambiguidade entre a responsabilidade técnica e as expectativas institucionais, o que pode gerar conflitos de interesse e comprometer a confiança do trabalhador no processo avaliativo [132].

Sobre as perícias e reavaliações funcionais, Araújo et al. (2021) reforçam essa percepção ao apontar que há frequente ocorrência de conflitos durante a realização das perícias médicas em servidores públicos, tanto do ponto de vista dos avaliadores quanto dos avaliados. Os autores destacam a existência de uma assimetria na relação pericial, em que os servidores frequentemente se sentem descredibilizados e desamparados, enquanto os peritos relatam pressões institucionais para restringir afastamentos, gerando desgaste profissional e emocional [133].

Complementarmente, Souza et al. (2020) discutem os impactos psicológicos das perícias sobre os trabalhadores do setor público, enfatizando que o processo pericial, quando conduzido de forma burocrática e desumanizada, pode intensificar o sofrimento psíquico dos servidores. Para os autores, a avaliação médica precisa considerar não apenas aspectos clínicos objetivos, mas também o contexto psicossocial do trabalhador, uma vez que o afastamento por motivos de saúde mental requer uma escuta sensível e qualificada [134].

Essas evidências revelam a necessidade de revisão crítica dos modelos de perícia médica no serviço público, com vistas à promoção de práticas mais éticas, empáticas e integradas à saúde ocupacional, respeitando os direitos dos trabalhadores e os limites profissionais dos peritos.

5.2 Afastamentos Relevantes

No que tange aos afastamentos, poucos são os comparativos cabíveis, uma vez que a nível do poder executivo municipal, é comum que cada ente crie seu sistema de Regime Próprio de Previdência Social - RPPS, possuindo pouco ou nenhum relacionamento com os dados dos demais entes. Quando se encontra, como o “Perfil do Afastamento por Licença Médica dos Servidores Municipais da Cidade de São Paulo”, de Patrícia Brito Moraes [138] as análises aparentam desproporcionais dado o período (antes do período pandêmico) das pesquisas ou mesmo quanto ao enfoque dado.

Os comparativos então se limitarão os dados colhidos na própria pesquisa, comparando os períodos cronológicos ou das unidades gestoras, quando estes apresentarem relevância. Os percentuais analisados se limitarão em confrontar os percentuais de servidores lotados, buscando o que aqui será chamado de discrepância.

Quando se cita sobre a licença de assuntos particulares, os destaques em discrepância (diferença do percentual total entre os afastamentos concedidos de pelo menos 6 meses, pelo percentual de servidores lotados, todos comparando com o total) são, respectivamente: Sec. Mun. de Educação (23,97%), Sec. Mun. de Cultura (1,195%), Sec. Mun. de Assistência Social (1,053%), Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos (0,687%) e Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Coop. em Seg. Pública (0,189%).

Quando são analisados os dados pertinentes a faltas injustificadas, com apenas 3 (três) casos discrepantes são, respectivamente: Sec. Mun. de Saúde (8,905%), Sec. Mun. de Educação (4,574%) e Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Cooperação em Seg. Pública (1,104%).

Sobre as exonerações a pedido, as discrepâncias identificadas (diferença do percentual total as exonerações a pedido pelo percentual de servidores lotados, todos comparando com o total) são: Sec. Mun. de Mobilidade Urbana e Cooperação em Seg. Pública (2,398%), Sec. Mun. de Desenvolvimento Econômico (1,669%), Gabinete do Prefeito (1,594%), Sec. Mun. de Turismo (1,533%), Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos (1,491%), Sec. Mun. de Meio Ambiente (1,418%), Sec. Mun. de Obras e Serv. Públicos (0,729%), Sec. Mun. de Comunicação (0,565%), Sec. Mun. de Tecnologia da Informação (0,338%) e Sec. Mun. de Saúde (0,332%).

Quando o assunto é atestado médicos apresentados, sem considerar a quantidade de dias de afastamento, apenas duas discrepâncias são identificadas a Sec. Mun. de Educação (6,707%) e Sec. Mun. de Saúde (5,327%).

Importante ainda notar que há evolução crítica da apresentação de atestados médicos no Município. Isso porque, no período da presente pesquisa, de 2018 a 2023 houve um aumento de 45,267% do volume total anual de atestados médicos. Seguindo

este ritmo, em 2030 o município terá dobrado a quantidade de atestados em 2033 e ultrapassado os 50 mil atestados anuais em 2037.

Já sobre a quantidade de dias de afastamento, identifica-se como discrepância alguns casos, a constar, respectivamente: Sec. Mun. de Saúde (6,519%), Sec. Mun. de Educação (1,339%), Sec. Mun. de Administração (0,46%) e Sec. Mun. de Desenv. Econômico (0,127%).

No que tange à Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, obteve-se discrepâncias tão somente na Sec. Mun. de Saúde (51,197%).

Quanto a falecimentos, ainda que o dado seja apenas complementar, uma vez que não há apresentação de relação direta entre os assuntos e que, no geral, podem estar associadas a questões de estilo de vida ou vulnerabilidade, as discrepâncias identificadas, em ordem decrescente foram: Gabinete do Prefeito (12,612%), Sec. Mun. de Obras e Serv. Públicos (9,585%), Sec. Mun. de Mobilidade Urb. e Coop. Seg. Pública (3,651%), Sec. Mun. de Des. Econômico (1,228%), Sec. Mun. de Esportes (0,943%), Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos (0,816%) e Sec. Mun. de Planej. Desenv. Urbano e Habitação (0,459%).

Quanto à especificidade dos transtornos mentais diagnosticados nos servidores, as comparações tendem a não representar a realidade. Isso porque, ainda que seja obrigatória no Brasil as notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), inclusive regulamentadas pela Portaria nº 4.114/2021 do Ministério da Saúde, a dificuldade (ou desinteresse) em estabelecer relação causal torna o dado frágil e ao risco de não representar a realidade [139].

Uma pesquisa da It'sSeg Company, uma corretora de benefícios, indicou em 2023 que os casos de saúde mental representavam 0,422% dos afastamentos ocupacionais [140]. Outro estudo da Conexa, uma empresa de ecossistema digital de saúde, realizado com gestores e profissionais de recursos humanos de 767 empresas do país, em 2023, indicou que 87% das empresas já tiveram servidores afastados por questões relacionadas a saúde mental [141]. Dados do Ministério da Previdência Social de 2023, revelaram que a 9ª causa de maior afastamento no Brasil é de saúde mental, o transtorno misto de ansiedade e depressão (CID-10 F412) [142].

Um outro estudo realizado na cidade de Botucatu – SP em 2006 mostrou que 42,6% dos servidores da área de saúde possuíam algum tipo de TMC, sendo que a ocorrência aumenta conforme o menor nível de escolaridade [10].

Outro estudo realizado em servidores públicos estaduais de Santa Catarina entre 2010 e 2013 e demonstrou que 40,14% dos afastamentos se referiam a TMC. Contrário à pesquisa de Botucatu – SP, em Santa Catarina os índices são maiores quando se aumenta o nível de escolaridade. Neste caso ainda, os setores mais afetados foram,

respectivamente educação (39%), serviços financeiros (31%) e de saúde (30%) [10]. Em Presidente Prudente, as Secretarias Municipais mais afetadas, no comparativo do total entre 2018 a 2023 a Sec. Mun. de Desenvolvimento Econômico (19,12%), Sec. Mun. de Administração (13,06%) e Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos (9,79%).

Outro estudo nacional, agora com servidores públicos estaduais de Alagoas, analisando dados de 2009, demonstrou que 20,2% dos afastamentos do total são relacionados a transtornos mentais [10].

De proximidade à Presidente Prudente, um estudo realizado entre 2005 e 2010 na Prefeitura Municipal de Goiânia – GO teve como resultado 26,5% de TMC do total de afastamentos [10]. Em Presidente Prudente os valores no comparativo do total entre 2018 e 2023 é de 7,909%.

Observando os dados ao redor, identificamos que Presidente Prudente possui, em todos os seus anos (na análise do presente estudo) afastamentos de saúde mental, representando na média 7,909% dos afastamentos médicos totais do período. Ainda que aparente reduzido em comparação aos estudos de outros órgãos, conforme citado acima, a subnotificação, preconceito, a somática e as variadas formas de apresentação de questões relacionadas a saúde mental devem ser consideradas.

Nota-se ainda que, entre os anos de 2018 e 2023 (desconsiderando a possibilidade de influência do período pandêmico) houve um aumento de 77,479% nos atestados em saúde mental. Trata-se de um crescimento médio de 12,913% ao ano. Seguindo este ritmo, Presidente Prudente dobra os atestados em saúde mental em 2029 e ultrapassará os 5 mil atestados em 2033. Mais alarmante ainda é que, nesta projeção, em 2037 saúde mental vai representar 15,642% de todos os afastamentos médicos aferidos no Município.

Ao detalhar as causas dos atestados de saúde mental, observamos que a maior causa pactua do afastamento pactua da realidade nacional em saúde mental [142], o transtorno misto de ansiedade e depressão (CID-10 F412).

Vale a pena destacar ainda que, por mais que as a Síndrome de Bournout seja uma patologia em alta, ela representou apenas 29 atestados no período analisado, ou seja, 0,463% do total no período. O Burnout é uma desistência de quem ainda está lá [10] e este dado, extremamente relacionado ao presenteísmo, ainda é digno de subclassificação ou somatizações.

Importante ainda analisar os contextos das classes sociais e suas mazelas no contexto do serviço público [10]. Sobre tal, um detalhe importante diz respeito à Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos e Legislativos. Nesta unidade gestora, contando em 31,57 % de servidores em cargo de Procuradores Municipais (dados apurados de dezembro de 2023), possui a eterna convivência com um dilema ético que tende a adoecer, já estudado em outras esferas.

> “Sempre, em cada processo, contestação e demanda, o procurador terá uma dimensão política, pois ocupa um cargo em uma instituição política, e constantemente, é preciso lidar com a dupla dimensão; política e técnica, amiúde estas duas dimensões são contraditórias, o que transforma a lida cotidiana em um eterno conflito de procedimentos.
> (...)
> Além desta polarização, existe uma outra que sempre está presente no trabalho do procurador, a política e a ética no trabalho do assessor, toda ação no seu cotidiano é carregada de uma Escala de sentido do trabalho ético, e amiúde implica em um conflito entre a ética e a técnica. “Isto é legal, mas seria justo?” Isto é legal, mas trará um prejuízo enorme para a família, como no caso de uma desapropriação, por exemplo. Outra vez, isto implica em perda de controle, meus valores, minha consciência, exigem que eu faça isto, mas a legislação e ou os interesses políticos da prefeitura me obrigam a fazer outra coisa. Alta complexidade e falta de controle provocam os problemas de saúde mental na procuradoria, depressão e obsessão.” [10, p. 81 e 82]

Pertinente também discutir os destaques da Sec. Mun. de Educação aos dados em tela. Motivo de destaque em Presidente Prudente por atestados médicos em saúde mental e em quase todas as discrepâncias aos dados desta pesquisa, muito se deve à função de educar. Presidente Prudente possui 1016 funcionários na função da prática pedagógica direta (professores e educadores de qualquer natureza) lotados na Sec. Mun. de Educação. Isso representa 49,779% do total de servidores desta unidade gestora (dados de dezembro de 2023). Este presente estudo pouco se atreve a dar significado a função de educar, mas devemos enfatizar a responsabilidade a este atribuída.

> “Em uma palavra, para o educador, o produto é o outro, os meios de trabalho são ele mesmo, o processo de trabalho inicia-se e se completa em uma relação estritamente social, permeada e carregada da História. Uma relação direta e imediata com o outro é necessariamente permeada por afeto. E é o afeto como componente tácito do trabalho que havemos de enfrentar a seguir.” [10, p.142]

Entre as dificuldades sempre elencadas pela classe, estão a falta de estrutura material, falta de capacidade física (salas lotadas), exigência de realização de determinados processos burocráticos, a falta de funcionários de apoio, dificuldades de relacionamento com a equipe de gestão e falta de formação necessária [10].

Em Presidente Prudente o cenário aparenta caótico. A Sec. Mun. de Educação representa a primeira colocada nas discrepâncias em licenças para tratamento de assuntos particulares, número de atestados médicos, números de atestados médicos em saúde mental e a segunda colocada em Faltas Injustificadas e no total de dias de afastamento por atestado médico. A discrepância apresentada conduz o problema a níveis ainda mais profundos que devem ser estudados, preferencialmente, diretamente com a classe.

Outra discussão pertinente é sobre o cargo de Escriturário I no Município de Presidente Prudente, associado às atribuições rotineiramente descritas ao Auxiliar Administrativo. Com 301 funcionários nesta função (representando 6,869% do total de servidores em dados de dezembro de 2023), estudos mostram que 36,2% destes

consideram que seu trabalho não tem importância social, não é necessário, nem valioso, nem significativo ou importante [68], sendo fonte de patologias mentais.

> "As principais dificuldades encontradas pelos auxiliares administrativos dizem respeito à falta de pessoal e conflitos interpessoais vinculados à questão do desvio de função, aspecto vinculado à falta de pessoal, carência de equipamentos como computadores e as limitações impostas pela necessidade de procedimentos burocráticos lentos para aquisição dos itens necessários ao trabalho, que consomem muito tempo." [10, p. 116]

Quanto ao cargo de Serviços Gerais, distribuídos em todas as Unidades Gestoras, totalizam 552 servidores e 12,596% do total de servidores municipais (dados de dezembro de 2023). Ao atribuirmos suas atribuições ao servente geral, ao qual já existem estudos a respeito, teremos dados pertinentes a considerar.

> "Estes Servidores Públicos estão encalacrados em uma situação em que o que fazem é absolutamente imprescindível para a sociedade, como um todo e para seu local de trabalho em particular e, no entanto, não são absolutamente valorizados ou respeitados pelo que fazem. Alguém já ouviu uma mãe dizendo que queria que seu filho fosse encarregado da limpeza na prefeitura? Ser funcionário público na prefeitura é sonho de muito trabalhador, mas não na função de servente, mesmo que o salário seja equivalente. Um trabalho necessário e desprezado, eis a armadilha que empurra estes Servidores Públicos ao sofrimento." [10, p.288]

5.3 Recomendações para a Gestão Pública

A gestão pública desempenha papel fundamental na promoção da saúde mental dos servidores públicos, especialmente diante do aumento dos casos de transtornos psíquicos e do absentismo laboral. Não há dúvidas que tais fenômenos refletem diretamente na produtividade, na qualidade dos serviços oferecidos à população e no bem-estar dos trabalhadores. Este capítulo propõe, com base nas evidências teóricas e empíricas coletadas, desenvolver recomendações voltadas à elaboração de políticas públicas eficazes, à implementação de estratégias psicossociais no ambiente de trabalho e ao fortalecimento da cultura organizacional preventiva e acolhedora.

5.3.1 Políticas Públicas Integradas

A formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental no setor público deve priorizar a articulação intersetorial entre as secretarias de Saúde, Administração, responsável pelos Recursos Humanos e Assistência Social. É essencial que tais políticas estejam alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que preconiza ações integradas de vigilância, promoção e atenção à saúde dos trabalhadores no SUS [35].

A criação de um plano municipal de saúde mental para servidores pode permitir a sistematização das ações, definindo metas, indicadores e recursos necessários. Este plano

deve contemplar ações preventivas, de diagnóstico precoce, de intervenção psicossocial e de reabilitação psicossocial.

5.3.2 Monitoramento Epidemiológico e Produção de Dados Locais

É recomendável que a gestão pública desenvolva e mantenha um sistema informatizado de registro e monitoramento dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais, com categorização segundo a Classificação Internacional de Doenças (ainda em vigor a CID-10). Esse acompanhamento é essencial para identificar padrões, áreas de maior incidência e fatores de risco ocupacionais específicos. Em suma, trata-se de parte dos levantamentos realizados neste presente estudo nos resultados.

Estudos apontam que a análise contínua de dados epidemiológicos permite intervenções mais eficazes e políticas baseadas em evidências [143,144]. Além disso, a produção de relatórios periódicos pode subsidiar a tomada de decisões e a destinação adequada de recursos.

5.3.3 Promoção da Saúde Mental no Ambiente de Trabalho

Ambientes laborais organizados, com comunicação clara, valorização profissional e equilíbrio entre demandas e capacidades individuais, estão diretamente associados à redução do adoecimento mental [145]. A gestão municipal deve investir na promoção de ambientes psicologicamente saudáveis, com ações como:

- Programas de qualidade de vida no trabalho (QVT);
- Práticas de escuta ativa e mediação de conflitos;
- Estímulo à autonomia e reconhecimento profissional;
- Criação de espaços de convivência e descanso.

A literatura demonstra que intervenções voltadas ao clima organizacional e à cultura institucional têm efeito positivo na satisfação e motivação dos servidores [146].

5.3.4 Implementação de Intervenções Psicossociais

É fundamental que a gestão pública implemente intervenções psicossociais que contemplem ações preventivas, como oficinas terapêuticas, grupos de apoio, campanhas educativas e rodas de conversa. Essas intervenções favorecem a construção de vínculos, o compartilhamento de experiências e a redução do estigma relacionado à saúde mental [147].

Conforme exposto em capítulo anterior, as estratégias propostas integram técnicas validadas pela Psicologia da Saúde Ocupacional — como *mindfulness*, terapia cognitivo-comportamental, desenvolvimento de resiliência e intervenções psicossociais [9] —,

complementadas por abordagens da Filosofia Clínica (e.g., construção de submodos individuais) [94] e da Psicossociologia (e.g., escuta qualificada) [95].

5.3.5 Capacitação de Gestores e Supervisores

A capacitação de líderes é uma estratégia central na prevenção do sofrimento mental no trabalho. Supervisores e gestores devem ser formados para reconhecer sinais de adoecimento, lidar com situações de crise e promover a saúde mental em suas equipes.

Estudos indicam que líderes capacitados contribuem para um ambiente de trabalho mais empático, acolhedor e menos propenso a práticas assediadoras ou coercitivas [148]. A formação contínua em inteligência emocional, comunicação não violenta e gestão humanizada deve integrar os programas de desenvolvimento de pessoal da administração pública.

5.3.6 Combate ao Estigma e Sensibilização Institucional

A superação das barreiras relacionadas ao estigma ainda é um desafio relevante na administração pública. Muitas vezes, servidores que enfrentam sofrimento psíquico não buscam ajuda por medo de discriminação ou de comprometer sua imagem profissional. A gestão municipal deve promover campanhas permanentes de sensibilização, utilizando linguagem acessível, depoimentos reais e engajamento das lideranças institucionais.

A literatura destaca que ações de sensibilização eficazes contribuem significativamente para a aceitação dos cuidados psicológicos no ambiente laboral, reduzindo o afastamento e incentivando o autocuidado [149].

5.3.7 Fortalecimento do Serviço de Saúde do Trabalhador

Por fim, é indispensável o fortalecimento das estruturas institucionais responsáveis pela saúde do trabalhador. A criação ou o aprimoramento dos Núcleos de Atenção à Saúde do Servidor (NASS) é recomendada, com equipes multiprofissionais capacitadas e atuação proativa na prevenção de agravos.

O atendimento psicológico no próprio local de trabalho, com garantia de sigilo e acolhimento ético, tem sido apontado como boa prática por diversos municípios brasileiros [150]. Esse serviço deve atuar de forma articulada com a rede de atenção psicossocial (RAPS), garantindo o cuidado integral.

5.3.8 Readaptação Funcional de Servidores Públicos com Transtornos Mentais

A readaptação funcional de servidores públicos acometidos por transtornos mentais exige um conjunto de estratégias interdisciplinares e organizacionais que

assegurem a dignidade do trabalhador, a continuidade da atividade laboral e a eficiência do serviço público. Entre as recomendações estima-se:

a) Avaliação biopsicossocial individualizada: É fundamental que a avaliação da capacidade laborativa vá além do diagnóstico clínico, incorporando os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que considera fatores ambientais, pessoais e contextuais [151]. A análise deve ser realizada por equipe multiprofissional composta por médico do trabalho, psicólogo, assistente social e, quando necessário, terapeuta ocupacional, garantindo um laudo mais sensível à complexidade da saúde mental.
b) Definição clara de atribuições compatíveis: A readaptação deve considerar, com base em laudo pericial e análise ergonômica, a correspondência entre as novas funções e as aptidões remanescentes do servidor. As atribuições devem ser definidas com clareza, evitando sobrecarga ou ambiguidade de tarefas, o que contribui para reduzir o risco de recaídas e novos afastamentos. Um erro comum é a subutilização das capacidades do servidor readaptado, o que pode gerar sentimentos de inutilidade e marginalização funcional.
c) Participação ativa do servidor no processo de readaptação: Incluir o servidor na discussão sobre alternativas de função é uma prática que respeita sua autonomia e favorece a construção de vínculos com a nova atividade. O processo de readaptação não deve ser imposto unilateralmente, mas construído com escuta ativa, o que também melhora os indicadores de adesão e satisfação no trabalho.
d) Acompanhamento contínuo pós-readaptação: É recomendável que a readaptação não seja considerada definitiva sem um período de acompanhamento, com revisões periódicas da adaptação funcional, da saúde mental do servidor e da adequação do posto de trabalho. Protocolos internacionais de boas práticas sugerem revisões em 30, 90 e 180 dias após o início da nova função [152]. Esse acompanhamento deve incluir apoio psicossocial institucional, com possibilidade de encaminhamentos à rede de atenção em saúde mental, caso necessário.
e) Sensibilização e capacitação das chefias imediatas: O sucesso da readaptação funcional depende em grande parte da acolhida no novo ambiente de trabalho. Por isso, é indispensável que gestores e chefias imediatas recebam treinamento sobre saúde mental, fatores psicossociais no trabalho, combate ao estigma e mediação de conflitos. Ambientes hostis

ou desinformados contribuem para a estigmatização do servidor readaptado e podem inviabilizar o processo [51].

f) Estruturação de políticas institucionais de readaptação: Órgãos públicos devem dispor de normativas internas claras sobre readaptação, com fluxos bem definidos, formulários padronizados, equipes responsáveis e critérios objetivos.

g) Monitoramento de indicadores institucionais: Recomenda-se que a gestão pública estabeleça sistemas de monitoramento de indicadores relacionados à readaptação, como número de readaptados, reincidência de afastamentos, taxa de rotatividade, tempo médio de reintegração e níveis de satisfação funcional.

5.3.9 Promoção de ambiente inovador em Saúde Mental

A inovação em saúde mental pode ser compreendida como a introdução de novas práticas, tecnologias, políticas ou estruturas organizacionais que contribuam para o bem-estar psicológico dos trabalhadores, melhorando sua qualidade de vida e reduzindo os fatores de risco psicossociais. Ela deve estar alinhada aos princípios da equidade, participação, autonomia e integralidade, pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) [153].

No contexto do serviço público, inovações podem envolver desde a criação de políticas institucionais até o uso de tecnologias digitais para apoio psicológico, estratégias de gamificação para engajamento em práticas de autocuidado ou redes colaborativas de suporte entre servidores [154]. Um exemplo simples é o Banco de Interesses em Remoção de Servidores. Uma ferramenta da simples de acompanhamento cadastral de interesse dos servidores em troca de setores.

Ambientes inovadores se caracterizam por tolerância ao erro, incentivo à criatividade e liberdade para propor melhorias [155]. A promoção de espaços dialógicos e horizontalizados, como laboratórios de inovação pública, pode ser uma estratégia importante para dar voz aos trabalhadores e incentivar o protagonismo institucional.

O uso de tecnologias digitais pode potencializar o cuidado em saúde mental por meio de ferramentas de apoio remoto, plataformas de escuta qualificada, aplicativos de meditação, diários emocionais e monitoramento de indicadores de bem-estar [156]. Esses recursos devem ser utilizados de forma ética, garantindo sigilo, anonimato e respeito às subjetividades.

Softwares de triagem e inteligência artificial também vêm sendo utilizados para detecção precoce de riscos emocionais em equipes de alta demanda, otimizando o encaminhamento a serviços especializados [157]. Entretanto, a adoção dessas tecnologias

deve sempre ser acompanhada de avaliações participativas sobre sua eficácia, acessibilidade e impacto.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou analisar o perfil dos servidores do Município de Presidente Prudente – SP e seus afastamentos, buscando compreender causas, relações e impactos associados ao contexto laboral e às políticas de gestão de pessoas. Coletar os dados por meio de Lei de Acesso à Informação, ainda que pautada em normativas que tornam as informações públicas e de disponibilização obrigatório não foi fácil. Isso porque o Município não apresentou o mínimo de maturidade em cumprir os prazos legais ou até mesmo de ser objetivos nas respostas. Durante o percurso houve, inclusive, vazamento de dados sensíveis por parte do Município.

Diretamente aos dados, no que diz respeito ao perfil dos servidores públicos não há grandes achados. Presidente Prudente – SP possui um quadro de servidores majoritariamente do sexo feminino, com alto nível de ingresso por concurso público, ensino superior acima do percentual na região sudeste e até mesmo do Brasil, mas bem abaixo dos níveis de pós graduação Stricto Sensus. Ao nível de estudo se associa o salário médio dos servidores, que está acima da média nacional porem abaixo da média do estado de São Paulo. Os baixos salários tendem a ser um desestímulo à melhora do nível de escolaridade. Ainda que não tenha sido estudado este aspecto na presente pesquisa, este fato ainda tende a aumentar a rotatividade e consequentemente afetar a qualidade dos serviços públicos ofertados.

Quanto aos afastamentos identificados, o que o presente estudo chamou de discrepâncias (índices dos afastamentos superiores aos índices de representação ao total de servidores por unidade gestora) trouxe dados alarmantes.

Como era de se esperar, a incidência de atestado médico é diretamente proporcional a incidência de atestado médico em saúde mental. Isso porque 100% das discrepâncias foram focadas nas mesmas unidades gestoras em ambos os casos. Em suma, ainda que em índices (e não nos valores absolutos) aonde possui mais atestados médicos também há maior número de atestados médicos em saúde mental.

A incidência de atestados de saúde mental também segue relação ao total de dias de afastamento. Isso porque também houve 100% de semelhança entre os pontos focados entre eles. Em suma, pode-se dizer então que quanto maior a incidência de casos de saúde mental maior os períodos de afastamento dos servidores.

Os dados ainda apresentaram que, quanto às faltas injustificadas, há discreta relação com a saúde dos servidores, sejam por saúde mental ou não. Cabe apenas identificar se o servidor que falta tende a apresentar atestado ou se é o servidor doente que tende a faltar mais sem justificativa. Esta reflexão, por si só, já seria tema de maiores estudos.

A relação entre faltas injustificadas e saúde dos servidores reflete uma tensão nas relações de trabalho, onde empregadores buscam previsibilidade e produtividade, enquanto empregados enfrentam barreiras para justificar ausências, especialmente em casos de saúde mental. Para o empregador, esses dados destacam a necessidade de intervenções que detectem e previnam problemas de saúde, promovendo suporte psicológico e comunicação aberta. Para o trabalhador, a ausência de acolhimento e valorização pode agravar condições de saúde e gerar insatisfação.

Comprova-se ainda, na evolução dos dados, um crescimento exponencial dos afastamentos médicos gerais em Presidente Prudente. Com os dados em questão a projeção em 2030 é que o município terá dobrado a quantidade de atestados em 2033 e ultrapassado os 50 mil atestados anuais em 2037.

Sobre os afastamentos estritos sobre saúde mental, nas sutis comparações entre os percentuais de afastamento por saúde mental e o total, Presidente Prudente - SP (7,90%) tem níveis abaixo de Botucatu - SP (42,6%), Município de Goiânia - GO (26,5%), Estado de Santa Catarina (40,14%) e Estado Alagoas (20,2%). Ocorre que na maioria dos estudos os dados são levantados diretamente com os servidores por questionários e não por dados dos afastamentos conforme esta pesquisa realizou. Porém destaca-se que há um crescimento exponencial médio de 12,913% ao ano. Seguindo este ritmo, a projeção é que Presidente Prudente dobre os atestados em saúde mental em 2029 e ultrapassará os 5 mil atestados em 2033. Mais alarmante ainda é que, nesta projeção, em 2037 saúde mental vai representar 15,642% de todos os afastamentos médicos aferidos no Município.

Outro dado alarmante é o nível de Comunicado de Acidente de Trabalho na Sec. Mun. de Saúde. Com discrepância de 51,197%, há necessidade imediata de intervenções. Ainda que com fraco relacionamento, este dado também demonstrou próximo das tendências de faltas injustificadas, atestados médicos gerais, saúde mental e dias de afastamento.

Outro dado curioso é sobre a incidência de Burnout, um tema alvo de inúmeros estudos alarmantes pelo mundo. Em Presidente Prudente – SP o transtorno possui pouca representatividade (0,463%). Isso porque é extremamente relacionado ao presenteísmo, que notoriamente ainda é digno de subclassificação ou somatizações.

O presente estudo ainda identificou destaques pertinentes de unidades gestoras que sobre índices de representação de atestados em saúde mental acima do percentual médio do Município. Estima-se então que as unidades sejam preferencialmente monitoradas sobre a saúde mental de seus servidores. São elas: Sec. Mun. de Desenvolvimento Econômico (19,12%). Sec. Mun. de Administração (13,06%), Sec. Mun. de Assuntos Jurídicos (10,14%), Sec. Mun. de Cultura (9,79%), Sec. Mun. de Agricultura e Abastecimento (9,43%), Sec. Mun. de Assistência Social (8,61%) e Sec. Mun. de

Planejamento (8,23%). As causas devem ser investigadas individualmente para que haja inferência direcionada. Isso porque, conforme a presente pesquisa apresentou, questões individuais de cargos específicos tendem a ser forte influência na saúde mental dos servidores.

Sobre a Sec. Mun. de Educação em específico, alvo inclusive de inquérito civil por parte do Ministério Público do Estado de São Paulo, o caso carece de maiores estudos. A Sec. Mun. de Educação representa a primeira colocada nas discrepâncias em licenças para tratamento de assuntos particulares, número de atestados médicos, números de atestados médicos em saúde mental e a segunda colocada em faltas injustificadas e no total de dias de afastamento por atestado médico. A discrepância apresentada conduz o problema a níveis ainda mais profundos que devem ser estudados, preferencialmente, diretamente com a classe. Desta forma, estima-se que para buscar diagnóstico claro sobre o caso deve-se realizar uma pesquisa focada nesta unidade gestora, buscando variáveis mais específicas a rotina dos mesmos.

Nas principais ocorrências em saúde mental, por grupo do CID-10, foram identificados cenários próximos aos das demais pesquisas sobre o tema. Ansiedade, Depressão (Recorrentes ou por Episódios) e Estresse (ou Transtornos de Adaptação) e Transtorno Bipolar, respectivamente, se destacaram. Estas classes juntas representam 91,12% do total de afastamento médico em saúde mental do Município de Presidente Prudente.

Em prol de mitigar, as intervenções psicossociais no ambiente de trabalho desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental dos trabalhadores, especialmente em um cenário de crescente prevalência de transtornos mentais. Não cabe às organizações aguardar regulamentações ou normas sobre o assunto. Essas estratégias, que incluem desde mudanças organizacionais até terapias ocupacionais, visam reduzir os impactos negativos do estresse, ansiedade e outros problemas psicossociais. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) destaca que essas ações devem ser sistêmicas, abrangendo suporte gerencial, capacitação dos trabalhadores e fortalecimento da comunicação. Além disso, a implementação de políticas de inclusão, desenvolvimento profissional e monitoramento do estresse ocupacional são fundamentais para promover o bem-estar. Em formatos de planos de intervenção realizados sob medida com o diagnóstico preconizado, podem ser classificadas em três categorias principais: prevenção primária, que busca evitar o surgimento de problemas de saúde mental; prevenção secundária, que foca na identificação precoce de sintomas; e prevenção terciária, voltada para a reabilitação e reintegração dos trabalhadores após o surgimento de transtornos.

O impacto positivo dessas ações não se limita ao plano individual, mas reverbera no coletivo, favorecendo o clima organizacional e a qualidade dos serviços prestados à

população. A promoção de um ambiente mais saudável e cooperativo entre os servidores reflete diretamente na eficiência e no compromisso com as demandas sociais, resultando em um ciclo virtuoso de bem-estar e desempenho organizacional. A implementação de estratégias psicossociais, portanto, não só é benéfica para os profissionais, mas também para a própria administração pública e para a sociedade como um todo.

Portanto, a importância das intervenções psicossociais se evidencia como uma ferramenta indispensável para o fortalecimento da saúde mental no ambiente de trabalho. Ações contínuas e bem estruturadas nesse sentido têm o potencial de transformar as relações interpessoais, melhorar a qualidade de vida dos servidores e otimizar os resultados organizacionais, criando um ambiente de trabalho mais equilibrado, saudável e produtivo. Se destacam como promissoras técnicas de Psicologia da Saúde Ocupacional (incluindo Mindfulness e Terapia Cognitivo-Comportamental, Desenvolvimento de Competências de Resiliência, Aconselhamento e Intervenções Psicossociais), Filosofia Clínica e da Psicossociologia.

Dentre diversas recomendações abordadas neste presente trabalho, outro aspecto importante que pode ser implementado é o conceito de Banco de Interesses em Remoção de Servidores. Esta prática envolve a criação de um sistema organizado para registrar e gerenciar os interesses dos servidores públicos em relação à remoção de seus postos de trabalho. Esse sistema visa atender tanto às necessidades individuais dos servidores quanto aos requisitos administrativos de uma instituição pública. A remoção de servidores, neste contexto, refere-se à mudança de local de trabalho, seja para outra unidade do mesmo órgão ou para outra área ou município, com o objetivo de melhorar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional ou de responder a necessidades específicas de carreira.

Não se pode deixar de citar ainda o teletrabalho, uma realidade nos dias atuais. Esta alternativa, quando bem planejada e regulamentada, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho. A possibilidade de flexibilizar horários, reduzir o tempo de deslocamento e conciliar demandas pessoais com profissionais tende a diminuir os níveis de estresse e favorecer o bem-estar emocional. No entanto, para que seus benefícios sejam efetivos, é fundamental que a modalidade seja acompanhada de políticas claras de apoio psicossocial, garantia de direito à desconexão e mecanismos de acompanhamento pela gestão de pessoas, de forma a evitar o isolamento e a sobrecarga invisível frequentemente associados ao trabalho remoto.

Por fim, acredita-se que os resultados desta pesquisa podem servir como base para reflexões e ações voltadas à melhoria das condições de trabalho e à promoção da saúde dos servidores públicos, como a base de um programa de intervenção psicossociais aplicado nos pontos de maior incidência em questões relacionadas a saúde mental, contribuindo para um ambiente laboral mais saudável e produtivo. Isso porque, tendo em

vista que no mês de maio de 2025 se inicia as obrigações da atualização da Norma Regulamentadora 01, que trouxe como grande inovação a obrigatoriedade de avaliação e tratamento dos riscos psicossociais. Estima-se ainda que a gestão pública municipal possa vislumbrar os dados em questão para que, ao menos, sejam avaliados e tratados os riscos aqui já aferidos.

7. BIBLIOGRAFIA

1. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao
2. Almeida Filho N, Coelho MTÁ, Peres MFT. O conceito de saúde mental. Rev USP. 1999.
3. World Health Organization. Mental health in the workplace [Internet]. 2020 [citado em 2024 jul 27]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-workplace
4. Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. Ciênc Saúde Colet. 2005.
5. Weber CAT, Juruena MF. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. Psicologia, Saúde e Doenças. 2017.
6. Johns G. Absenteeism and presenteeism: Not at work or not working well. J Organ Behav. 1997.
7. Steves A. Absenteísmo gera, em PP, 11,5 mil atestados: Conforme titular da Secad, realidade custa aos cofres R$ 1.853.652, valor suficiente para a construção de quatro creches. Imparcial [Internet]. 2017 Dec 16 [cited 2024 Nov 16]:1-1. Disponível em: https://www.imparcial.com.br/noticias/absenteismo-gera-em-pp-11-5-mil-atestados,17320.
8. Baruki LV. Saúde Mental e Trabalho: Uma Proposta de Norma Regulamentadora sobre os riscos Psicossociais no Trabalho a partir de Reflexões sobre os Sistemas Francês e Brasileiro [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2017. 292 p.
9. Oliveira GG, Siqueira MM, Ferreira AA. Intervenções psicossociais no ambiente de trabalho: um estudo de caso na administração pública. Rev Psicologia Organizacional e Trabalho, 2022.
10. Codo W, organizadores. Saúde mental e trabalho no serviço público. São Paulo: LTr Editora; 2020.
11. Brasil. Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 nov 18 [citado em 2024 nov 16]; Seção 1.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm
12. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Acesso à informação e políticas públicas de saúde: desafios contemporâneos. Ciênc Saúde Coletiva. 2021;26(6):2121–30.
13. Ribeiro KSQS, Silva PCS. A Lei de Acesso à Informação como instrumento de pesquisa em saúde. Saúde Debate. 2019;43(121):122–34.
14. Brasil. Controladoria-Geral da União. Manual da LAI – Lei de Acesso à Informação. Brasília: CGU; 2020.
15. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Diário Oficial da União [Internet]. 2018 [citado 2024 Nov 18]; Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm
16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 2016 abr 24.
17. Gico I. Transparência pública e accountability no Brasil: a efetividade da Lei de Acesso à Informação. Rev Adm Pública. 2020;54(5):1087–112.
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 10ª ed. São Paulo: Edusp; 2013.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS; 2001.
20. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
21. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18(1):3–19.
22. Costa LS, Fernandes LGG, Figueiredo MCAB. Implicações da transição da CID-10 para a CID-11 no contexto da saúde pública brasileira. Rev Bras Epidemiol. 2022;25:e220012.
23. Lima AF, Silveira RP, Bastos YGL. Adoecimento mental e trabalho: avanços e desafios com a CID-11. Saúde Debate. 2023;47(137):386–97.

24. Organização Pan-Americana da Saúde. CID-11: Guia de Implementação para Profissionais de Saúde. Brasília: OPAS; 2021.
25. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e medicina do trabalho. Diário Oficial da União. 1978 jun 8.
26. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. São Paulo: Hucitec; 1996.
27. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saúde Pública. 1997;13(suppl 2):21–32.
28. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Atualizado até 2024.
29. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria nº 6.730, de 09 de março de 2020. Aprova a nova redação da NR-01. Diário Oficial da União. 2020 mar 10.
30. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 2015.
31. Silva RM, Fischer FM. Avaliação de riscos psicossociais no trabalho: instrumentos disponíveis e experiências brasileiras. Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e25.
32. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência. NR-17 – Ergonomia. Atualizada pela Portaria nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Diário Oficial da União. 2022 dez 21.
33. Ramon GS, Bellini MIB. Psicodinâmica do trabalho, saúde do trabalhador e avanço da racionalidade neoliberal: notas introdutórias sobre o tema. FLACSO. 2022.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Consolida as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_21_12_2017.html
35. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. IBGE; 2020.
37. Organização Internacional do Trabalho. Panorama Mundial do Trabalho: Estresse e Assédio no Ambiente Laboral. Genebra: OIT; 2021.
38. SEBRAE. Bem-estar no Trabalho e Produtividade: O Impacto de Investir em Saúde Mental nas Empresas. SEBRAE; 2022.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
40. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Social consequences of psychiatric disorders. The American Journal of Psychiatry. 1997;154(4): 423-431.
41. Maslach C, Leiter MP. Burnout in the workplace: A perspective. Ann Rev Clin Psychol. 2016.
42. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. Journal of Organizational Behavior. 2004;25(3):293-315.
43. Chung KF, Nienhuis D, Yip J, et al. Sleep disturbances in Hong Kong Chinese workers: prevalence, work-related factors, and the impact of shift work. Journal of Sleep Research. 2009;18(1):85-95.
44. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of worksite health-promotion programs. Annual Review of Public Health. 2002;23: 433-448.
45. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry. 2005;62(6):593-602.
46. Hirigoyen MF. Mal estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015.
47. Hospital Santa Mônica. Aumento de 38% nos afastamentos por transtornos mentais no trabalho: um desafio para o mundo corporativo [Internet]. Disponível em: https://hospitalsantamonica.com.br. Acesso em: 8 nov. 2024.
48. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2(2):99–113.
49. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(6):7–14.

50. Codo W, Jacques MGC. Burnout nas organizações de trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2019. p. 77–106.
51. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
52. Silva AG, Pinto LW, Souza ACS. Estigma internalizado e barreiras de acesso aos serviços de saúde mental. Cien Saude Colet. 2021;26(5):1845–54.
53. Sanches Filho PJA, Barbosa GA, Lins L. Burnout em professores da rede pública de ensino: uma revisão. Rev Bras Saude Ocup. 2019;44:e9.
54. Souza NVDO, Pires AS, Progianti JM, David HMSL, Spindola T, Silva LF. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de uma UPA. Rev Enferm UERJ. 2018;26:e28380.
55. Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis; 1998.
56. Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2019.
57. Organização Pan-Americana da Saúde. COVID-19 e saúde mental no trabalho: relatório técnico. Washington, DC: OPAS; 2021.
58. Rajgopal T. Mental well-being at the workplace. Indian J Occup Environ Med. 2010;14(3):63–5.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de saúde do trabalhador: promoção da saúde mental no trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
60. International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge. Geneva: ILO; 2016.
61. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental e trabalho: diretrizes para gestores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
63. Alonso C, Santos EG, Figueiredo S. Internalização do estigma em transtornos mentais: revisão sistemática. Psicol Teor Prat. 2020;22(1):98–111.
64. International Labour Organization. Stress prevention at work checkpoints. Geneva: ILO; 2012.
65. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR ISO 31000:2018 – Gestão de riscos: diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT; 2018.

66. Horcades AL. Critérios de atenção para determinação de nível de risco ocupacional para fatores de risco psicossociais no âmbito do programa de gerenciamento de riscos. Rev Esc Nac Insp Trab. 2023.
67. França ACL, Rodrigues LA. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 2013.
68. Hirigoyen MF. Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
69. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): Trabalho e Rendimento 2020. Rio de Janeiro: IBGE. 2021.
70. Oliveira RM, Mendes AM, Araújo AJ. Impactos das jornadas prolongadas na saúde mental dos trabalhadores. Rev Bras Saúde Ocup. 2022.
71. Carvalho VS, Muller BM, Peixoto D, Souza Y. Transtornos mentais e o trabalho no serviço público: uma revisão de literatura. Rev Bras Saúde Ocup. 2021.
72. Silva EF, Oliveira KKM, Souza PCZ. Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT. Rev Bras Saúde Ocup. 2011.
73. Siegrist J, Klein D, Voigt K-H. Linking sociological with physiological data: The model of effort-reward imbalance at work. Acta Physiol Scand. 1996.
74. Flores LI, Almeida PH, Santos LR, Borges AC, Pereira JF. O absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de atenção à saúde do trabalhador. Rev Laborativa. 2016.
75. International Stress Management Association. Pesquisa de Estresse no Brasil. ISMA-BR, 2021.
76. Schein EH. Organizational culture and leadership. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
77. Costa FS, Silva AL, Andrade TM. Fatores psicossociais e saúde mental no trabalho: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2020;73(suppl 1):e20190193.
78. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16-20.
79. Gomes MHJ, Bebenetti IMM. Gestão com pessoas na engenharia de produção. In: Gomes LCF, Silva WF, organizadores. Engenharia 4.0: volume 1. Curitiba: Editora Artemis; 2022. p.107–118.

80. Pinho RGM, Silva EOL. Clima organizacional e sofrimento psíquico no serviço público. Rev Psicol Organ Trab. 2021;21(1):15-22.
81. Assunção AA, Abreu MNS. Participação dos trabalhadores e saúde no setor público. Rev Bras Saúde Ocup. 2017;42:e2.
82. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da Job Stress Scale: adaptação para o português. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):164-71.
83. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental no trabalho: diretrizes para a implementação de estratégias. Genebra: OMS; 202
84. Fonseca RMGS, Silva MG, Silva LF. Teletrabalho e saúde mental na pandemia da COVID-19: desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm. 2021;74(Supl 1):e20200837.
85. Araújo F, Garcia L, Martines DS. Saúde mental e teletrabalho: experiências de servidores públicos no contexto da pandemia. Rev Psicol Organ Trab. 2021;21(3):1–9.
86. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
87. Edmondson AC. The fearless organization: creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken: Wiley; 2019.
88. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2016;49:106–18.
89. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments. CNS Drugs. 2006;20(2):99–106.
90. Matos SS. Riscos Psicossociais em Trabalhadores na Arábia Saudita [dissertação de mestrado]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2015.
91. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2019.
92. Babbie E. The practice of social research. 14th ed. Belmont: Cengage Learning; 2016.
93. Viana Braz M, Mariani Casadore M, Hashimoto F. Intervenção em psicossociologia: a construção da escuta e a implicação nas organizações. Psicol Estud. 2020 Sep 16;25.
94. Colombo B, Sefstrom R. A alma da empresa: filosofia clínica nas organizações. Florianópolis: Dois Por Quatro; 2019. 200 p. ISBN: 978-85-69609-33-9.

95. Viana Braz M, Mariani Casadore M, Hashimoto F. Intervenção em psicossociologia: a construção da escuta e a implicação nas organizações. Psicol Estud. 2020.
96. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q. 1979;24(2):285–308.
97. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996;1(1):27–41.
98. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. IBGE; 2020.
99. Guimarães LAM, Laudelino Neto A, Massuda Júnior J. Intervenção integrada em saúde mental do trabalhador em uma corporação policial de Campo Grande (MS). Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2020.
100. European Agency for Safety and Health at Work. Framework agreement on work-related stress. Brussels: EU-OSHA; 2004.
101. Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris: Armand Colin; 2014.
102. Health and Safety Executive. Management Standards for Work-related Stress. London: HSE; 2020.
103. Safe Work Australia. Mentally Healthy Workplaces: A National Framework. Canberra: SWA; 2019.
104. Mental Health Commission of Canada. National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace. Ottawa: CSA Group; 2013.
105. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
106. Gillon R. Ethics and health care. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
107. Santos IS, Menezes PR, Figueiredo VM. O impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores: uma análise das condições laborais. Rev Saúde Pública. 2020;54:1-8.
108. Brasil. Lei nº 14.831, de 27 de março de 2024. Institui o Certificado Empresa Promotora da Saúde Mental. Diário Oficial da União. 27 mar 2024. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/norma/38286747

109. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-mental/politica-nacional-de-saude-mental
110. Prefeitura Municipal de Presidente Prudente. A Cidade - Município de Presidente Prudente [Internet]. Disponível em: https://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/acidade.xhtml. Acessado em 16 Nov 2024.
111. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Presidente Prudente: Panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 17 nov. 2024]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/presidente-prudente/panorama
112. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): Trabalho e Rendimento 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
113. Revista Ferroviária. Fora dos trilhos: ferrovia foi a alavanca do desenvolvimento da região de Presidente Prudente no século passado [Internet]. São Paulo: Revista Ferroviária; 2020 [acesso em 2025 Abr 6]. Disponível em: https://revistaferroviaria.com.br/2020/08/fora-dos-trilhos-ferrovia-foi-a-alavanca-do-desenvolvimento-da-regiao-de-presidente-prudente-no-seculo-passado/
114. Fausto B. História do Brasil. 13ª ed. São Paulo: EdUSP; 2013.
115. Skidmore TE. Brasil: de Getúlio a Castelo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
116. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
117. Portal Prudentino. Governador inaugura ala psiquiátrica no Hospital Regional [Internet]. Presidente Prudente: Portal Prudentino; 2010 [acesso em 2025 Abr 6]. Disponível em: https://portalprudentino.com.br/noticia/arquivos/portal-do-ruas-arquivos/governador-inaugura-ala-psiquiatrica-no-hospital-regional
118. Prefeitura de Presidente Prudente. Prefeitura inaugura CAPS Transtorno do bairro Ana Jacinta [Internet]. Presidente Prudente: Prefeitura Municipal; 2017 [acesso em 2025 Abr 6]. Disponível em: https://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticia/35257

119. Prefeitura de Presidente Prudente. Lei municipal implanta medidas de prevenção à depressão e suicídio nas escolas [Internet]. Presidente Prudente: Prefeitura Municipal; 2021 [acesso em 2025 Abr 6]. Disponível em: https://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticia/56912
120. Carr W, Kemmis S. Becoming critical: Education, knowledge, and action research. 2nd ed. London: Routledge; 2006.
121. Coghlan D, Brannick T. Doing action research in your own organization. 5th ed. London: SAGE Publications; 2014.
122. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2018.
123. Michener G, Contreras E. Evaluating the Impact of Transparency Policies in Government. Public Adm Rev. 2020;80(3):509-21.
124. Borges DCP, Alves F. A Lei de Acesso à Informação e suas implicações para a pesquisa científica. Rev Adm Pública. 2019;53(1):154-71.
125. Araújo E, Vieira C. Epidemiologia ocupacional: estudo descritivo do absenteísmo em uma instituição pública. Rev Bras Saúde Ocup. 2017.
126. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.
127. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Manual de Perícia Médica e Previdenciária. Brasília: INSS; 2018. Disponível em: http://www.inss.gov.br.
128. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588/2017. Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília; 2017.
129. Souza J, Pereira M. A utilização da LAI em pesquisas de saúde pública: desafios e possibilidades. Ciênc Saúde Colet. 2021;26(4):1127-34.
130. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Estado Brasileiro: Perfil dos Servidores Públicos. 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasestado. Acesso em: 24 nov. 2024.
131. Presidente Prudente. Lei Municipal nº 5, de 1991. Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Presidente Prudente. Prefeitura Municipal de Presidente Prudente; 1991.

132. Oliveira RC, Teixeira MS, Santos EP, Gonçalves R. Saúde do trabalhador e o papel do perito: dilemas éticos e práticas no SIASS. Rev Bras Saúde Ocup. 2019;44. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6369000017118.
133. Araújo CA, Lira GV, Campos CR. Conflitos e desafios na realização de perícias médicas em servidores públicos: perspectivas dos peritos e dos avaliados. Rev Med Trab. 2021;19(3):223-30. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1679443520210032.
134. Souza MC, Mendes AA, Oliveira RB. Saúde mental no serviço público: o impacto das perícias médicas na saúde ocupacional. Cad Psicol Soc Trab. 2020;23(2):141-8. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v23i2p141-148.
135. IBGE. Perfil dos servidores públicos municipais. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/protecao-social/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html
136. Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Dados sobre vínculos no setor público. Disponível em: http://www.rais.gov.br. Acesso em: 24 nov. 2024.
137. Agência Brasil. Escolaridade e distribuição dos servidores públicos. 2024. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br. Acesso em: 24 nov. 2024.
138. Moraes PB. Perfil do afastamento por licença médica dos servidores municipais da cidade de São Paulo [Internet]. Bvsalud.org. 2015 [cited 2024 Nov 30]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1556316
139. Monteiro FG, Ferreira RB, Silva CR. O impacto da saúde mental no absenteísmo laboral: uma análise psicossocial. Rev Dir Políticas [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 1];16(2):234-45. Disponível em: https://revistardp.org.br/revista/article/view/695/728
140. Veja. Afastamento do trabalho por saúde mental dispara 20%, aponta pesquisa [Internet]. 2023 [citado 2024 dez 1]. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/radar-economico/afastamento-do-trabalho-por-saude-mental-dispara-20-aponta-pesquisa/

141. RH Pra Você. Afastamento por saúde mental em 2023: o que os números revelam [Internet]. 2023 [citado 2024 dez 1]. Disponível em: https://rhpravoce.com.br/redacao/afastamento-saude-mental-2023/
142. Contábeis. INSS: você sabe quais as doenças que mais afastam trabalhadores? [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 1]. Disponível em: https://www.contabeis.com.br/noticias/63210/inss-voce-sabe-quais-as-doencas-que-mais-afastam-trabalhadores/
143. Silva LS, Barreto SM. Saúde mental e condições de trabalho: estudo em trabalhadores de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Saúde Pública. 2010;44(5):1–9.
144. Mendes R, organizador. Patologia do trabalho. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2013.
145. Puente-Palacios K, Peixoto AL. Clima e cultura organizacional. In: Zanelato JC, ed. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 283–302.
146. Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil: trajetória e desafios. Cienc Saude Colet. 2011;16(4):2107–14.
147. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. Psychol Med. 2016;46(4):683–97.
148. Giorgi G, Arcangeli G, Mucci N, Cupelli V. Organizational justice and changes in psychological distress among Italian municipal employees: a follow-up study. J Occup Health. 2015;57(4):323–30.
149. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychol Sci Public Interest. 2014;15(2):37–70.
150. Santos EG, Pimenta AM, Silva AG, Caixeta RC. Atenção à saúde do trabalhador no serviço público: uma experiência em rede em município de médio porte. Rev Bras Med Trab. 2020;18(1):70–7.
151. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
152. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occup Environ Med. 2006;63(5):335–342.

153. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
154. Bousquat A, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Seidl H, Mendonça MHM. Atenção primária e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: avanços e desafios. Saúde Debate. 2019;43(spe1):118–32.
155. Mulgan G, Albury D. Innovation in the public sector. London: Strategy Unit, Cabinet Office; 2003.
156. Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. World Psychiatry. 2021;20(3):318–35.
157. Mohr DC, Zhang M, Schueller SM. Personal sensing: understanding mental health using ubiquitous sensors and machine learning. Annu Rev Clin Psychol. 2017;13:23–47.

8. ANEXOS

ANEXO A – Pedido de Lei de Acesso à Informação 81/2024

Pedido de e-SIC 081/2024

Situação em 22/09/2024 14:14: Pendente solicitante | Código nº 807.317.197.733.209.8[illegible]

Michael Hellison Jantorpe Gomes
· 18 9818-11128
CPF 353.XXX.XXX-50

Para
e-SIC - CGM - In...
e-SIC - CGM - Informação ao Cidadão

Em 30/06/2024 às 15:48

Pedido

Eu, Michael Hellison Jantorpe Gomes, portador do Registro Geral nº 44980781-2, CPF 35349487850, residente e domiciliado na Rua Amélio Domingos Mungo 772 – Bloco 5 - 304, endereço eletrônico michaelhellison@live.com, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública – Ocupacional na Universidad Europea del Atlántico (Santander, España), visando dar seguimento a pesquisa acadêmica intitulada ***"Impacto da Saúde Mental no Absenteísmo no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente - SP e potenciais intervenções psicossociais para mitigação",*** invoco o fundamento no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5º, inc. XIV, da Constituição da República, bem como na Lei 12.527/2011, neste Município regulamentada pelo Decreto 22.789/2012, vem requerer, **no prazo de até 20 dias corridos (artigo 11, parágrafo 1º da Lei 12.527/11)** o que abaixo segue:

a) Número total de atestados médicos apresentados por servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);
b) Número total, por secretarias, de atestados médicos apresentados por servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);
c) Número total de dias de afastamento médicos apresentados por servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);
d) Número total de dias de afastamento médicos, por secretarias, apresentados por servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);
e) Total de afastamentos médicos por CID (CID-10) dos atestados apresentados entre 2018 à 2023, separado por ano e por Secretaria;
f) Protocolo formal de recebimento de atestados médicos fornecidos por servidores públicos (incluir fundamentos legais cabíveis, caso existam);
g) Justificar os casos aonde a apresentação de atestados médicos exige perícia médica (incluir fundamentos legais cabíveis, caso existam);
h) Informar caso haja procedimentos internos, inquéritos civis ou demais desdobramentos sobre a mitigação dos índices de absenteísmo;
i) Matérias jornalísticas de 2017 (1) levantaram custos que o absenteísmo gerava ao Município. Qual a memória de calculo desta cifra? Qual o valor em questão para os anos de 2018 à 2023 (separados por ano).
j) Que ações o Município tem investido para a redução do absenteísmo desde 2019?

Solicito, conforme preceitua o artigo 11, parágrafo 5º da lei 12.527/2011, que as informações sejam fornecidas em formato digital.

Ressalto que, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, os dados em questão, são de domínio público (uma vez que, inclusive, o próprio INSS oferece estes dados de forma aberta em https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/instituto-nacional-do-seguro-social) , uma vez que não identificam os participantes da pesquisa (ressalta-se que não se deve apresentar quaisquer dado pessoal dos envolvidos), não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Desta forma, estão ainda aderente à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, uma vez que buscou-se a anonimização.

Por fim, informamos que, tendo em vista a pesquisa em questão se tratar fundamentalmente de um Estudo de Caso, ao final da pesquisa em questão, será disponibilizado cópia na íntegra do documento gerado, incluindo análises.

Agradeço, desde já.

Atenciosamente.

Referências Bibliográficas

[1] Steves André. Absenteísmo gera, em PP, 11,5 mil atestados: Conforme titular da Secad, realidade custa aos cofres R$ 1.853.652, valor suficiente para a construção de quatro creches. Imparcial [Internet]. 2017 Dec 16 [cited 2024 Jun 16]:1-1. Available from: https://www.imparcial.com.br/noticias/absenteismo-gera-em-pp-11-5-mil-atestados,17320

ANEXO B – Pedido de Lei de Acesso à Informação 86/2024

Pedido de e-SIC 086/2024

Situação em 22/09/2024 14:15: **Finalizado** | Código nº **753.917.205.511.878.848**

Michael Hellison Jantorpe Gomes
18 9618-11128
CPF 353.XXX.XXX-50

Para
e-SIC - CGM - In...
e-SIC - CGM - Informação ao Cidadão

Em 09/07/2024 às 15:53

Pedido

Eu, Michael Hellison Jantorpe Gomes, portador do Registro Geral nº 44980781-2, CPF 35349487850, residente e domiciliado na Rua Amélio Domingos Mungo 772 – Bloco 5 - 304, endereço eletrônico michaelhellison@live.com, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública – Ocupacional na Universidad Europea del Atlántico (Santander, España), visando dar seguimento a pesquisa acadêmica intitulada "Impacto da Saúde Mental no Absenteísmo no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente - SP e potenciais intervenções psicossociais para mitigação", em complemento à E-SIC 81/2024, invoco o fundamento no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5º, inc. XIV, da Constituição da República, bem como na Lei 12.527/2011, neste Município regulamentada pelo Decreto 22.789/2012, vem requerer, no prazo de até 20 dias corridos (artigo 11, parágrafo 1º da Lei 12.527/11) o que abaixo segue:

a) Número total de servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);
b) Número de servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano) por sexo;
c) Número de servidores públicos nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano) por Secretaria Municipal;
d) Nível total de servidores por escolaridade;
e) Nível total de servidores por tipo de ingresso (concurso, processo seletivo e afins);
f) Número total de servidores aposentados nos anos de 2018 à 2023 (separado por ano);

Solicito, conforme preceitua o artigo 11, parágrafo 5º da lei 12.527/2011, que as informações sejam fornecidas em formato digital.

Ressalto que, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, os dados em questão são de domínio público, uma vez que não identificam os participantes da pesquisa (ressalta-se que não se deve apresentar quaisquer dado pessoal dos envolvidos), não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Desta forma, estão ainda aderente à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, uma vez que buscou-se a total anonimização.

Por fim, informamos que, tendo em vista a pesquisa em questão se tratar fundamentalmente de um Estudo de Caso, ao final da pesquisa em questão, será disponibilizado cópia na integral do documento gerado, incluindo análises.

Agradeço, desde já.

Atenciosamente.

ANEXO C – Pedido de Lei de Acesso à Informação 132/2024

Pedido de e-SIC 132/2024

Situação em 15/11/2024 09:03: Pendente solicitante | Código nº 384.117.293.679.834.01

Michael Hellison Jantorpe Gomes
· 18 9818-11128
CPF 353.XXX.XXX-50

Para
e-SIC - CGM - In...
e-SIC - CGM - Informação ao Cidadão

Em 19/10/2024 às 16:59

Pedido

Eu, **Michael Hellison Jantorpe Gomes,** CPF **35349487850**, residente e domiciliado na Rua Amélio Domingos Mungo 772 – Bloco 5 - 304, endereço eletrônico michaelhellison@live.com, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública – Ocupacional na Universidad Europea del Atlántico (Santander, España), visando dar seguimento a pesquisa acadêmica intitulada **"A Saúde Mental e o Absentismo no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente – São Paulo"**, invoco o fundamento no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5º, inc. XIV, da Constituição da República, bem como na Lei 12.527/2011, neste Município regulamentada pelo Decreto 22.789/2012, e deta forma, venho requerer, no prazo de até 20 dias corridos (artigo 11, parágrafo 1º da Lei 12.527/11), o que abaixo segue:

A) Quantas faltas injustificadas (em dias) foram registradas de 2018 a 2023. Separar as faltas por Secretarias;
B) Quantidade de servidores falecidos (em dias) entre 2018 a 2023. Separar por Secretarias;
C) Quantidade de servidores em pelo menos 6 meses de gozo de "Afastamento por assuntos particulares" registrados de 2018 a 2023. Separar as faltas por Secretarias;
D) Quantidade de Sindicâncias e de Processos Administrativos Disciplinatres (separados) abertos de 2018 a 2023 com a temática "Assédio Moral". Separar por Secretarias;
E) Quantidade total anual de atestados médicos por forma de ingresso (Concurso, Comissão, Processo Seletivo, Eletivo e CLT - Estáveis) entre 2018 a 2023. Separar por Secretarias;
F) Quantidade total anual de acidentes de trabalho entre 2018 a 2023. Separar por Secretaria;
J) Protocolo formal de recebimento de atestados médicos fornecidos por servidores públicos (incluir fundamentos legais cabíveis, caso existam);
K) Justificar os casos aonde a apresentação de atestados médicos exige perícia médica (incluir fundamentos legais cabíveis, caso existam);
L) Informar caso haja procedimentos internos, inquéritos civis ou demais desdobramentos sobre a mitigação dos índices de absenteísmo;
M) Matérias jornalísticas de 2017 (1) levantaram custos que o absenteísmo gerava ao Município. Qual a memória de calculo desta cifra? Qual o valor em questão para os anos de 2018 à 2023 (separados por ano).
N) Que ações o Município tem investido para a redução do absenteísmo desde 2019?

Solicito, conforme preceitua o artigo 11, parágrafo 5º da lei 12.527/2011, que as informações sejam fornecidas em formato digital.

Importante frisar que entre os itens **J a N** houve falha no atendimento em outra solicitação, o Pedido E-Sic 081. Por tal, dá-se nova oportunidade para tal. Todavia, cumpre lembrar que, caso necessário, novo descumprimento pode ensejar responsabilidade civil, penal e administrativa aos gestores públicos responsáveis pelo eventual descumprimento.

Ressalto que, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, os dados em questão são de domínio público (uma vez que, inclusive, o próprio INSS oferece estes dados de forma aberta em https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/instituto-nacional-do-seguro-social). Isso porque não

identificam os participantes da pesquisa (ressalta-se que não se deve apresentar quaisquer dado pessoal dos envolvidos), e, sendo assim, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Desta forma, estão ainda aderente à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, uma vez que buscou-se **total anonimização.**

Por fim, cabe ressaltar que o tema já possui, inclusive, parecer juridico subsidiando a coleta de dados, constante no Pedido E-Sic 081 e 086.

ANEXO D – Pedido de Lei de Acesso à Informação 157/2024

Pedido de e-SIC 157/2024

Situação em 14/12/2024 13:33: Em tramitação interna | Código nº 566.917.323.850.955

Michael Hellison Jantorpe Gomes
· 18 9818-11128
CPF 353.XXX.XXX-50

Para
e-SIC - CGM - In...
e-SIC - CGM - Informação ao Cidadão

Em 23/11/2024 às 15:04

Pedido

Eu, Michael Hellison Jantorpe Gomes, CPF 35349487850, residente e domiciliado na Rua Amélio Domingos Mungo 772 – Bloco 5 - 304, endereço eletrônico michaelhellison@live.com, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública – Ocupacional na Universidad Europea del Atlántico (Santander, España), visando dar seguimento à pesquisa acadêmica intitulada "**A Saúde Mental e o Absentismo no Trabalho: Um estudo de caso da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente – São Paulo**", invoco o fundamento no Direito Constitucional de Acesso à Informação, previsto no artigo 5º, inc. XIV, da Constituição da República, bem como na Lei 12.527/2011, neste Município regulamentada pelo Decreto 22.789/2012, e desta forma, venho requerer, no **prazo de até 20 dias corridos** (artigo 11, parágrafo 1º da Lei 12.527/11), o que abaixo segue:

a) Número de exonerações de servidores, a pedido, separados por ano (2018 a 2023) e por Secretarias Municipais;
b) Quantidade de ações judiciais que envolvam danos morais iniciadas por servidores públicos ao qual o município foi réu entre 2018 a 2023 (considerando a data da petição inicial), separados por Secretarias de lotação;
c) Memória de cálculo da cifra apresentada na matéria jornalística (link: https://www.imparcial.com.br/noticias/absenteismo-gera-em-pp-11-5-mil-atestados,17320). Qual o valor em questão para os anos de 2018 a 2023 (separados por ano);
d) Quanto o Município de Presidente Prudente gastou/investiu em valores monetários com ações de prevenção ao absenteísmo entre 2018 e 2023 (descrever as ações);
e) Quanto o Município de Presidente Prudente prevê gastar/investir em valores monetários entre 2024 e 2025 com ações de prevenção ao absenteísmo entre 2018 e 2023 (descrever as ações);
f) Qual o tipo de perícia (e seu detalhamento) é realizado no caso de afastamentos para tratamento de saúde;
g) O Município mantém (ou já manteve) um Banco de Interesses em Remoção de Servidores, para os casos em que os servidores possam demonstrar interesse em troca de setores. Caso já tenha existido e não se encontre ativo, qual o motivo da inativação?;
h) O Município de Presidente Prudente tem o conhecimento de outras pesquisas que foram realizadas sobre o absenteísmo dos servidores públicos municipais? Se houver, apresentar os detalhes que tiver conhecimento.

Solicito, conforme preceitua o artigo 11, parágrafo 5º da lei 12.527/2011, **que as informações sejam fornecidas em formato digital.**

Ressalto que, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, os dados em questão são de domínio público (uma vez que, inclusive, o próprio INSS oferece estes dados de forma aberta em https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/instituto-nacional-do-seguro-social). Isso porque não identificam os participantes da pesquisa (ressalta-se que **não se deve apresentar quaisquer dado pessoal ou sensível dos envolvidos**), e, sendo assim, não necessitam aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP. Desta forma, estão ainda aderente à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, uma vez que buscou-se **total anonimização.**

Por fim, cabe ressaltar que o tema já possui, inclusive, parecer juridico subsidiando a coleta de dados, constante no Pedido E-Sic 081, 086 e 132/2024.

Sem mais,

–

ANEXO E – Tabela de Cargos e Salários 2023

Diário Oficial de Presidente Prudente

Prefeitura Municipal de Presidente Prudente-SP
Diario criado pela Lei Municipal 9.118/2016
www.presidenteprudente.sp.gov.br

Presidente Prudente, 28 de dezembro de 2023 | Ano VI - Edição Nº 1462-A | Página 77

Outros atos

Município de Presidente Prudente
Secretaria de Administração
Departamento de Recursos Humanos e Serviços de Pessoal
Tabela de Cargos e Salários - 2023

Seq.	Cargo	Ref. Sal.	Salário Base Inicial
001	Açougueiro	R09	R$ 1.846,20
002	Administrador de Praças Esportivas	R08	R$ 1.722,18
003	Administrador do Departamento de Futebol	R08	R$ 1.722,18
004	Agente Comunitário	SA1	R$ 2.760,24
005	Agente Comunitário de Saúde da Família	SA1	R$ 2.760,24
006	Agente de Apoio de Zoonoses	SA1	R$ 2.760,24
007	Agente de Combate às Endemias	SA1	R$ 2.760,24
008	Agente de Saneamento	SA2	R$ 2.569,44
009	Agente de Segurança Pública e Operações de Trânsito	R11	R$ 2.066,76
010	Almoxarife	R08	R$ 1.722,18
011	Analista Administrativo Pleno	R16	R$ 3.917,55
012	Analista Administrativo Sênior	CP7	R$ 4.920,18
013	Analista de Banco de Dados	CP8	R$ 8.364,04
014	Analista de Sistemas Júnior	CP4	R$ 6.131,50
015	Analista de Sistemas Pleno	CP8	R$ 8.364,04
016	Analista de Sistemas Sênior	CP6	R$ 9.636,27
017	Analista de Sistemas Web	CP4	R$ 6.131,50
018	Analista de Software	CP4	R$ 6.131,50
019	Analista em Tecnologia da Informação	CP8	R$ 8.364,04
020	Analista Jurídico	R16	R$ 3.917,55
021	Arquiteto	CP6	R$ 9.636,27
022	Arquivista	CP7	R$ 4.920,18
023	Arte Educador	R10	R$ 1.945,38
024	Artífice	R08	R$ 1.722,18
025	Assessor de Políticas Governamentais	CC3	R$ 4.874,22
026	Assessor de Secretaria	CC8	R$ 8.464,98
027	Assessor Especial do Gabinete	CC8	R$ 8.464,98
028	Assistente Administrativo	R12	R$ 2.228,44
029	Assistente de Atendimento e Produção	CP7	R$ 4.920,18
030	Assistente de CPD	CP1	R$ 1.888,20
031	Assistente de Criação e Redação	CP7	R$ 4.920,18
032	Assistente de Direção II	R15	R$ 3.015,33
033	Assistente de Projetos e Convênios	CC3	R$ 4.874,22
034	Assistente de Tecnologia da Informação	CP2	R$ 2.264,62
035	Assistente Social	CP7	R$ 4.920,18
036	Assistente Técnico de Cadastro	CP2	R$ 2.264,62
037	Auditor Tributário	CP6	R$ 9.636,27
038	Auxiliar de Biblioteca	R08	R$ 1.722,18
039	Auxiliar de Campo	S05	R$ 2.194,26
040	Auxiliar de Enfermagem	S05	R$ 2.194,26
041	Auxiliar de Enfermagem de Saúde da Família (40 Hs)	S05	R$ 2.194,26
042	Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	S05	R$ 2.194,26
043	Auxiliar de Farmácia	S05	R$ 2.194,26
044	Auxiliar de Fisioterapia	R12	R$ 2.228,44
045	Auxiliar de Gabinete	CC7	R$ 3.599,28
046	Auxiliar de Fotógrafo	CP2	R$ 2.264,62
047	Auxiliar de Laboratório	S05	R$ 2.194,26
048	Auxiliar de Médico Veterinário	R12	R$ 2.228,44
049	Auxiliar de Saúde Bucal	S05	R$ 2.194,26
050	Auxiliar de Saúde Bucal - ESF	S05	R$ 2.194,26
051	Auxiliar de Telefonista	R08	R$ 1.722,18
052	Auxiliar de Topógrafo	R08	R$ 1.722,18
053	Bibliotecário	CP7	R$ 4.920,18

Documento Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, alterada pela Lei nº 14.063/2020

054	Biólogo	CP7	R$ 4.920,18
055	Cadastrador	R08	R$ 1.722,18
056	Caixa	R08	R$ 1.722,18
057	Carpinteiro	R08	R$ 1.722,18
058	Chefe de Gabinete	CC1	R$ 14.141,70
059	Conselheiro Tutelar	SUB	R$ 5.233,40
060	Contador	CP6	R$ 9.636,27
061	Contador-Chefe	CC1	R$ 14.141,70
062	Controlador de Pedágio	R08	R$ 1.722,18
063	Controlador Interno	CP6	R$ 9.636,27
064	Coordenador Administrativo	CC2	R$ 5.192,02
065	Coordenador Administrativo e Financeiro	CC2	R$ 5.192,02
066	Coordenador de Agricultura e Abastecimento	CC2	R$ 5.192,02
067	Coordenador de Assuntos Viários e Segurança Pública	CC2	R$ 5.192,02
068	Coordenador de Educação para o Trânsito	CC2	R$ 5.192,02
069	Coordenador de Fiscalização	CC2	R$ 5.192,02
070	Coordenador de Fiscalização - SEAGRI	CC2	R$ 5.192,02
071	Coordenador de Fiscalização - SEDEPP	CC2	R$ 5.192,02
072	Coordenador de Fiscalização - SEMOB	CC2	R$ 5.192,02
073	Coordenador de Fomento Cultural	CC2	R$ 5.192,02
074	Coordenador de Gestão Administrativa	CC2	R$ 5.192,02
075	Coordenador de Gestão de Alimentação Escolar	CC2	R$ 5.192,02
076	Coordenador de Gestão do SUAS	CC2	R$ 5.192,02
077	Coordenador de Gestão Educacional	CC2	R$ 5.192,02
078	Coordenador de Obras	CC2	R$ 5.192,02
079	Coordenador de Parque Infantil	R11	R$ 2.066,76
080	Coordenador de Planejamento	CC2	R$ 5.192,02
081	Coordenador de Planejamento de Saúde	CC2	R$ 5.192,02
082	Coordenador de Políticas Ambientais e Parques Urbanos	CC2	R$ 5.192,02
083	Coordenador de Políticas Desportivas	CC2	R$ 5.192,02
084	Coordenador de Políticas Públicas para a Juventude	CC2	R$ 5.192,02
085	Coordenador de Prevenção em Saúde da Pessoa Idosa	CC2	R$ 5.192,02
086	Coordenador de Serviços Públicos	CC2	R$ 5.192,02
087	Coordenador de Transportes	R13	R$ 2.463,97
088	Coordenador de Turismo	CC2	R$ 5.192,02
089	Coordenador do PROCON	CC2	R$ 5.192,02
090	Coordenador dos Direitos da Pessoa com Deficiência	CC2	R$ 5.192,02
091	Coordenador Fiscal e Tributário	CC2	R$ 5.192,02
092	Coordenador Geral da Escola Municipal de Artes	CC2	R$ 5.192,02
093	Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil	CC2	R$ 5.192,02
094	Coordenador Municipal do Idoso	CC2	R$ 5.192,02
095	Coordenador Pedagógico	E06	R$ 5.848,02
096	Coordenador Pedagógico de Conservatório	E01	R$ 4.582,07
097	Coordenador Técnico de Saúde	CC2	R$ 5.192,02
098	Cozinheira	R08	R$ 1.722,18
099	Dentista	CP7	R$ 4.920,18
100	Dentista de Saúde da Família (40 hs)	SF5	R$ 6.637,35
101	Desenhista Copista	R08	R$ 1.722,18
102	Diretor de Escola	E05	R$ 5.569,54
103	Diretor do Departamento de Articulação Institucional	CC3	R$ 4.874,22
104	Diretor do Departamento de Assuntos Federativos e Captação de Recursos	CC3	R$ 4.874,22
105	Diretor do Departamento de Saúde Continuada e Avaliação Institucional	CC3	R$ 4.874,22
106	Diretor Presidente da FUNDEPI	F/R	R$ 8.239,44
107	Educador de Saúde	E04	R$ 5.304,32
108	Educador Físico	CP7	R$ 4.920,18
109	Educador Infantil	EI1	R$ 1.722,18
110	Educador Social	CP7	R$ 4.920,18
111	Eletricista	R08	R$ 1.722,18
112	Encanador	R08	R$ 1.722,18
113	Encarregado do Teatro Municipal	R08	R$ 1.722,18

114	Enfermeiro	CP7	R$	4.920,18
115	Enfermeiro de Saúde da Família (40 Hs)	CP7	R$	4.920,18
116	Enfermeiro do Trabalho	CP7	R$	4.920,18
117	Engenheiro Agrônomo	CP6	R$	9.636,27
118	Engenheiro Ambiental	CP6	R$	9.636,27
119	Engenheiro Cartógrafo	CP6	R$	9.636,27
120	Engenheiro Civil	CP6	R$	9.636,27
121	Engenheiro de Segurança do Trabalho	CP6	R$	9.636,27
122	Engenheiro de Transportes	CP6	R$	9.636,27
123	Engenheiro Eletricista	R14	R$	2.527,46
124	Engenheiro Florestal	CP6	R$	9.636,27
125	Escriturário I	R13	R$	2.463,97
126	Escriturário II	R13	R$	2.463,97
127	Estagiário	F/R	R$	1.320,00
128	Farmacêutico	CP7	R$	4.920,18
129	Farmacêutico Bioquímico	CP7	R$	4.920,18
130	Fiscal de Comércio	R12	R$	2.228,44
131	Fiscal de Feira	R08	R$	1.722,18
132	Fiscal de Obras	R08	R$	1.722,18
133	Fiscal de Transportes	R08	R$	1.722,18
134	Fiscal de Turma	R08	R$	1.722,18
135	Fiscal de Zona Azul	R08	R$	1.722,18
136	Fiscal do Serviço de Inspeção Municipal	R08	R$	1.722,18
137	Fiscal do Terminal Rodoviário	R08	R$	1.722,18
138	Fisioterapeuta	CP7	R$	4.920,18
139	Fonoaudiólogo	CP7	R$	4.920,18
140	Fotógrafo	CP3	R$	3.174,30
141	Frentista	R08	R$	1.722,18
142	Gestor de Pessoal e Recursos Humanos	CP8	R$	8.364,04
143	Inspetor de Alunos	R08	R$	1.722,18
144	Instrutor de Treinamento de Construção Civil (140 hs)(*)	D01	R$	2.196,16
145	Instrutor de Treinamento de Marcenaria (140 hs)(*)	D01	R$	2.196,16
146	Instrutor de Treinamento de Práticas Agrícolas (140 hs)(*)	D01	R$	2.196,16
147	Instrutor de Treinamento de Práticas Zootécnicas (140 hs)(*)	D01	R$	2.196,16
148	Licitador	CP6	R$	9.636,27
149	Marceneiro	R08	R$	1.722,18
150	Mecânico	R08	R$	1.722,18
151	Mecânico Auxiliar	R08	R$	1.722,18
152	Mecânico de Autos	R08	R$	1.722,18
153	Médico	CP4	R$	6.131,50
154	Médico Clínico Geral	CP4	R$	6.131,50
155	Médico de Saúde da Família (40 hs)	SF1	R$	16.007,69
156	Médico do Trabalho	CP4	R$	6.131,50
157	Médico Geriatra	CP4	R$	6.131,50
158	Médico Ginecologista	CP4	R$	6.131,50
159	Médico Infectologista	CP4	R$	6.131,50
160	Médico Neurologista	CP4	R$	6.131,50
161	Médico Oftalmologista	CP4	R$	6.131,50
162	Médico Pediatra	CP4	R$	6.131,50
163	Médico Psiquiatra	CP4	R$	6.131,50
164	Médico Radiologista	CP4	R$	6.131,50
165	Médico Sanitarista	CP4	R$	6.131,50
166	Médico Socorrista	CP4	R$	6.131,50
167	Médico Veterinário	CP4	R$	6.131,50
168	Motorista	R11	R$	2.066,76
169	Motorista de Ambulância	R11	R$	2.066,76
170	Nutricionista	CP7	R$	4.920,18
171	Operador de Máquina Retro-Escavadeira	R11	R$	2.066,76
172	Operador de Máquinas	R11	R$	2.066,76
173	Operador de Sistemas Pleno	CP7	R$	4.920,18

174	Operador de Sistemas Trainee	CP1	R$	1.888,20
175	Orçamentista	CP6	R$	9.636,27
176	Padeiro	R09	R$	1.846,20
177	Pedreiro	R08	R$	1.722,18
178	Pintor	R08	R$	1.722,18
179	Plantonista Noturno	R08	R$	1.722,18
180	Porteiro	R08	R$	1.722,18
181	Prefeito Municipal	SUB	R$	28.283,39
182	Presidente do SASSOM	CC1	R$	14.141,70
183	Procurador Chefe	CC1	R$	14.141,70
184	Procurador Municipal	CP6	R$	9.636,27
185	Professor da Escola de Artes (140 hs)	MD01	R$	3.404,03
186	Professor de Educação Especial (210 hs) (**)	D05	R$	4.002,96
187	Professor de Educação Especial - Interlocutor De Libras (210 hs) (**)	D05	R$	4.002,96
188	Professor de Educação Física (140 hs)	MD01	R$	3.404,03
189	Professor de Educação Infantil (165 hs) (***)	D01	R$	2.587,53
190	Professor Eventual (hora-aula)	PEV	R$	22,10
191	Professor I (165 hs) (***)	D01	R$	2.587,53
192	Professor III (140 hs)	MD05	R$	4.137,65
193	Programador de Sistemas Júnior	CP8	R$	8.364,04
194	Programador de Sistemas Pleno	CP8	R$	8.364,04
195	Psicólogo	CP7	R$	4.920,18
196	Salva Vidas	R12	R$	2.228,44
197	Secretário Adjunto de Saúde	CC8	R$	8.464,98
198	Secretário de Escola	R10	R$	1.945,38
199	Secretário Municipal de Administração	SUB	R$	14.141,70
200	Secretario Municipal de Agricultura e Abastecimento	SUB	R$	14.141,70
201	Secretário Municipal de Assistência Social	SUB	R$	14.141,70
202	Secretário Municipal de Assuntos Jurídicos e Legislativos	SUB	R$	14.141,70
203	Secretário Municipal de Comunicação	SUB	R$	14.141,70
204	Secretário Municipal de Cultura	SUB	R$	14.141,70
205	Secretário Municipal de Desenvolvimento Econômico	SUB	R$	14.141,70
206	Secretário Municipal de Educação	SUB	R$	14.141,70
207	Secretário Municipal de Esporte	SUB	R$	14.141,70
208	Secretário Municipal de Finanças	SUB	R$	14.141,70
209	Secretário Municipal de Meio Ambiente	SUB	R$	14.141,70
210	Secretário Municipal de Mobilidade Urbana e Cooperação em Segurança Pública	SUB	R$	14.141,70
211	Secretário Municipal de Obras e Serviços Públicos	SUB	R$	14.141,70
212	Secretário Municipal de Planejamento, Desenvolvimento Urbano e Habitação	SUB	R$	14.141,70
213	Secretário Municipal de Saúde	SUB	R$	14.141,70
214	Secretário Municipal de Tecnologia da Informação	SUB	R$	14.141,70
215	Secretário Municipal de Turismo	SUB	R$	14.141,70
216	Segurança	R08	R$	1.722,18
217	Sepultador	R08	R$	1.722,18
218	Servente de Pedreiro	R08	R$	1.722,18
219	Serviços Gerais	R08	R$	1.722,18
220	Sociólogo	CP7	R$	4.920,18
221	Supervisor	R16	R$	3.917,55
222	Supervisor de Cadastro	R16	R$	3.917,55
223	Supervisor de Ensino Municipal	E06	R$	5.848,02
224	Supervisor do Ginásio de Esportes	R09	R$	1.846,20
225	Técnico Agropecuário	R09	R$	1.846,20
226	Técnico Ambiental	R09	R$	1.846,20
227	Técnico de Laboratório	S06	R$	1.637,53
228	Técnico de Raio X	R12	R$	2.228,44
229	Técnico Desportivo	R16	R$	3.917,55
230	Técnico em Manutenção	R08	R$	1.722,18
231	Técnico em Nutrição	R09	R$	1.846,20
232	Técnico em Segurança do Trabalho	R14	R$	2.527,46
233	Tecnólogo em Gestão Ambiental	CP7	R$	4.920,18

234	Tecnólogo em Gestão de Recursos Humanos	OPE	R$	3.364,04
235	Telefonista	808	R$	1.722,18
236	Terapeuta Ocupacional	OP7	R$	4.920,18
237	Topógrafo	809	R$	1.846,20
238	Trabalhador Braçal	808	R$	1.722,18
239	Vice-Prefeito	SUB	R$	14.141,70
240	Vigia Diurno	808	R$	1.722,18
241	Vigia Noturno	808	R$	1.722,18
242	Zelador	808	R$	1.722,18

(*) - o referido cargo percebe uma complementação salarial no valor de R$ 898,23, perfazendo um total de R$ 5.094,39 (Piso Nacional do Magistério - Decreto Municipal nº 24.105/2023).

(**) - o referido cargo percebe uma complementação salarial no valor de R$ 638,62, perfazendo um total de R$ 4.848,58 (Piso Nacional do Magistério - Decreto Municipal nº 24.105/2023).

(***) - o referido cargo percebe uma complementação salarial no valor de R$ 1.055,42, perfazendo um total de R$ 3.646,20 (Piso Nacional do Magistério - Decreto Municipal nº 24.105/2023).

Presidente Prudente, 28 de dezembro de 2023.

Carla Emanuelle Marques Cecchi
Tecnólogo em Gestão de RH

Flaviane Olivetto
Respondendo pela Secretaria de Administração