

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Direito

Silvânia Ferreira

DA DOENÇA MENTAL AO BEM-ESTAR: novos desafios do direito do trabalho

Belo Horizonte

2018

Silvânia Ferreira

DA DOENÇA MENTAL AO BEM-ESTAR: novos desafios do direito do trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Túlio Viana

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

F383d

Ferreira, Silvânia

Da doença mental ao bem-estar: novos desafios do direito do trabalho /
Silvânia Ferreira. Belo Horizonte, 2018.

130 f.: il.

Orientador: Márcio Túlio Viana

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Direito

1. Dignidade (Direito). 2. Saúde mental - Legislação. 3. Doenças mentais - Aspectos jurídicos. 4. Direitos fundamentais. 5. Brasil. [Constituição (1988)]. 6. Periculosidade (Direito). I. Viana, Márcio Túlio. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 342.7-056.37

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito – CRB 6/2999

Silvânia Ferreira

DA DOENÇA MENTAL AO BEM-ESTAR: Novos desafios do direito do trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Prof. Dr. Márcio Túlio Viana – PUC Minas

Orientador e Presidente da Banca

Prof. Dr. Cleber Lúcio de Almeida – PUC Minas

Membro Titular Interno

Profª. Dra. Anamaria Fernandes Viana – Escola de Belas Artes da UFMG

Membro Titular Convidado

Profª. Dra. Raquel Betty – PUC Minas

Membro Suplente

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2018.

A minha mãe, Neuza, inspiração da minha vida, que com muita paciência, carinho e amor infinito me apoia incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela graça da oportunidade, força e determinação. Agradeço, também, por todas as pessoas que Ele colocou em meu caminho ao longo do curso; pessoas queridas que através da graça Dele me apoiaram e ajudaram.

A minha mãe, Neuza, por me mostrar a todo momento o que é ser guerreira, forte e amorosa. Por rir e chorar junto comigo. Por acreditar e torcer por mim. Obrigada, minha mãe. Te amo!

Aos amigos conquistados ao longo dos últimos dois anos, que compartilharam conhecimentos, preocupações e ansiedades acadêmicas, além de muitas risadas e incentivos. Vocês estarão sempre em meu coração. Em especial, a meus amigos ‘Tops’ que fizeram destes dois anos os mais fascinantes de minha vida acadêmica. Obrigada!

Aos meus irmãos e amigos, que souberam entender minha ausência física por terem certeza de que eu estava presente de coração e que, mesmo a distância, sempre me apoiaram.

Aos professores do programa de Pós-Graduação *stricto sensu* da PUC Minas, que compartilharam de forma brilhante seus conhecimentos e me inspiraram a ser a cada dia uma profissional melhor.

Ao meu orientador, professor Doutor Márcio Túlio Viana, por sua contribuição no desenvolvimento desta pesquisa, por sua humildade em compartilhar comigo seus conhecimentos, e por estar sempre à disposição. Jamais esquecerei suas orientações; sempre regadas de segurança, carinho, atenção e muita paciência. Obrigada pelos momentos memoráveis em sala de aula e durante as orientações.

RESUMO

A Constituição de 1988 adota como um dos principais fundamentos da República o valor da dignidade humana, tendo como um dos direitos fundamentais e sociais “o trabalho”. É por meio do trabalho que o homem se identifica como pessoa humana que trabalha, que tem uma vida digna. É também por meio dele que o indivíduo se realiza, interage com a sociedade. Sendo assim, tem-se que o ambiente de trabalho deveria ser um lugar acolhedor, salubre e livre de qualquer perigo iminente, e, no mínimo, seguro. Porém, as estatísticas demonstram justamente o contrário. Hodiernamente, além do desemprego de longa duração, a organização do trabalho tem sido apontada como fator preponderante para a causa de sofrimento psíquico que leva ao adoecimento mental, como, por exemplo, estresse, síndrome do pânico, alcoolismo, entre outras doenças. Assim, para que possa exercer seu direito ao trabalho digno, o indivíduo tem que se valer da proteção normativa. De natureza fundamental, é determinado a ele o direito à saúde, ao bem-estar, inclusive no ambiente de trabalho. No entanto, nem sempre o ordenamento jurídico é efetivo – razão pela qual é preciso preocupar-se com a aplicabilidade concreta das normas vigentes. Espera-se que as associações, instituições sociais e o governo auxiliem os portadores de sofrimento psíquico e os desempregados de longo tempo a se (re)inserirem no mercado de trabalho, com adaptação das tarefas que consigam realizar, para que essas pessoas se sintam seres humanos, capazes de viver em sociedade com dignidade. Para tanto, o objetivo da presente pesquisa é demonstrar que os transtornos mentais não são, somente, consequência de meros distúrbios orgânicos – algo assim como um problema crônico do coração. Ao contrário, sua causa reside, com grande frequência, na dimensão do trabalho, especialmente aquele exercido por conta alheia. Os transtornos mentais podem surgir lentamente e, como não têm a visibilidade, por exemplo, de um acidente de trabalho com fratura exposta, a resistência em relacioná-los com a atividade laboral é maior, deixando o doente muitas vezes desamparado. O resultado é a violação da dignidade humana, representada pelo direito à saúde. Ao final, defende-se uma maior sensibilidade na aplicação do Direito do Trabalho aos portadores de transtornos mentais.

Palavras-chave: Dignidade da pessoa. Direito. Saúde. Transtorno mental. Trabalho.

ABSTRACT

The Brazilian Constitution of 1988 adopts as one of its main Republic fundamentals the value of human dignity, having “the labor” as one of the main fundamental and social rights. It is through the labor that men identify themselves as a human being that works, that has a dignified life. It is also through labor that the individuals realize themselves, interact with society. In that way, the work environment should be a welcoming place, salubrious, free of any subtle danger and safe, at least. However, statistics demonstrate exactly the opposite. Nowadays, besides the long-term unemployment, the organization of labor has been pointed as a preponderant factor to the cause of psychological suffering that leads to mental illness like stress, panic syndrome, alcoholism, among other diseases. In that way, in order to exercise the right of dignified work, the individual has to access normative protection. Of fundamental nature, it is determined to him the right to health, well-being, including in the work environment. However, the legal order is not always effective – which is why we must worry about the concrete applicability of the current standards. It is expected that the associations, social institutions and government guide the sufferers of psychical illness and the long term unemployed to (re)insert in the market, with adapted activities to be done, so these individuals feel simply human beings, capable of live in society with dignity. Therefore, the goal of this research is to disarm the “madness” as consequence of mere organic disturbs – like a chronic heart disease – demonstrating, on the other hand, that the cause lays, with great frequency, in the work dimension, especially the one that acts on behalf of others. The mental illness can come gradually and, since it doesn’t have the visibility, for example, of a work accident with exposed fracture, the resistance in relate to the labor activity is bigger – letting the ill helpless in many times. The result is the violation of human dignity, represented by the right to health. Finally, it is defended a greater sensitivity in the application of the Labor Law to those with mental disorders.

Keywords: Human Dignity. Law. Health. Mental Disorder. Labor.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACT	Acordo Coletivo do Trabalho
Art.	Artigo
ATUT	Associação de Trabalhadores da Unidade de Triagem
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCT	Convenção Coletiva do Trabalho
CF/88	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CVS	Conferência Nacional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NR	Norma Regulamentadora
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organização Não-Governamental
ONU	Declaração Universal dos Direitos Humanos
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SFC	Síndrome da Fadiga Crônica
SNC	Sistema nervoso central
STF	Supremo Tribunal Federal
SUB	Sistema Único de Benefícios

SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TO	Terapeuta Ocupacional
TRT	Tribunal Regional do Trabalho
UEPA	Universidade do Estado do Pará

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Portaria nº 1.339/99: Transtornos mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho.....	67
Tabela 1 - Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença e de Aposentadoria por Invalidez de Naturezas Previdenciária e Acidentária (B31, B32, B91, B92) ao Segurado Empregado por Capítulo da CID entre 2012 e 2016	86
Tabela 2 - Concessão de Auxílio-Doença (B31, B91) e Aposentadoria por Invalidez (B32, B92) ao Segurado Empregado, por Transtornos M e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016	88
Tabela 3 - Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença Relacionado a Acidente de Trabalho (B91) ao Segurado Empregado motivada por Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10) – 20 Categorias Associadas às Maiores Frequências	90
Tabela 4 - Distribuição da Concessão de Aposentadoria por Invalidez Relacionada a Acidente de Trabalho (B92) ao Segurado Empregado motivada por Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10).....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Portaria nº 1.339/99: Transtornos mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho.....	67
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 A SAÚDE COMO DIREITO E SUA PROTEÇÃO	27
2.1 A saúde como direito: ter para ser.....	27
2.2 O reconhecimento do direito à saúde.....	40
3 COMPREENDENDO A DOENÇA MENTAL.....	53
3.1 Conceito	53
3.2 O louco e a loucura para a Medicina	54
3.3 O louco e a loucura para a Psicologia	56
3.4 Os grandes loucos da história	58
4 AS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL	61
4.1 Organização do trabalho como fator de risco.....	62
4.1.1 Doenças mentais causadas por agentes orgânicos (químicos, físicos e biológicos)	69
4.1.2 Doenças mentais causadas por agentes não orgânicos	71
4.1.2.1 Transtornos mentais e comportamentos devidos ao uso do álcool: alcoolismo crônico	71
4.1.2.2 Episódios depressivos.....	74
4.1.2.3 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação: estado de "stress" pós-traumático.....	76
4.1.2.4 Neurastenia (inclui "síndrome de fadiga").....	80
4.1.2.5 Outros transtornos neuróticos especificados (inclui "neurose profissional")	81
4.1.2.6 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2)	82
4.1.2.7 Sensação de estar acabado ("síndrome de burnout", "síndrome do esgotamento profissional").....	83
4.2 As doenças mentais e a Previdência Social no Brasil	85
4.2.1 O caso dos bancários	94
4.2.2 O caso dos profissionais da saúde.....	96
4.2.3 O caso dos professores.....	97
4.3 O tratamento jurisprudencial dos transtornos mentais nas relações de trabalho	99
5 TRABALHO COMO FATOR MEDIADOR DA SAÚDE	101
5.1 A reforma psiquiátrica no Brasil	101
5.2 O trabalho como (re)inserção social	103
5.3 O Direito vivido e a sensibilidade de sua aplicação	108
6 CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS	117

1 INTRODUÇÃO

Passados séculos da I Revolução Industrial, observa-se uma evolução tecnológica, informática e de meios telemáticos que garante comunicação e informação instantâneas. Comunicação e informação que têm valor imensurável neste mundo globalizado. No entanto, apesar de passado todo esse tempo, determinada situação continua a mesma: as oscilações no mercado de trabalho ditado pelo capitalismo afetam diretamente o trabalho humano.

Na chamada época fordista-taylorista, houve várias transformações positivas, por exemplo, a consolidação do Direito do Trabalho, a ascensão do sindicato e a constitucionalização dos direitos fundamentais, que impactaram diretamente no conceito de trabalho digno e no padrão de proteção do trabalhador.

No entanto, nesse mesmo período, o trabalho se fragmentou ao extremo, acentuando o processo de alienação do trabalhador. Desse modo, como já antecipara Marx em *O capital*, o trabalhador passou a usar cada vez mais o tempo de trabalho para se livrar dele, realizando-se apenas como consumidor.

Já na pós-modernidade, com os ventos neoliberais, os aspectos negativos foram se radicalizando e se propagando, talvez em proporção maior que os positivos. Mesmo algumas possibilidades aparentemente interessantes – como a de trabalhar em casa, perto da família – podem acabar acentuando os ritmos e aumentando a constrição.

No Japão, por exemplo, há o fenômeno denominado *Karoshi*¹, já reconhecido pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social japonesa como resultado do estresse ocupacional. Tal fenômeno ocorre quando o trabalhador tem morte súbita (ataque cardíaco e acidente vascular cerebral (AVC)) devido ao excesso de trabalho. Na China, uma empresa que presta serviços para a Apple colocou redes entre seus prédios na tentativa de evitar suicídios de empregados que pulam de seus dormitórios situados nos últimos andares, também, devido à exaustão no trabalho (MAIS..., 2010).

Na verdade, o próprio Direito, aqui ou ali, vai cedendo às tensões do capital, transigindo com alguns de seus princípios mais básicos.

No Brasil, a reforma trabalhista introduziu dispositivos que resultarão provavelmente na exaustão do trabalhador, como já estudado e constatado há décadas passadas por profissionais da saúde. Entre os novos dispositivos está, por exemplo, o art. 59-A, que libera a

¹ O termo “*Karoshi*” é utilizado no Japão para definir “morte por excesso de trabalho”, no qual KARO significa excesso de trabalho e SHI, morte. O “*Karoshi*” é descrito na literatura sociomédica como um quadro clínico extremo (ligado ao estresse ocupacional) com morte súbita por patologia coronária isquêmica ou cérebro vascular. (CARREIRO, 2007).

jornada especial de trabalho 12 por 36, mediante acordo individual escrito, convenção ou acordo coletivo, generalizando uma jornada que era exceção, e com opção de eliminar o horário intrajornada desde que seja indenizado. A jornada exaustiva repercute negativamente na saúde do trabalhador, interferindo em seu ciclo biológico. Mais um dos retrocessos provocados pela onda neoliberal.

Nesta ciranda de poucos avanços e muitos retrocessos, tem-se como “aspecto positivo o Direito Civil propagando-se no Direito do Trabalho, tentando coibir atos “discriminatórios, assédios e invasões de privacidade” (VIANA, 2014a, p. 745), movimento antagônico com propósito de proteção análogo, em certos aspectos, ao que inspirou historicamente o Direito do Trabalho.

Como aspecto negativo, mesmo tais direitos são frequentemente violados pela organização do trabalho e gestão. Há uma exacerbação do poder diretivo do empregador, que está cada vez mais intenso; muitos empresários agem como se o empregado fosse apenas um número – não uma pessoa. De forma análoga ao que ocorre nos filmes de Hollywood, em que os personagens, ao entrarem nas festas, deixam seus casacos e chapéus, assim é o trabalhador na visão desses empregadores; é como se, ao entrar no local de trabalho, o empregado tivesse que deixar sua dignidade como pessoa humana dependurada do lado de fora, despindo-se de sua condição de pessoa. À semelhança do que aconteceu na I Revolução Industrial, o que vale dentro do local de trabalho é a lei do patrão.

O trabalho de forma exaustiva, a falta de um meio ambiente de trabalho saudável devido à má organização do trabalho e gestão está levando multidões ao sofrimento. São empregados que por medo do desemprego silenciam suas dores e, sem saída por não poderem fraquejar diante de uma sociedade que cobra o sucesso ou por serem provedores de suas famílias, continuam laborando em um ambiente doente. Assim, de forma invisível, a dor e o sofrimento são transformados pelo sistema biológico em doença mental causada pelo trabalho.

Assiste-se a um impulso forte do capitalismo para extrair do trabalhador sua última gota de força, uma vez que o esperado e almejado pelo mercado capitalista é o “super trabalhador”: aquele que não se desconecta do trabalho, que não tem mais discernimento do que é verdadeiramente viver em sociedade, nem dos sentidos mais profundos do trabalho.

É preciso advertir, todavia, que o problema não é tanto a carência de normas, mas sua efetividade. Na verdade, no Brasil, há um complexo normativo que abarca a Constituição Federal de 1988 (CF/88), normas infraconstitucionais, internacionais, além de incontáveis

portarias e normas regulamentadoras, que coíbem as práticas exercidas pelos empregadores em sua busca incessante pela “mais valia”.

Na prática, porém, o que se vê são violações recorrentes ao conceito de trabalho digno, afetando, entre outros direitos, a saúde do trabalhador, e dando origem a uma doença silenciosa e lenta que acaba nos corredores de hospitais – a chamada “doença mental”. Doença que na maioria das vezes não é relacionada com a atividade do trabalhador.

Nesta dissertação, se procurará mostrar que o Brasil conta com um ordenamento jurídico forte, em termos teóricos, mas ainda vulnerável, em termos concretos; e que precisa, por isso mesmo, da união dos entes sociais (sindicatos), auditores fiscais e juristas para passar do plano do *ser* para o do *dever-ser*.

A partir dessa abordagem, a pesquisa demonstrará no segundo capítulo o que é saúde, abordando-a saúde como direito. No terceiro capítulo, será discutida a doença mental sob as perspectivas da Medicina e da Psicologia. Será indispensável, para a compreensão do sofrimento psíquico, a abordagem de conceitos históricos até a atualidade, com a intenção de desmistificar rótulos como os de “louco” ou “loucura”.

Considerando o entendimento de saúde e doença mental, o quarto capítulo se dedicará à análise da organização do trabalho na atualidade e às possíveis doenças decorrentes desta organização. Apesar de a doença mental ser causada, também, por agentes orgânicos, o presente trabalho tem por objeto o estudo dos transtornos causados por fatores de risco de natureza ocupacional, ou seja, doenças mentais causadas por agentes não orgânicos. Estudar-se-á a atuação da jurisprudência sobre a matéria, a partir da análise de estatísticas da Previdência Social e seus impactos. Serão estudados casos de adoecimentos em profissionais mais suscetíveis.

No quinto capítulo, se demonstrará como contraponto da doença mental o próprio trabalho, ou seja, se analisará o trabalho como instrumento mediador da saúde.

Ao longo da dissertação, se buscará demonstrar que, em diversas situações, há um nexos causal dissimulado ou oculto entre o trabalho humano e a doença mental.

Ressalte-se, finalmente, que o presente trabalho não tem intenção de exaurir a discussão sobre a matéria, mas sim contribuir para ampliar o debate sobre o tratamento que vem sendo dado pelo Direito e pela jurisprudência ao portador de transtorno mental no ambiente de trabalho.

2 A SAÚDE COMO DIREITO E SUA PROTEÇÃO

Constitucionalmente, a saúde é um direito tanto fundamental quanto social. Como se sabe, a tutela da saúde e proteção do trabalhador é um direito reconhecido, mas não completamente aplicado, apesar da existência de um vasto ordenamento jurídico sobre o tema.

Mas antes de enfrentar esses questionamentos, é imprescindível conceituar e entender o que é saúde; a saúde como um direito e sua proteção sob a perspectiva específica do Direito do Trabalho.

2.1 A saúde como direito: ter para ser

Comparato afirmou certa vez: “Tudo gira em torno do homem e da sua posição no mundo”; pois, para ele, os seres humanos são “os únicos entes capazes de amar, descobrir a verdade e criar beleza” (COMPARATO, 2010, p. 13). Considerando-se o protagonismo humano na vida, entende o autor que todos nós fazemos jus ao respeito social e jurídico, independentemente das categorizações racionais distintas – biológicas, culturais, étnicas ou sociais.

Na verdade, mais precisamente, tudo gira em torno de uma vida digna. Tem-se por dignidade da pessoa humana a característica intrínseca e distintiva do ser, que o faz merecedor de respeito e consideração, expressos em um conjunto de direitos e deveres fundamentais. Esses direitos, sem os quais o ser humano não se realiza, asseguram a pessoa contra todo ato de cunho degradante e desumano; garantem condições existenciais mínimas para uma vida saudável; intermedeiam e promovem sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os outros (SARLET, 2008a, p. 59-60). Nesse sentido, Moreira aduz que:

[...] a dignidade humana exprime tudo aquilo que dá qualidade ao ser humano, enaltecendo-o como pessoa, distinguindo-o como espécie, por outro lado, a condição humana, no sentido antropológico, constitui-se no conjunto das características físicas e orgânicas, mentais, psicológicas, afetivas, supostamente comuns a toda espécie. Assim, há uma relação ontológica entre a Dignidade Humana e a própria natureza ou condição humana. (MOREIRA, 2006a, p. 149).

No entendimento de Góis (2008, p. 85-86):

Essa atenção à prevalência do ser humano e de suas necessidades repercutiu na fundamentalização, constitucionalização e positivação de direitos fundamentais, relativos não só à continuidade da vida, mas também a uma vida de qualidade, em que o indivíduo exista em plenitude e não à margem de si como “um ‘não ser’, um nada, indigno, violado restrito e infeliz.

Nesse movimento evolutivo dos direitos fundamentais, observa-se que os conceitos de vida e saúde andam juntos, porque são complementares. À vista dessa circunstância, o direito à saúde se apresenta ao mesmo tempo como decorrência do direito à vida e como garantia à vida digna: “A saúde é, senão o primeiro, um dos primordiais componentes da vida, seja como pressuposto de existência, seja como respaldo para a concreta qualidade de vida do cidadão. Assim, a saúde se conecta com o direito à vida” (GÓIS, 2008, p. 89-90).

Na verdade, a trajetória da humanidade caminha no sentido de desenvolver o conceito de saúde, promovendo um diálogo entre Filosofia e Medicina, e buscando compatibilizar a natureza do cosmos e o sentido da totalidade (DANCZUK et al., 2012, p. 22).

Dos primórdios das civilizações até o século XVIII, a saúde esteve atrelada ao Direito Natural e à visão teológico-cristão, mesmo quando se tentou imprimir cientificismo ao fenômeno. Na pré-história, as explicações dos eventos da vida estavam ligadas à magia e ao transcendental, como uma recompensa ou punição ao comportamento; na Antiguidade Clássica, buscou-se desvincular as explicações concernentes ao binômio saúde-doença por meio de processos naturais e científicos; na Idade Média, as invasões bárbaras e a grande influência da Igreja Católica mantiveram a concepção de saúde atrelada ao divino e ao pecado (DANCZUK et al., 2012, p. 20).

No século XVIII, o despertar econômico e tecnológico das civilizações europeias transformou esse cenário, impulsionando a reformulação da concepção de saúde, que passou a ser reinventada segundo os avanços da Medicina, entre eles a invenção do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia (DANCZUK et al., 2012, p. 20).

Nesse período, a evolução do conceito de saúde não foi algo pacífico, tendo em vista a própria estrutura e objetivos do capitalismo. Este necessitava de mão de obra livre que se subordinasse voluntariamente, bem como de trabalhadores produtivos, o que repercutiu na reunião dos trabalhadores no mesmo ambiente: a fábrica. Observa-se que essa configuração dos meios de produção possibilitou o aumento da produtividade e do controle capitalista, que elevou as contradições desse sistema econômico a um grau humanamente insuportável, forçando os trabalhadores à associação coletiva, direcionada ao mútuo suporte. Com o crescimento exponencial da tensão entre capital e trabalho, os sindicatos lançaram mão das greves, as quais não só deram origem a direitos trabalhistas autônomos e heterônomos, mas também forçaram o Estado a editar normas de proteção à saúde do trabalhador.

Desse momento em diante, em função das diversas circunstâncias favoráveis e da existência de uma base conceitual sólida e científica sobre a saúde, tornou-se possível pensá-la como um fenômeno autônomo (DANCZUK et al., 2012, p. 20-22).

Ressalta-se que a evolução dos direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde, é resultado de um movimento oscilatório, que envolve uma tomada de consciência da posição e responsabilidade dos seres humanos para com seus iguais:

A cada grande surto de violência, os homens recuam, horrorizados à vista da ignomínia que afinal se abre claramente diante de seus olhos; e o remorso pelas torturas, pelas mutilações em massa, pelos massacres coletivos e pelas explorações aviltantes faz nascer nas consciências, agora purificadas, a exigência de novas regras de uma vida mais digna para todos. (COMPARATO, 2010, p. 13).

Embora aquele trajeto seja linear e evolutivo, até o presente momento há divergência quanto ao significado de saúde, o que deu origem a três formulações distintas: a saúde como ausência de doença; a saúde como bem-estar; a saúde como um valor social (o conceito ampliado).

No senso comum, vigora, principalmente, o conceito de saúde como ausência de doença. No começo dos tempos, a doença era considerada um elemento da natureza, em razão da falta de objetividade científica. Posteriormente, a partir do século XVIII, evoluiu-se para um pensamento médico igualmente racional, passando a saúde a ser vista como ausência de doença.

Mais tarde, começou a haver uma rejeição a esse conceito, sob o argumento de que “em uma perspectiva rigorosamente clínica [...] a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. [...] os estados individuais de saúde não são excludentes *vis a vis* a ocorrência de doença” (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003, p. 101). Outros pensadores ponderaram também que um conceito daquele gênero ignora a distinção entre *patologia*, que corresponde à disfunção de processos biopsicológicos, e *enfermidade*, que diz respeito à experiência individual; observando, ainda, que a ausência de sintomas não equivale necessariamente a uma vida saudável (BATISTELLA, 2007, p. 55).

No entanto, apesar dos avanços na Medicina, esse conceito estático-funcional – embora criticável doutrinariamente – permanece atual no plano da realidade concreta. Assim, muitas vezes, a análise da doença se sobrepõe à busca pela saúde. (BATISTELLA, 2007, p. 53-54).

De todo modo, após as duas Grandes Guerras e a disseminação do horror e da dor, houve-se por bem positivar os direitos humanos de forma mais sólida, sacramentando a ideia da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, Piovesan (2006, p. 28) disserta que:

[s]ob o prisma histórico, a primazia jurídica do valor da dignidade da pessoa humana é resposta à profunda crise sofrida pelo positivismo jurídico, associada à derrota do

fascismo na Itália e do nazismo na Alemanha. Esses movimentos ascenderam ao poder dentro do quadro da legalidade.

À vista disso, a maioria das Constituições passou por um processo de reformulação e de constitucionalização da dignidade da pessoa humana, que se tornou o fundamento maior e o próprio fim do Estado Democrático de Direito.

Essa progressividade dos direitos fundamentais também afetou a forma de se conceber a saúde e gestou um esforço de cooperação internacional, dando origem à Organização Mundial de Saúde (OMS). Em decorrência disso, no documento constitutivo dessa organização, conceituou-se saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Firmou-se, então, um novo conceito de saúde, que também suscitou diversos debates.

Algumas das críticas feitas dizem respeito à intangibilidade do bem-estar integral, bem como à ausência de objetividade desse conceito de saúde (BATISTELLA, 2007, p. 57-58). Observa-se, no entanto, que o conceito da OMS fixa um padrão máximo de bem-estar a ser perseguido pelos interessados, o qual está necessariamente adstrito à vivência subjetiva de cada pessoa (LUNARDI, 1999, p. 26).

Outras críticas se direcionam à instabilidade do conceito, o que permite que ele seja usado por manobras políticas que visem “legitimar estratégias de controle e de exclusão do que consideramos como indesejável e perigoso” (CAPONI, 1997, p. 4). Com efeito, como ensina Lunardi, a definição formulada pela OMS pode ser usada para o bem e para o mal:

Ao afirmar-se o bem-estar como um valor desejável, seja físico, emocional ou social, parece que tudo o que é reconhecido como positivo na sociedade, como produtor da sensação e do sentimento de bem-estar, passa a poder fazer parte do âmbito da saúde, como “a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos”, caracterizando, ao contrário, como um desvalor, como o seu “reverso patológico”, tudo o que se apresenta como negativo, perigoso, indesejável, ou o que é reconhecido como maléfico. (LUNARDI, 1999, p. 27).

Por outro lado, há análises indicando a necessidade de uma evolução do conceito de bem-estar, de modo que ele também abarque as circunstâncias e fatores impostos pelo contexto histórico-social. A título de exemplo, com base nos ensinamentos de Canguilhem, Caponi passou a defender o significado de saúde como capacidade de enfrentar os possíveis acidentes e enfermidades, o que exigiu se levar em consideração o normal e também “as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar” (CAPONI, 1997, p. 300-301).

Assim, aos poucos, uma formulação mais complexa e ampliada sobre o tema surgiu, a de que saúde corresponde a um valor social, consoante firmado na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CVS), realizada em Brasília em 1986. Em vista disso, a saúde passa a ser tida

também como um conceito relacional, que resulta da associação de diversos fatores, entre os quais: alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social de produção. Então, tem-se a superação do binômio saúde-doença, bem como a ampliação da esfera dos envolvidos. A ideia de saúde passa a integrar a superestrutura socioeconômica (LUNARDI, 1999, p. 28-29).

Em outras palavras, o conceito atual de saúde ultrapassa a ideia de proteção do bem-estar, abrangendo também sua prevenção e promoção. No caso, a prevenção corresponde à ação antecipada, guiada por intervenções precisas – projetos de prevenção e de educação – destinada a evitar a ocorrência de doenças (CZERESNIA, 1999, p. 705). Verifica-se a existência dos seguintes níveis de prevenção: primário, que tem como objeto o ser humano, de modo a aumentar a saúde e o bem-estar de modo geral; secundário, destinado às pessoas infectadas, para conter o alastramento da doença; terciário, que visa à reabilitação do ser humano doente (BUSS, 2003). A promoção da saúde se liga à capacitação dos entes individuais e coletivos para lidar com os condicionantes da saúde, especialmente no que diz respeito a seu poder de escolha consciente, o que abrange não só a compreensão das doenças, mas também o desenvolvimento e publicização dos mecanismos destinados para seu controle (CZERESNIA, 1999, p. 706).

Registre-se que, a partir da década de 1980, o movimento de proteção e promoção à saúde foi fortalecido com o fórum realizado no Canadá, cujas conquistas foram registradas na Carta de Ottawa (1986), estimulando a capacitação das pessoas, com vistas a potencializar a melhoria de suas condições: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 2003).

Nas décadas seguintes, ocorreram diversas Conferências Internacionais de Promoção de Saúde – Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (2000), Nairóbi (2009), as quais deram seguimento à ampliação da promoção da saúde, seja mediante a reflexão sobre a responsabilidade social em torno do tema, seja por estimular o desenvolvimento de um rol de princípios imprescindíveis para a consecução daqueles objetivos, tais como: intersectorialidade; empoderamento; participação social, equidade; ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

A saúde, conforme os ensinamentos de Laurell (1997, p. 86):

[...] associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico.

É preciso ter direitos e experimentar sua proteção para uma vida digna saudável. Nesse sentido, “a saúde é qualidade de vida”, o que faz com que esteja intimamente relacionada com a satisfação do ser humano quanto aos vários aspectos de sua existência: familiar, pessoal, profissional, social, ambiental, afetivo. Desse modo, a saúde não só diz respeito à vida digna, mas também, por via colateral, à própria felicidade do ser humano e às ideias de amor, liberdade, solidariedade, inserção social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8-9). Batistella Minayo explana que:

[...] o sentimento de bem-estar, a visão da finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para, solidariamente, ampliar as possibilidades presentes e futuras. Portanto, da mesma forma que a noção de saúde, a qualidade de vida, dentro do enfoque ecossistêmico, é como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde. (MINAYO apud BATISTELLA, 2007, p. 67).

Juridicamente, saúde corresponde a um direito humano, que quando constitucionalizado adquire natureza jurídica de direito fundamental. Ressalte-se que há distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, muito embora em essência eles se dirijam à proteção do ser humano para que ele tenha uma vida digna. Nesse sentido, Simm (1995, p. 1288) esclarece:

Ingo Sarlet, assim como boa parte da doutrina, distingue entre “direitos fundamentais” e “direitos humanos”, considerando os primeiros como aqueles direitos do ser humano que foram “reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado”, enquanto que os últimos seriam os atributos reconhecidos, por documento de direito internacional, ao ser humano como tal e independentemente de ligação com o direito constitucional de qualquer Estado e que, assim, “aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional.

Assim, os países experimentam diferentes graus de proteção e promoção da saúde do ser humano, a depender dos direitos proclamados em seus textos constitucionais, bem como do alcance e significado atribuído a eles, condicionando o Estado de Direito (LUÑO apud SIMM, 2005, p. 1287).

O Brasil provou tardia e lentamente os efeitos referentes aos direitos sociais. De fato, as Constituições de 1824 e 1891 não fizeram expressa menção ao direito à saúde, embora o país sofresse grandes problemas de saúde pública, causados por epidemias de doenças infectocontagiosas. As Constituições seguintes (1934, 1937, 1946 e 1967) estabeleceram apenas a competência dos entes federativos para legislar sobre a defesa e proteção da saúde e executar planos nessa direção. Somente após a Segunda Grande Guerra, inaugurou-se uma

nova fase do Direito Sanitário Brasileiro, quando a Constituição Federal de 1988 elencou – pela primeira vez – o direito à saúde no rol de direitos fundamentais (SILVA, 2005, p. 282).

Conceber a saúde como um direito fundamental social proporcionou uma revolução na ordem social no Direito brasileiro. Hoje, com mais nitidez, é possível distinguir saúde material e formal: a primeira está relacionada ao conteúdo do direito, ou mais precisamente à sua realização concreta; a segunda diz respeito à normatização desse bem jurídico pelo sistema legal, o que também é de suma importância, já que não há como se conceber uma vida digna sem uma vida saudável e de qualidade.

Em razão dessa mudança, a CF/88 elegeu como garantia e pressuposto do direito à vida os seguintes direitos sociais: educação, trabalho, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados². Afinal, a proteção e a promoção de uma vida saudável e digna exigem a garantia de outros direitos fundamentais, conforme dissertam Figueiredo e Sarlet (2009, p. 28):

[...] a salvaguarda do direito à saúde também se dá pela proteção conferida a outros bens fundamentais, com os quais apresenta zonas de convergência e mesmo de superposição (direitos e deveres), fato que reforça a tese da interdependência e mútua conformação de todos os direitos humanos e fundamentais. Dentre esses bens constitucionais podem ser citados, a título ilustrativo, a vida, a dignidade da pessoa humana, o ambiente, a moradia, a privacidade, o trabalho, a propriedade, a seguridade social, além da proteção do consumidor, da família, de crianças e adolescentes, dos idosos.

Além disso, a CF/88 firmou o acesso universal do direito à saúde, nos termos dos seguintes dispositivos: arts. 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 216, 218, 220, 225, 227 e 230.

Por fim, na direção da consagração do sentido material do direito à saúde, tem-se também a opção por seu conceito ampliado, abrangendo as dimensões preventiva e promocional. Desse modo, o direito à saúde deve ser lido como um direito de proteção e promoção, consoante o art. 196 da CF/88. Nesse sentido, Figueiredo e Sarlet (2009, p. 33) lecionam:

Nessa direção, parece mais apropriado falar-se não simplesmente em direito à saúde, mas no direito à proteção e à promoção da saúde, inclusive como “imagem-horizonte” a ser perseguida. Seguindo as diretrizes do texto do artigo 196 da CF, tem-se a “recuperação” como referência à concepção de “saúde curativa”, ou seja, à garantia de acesso, pelos indivíduos, aos meios que lhes possam trazer a cura da doença, ou pelo menos uma sensível melhora na qualidade de vida (o que, de modo

² Ressalte-se que a efetivação social não decorre apenas da atuação do Estado e de sua responsabilidade em assegurar um patamar mínimo de condições para uma vida digna. Pelo contrário, essa qualidade significa que esses direitos devem ser assegurados e protegidos respeitando a liberdade do ser humano das forças sociais e econômicas, para que ele se realize e faça uso de sua dignidade.

geral, ocorre nas hipóteses de tratamentos contínuos). Já as expressões “redução do risco de doença” e “proteção” reportam-se à noção de “saúde preventiva”, pela realização das ações e políticas de saúde que tenham por escopo evitar o surgimento da doença ou do dano à saúde (individual ou pública), ensejando a imposição de deveres específicos de proteção, decorrentes, entre outros, da vigência dos princípios da precaução e prevenção. O termo “promoção”, enfim, atrela-se à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas – o que demonstra a sintonia do texto constitucional com o dever de progressividade na efetivação do direito à saúde, bem assim com a garantia do “mais alto nível possível de saúde”, tal como prescrevem, respectivamente, os artigos 2º e 12 do PIDESC.

A instrumentalização do direito de proteção e promoção da saúde impõe o desenvolvimento de “um complexo de posições jurídico-subjetivas” de natureza negativa e positiva: as ferramentas negativas (direito de defesa) se destinam à proteção da saúde mediante o não fazer, evitando a intromissão e violação por parte do Estado e dos particulares; as prestações positivas (direito de prestações) visam assegurar a saúde, pessoal e pública, por meio da fixação de comportamentos a serem cumpridos, os quais estabelecem deveres destinados à organização e ordenação³, e algumas prestações materiais, tais como: tratamentos, medicamentos, exames internações, consultas, entre outras. (FIGUEIREDO; SARLET, 2009, p. 33-34).

A tutela da saúde se efetiva também como dever fundamental, como determinado pelo art. 196 da CF/88 – “saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988) e se estende para vários campos – sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais⁴. Assim,

³ Conforme Figueiredo e Sarlet (2009, p. 33-34), essa organização e ordenação consistem na “organização dos serviços de assistência à saúde, das formas de acesso ao sistema, da distribuição dos recursos financeiros e sanitários, etc.; bem como a regulação do exercício dos direitos de participação e controle social do SUS, notadamente pela via dos Conselhos e das Conferências de Saúde”.

⁴ Nesse sentido: “Isso evidencia o caráter peculiar de alguns deveres fundamentais, que ademais de se fazerem cogentes no âmbito das relações individuais (e o dever geral de respeito à saúde pública e dos demais, e mesmo um dever de proteção e promoção da saúde de cada pessoa consigo mesma talvez constituam o melhor exemplo disso), dão origem a deveres de natureza política (como os deveres de elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas à realização do direito à saúde, à concretização do SUS e à alocação dos recursos orçamentários conforme os patamares mínimos constitucionalmente estabelecidos para a área da saúde), tanto quanto deveres econômicos, sociais, culturais e ambientais (v.g., o controle do mercado de assistência à saúde, pela intervenção direta do Estado na esfera dos planos de saúde privados e na regulação dos preços de medicamentos; a implementação de programas sociais de saúde, notadamente pela assistência a grupos desfavorecidos, inclusive em função do tipo de doença que os acometa [doenças da “pobreza”, doenças raríssimas, epidemias, etc.]; a inserção da saúde nos currículos escolares e as campanhas de prevenção de cunho [in]formativo; o controle de poluição, o licenciamento ambiental, a fiscalização sobre uso e ocupação do solo, urbano e rural, etc.)” (FIGUEIREDO; SARLET, 2009, p. 31). Luño, analisando o tema em sua clássica obra, assinala que os direitos fundamentais possuem dois significados ou dimensões: “a) no seu significado axiológico objetivo representam o resultado de acordo entre as diversas forças sociais, obtido a partir de relações de tensão e dos consequentes esforços de cooperação, nesta dimensão, a um consenso acerca do que se quer edificar na sociedade, ou seja, sistematizam o conteúdo axiológico objetivo do ordenamento democrático aceito pelos cidadãos; b) na sua significação subjetiva, estabelecem o estatuto jurídico dos cidadãos, nas suas relações com o Estado e entre si, e tendem a “tutelar a liberdade, a autonomia e a segurança das pessoas não só frente ao poder, como também frente aos demais membros do corpo social” (LUÑO apud SIMM, 1995, p. 1289).

não se deve entender tais deveres com limitações aos direitos fundamentais, na medida em que eles pretendem a efetividade destes (FIGUEIREDO; SARLET, 2009, p. 31-34).

Figueiredo e Sarlet aduzem o seguinte sobre os deveres fundamentais:

Cumprir destacar que a noção de deveres fundamentais conecta-se ao princípio da solidariedade, no sentido de que toda a sociedade é também responsável pela efetivação e proteção do direito à saúde de todos e de cada um, no âmbito daquilo que Canotilho denomina de uma responsabilidade compartilhada (*shared responsibility*), cujos efeitos se projetam no presente e sobre as futuras gerações, como já reconhecido na seara do direito ambiental. O que daí parece inferir-se é que se os deveres fundamentais não se confundem com os limites e restrições aos direitos fundamentais, podem justificá-los em certas hipóteses, resguardados o núcleo essencial dos direitos e a parcela de conteúdo que densifique a dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial, conformando, então, o âmbito de proteção do direito fundamental de que se cuida na hipótese concreta. (FIGUEIREDO; SARLET, 2009, p. 32).

Relativamente à aplicação dos direitos de proteção e promoção à saúde, estes são oponíveis a todas as instituições e entes da sociedade, que são solidariamente responsáveis pela consecução daqueles objetivos. Em um primeiro momento, tem-se a eficácia vertical dos direitos fundamentais, que se manifesta nas prestações positivas e nos instrumentos de defesa, impondo obrigações de fazer e de não fazer em benefício dos indivíduos, de modo a evitar os excessos praticados pelo Estado. Posteriormente, face às demandas impostas pela dignidade da pessoa humana, dá-se um processo de horizontalização dos direitos fundamentais, que estende a proteção e os deveres para as relações privadas. (SIMM, 1995, p. 1292-1293).

A eficácia horizontal dos direitos fundamentais assegura a proteção do trabalhador nas relações de trabalho, o que abrange sua qualidade de vida em geral. Observa-se que, no âmbito laboral, a configuração da relação contratual trabalhista impõe que o trabalhador não só “abra mão de uma parte de suas liberdades” para figurar como parte nesse negócio jurídico, mas também suporte os efeitos da subordinação, controle e fiscalização, em troca da contrapartida financeira (é o despir-se de sua dignidade no ambiente de trabalho). Desse modo, a ampliação da proteção do ser humano é de extrema importância, uma vez que limita as perdas das liberdades, ao mesmo tempo que limita o poder empresarial, harmonizando os interesses dos trabalhadores e dos capitalistas. (SIMM, 1995, p. 1293).

Com relação à universalidade do direito à saúde e das vastas garantias dedicadas a ele, as quais incluem um meio ambiente saudável e equilibrado, nos termos do art. 225 da CF/88, verifica-se grande dificuldade de harmonizar os direitos fundamentais do trabalhador com os poderes empregatícios, no plano concreto das relações de emprego, embora legalmente, moralmente e socialmente as sociedades empresárias sejam responsáveis em assegurar a dignidade do trabalhador.

Tem-se por meio ambiente do trabalho o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permitem, abrigam e regem a vida no trabalho, zelando para que aquela atividade seja desempenhada de forma saudável, salubre e hígida. Embora ele seja uma expressão do direito fundamental à saúde e uma medida necessária para se garantir a proteção física e psicológica do trabalhador, mostra-se, na prática, cada vez mais desequilibrado e mais desalinhado com a dignidade do trabalhador, tendo em vista a organização atual da produção.

A constante busca pela produtividade exige a organização do trabalho e da produção, experimentadas no fordismo, taylorismo e toyotismo. Essas estratégias empresariais se realizaram em benefício da ordem produtiva e descomprometidas com o trabalhador e com a sua necessidade por valorização, afirmação e reconhecimento. Assim, o trabalhador continua experimentando dentro e fora do local de trabalho a indignidade: “Ao longo da história, o capital lança mão de estratégias para conservar minimamente a saúde dos trabalhadores – a ‘questão’” (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p. 593).

Em um contexto de reorganização da esfera produtiva, com intensificação e sofisticação do controle e exploração do trabalho, resultando em intensificação e maior complexidade das formas de adoecimento. Isso fica bem explícito nos dois grandes movimentos de reorganização do trabalho no século XX. O primeiro, quando do surgimento do binômio taylorista/fordista e suas prescrições gerenciais rígidas, com graves repercussões para a saúde. O segundo, com o regime de ‘acumulação flexível’, a partir dos anos 1960 e 1970, transformando os transtornos mentais em pandemias, sofisticando velhos problemas de saúde, sobretudo agravados pelo dismantelamento de mecanismos de proteção social (de direitos trabalhistas, sociais) antes consolidados. Um movimento de luta (de classe), com os trabalhadores, ora com poder de interferência, ora cooptados, assume um caráter cíclico e permanente desde a origem da ‘questão’ com o surgimento da relação capital-trabalho. (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p. 593).

Esse fenômeno se reflete no alto número de acidentes do trabalho⁵ – especialmente aqueles ligados ao estresse e a disfunções musculoesqueléticas – e na multiplicação dos casos de suicídio associados ao trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem cerca de setenta normas internacionais direcionadas à promoção da dignidade humana do trabalhador. Na ordem interna brasileira, verificou-se nas últimas décadas a elevação da dignidade da pessoa humana ao *status* de norma fundamental, a qual foi acompanhada de diversas políticas públicas garantidoras, como, por exemplo, as campanhas do Dia Mundial de

⁵ “Pesquisas atuais revelam que os acidentes fatais por ano no mundo alcançam 2 milhões de trabalhadores, enquanto que os acidentes não fatais chegam a 330 milhões. Por outro lado, as doenças relacionadas ao trabalho atingem cerca de 100 milhões de trabalhadores anualmente. O custo atual dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho é equiparado a 4% do PIB mundial. Na China, as perdas anuais chegam a US\$131,8 bilhões”. (SCHMIDT, 2010, p. 489).

Saúde e Segurança no Trabalho. Assim, com a redução dos riscos, era de se esperar mais saúde e qualidade de vida para o trabalhador e não o contrário.

A desproporção entre a proteção jurídica e a proteção social é reflexo da vida capitalista, atingindo diretamente o ser humano. Desse modo, vive-se em uma “era de direitos”, mas, muitas vezes, experimenta-se no plano concreto a ausência ou a fragilidade desses mesmos direitos, diante da resistência quanto à aplicação das normas existentes.

No âmbito do trabalho, esse fenômeno ocorre com mais nitidez e profundidade, na medida em que o capitalismo imprime progressivamente perdas para o empregado não só econômicas, mas no plano de saúde, na mesma medida em que busca otimizar os ganhos empresariais.

Nesse sentido, o sistema econômico desenvolve formas cada vez mais sofisticadas de controle, aproveitando de forma mais eficiente e lucrativa a mão de obra do trabalhador, e potencializando a produção de valor por meio do trabalho humano. Assim, o trabalhador passa a existir a serviço da dor; “servi-dor”⁶ (MAGNUS; MERLO, 2012, p. 176), em que o sofrimento, a ansiedade e o medo o consomem, podendo evoluir para doenças psicossomáticas e mentais, até mesmo para o suicídio. Ao mesmo tempo, o capitalismo compromete a si próprio, eis que não existe sem trabalho. (SOUZA; MELO; VASCONCELLOS, 2017, p. 593).

Segundo Bobbio (2004, p. 16), está-se diante de uma crise de eficácia dos direitos fundamentais, a qual não advém de sua fundamentação, mas da complexidade em efetivá-los e protegê-los. Analise o referido autor:

O problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados. (BOBBIO, 2004, p. 17).

Portanto, é importante conciliar a livre-iniciativa com o valor social do trabalho e a dignidade da pessoa humana. Assim, o estudioso do Direito há que se manter atento ao “sinal dos tempos”, tendo em vista que ele possibilita “um olhar temerário, indiscreto, incerto, mas confiante para o futuro” (BOBBIO, 2004, p. 92).

⁶ “Ao se desmembrar, “servi-dor”, aquele que serve à dor, a sonoridade do trocadilho presta-se, de alguma forma, à reflexão sobre a introjeção depreciativa do trabalho nas instituições públicas, marcado pelo sofrimento decorrente das condições e da forma de sua organização laboral em particular.” (MAGNUS; MERLO, 2012, p. 177).

Por essa razão, verifica-se a necessidade de assegurar as necessidades básicas mediante o desenvolvimento de políticas públicas, bem como a necessidade de participação social, de modo a proporcionar o padrão de saúde mais apto a proporcionar a dignidade da pessoa humana (DANCZUK et al., 2012, p. 32). Afinal, a qualidade de vida do trabalhador não é um mero problema pessoal, mas um elemento comum à vida profissional e uma questão social, não se podendo admitir a omissão de responsabilidade neste setor.

A CF/88 cristalizou os avanços e as conquistas experimentadas no Estado de Bem-Estar Social, embora o momento histórico mundial já fosse de minimizar as prestações sociais firmadas pelo Estado, mediante a desregulamentação, a flexibilização e os discursos desconstrutivos⁷. Assim, há que se aproveitar para avançar na construção de novos caminhos para a proteção e promoção da saúde e para intervir nesse campo.

A Carta de Ottawa sugere áreas de progresso social, como: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; agregação de ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. (BATISTELLA, 2007, p. 76-77).

As políticas públicas são uma expressão do Estado como agente regulador da Economia, podendo proporcionar a inclusão socioeconômica e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ao mesmo tempo que preserva os interesses capitalistas. (GRAU, 2017, p. 36).

A criação de ambientes favoráveis à saúde visa não somente à conservação dos recursos naturais, mas também à vida digna e de qualidade em uma sociedade interdependente. (BATISTELLA, 2007, p. 77).

A agregação de ação comunitária estimula o exercício da cidadania e a participação do ser humano na vida pública, possibilitando novos espaços para a harmonização da tensão entre capital e trabalho.

⁷ De acordo com Sólón (2009, p. 30): “o modelo de Estado plasmado na Constituição Federal de 1988 vem na contramão do movimento histórico real vivido na maior parte do mundo, nos países centrais. Trata-se justamente do período de crise da socialdemocracia, do Estado de Bem-Estar Social. A crise desse ideário político é consequência de uma crise econômica anterior, ou melhor, do remédio adotado para saná-la. A crise de “estagnação” e de baixas taxas de acumulação – que o capitalismo americano, europeu e japonês enfrentou nos anos 1970 – encontrou solução no abandono do modelo Keynesiano praticado havia 30 anos e na restrição dos encargos do fundo público com os direitos sociais. É também o momento do encarecimento do crédito internacional. Todo esse contexto deságua, na década de 1980, para os países latino-americanos, na crise da dívida pública, crise inflacionária, que será interpretada, como o fora na Europa e Estados Unidos, como crise fiscal. Assim, a década de 1990 será para o Brasil e países vizinhos uma década de reformas estruturais, de redirecionamento do Fundo Público para a estabilidade monetária (OLIVEIRA, 1998), e, portanto, do apelo governamental a ONGs e companhias privadas para colaborarem em setores tradicionalmente geridos e financiados pelo investimento público. Um desses setores é a saúde”.

O desenvolvimento das habilidades pessoais permite a expansão da consciência, o que repercute na tomada de decisões mais saudáveis tanto no foro físico, como mental e emocional, aproximando o ser humano de uma vida de mais qualidade.

Na linha do sustentado nesta dissertação, ousa-se discordar do posicionamento de Batistella, pois o desenvolvimento pessoal emancipa o ser humano, que se torna mais capaz de criar autonomamente possibilidades para sua realização pessoal. Ao mesmo tempo, tendo em vista que o ser humano adquire melhor compreensão da dinâmica social, as chances de participar da vida política são intensificadas, de modo que se torna mais provável seu engajamento no que diz respeito à busca das melhorias necessárias para sua vida no âmbito individual e em sociedade.

Portanto, há um despertar de consciência social, fazendo com que a proteção e a promoção da saúde sejam verdadeiramente um dever de todos, nos termos do art. 196 da CF/88. Em outras palavras, observa-se uma mudança no pensamento, que chama todos os atores da sociedade envolvidos direta ou indiretamente no tema: médicos, enfermeiros, técnicos, agentes e demais trabalhadores da saúde, com o suporte de ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, entre tantos outros – todos colaborando, de um modo ou de outro, para a solução do problema. (BATISTELLA, 2007, p. 81).

Esse despertar conduz a uma reflexão quanto à posição dos atores da sociedade – sociedade civil (sindicatos, CIPAs, ONGs, empresas), poder público (Legislativo, Executivo, Judiciário, Ministério Público) – e de sua responsabilidade para a mudança do cenário da saúde no Brasil. Do mesmo modo, reduz resistência em relação à aplicação imediata dos direitos fundamentais, entre eles os sociais, nos termos do art. 5º, § 1º, da CF/88.

Nesse sentido, há também que estabelecer uma cultura preventiva e de promoção da saúde e de um meio ambiente de trabalho saudável. Este tem sido o fio condutor do Tribunal Superior do Trabalho (TST), ao promover a Campanha pelo Trabalho Seguro, desde 2011. É que “o Direito é uma ciência que não se concretiza em números, equações e experimentos, mas na fala e na escrita, que deve ao mesmo tempo frutificar no coração e no cérebro” (HUSEK, 2015, p. 13). Entende Melo (2015, p. 2000 que:

Portanto, é possível optar por medidas mais extremas, mas muito necessárias quando a dignidade da pessoa humana é colocada em segundo plano e subjugada pela livre-iniciativa:

Enquanto for permitida tal atividade reconhecidamente nociva à saúde dos trabalhadores eles ficarão doentes, ajuizarão ações indenizatórias e a Justiça condenará a empresa, mas a saúde, que é o bem mais importante, continuará a ser postergada e prejudicada. É preciso que todos se conscientizem de que a melhor

solução para proteger a saúde dos trabalhadores é a implementação da prevenção e, se preciso, proibir que certas atividades que, a exemplo da provação de cigarros, podem ser substituídas por outros mecanismos sem a participação direta do ser humano. Menciono, para encerrar as reflexões, o trabalho dos pintores de automóveis nas grandes montadoras, que até certo tempo atrás era manual e depois passou a ser feita totalmente de forma eletrônica e computadorizada. É o caso, ainda, do corte de cana manual, atividade extremamente degradante e desgastante, que aos poucos vem sendo substituídas por máquinas. A questão, como nos parece, é a de compatibilização e, se não possível, de priorização da livre iniciativa e o respeito à saúde e à dignidade.

Trata-se de resgatar os compromissos da modernidade, entre eles a institucionalização e a permanente atualização dos direitos sociais, para a proteção e promoção do ser que trabalha. Nesse sentido, explana Sarlet (2008a, p. 2006):

[...] há como afirmar que um dos principais desafios com os quais nos deparamos atualmente é o de resgatar as boas (pois nem todas talvez o sejam!) promessas da modernidade, dentre as quais assume papel de destaque institucionalização e a permanente “atualidade dos direitos sociais”, contribuindo para que também as instituições do Estado Democrático de Direito consagrado pela nossa Constituição, possam, antes tarde do que nunca, tornar efetivas tais promessas, especialmente naquilo que estas dizem respeito à implantação de níveis suficientes de justiça social, em outras palavras, à garantia de uma existência digna (uma vida com qualidade) para todos. Este é um compromisso de todos, Estado e Sociedade, e o êxito na sua concretização pressupõe a superação das posturas maniqueístas e fundamentalistas, assim como o abandono do tão difundido jogo do empurra-empurra, que assola o cenário político nacional, mediante a sua substituição por uma lógica da cooperação e do diálogo. Com efeito, os direitos sociais e a cidadania merecem este investimento, para que cada vez mais a comemoração do aniversário da nossa CF não fique restrita ao ambiente acadêmico e se transforme num símbolo de um genuíno patriotismo constitucional.

O trabalhador não só precisa ter direito à saúde, no plano formal, mas precisa ser *efetivamente* protegido – pois só assim terá dignidade e poderá desfrutar de forma plena de sua existência. Afinal, a qualidade de vida não pode ser concebida apenas como uma utopia, disfarçada pela retórica jurídica.

2.2 O reconhecimento do direito à saúde

A proteção à saúde do trabalhador vai além da tutela da doença, de evitar o adoecimento, envolve mais que o completo bem-estar. Diz respeito também à autorrealização pelo trabalho. Isso significa que é necessário mais que a proteção dos efeitos maléficos do trabalho. É preciso “assegurar as condições concretas pelas quais o trabalho pode desempenhar seu papel constitutivo para o sujeito” (WANDELLI, 2015, p. 198), de modo que:

Deve ser garantido ao cidadão trabalhador um direito à atividade e à organização saudável do trabalho, corolário do direito ao trabalho, traduzido em práticas de

gerenciamento e direção da organização do trabalho na empresa, instituição ou organização, que observem parâmetros positivos e negativos de adequação à preservação das condições de saúde e autonomia dos trabalhadores, incluindo estratégias de mobilização subjetiva do zelo e da colaboração, os modelos de gestão, controle e avaliação do trabalho e as condições para que haja formas adequadas de cooperação e deliberação de normas de trabalho e permitam os mecanismos de reconhecimento da contribuição efetiva dos trabalhadores e o conteúdo ético das práticas de trabalho. (WANDELLI, 2015, p. 206).

Isso tudo não significa reduzir o direito ao trabalho no direito ao meio ambiente de trabalho ou à saúde, mas sim lembrar que o direito ao trabalho envolve o direito ao meio ambiente do trabalho saudável, a organização laboral e a saúde.

O meio ambiente é definido no art. 3º, inc. I, da Lei nº 6.938/81 como o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas. (BRASIL, 1981).

O conceito constitucional de meio ambiente do trabalho tem como diferencial a presença da organização coletiva do trabalho, além do meio ambiente natural, artificial e cultural. Consequentemente, o direito ao meio ambiente do trabalho “deve incluir os elementos que determinam as condições para a sociabilidade humana no âmbito da organização do trabalho e que constituem a dimensão mais essencial do ambiente de trabalho” (WANDELLI, 2015, p. 207).

Alvarenga complementa:

Meio ambiente do trabalho e proteção à saúde do trabalhador, portanto, instauram-se sobre um caráter indissociável, uma vez que o respeito ao direito ao meio ambiente do trabalho saudável e equilibrado implica prática defensiva do direito à vida – o mais básico alicerce dos direitos fundamentais da pessoa humana. Sendo assim, inexorável se apruma o direito ao meio ambiente equilibrado, como um direito fundamental – materialmente considerado – ligado ao direito à vida e ao completo bem-estar *físico, mental e social* do trabalhador. Este busca, na atividade laboral, o acesso aos bens de consumo, necessários direta do labor com o processo vital, haja vista que, para ocorrer o exercício do trabalho, o homem não pode perder a saúde, tendo-se em conta que, sem ela, o direito à vida não se sustenta. (ALVARENGA, 2015, p. 270).

Assim, quando há degradação da qualidade do meio ambiente do trabalho e aumento dos riscos organizacionais, há violação de um bem independentemente da violação da saúde das pessoas que lá trabalham⁸. Basta que haja desequilíbrio que afete as condições de risco às integridades psíquicas e físicas inerentes ao local de trabalho,

⁸ Há poluição do ambiente organizacional, nos termos do art. 3º, inc. III, ‘a’, da Lei nº 6.938/81: “Art. 3º: Para os fins previstos nesta lei, entende-se por: (...) III: poluição, a degradação da qualidade ambiental resultante de atividades que diretamente ou indiretamente: a) prejudiquem a saúde, a segurança e o bem-estar da população; [...]”. (WANDELLI, 2015).

Se, como visto, a organização saudável do trabalho constitui um corolário do direito ao trabalho, em sua dimensão objetiva, e do próprio direito ao meio ambiente do trabalho saudável e à saúde, os riscos à saúde e à autonomia dos trabalhadores, decorrentes de uma instituição ou empresa que não assegure condições organizacionais para o direito ao conteúdo do trabalho, implicam na responsabilidade jurídica do empregador, apreciada à luz dos princípios normativos de tutela do meio ambiente. (WANDELLI, 2015, p. 211).

A proteção à saúde do trabalhador encontra-se entre os direitos sociais previstos constitucionalmente, inclusive no preâmbulo da CF/88, que dispõe sobre a instituição de um Estado Democrático de Direito destinado a garantir direitos sociais e individuais, tendo por base a harmonia social e a proteção da liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça. (BRASIL, 1988).

Mais especificamente, no âmbito constitucional, tem-se a proteção do meio ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador no art. 5º, que versa sobre os direitos e garantias fundamentais, assim determinando: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]” (BRASIL, 1988).

Já o art. 6º do mesmo diploma descreve e assegura os direitos sociais:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Para Andrade (2017, p. 170), “tanto o trabalho, quanto a saúde, como direitos sociais, devendo, portanto, antes de se mensurar monetariamente o trabalho, se considerar e valorizar o próprio trabalhador em dimensões sociais”.

No entendimento de Wandelli (2015, p. 200), constitucionalmente, essas condições “dizem respeito à organização do trabalho e sobre elas devem incidir a força normativa de um direito fundamental ao meio ambiente do trabalho saudável, cujo âmbito de proteção está inteiramente imbricado com aquele do direito fundamental ao trabalho”. Já para Lobo (2015, p. 71): “[...] a efetividade da Constituição é o que alicerça a sua importância enquanto documento jurídico”. No âmbito infraconstitucional, tem-se ainda a proteção dada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e pelas Normas Regulamentadoras, merecendo destaque a Portaria nº 1339/99 (grupo V do CID – 10) e a NR 17.

O direito à saúde no ambiente de trabalho está assegurado nos arts. 5º e 6º da CF/88, que deixam claro que o empregado tem direito à proteção à saúde no contexto de emprego. Fazem parte dessa proteção a limitação da jornada a 8 horas diárias e 44 horas semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção

coletiva de trabalho, e a jornada de 6 horas para o trabalho feito em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva, ambos com o intuito de evitar o cansaço patológico e a fadiga crônica (BRASIL, 1988).⁹ No entanto, se as empresas descumprirem a norma, como sanção terão que monetizar a exaustão do trabalhador com o pagamento daquelas horas acrescidas de 50%.

Com o intuito de assegurar a saúde do trabalhador que labora à noite, a legislação determina que a remuneração do trabalho noturno seja superior à do diurno. Além disso, proíbe o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos. Isso porque “o trabalho noturno fixo ou em turnos de revezamento é sempre agressivo, já que o pleno ajustamento dos ritmos circadianos é praticamente impossível” (OLIVEIRA, 2010, p. 161). Assim, a legislação criou duas formas de compensação para o trabalho noturno: o primeiro de caráter econômico, mediante pagamento de um adicional, e o segundo por meio da redução da hora noturna.

Há ainda o adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas. Na insalubridade o agente nocivo vai aos poucos afetando as resistências do trabalhador em razão da exposição continuada. Para evitar as discussões de quais atividades seriam insalubres, a legislação infraconstitucional – CLT – determinou ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) sua definição, que por sua vez as listou na NR-15 da Portaria nº 3.214/1978, que classifica os agentes insalubres em graus mínimo, médio e máximo, e os divide em agentes físicos, químicos e biológicos.

Na periculosidade não há necessidade de exposição continuada para haver prejuízo à saúde do trabalhador, já que os agentes perigosos podem atuar instantaneamente e levar à incapacidade e à morte. As hipóteses do adicional de periculosidade estão listadas na NR16 da Portaria nº 3.214/1978.

O trabalho penoso, além de fato gerador de uma possível doença psíquica, pode causar desgaste e envelhecimento precoce em razão da natureza do serviço, da forma de execução, do esforço requerido, entre outros motivos. Nesse caso o agente penoso é o próprio serviço. Diferentemente dos anteriores, o trabalho penoso ainda não foi regulamentado por lei

⁹ A CF/88 admite carga horária superior a 6 horas diárias nos turnos de revezamento, desde que estabelecida mediante negociação coletiva. No entanto, segundo Oliveira, “o prolongamento da jornada, potencializa os malefícios pela sinergia dos agentes”. O autor aduz ainda que a “mudança semanal dos horários de trabalho interfere no ritmo circadiano, porque altera constantemente o horário habitual de sono, com prejuízo à saúde do trabalhador” (OLIVEIRA, 2010, p. 164). Logo, conclui-se que tanto o banco de horas como a jornada superior a 6 horas são prejudiciais à saúde do trabalhador, caminhando em sentido oposto às normas de saúde e segurança do trabalho.

ordinária. No entendimento de Lobo (2015, p. 70), o fato de as atividades penosas não encontrarem amparo infraconstitucional, “[...] acarreta a inefetividade do direito e prejuízos irreparáveis aos trabalhadores que expõem a esse agente danoso a sua saúde”.

Viana aduz que nada impede que o adicional para atividades penosas seja regulamentado por acordo ou convenção coletiva, esclarecendo ainda que, “[...] Como nota Luiz Otávio Linhares Renault, é também juridicamente possível pleiteá-lo em ações individuais ou coletivas, tomando como base de referência – por analogia – o adicional de insalubridade ou de periculosidade”. (VIANA, 2014b, p. 119).

O adicional para atividades penosas é reconhecido tanto no setor público como no setor privado, que reconhece o adicional no caso de aposentadorias especiais, como expõe o autor acima citado:

Costuma-se dizer que a penosidade se distingue da insalubridade e da periculosidade por estar presente no próprio trabalho, e não nas condições em que é prestado – como nas atividades que exigem esforços repetitivos, excessiva concentração, contato com o público em condições de desgaste psíquico, confinamento ou isolamento e turnos de revezamento. A Recomendação n. 95 da OIT considera penoso – a título exemplificativo – o trabalho de levantar, empurrar ou retirar grandes pesos, ou que envolva esforço físico. (VIANA, 2014b, p. 119).

Quanto à omissão do legislador em regulamentar o adicional de penosidade, Lobo explica que:

Diante da constatada omissão por parte do Legislador em tornar efetivos os direitos sociais por meio da elaboração das normas infraconstitucionais que o regulem, atribui-se esta tarefa aos demais intérpretes da Constituição, por meio dos instrumentos que são colocados à sua disposição para tanto, quais sejam: mandado de injunção, iniciativa popular e ação direta de inconstitucionalidade por omissão. (LOBO, 2015, p. 80).

Argumenta a autora ainda que:

O judiciário se destaca para a efetivação dos pilares do paradigma do Estado democrático de Direito, ganhando relevância a sua atuação, em uma tarefa de ativismo judicial, observados os limites de sua competência para que não se configure a sua atuação como abuso de poder. O magistrado rompe, portanto, com a simples tarefa de dizer o direito e se torna peça fundamental para a efetividade dos direitos fundamentais mediante a concreção das disposições constitucionais. (LOBO, 2015, p. 80).

Outras medidas de proteção que constam no art. 7º da CF/88 são o repouso semanal remunerado; o gozo de férias anuais remuneradas acrescidas de um terço do salário normal; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança – concretizadas principalmente nas NRs; o seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do

empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa. (BRASIL, 1988).

Em relação ao meio ambiente do trabalho e às proteções previstas no art. 7º da CF/88, destaca-se:

É indispensável a tutela do meio ambiente organizacional do trabalho à luz dos princípios de prevenção e precaução, frente à expressa determinação do art. 7º, XXII da Constituição de redução dos riscos inerentes ao trabalho. A relação entre organização do trabalho e a saúde e autonomia dos trabalhadores envolve o risco de agravo. Embora jamais se possa prever com certeza qual será a resposta da corporalidade singular de cada pessoa aos fatores organizacionais, sendo diferentes os recursos de resistência de cada pessoa, é possível traçar, de forma demonstrável, a acentuação do risco da formação de nexos etiológicos entre as já referidas práticas gerenciais e os agravos à saúde e autonomia dos trabalhadores. São práticas gerenciais que aumentam os riscos de tais danos ao violarem as condições e determinantes do trabalho para a saúde e a autonomia. É mesmo provável que já se possa falar, aí, de risco conhecido e, portanto, dever de prevenção do perigo iminente e cientificamente constatável, impondo-se, nos casos mais graves, a interdição do estabelecimento, como determina o art. 161 da CLT. (WANDELLI, 2015, p. 212).

Ainda no que diz respeito à proteção ao meio ambiente do trabalho, no âmbito constitucional, tem-se o art. 225, que dispõe sobre o direito ao meio ambiente equilibrado, cabendo ao poder público e à coletividade defendê-lo e preservá-lo para as futuras gerações. (BRASIL, 1988). Conforme Oliveira (2010, p. 118), nesse meio ambiente está incluso também o ambiente de trabalho, como pode ser constatado no art. 200, inc. VIII, da CF/88. Isso porque não há como ter qualidade de vida se o ambiente de trabalho, que é onde a pessoa passa grande parte de sua vida, não for equilibrado e sustentável. Conseqüentemente, a proteção do meio ambiente pela ordem econômica está prevista no art. 170, inc. VI, do mesmo diploma. Pondera Alvarenga (2015, p. 271) que:

Pelo princípio do desenvolvimento sustentável, é necessário que haja uma relação harmônica entre a economia e meio ambiente. Motivo pelo qual a defesa do meio ambiente é um dos princípios em que se funda a ordem econômica, tendo-se por objetivo assegurar a existência digna para todos.

Já Oliveira (2010, p. 119) entende que:

Assegura a Constituição da República que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art.196). Particularizando esse princípio geral na esfera do Direito do Trabalho, pode-se concluir que a manutenção do ambiente de trabalho saudável é direito do trabalhador e dever do empregador. O empresário tem a prerrogativa da livre-iniciativa, da escolha da atividade econômica e dos equipamentos de trabalho, mas, correlatamente, tem obrigação de manter o ambiente do trabalho sustentável.

Considerando que o ambiente de trabalho pode levar ao adoecimento mental, o legislador estabeleceu obrigações para o empregador voltados à proteção da saúde do

empregado. Conforme as disposições do arts. 5º, XXXV; 7º, XXII; 225 e 200, VII, da CF/88, deve-se remover o ilícito pelo dano imediato ao ambiente organizacional e prevenir o dano mediato à saúde psíquica das pessoas. Nesse sentido, entende Wandelli (2015, p. 213) que o “principal objeto de tutela não é a indenização do dano, mas a transformação da organização do trabalho, para remover o dano atual sobre o ambiente de trabalho e evitar o dano provável sobre a saúde psíquica”.

No que diz respeito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, a CF/88 fala expressamente no art. 7º, XXII, em redução dos riscos inerentes ao trabalho por normas de saúde, higiene e segurança. Já no âmbito infraconstitucional, a NR-4 da Portaria nº 3.214/1978 do MTE dispõe sobre a responsabilidade dos profissionais dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho de aplicar seus conhecimentos ao ambiente do trabalho, incluindo os relativos às máquinas e equipamentos, para reduzir os riscos ali existentes; e determinar a utilização pelo empregado de equipamentos de proteção individual quando a eliminação do risco não for possível (BRASIL, 1978).

A ergonomia é tratada nos arts. 198 e 199 da CLT no título “Da prevenção da fadiga” (BRASIL, 1942), e na NR-17 da Portaria nº 3.214/1978 do tem (BRASIL, 1978), com as modificações trazidas pela Portaria nº 3.751/1990.

A NR-17 trata do estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Ademais, conforme a NR-17, o empregador tem que realizar a análise ergonômica do trabalho, “avaliando os aspectos relacionados com o levantamento, transporte e descarga de materiais, mobiliário, equipamentos e condições do posto de trabalho e a própria organização do trabalho (art.17.1.1)” (OLIVEIRA, 2010 p. 126).

O art. 17.6 da referida NR dispõe sobre a organização do trabalho, estabelecendo que ela deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado, e levar em consideração as normas de produção; o modo operatório; a exigência de tempo; a determinação do conteúdo de tempo; o ritmo de trabalho; o conteúdo das tarefas. (BRASIL, 1978).

As informações e o treinamento dos trabalhadores são considerados outras formas de proteção de sua saúde. Dispõem sobre o tema os arts. 182, inc. III, e 197 da CLT – que abordam a informação sobre substâncias perigosas ou nocivas à saúde – e a Lei nº 8.213/91, que prescreve o dever da empresa de informar pormenorizadamente os riscos da operação e

do produto a ser manipulado. Há ainda o Mapa de Riscos Ambientais, que deve ser elaborado pela CIPA e SESMT, devendo ser fixado no local de trabalho, em lugar de fácil acesso, de modo claramente visível e contendo a descrição dos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidente. (OLIVEIRA, 2010, p. 122).

O art. 196 da CF/88, por sua vez, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos [...]”. (BRASIL, 1988). Nesse contexto, Noronha e Pereira (2013, p. 21) explicam que esse dispositivo constitucional:

[...] considera três aspectos: a relação direito e dever; a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas; e o acesso universal e igualitário, [tratando-se de] um princípio de justiça normativa que quer ser aplicada e torna-se referencial como uma política de direitos.

Em outras palavras, a saúde constitui um direito público subjetivo, prerrogativa jurídica da República, constitucionalmente tutelado e que deve ser assegurado pelo Poder Público de modo responsável. Possui caráter programático, não podendo, no entanto, ser uma promessa inconsequente, sob pena de o Poder Público substituir ilegitimamente um dever imprescindível por uma infidelidade governamental (NORONHA; PEREIRA, 2013).

No âmbito do Poder Judiciário, o art. 114, da CF/88, estabelece a competência da Justiça do Trabalho para conciliar e julgar os dissídios entre trabalhadores e empregadores, inclusive os relacionados às questões de saúde e segurança. Ademais, cabe ao Ministério Público do Trabalho (MPT):

[...] promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção de interesses difusos e coletivos (os direitos trabalhistas se enquadram nesta categoria) concedidos pelo Artigo 129, inciso III. Assim, o Poder Judiciário tem competência para tutelar judicialmente a saúde do trabalhador, podendo atuar coativamente, quando demandado, por intermédio da reclamação trabalhista, do dissídio coletivo e da ação civil pública. Este último instrumento, juntamente com o Termo de Ajustamento de Conduta, possui um enorme poder em determinar a melhoria das condições de segurança e saúde no âmbito das empresas (OLIVEIRA, 2007, p. 110-112). (SANTOS, 2012, p. 31).

Em relação às NRs, Santos (2012, p. 36) explica que elas são a base normativa usada pelos fiscais do MTE para fiscalizar os ambientes de trabalho. De acordo com o autor:

O processo de elaboração e reformulação destas normas é necessariamente longo, começando pela redação de um texto-base inicial, consulta pública, discussão tripartite, redação do texto final, aprovação pelas autoridades competentes e publicação na imprensa oficial. (SANTOS, 2012, p. 36).

Ressalte-se que esse processo todo pode levar anos até sua conclusão.

A Portaria nº 1339/99 do MTE trata das doenças mentais relacionadas com o trabalho no Grupo V da CID-10, classificando-as conforme os agentes ou fatores de risco que as causam. Entre as doenças listadas na referida portaria se encontram as analisadas no capítulo 4 desta dissertação. Nesse ponto insta ressaltar a criação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) pela Previdência Social, com a finalidade de auxiliar a caracterização de uma doença do trabalho, especialmente uma doença classificada nos códigos da CID-10, por meio da criação de uma base de dados mais realista dos acidentes e doenças do trabalho no Brasil, face à resistência das empresas em entregarem a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Já na CLT, Santos (2012, p. 34) destaca alguns pontos em relação à proteção da saúde e do trabalhador:

1. O cumprimento das normas de segurança e saúde emanadas do Ministério do Trabalho não desobriga as empresas de cumprirem outras normas correlatas e oriundas dos estados e municípios (Artigo 154).
2. O Ministério do Trabalho (atual MTE) tem competência de estabelecer normas complementares sobre segurança e saúde no trabalho, permitindo maior dinamismo na elaboração de normas jurídicas atualizadas (Artigo 155).
3. Os órgãos descentralizados do MTE (as atuais SRTes) devem realizar inspeção visando ao cumprimento de normas de segurança e saúde (Artigo 156).
4. Os empregadores são obrigados a cumprir e a fazer cumprir as normas de segurança e saúde no trabalho, instruindo os trabalhadores, facilitando a fiscalização trabalhista e adotando medidas que sejam determinadas pela autoridade responsável (Artigo 157).
5. Os empregados devem observar as normas de segurança e saúde previstas em normas e inclusive as elaboradas pelo empregador (Artigo 158).

Para Wandelli (2015, p. 209), o art. 3º da Lei nº 8.080/90 vai além, ao estabelecer que “são determinantes e condicionantes para a saúde, dentre outros, o meio ambiente, o trabalho e a renda”. O autor também destaca o art. 4º da Lei nº 9.795/99, que estabelece como:

[...] princípios básicos da educação ambiental, afastando uma concepção meramente física de meio ambiente e consagrando: I - o enfoque humanista, holístico, democrático e participativo; II - a concepção do meio ambiente em sua totalidade, considerando a interdependência entre o meio natural, o socioeconômico e o cultural, sob o enfoque da sustentabilidade. (WANDELLI, 2015, p. 209).

No âmbito externo, lembra-se que o Brasil é signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral da ONU pela Resolução 217-A em dezembro de 1948, que dispõe sobre a saúde como direito fundamental da humanidade em seu artigo 25-1:

Artigo XXV

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de

desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ONU, 1948).

Ademais, o Brasil é signatário do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, aprovado pela Assembleia Geral, através da Resolução 2200 A (XXI), em 1966, que dispõe sobre o direito à saúde:

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento é das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (ONU, 1966).

No âmbito da OIT, mencionam-se algumas Convenções assinadas pelo Brasil¹⁰ que envolvem a proteção à saúde do trabalhador. No entanto, primeiro é necessário entender que a OIT “vem promovendo, na medida do possível, a uniformização internacional do Direito do Trabalho, de modo a propiciar uma evolução harmônica das normas de proteção ao trabalhador e alcançar a universalização da justiça social e o trabalho digno para todos”. (OLIVEIRA, 2010, p. 71). Nesse sentido, Andrade (2017, p. 170) ressalta que, “[...] para que seja digno e valorizado o trabalho, é essencial que seja preservada a saúde a segurança do empregado na prestação do serviço”.

Nesse contexto, Oliveira (2010, p. 76) aponta como as principais Convenções da OIT que tratam da proteção da saúde do trabalhador as de nº 148, 155, 161, 187. A Convenção nº 148 foi ratificada pelo Brasil em 1982 e promulgada pelo Decreto nº 93.413/86. Segundo suas normas, a legislação interna dos países deve adotar medidas técnicas de proteção contra a contaminação do ar, ruídos e vibrações, mas reconhece-se que, para que isso seja possível, deve haver uma colaboração entre os representantes dos empregadores e dos empregados, afinal é o empregado o principal interessado, pois é ele quem sofre diretamente os efeitos nocivos.

A Convenção nº 148 pretende ainda eliminar o risco em vez de somente neutralizá-lo. Por fim, se por razões médicas for desaconselhada a manutenção do empregado em exposição

¹⁰ Lembrando que as Convenções que envolvem direitos humanos ratificadas até janeiro de 2005 têm status de norma supralegal, conforme decisão do STF, e as ratificadas depois dessa data são equiparadas às emendas constitucionais, quando observado o § 3º do art. 5º da CF/88.

a ar contaminado, ruído ou vibrações, a referida norma defende sua transferência para outra área, mas nunca a demissão.

Assim, a Convenção nº 148:

[d]efine que a legislação nacional deve determinar a adoção de medidas que previnam e limitem os fatores de risco ambientais no local de trabalho, privilegiando as medidas de proteção coletivas em detrimento das individuais (como o uso de equipamentos de proteção individual). Estabelece que representantes dos trabalhadores e dos empregadores sejam consultados ao se estabelecerem parâmetros de controle, participando da sua implementação e cabendo a estes últimos a responsabilidade pela aplicação das medidas prescritas. Determina que os representantes podem acompanhar as ações de fiscalização em SST. Estabelece a necessidade de controle médico ocupacional dos trabalhadores, sem ônus para os mesmos (ILO, 2010a). (SANTOS, 2012, p. 28).

A Convenção nº 155 foi ratificada pelo Brasil em 1992 e promulgada pelo Decreto nº 1.254/94. Tal norma “estabelece as normas e princípios a respeito da segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho” (OLIVEIRA, 2010, p. 80). Essa convenção:

[d]etermina que o País deve instituir um política nacional em matéria de segurança, saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho (art.4). Há três exigências para essa política: primeiramente, há que ser coerente; em segundo lugar, dever ser colocada em prática e finalmente deve ser reexaminada periodicamente. (OLIVEIRA, 2010, p. 80).

Oliveira (2010) destaca que uma inovação importante trazida pela Convenção é a incorporação em todos os níveis de ensino e treinamento – inclusive o ensino superior, técnico, médio e profissional – das questões de segurança, higiene e meio ambiente de trabalho. Isso porque o progresso legislativo deve vir acompanhado da conscientização do cidadão.

Em outras palavras, a Convenção nº 155:

[d]etermina a instituição de uma política nacional de segurança e saúde dos trabalhadores e do meio ambiente de trabalho, com consulta às partes interessadas (trabalhadores e empregadores), com o objetivo de prevenir acidentes e danos à saúde, reduzindo ao mínimo possível as causas dos riscos inerentes a esse meio. O trabalho deve ser adaptado ao homem e não vice-versa. Estabelece que os acidentes de trabalho e as doenças profissionais sejam comunicados ao poder público, bem como sejam efetuadas análises dos mesmos com a finalidade de verificar a existência de uma situação grave. Exige também a adoção de dispositivos de segurança nos equipamentos utilizados nos locais de trabalho, sendo isso responsabilidade dos empregadores. Faculta ao trabalhador interromper a atividade laboral onde haja risco significativo para sua vida e saúde, sem que seja punido por isso, bem como reforça o direito à informação, por parte dos trabalhadores e seus representantes, dos riscos porventura existentes nos locais de trabalho (ILO, 2010a). (SANTOS, 2012, p. 28).

No que diz respeito ao meio ambiente de trabalho, a Convenção considera que a saúde física e psíquica está diretamente relacionada com a segurança e a higiene do trabalho (OIT, 1992).

Também merece menção o disposto nos arts. 5º, alínea “e”, e 13, da referida Convenção:

[...] que asseguram o direito de resistência baseado na precaução, estipulando que nenhum trabalhador poderá ser afetado por consequências injustificadas em virtude de agir de acordo com as políticas de saúde, inclusive de interromper, se necessário, uma situação de trabalho que julgue, com motivos razoáveis, envolver um perigo iminente e grave para sua vida ou saúde. (WANDELLI, 2015, p. 213).

A Convenção nº 161 foi ratificada pelo Brasil em 1990 e promulgada pelo Decreto nº 127/91. De acordo com suas normas, os Serviços de Saúde no Trabalho devem agir preventivamente, “aconselhando empregados e empregadores para se alcançar um ambiente de trabalho seguro e salubre, favorecendo uma saúde física e mental ótima em relação ao trabalho” (OLIVEIRA, 2010, p. 84). Essa política também deve ser coerente, posta em prática e reexaminada periodicamente.

A Convenção nº 187 foi adotada em 2006, mas ainda não foi ratificada. Ela prevê a melhoria contínua da segurança e da saúde no trabalho, visando evitar acidentes, doenças, lesões e mortes no trabalho. Assim, a política nacional deve fomentar uma cultura prevencionista progressiva, assegurando um meio ambiente de trabalho seguro e saudável; o sistema nacional deve proporcionar meios e instrumentos para implementar a política nacional; e o programa nacional deve estabelecer metas e um calendário de implementação da política instituída. (OLIVEIRA, 2010).

No Brasil, a Portaria Interministerial n.152, de 13 de maio de 2008, instituiu a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, com o objetivo de avaliar e propor medidas para implementação, no País, da Convenção n.187. Essa Comissão deverá elaborar a proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST, de forma a atender às diretrizes da OIT, bem como elaborar um Programa Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, com definição de estratégias e planos de ação para sua implementação, monitoramento, avaliação e revisão periódica, no âmbito das competências do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social. (OLIVEIRA, 2010, p. 88).

Conforme exposto, o ambiente de trabalho pode levar ao adoecimento mental, razão pela qual o legislador estabeleceu obrigações para o empregador voltado à proteção desse aspecto da saúde. E nem poderia ser diferente, pois: “a valorização do trabalho é um dos principais pilares da ordem democrática brasileira”. (ANDRADE, 2017, p. 170).

3 COMPREENDENDO A DOENÇA MENTAL

O termo “transtorno mental” é usado para descrever sofrimento humano com comprometimento da ordem psicológica ou mental. O indivíduo que adoece mentalmente tem seu comportamento fora do padrão estabelecido como “normal”. Ele passa a relacionar-se de maneira alterada com o mundo, a sociedade e/ou o trabalho.

A doença pode ser devastadora e estigmatizante, uma vez que altera os processos cognitivos e afetivos da pessoa, traduzindo-os em perturbações do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida. Assim, o presente capítulo procura demonstrar a história e o desenvolvimento do transtorno mental para melhor compreensão da doença.

3.1 Conceito

De acordo com o *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*, a doença mental “é um termo geral para os distúrbios da mente, afetividade, percepção e comportamento, com manifesta incapacidade resultante dessas perturbações percebidas tanto pelo paciente como pelos seus próximos”. (REY, 1999, p. 23).

A OMS, entretanto, assevera que:

Uma série de organizações de usuários opõe-se ao uso dos termos “doença mental” e “paciente mental” alegando que estes apoiam a dominação do modelo médico. A maioria dos documentos clínicos internacionais evita o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar o termo “transtorno mental”. (OMS, 2005, p. 27).

Já segundo Landeira-Fernandez e Cheniaux (2010, p. 25):

[...] utiliza-se o termo transtorno mental para indicar a presença de um conjunto de vivências subjetivas ou comportamentos que causam sofrimento significativo ou um importante prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante da vida do indivíduo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), por sua vez, apresenta o seguinte conceito para transtorno mental:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 20).

Conforme o exposto, tem-se que o transtorno mental pode ser devastador e estigmatizante, uma vez que altera os processos cognitivos e afetivos da pessoa, traduzindo-os em perturbações do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida.

Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool; neurastenia e transtorno cognitivo são, portanto, exemplos de transtornos mentais conforme definição do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 1999, p. 21).

3.2 O louco e a loucura para a Medicina

Para se estabelecer a correlação entre o louco e a loucura para a Medicina, é mister a apresentação de um breve histórico acerca dos modelos de concepção dos transtornos mentais na civilização, conforme sustentam Landeira-Fernandez e Cheniaux:

A forma como compreendemos os transtornos mentais atualmente é consequência de uma longa série de eventos históricos. Nossa perspectiva acerca do adoecimento mental mudou bastante ao longo do tempo, abrangendo desde explicações religiosas e sobrenaturais até teorias mais racionais, que culminaram, hoje em dia, em modelos teóricos muito elaborados, que propõem uma relação dinâmica entre genes, cérebro e ambiente. (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010, p. 23).

Os autores esclarecem que foi pela Filosofia grega que se deu o surgimento dos primeiros modelos de explicação de natureza racional em relação às enfermidades mentais, levando assim à superação da ideia de influência de deuses para o adoecimento mental, passando este a ser atribuído a causas naturais (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010, p. 24).

Corroborando esse entendimento, Louzã Neto et al. aduzem que:

O modelo grego de doença é de ruptura do equilíbrio interno, concebido de acordo com a visão cósmica. Hipócrates, tomando idéias filosóficas de Pitágoras e Empédocles, concebe o homem como um microcosmo regido por leis físicas semelhantes às do universo – o macrocosmo. Nas obras hipocráticas, encontram-se as primeiras descrições indiscutíveis de histeria. [...] Há, entre os gregos, a explicação etiopatogênica da relação entre a sexualidade e a histeria. A terapêutica é congruente com a formulação da origem da doença. [...] Hipócrates não considera a epilepsia como doença sagrada (Hippocratic writings, organizado por Lloyd, 1983), ele acredita que as convulsões são de causa natural [...]. (LOUZÃ NETO et al., 2007, p. 21).

No entanto, de acordo com Landeira-Fernandez e Cheniaux, as mudanças mais significativas acerca do tratamento dos doentes mentais se verificaram no século XVIII, mais notadamente a partir da Revolução Francesa, ocorrida em 1789:

A Revolução Francesa, em 1789, dá início à Idade Contemporânea. Mais do que uma transformação política, esse movimento gerou grandes mudanças na forma de conceber o ser humano. [...] o impacto da Revolução Francesa sobre a forma como os loucos eram tratados nos hospitais franceses foi imediato. Em 1792, logo após a primeira fase da Revolução Francesa, Philippe Pinel (1745-1826), defensor dos ideais revolucionários, foi nomeado para a direção do hospital Bicêtre, localizado em Paris, onde tomou conhecimento de uma série de tratamentos humanitários que o antigo diretor, Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), havia implementado. O louco não era mais acorrentado. Era tratado como um indivíduo acometido por uma doença. Durante três anos, Pinel deu continuidade a essa forma digna de abordar os pacientes. Em 1795, tornou-se diretor do Hospital La Salpêtrière e, onde aplicou de forma sistemática essa nova forma de intervenção, que ficou conhecida como tratamento moral. Esse tratamento enfatizava os aspectos saudáveis do paciente e visava o desenvolvimento da capacidade de autocontrole e de hábitos de socialização, incluindo, também, contato próximo e amigável do médico com o doente, discussão de dificuldades pessoais, além de um conjunto de atividades para manter o paciente ocupado ao longo do dia. (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010, p. 30)

E os autores concluem:

Além do fato de ter adotado a prática do tratamento moral, Pinel também ficou conhecido por ter dado uma grande importância ao diagnóstico das doenças mentais. Ele ressaltava a necessidade de se conhecer a história prévia do indivíduo, assim como a descrição detalhada de seus sintomas. Ele documentou essa nova concepção de doença mental em seu livro *Classificação filosófica das doenças ou método de análise aplicado à medicina*, publicado em 1798. O livro marca o início da psiquiatria como uma nova especialidade médica. (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010, p. 30-31).

Sobre essa relevante contribuição do médico Philippe Pinel, marcada por ter sido determinante para que a loucura fosse tratada como questão da Medicina, Gabbay (2008, p. 19) a considera um divisor de águas, uma vez que submeteu o fenômeno da loucura à racionalidade médica, tendo inaugurado assim a Psiquiatria ou Medicina Mental.

Já em 1961, com a publicação da obra *História da Loucura*, Foucault apresenta sua leitura do modo como a sociedade concebeu a loucura ao longo da história, fazendo com que ela fosse considerada um diagnóstico médico de uma doença a ser tratada (TROMBLEY, 2014).

Incontáveis foram os avanços da Psiquiatria e suas significativas contribuições para o tratamento dos acometidos por transtornos mentais. Tais avanços são evidenciados no início do século XX, gerando uma ampliação e uma inovação dos tratamentos das doenças psiquiátricas, conforme demonstrado por Louzã Neto et al. (2007, p. 27):

No início do século XX, a psiquiatria norte-americana foi profundamente guiada pelos conceitos psicobiológicos de Adolf Meyer e das teorias psicanalíticas de Freud. Adolf Meyer (1866-1950), neurologista suíço radicado nos Estados Unidos, critica a nosografia kraepeliniana baseada na evolução da doença, sustenta que o doente deveria ser visto como um todo “psicobiológico” integrado, no qual o distúrbio consistiria em patologia funcional da adaptação, e as doenças, modalidades diversas de reação. Os fatores psicossociais na compreensão clínica e o tratamento

dos transtornos psiquiátricos são largamente enfatizados. O otimismo terapêutico estimulado pela abordagem humanística expandiu o número de médicos que escolhem esta especialização; muitos deles levaram o seu conhecimento psicológico para além dos asilos e manicômios. Houve a exaltação da psiquiatria como o ponto central da medicina, sob a forma de “medicina psicossomática” e “consultoria psiquiátrica de ligação” para explorar os aspectos psicossociais da medicina acadêmica em hospitais gerais e ambulatórios clínicos. Hoje, a psiquiatria norte-americana exerce grande influência sobre a psiquiatria mundial, sobretudo, em termos diagnósticos e terapêuticos.

Continuam os autores:

Em pleno século XXI, o cenário psiquiátrico atual é promissor e otimista. Avanços alcançados na década passada alimentam as esperanças de descobrir importantes modos de funcionamento do cérebro. Pesquisadores interessados em investigar cientificamente os processos neurais que decifram a atividade do cérebro e da mente têm recebido verbas para os seus estudos. Reúnem-se ao redor do tema da psiquiatria tais especialistas: neurofisiologistas, neurobiólogos, neuroanatomistas, psicofarmacologistas, geneticistas moleculares, etc., os quais estão empenhados em trazer novos conhecimentos para vários transtornos neuropsiquiátricos que afetam a humanidade. [...] Psicólogos comportamentalistas, neurocientistas, sociocientistas, antropólogos culturalistas têm trabalhado cada vez mais próximos dos psiquiatras na busca da origem das emoções, da aprendizagem e da memória, do pensamento e da consciência. [...] com o intuito de potencializar a resposta terapêutica (psicofarmacológica e psicoterapêutica) daqueles que sofrem de transtornos mentais. (LOUZÃ NETO et al., 2007, p. 30-31).

Por fim, observa-se na atualidade que a Psiquiatria logrou avanços significativos com o auxílio de novas tecnologias e das neurociências, que contribuíram para a compreensão do sistema nervoso (LOUZÃ NETO et al., 2007, p. 31).

3.3 O louco e a loucura para a Psicologia

Estabelecidos alguns conceitos definidores da doença mental bem como a apresentação, mesmo que breve, da evolução da concepção dos transtornos mentais e sua correlação com a Medicina, passa-se a algumas considerações acerca de como a questão da loucura é percebida pela Psicologia.

A Psicanálise, criada pelo médico Sigmund Freud, inicialmente baseou-se no estudo dos sonhos e dos sintomas neuróticos. Estes, uma vez que simbolizam elementos que estão fora da consciência do indivíduo (desejos, fantasias, medos...), são determinantes para influenciar o comportamento e as reações emocionais do indivíduo, sendo, por conseguinte, decisivos para a determinação de seu adoecimento mental. (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010, p. 33-34).

Gabbay afirma que:

A psicanálise trouxe uma nova leitura do fenômeno da loucura. Fundada no campo psiquiátrico, a psicanálise constitui saberes sobre a loucura a partir de uma nova concepção sobre o sujeito, não mais o sujeito cartesiano, mas um sujeito descentrado e em irremediável desacordo com seu desejo. Perquirindo as razões desse sujeito, a psicanálise reconhece a singularidade de cada formação subjetiva, desvelando o mal-estar constitutivo da relação do homem com a cultura (GABBAY, 2008, p. 175).

E ainda que:

Se, na modernidade, com o avanço da bioquímica, da genética e das neurociências, o medicamento se tornou onipresente como um instrumento privilegiado da descrição da enfermidade e da relação com o paciente, a psicanálise continua apostando na palavra para responder ao mal-estar sempre presente na experiência humana. Onde a medicina somática e a psiquiatria biológica silenciam o sintoma, a psicanálise oferece uma escuta para que uma verdade possa ser anunciada (GABBAY, 2008, p. 176).

Já conforme lições trazidas por Costa Junior e Medeiros, há duas concepções de mundo para a doença mental: a da Psiquiatria, doença de caráter biofísico, e a da Saúde Mental, de visão mais psicológica. Os autores observam que:

[...] a única interseção mais clara entre esses dois mundos dá-se no campo psicológico, pois este pode ser concebido mais ao modo das ciências naturais, como uma doença, só que no lugar de alterar o funcionamento do puramente orgânico, afetaria o modo de funcionar do puramente psíquico. Do mesmo modo, no polo mais social da Saúde Mental, o psíquico pode vir a ser o *locus* onde o social consubstancia em ações e pensamentos individuais a origem social da loucura. (COSTA JUNIOR; MEDEIROS, 2007, p. 76).

A Psicopatologia, por sua vez, que nas palavras de Assumpção Júnior (2009, p. 1) é “o estudo do homem mentalmente doente”, por englobar o estudo dos sintomas psíquicos, das doenças e anormalidades mentais, é fundamental para se estabelecer maior consideração pelo doente mental, por permitir a compreensão da reação psíquica como um todo.

Pelo exposto, observa-se o diálogo entre Psicanálise, Psicologia e Medicina com vistas ao alcance do bem-estar do sujeito adoecido. Nesse contexto, cumpre evidenciar o exposto por Sztamfater (2009, p. 7):

Hoje em dia, o objetivo da reabilitação psiquiátrica é ajudar pacientes crônicos a desenvolver habilidades emocionais, intelectuais e sociais para que possam se adaptar a uma vida em sociedade. Tal fato pressupõe que o portador seja capaz de trabalhar e estudar, tendo acesso à ajuda profissional, quando necessário. Partindo dessa concepção, houve uma mudança no paradigma saúde/doença, no que tange ao campo das patologias psiquiátricas, uma vez que pacientes crônicos não são vistos mais como incapazes, mas sim como pessoas disfuncionais, que precisam de suporte, principalmente familiar, para uma readaptação à vida social. (ROS LER, 2006).

Em síntese, quer seja por fatores orgânicos ou não, a Psicologia dá ênfase e voz ao sujeito e não à sua doença. Prevalendo sobre sua doença e apoderando-se de seu controle, a

pessoa, possivelmente, será capaz de ser produtiva e de relacionar-se em sociedade. Prova disso são os grandes nomes das artes e das ciências, que tanto contribuíram para construir novas visões de mundo e para promover avanços científicos que ecoarão para sempre na história da humanidade.

3.4 Os grandes loucos da história

Analisando a trajetória de grandes mestres considerados loucos pela História, percebe-se perfeitamente que um tratamento psiquiátrico unido ao tratamento psicológico de qualidade, ou o trabalho de autotratamento da pessoa pelo trabalho, evitam que o adoecimento mental se torne um fator incapacitante do indivíduo ao trabalho.

É o caso de John Forbes Nash Junior, notável matemático norte-americano que desenvolveu temas como geometria diferencial, equações diferenciais parciais e a teoria dos jogos. Sua vida foi objeto do filme *Uma Mente Brilhante*. Concluiu o doutorado em 1950, com apenas vinte e dois anos e com a tese sobre jogos não cooperativos, que continha as definições e propriedades do que viria a ser conhecido a posteriori como o “Equilíbrio de Nash”. (NOSAL; RUPERT, 2002). Essa teoria dos jogos foi muito importante e útil por permitir que economistas a utilizassem em problemas práticos relevantes.

Nash Junior foi diagnosticado com esquizofrenia e foi submetido a uma série de internações entre 1959 e 1970. Diversas alterações de seu comportamento e manifestações chamaram a atenção dos especialistas: sofria de mania de perseguição, proclamou-se “imperador da Antártica”, ouvia vozes, sentiu que era o pé esquerdo de Deus e que Deus estava caminhando na Terra. Após 1970, Nash Junior foi se recuperando lentamente, e, com ajuda de sua esposa Alicia, conseguiu controlar os delírios originados da esquizofrenia. (CAPPS, 2004).

Voltou a trabalhar como professor de matemática, ganhando vários prêmios, entre eles o Nobel de 1994. Mas os delírios voltaram, e com eles as internações. Em 2015, morreu num acidente de trânsito. John Nash deixou um grande legado. “Não há praticamente nenhuma área em economia ou nas ciências sociais que não se beneficiou com a “bela teoria” de Nash.” (CAPPS, 2004).

Outro exemplo é Ernest Miller Hemingway, escritor, que nasceu em 1899 e morreu em 1961. Hemingway enfrentou diversos quadros de doença mental na família: seu pai era alcoólatra e suicidou; sua mãe o vestia como menina, o que fez com ele tivesse um grande ódio por ela. (LOCH, 2015).

Seu humor variava de um extremo a outro, indo da depressão à exaltação e grandiosidade, comportamento considerado como transtorno afetivo bipolar, além de amnésia e hipertensão. Teve ainda traumatismo craniano devido a acidentes e buscava no álcool a forma de controlar seu humor, agravando sua doença. (LOCH, 2015).

Hemingway foi autor de obras consagradas, como, por exemplo, *O sol também se levanta* (1926), *Por quem os sinos dobram* (1940) e *O velho e o mar* (1952). Ganhou em 1954 o prêmio Nobel de Literatura. A doença do escritor se agravou, tendo passado ele por várias internações com tratamentos de choques. Por algum tempo, voltou a ser produtivo, mas a doença foi mais forte. Hemingway cometeu suicídio aos 61 anos. “É impressionante como uma pessoa com tantos problemas de vida e com tantas comorbidades psiquiátricas tenha conseguido traduzir parte de sua angústia em obras de imortais de alcance mundial”. (CAPPS, 2004).

Guardando-se as devidas proporções no que se refere à intensidade da doença mental e, principalmente, a estrutura singular da personalidade de cada indivíduo, sua relação com a própria doença e a qualidade do suporte social e familiar que recebe, verifica-se que é perfeitamente possível e viável a inserção do sujeito com transtornos mentais no mercado de trabalho, alcançando níveis até excelentes de produtividade e grandes contribuições no campo das ideias.

4 AS RELAÇÕES ENTRE TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL

Segundo dados da OMS, “os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%” (BRASIL, 2001, p. 161).

No Brasil, até 1999, não constava da classificação geral das doenças que afetam os trabalhadores os transtornos mentais associados ao trabalho, o que veio a ocorrer com a edição do Decreto nº 3.048/99. O Anexo II da norma continha várias listas de doenças profissionais, entre elas uma denominada “Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V do CID 10)”, com doze categorias de transtornos mentais. (BRASIL, 1999).

Ainda em 1999, essa lista foi adotada pelo Ministério da Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria 1.339/99. (BRASIL, 2008).

“Considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho”, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 777/04, determinando a notificação compulsória de onze categorias de agravos à saúde do trabalhador, entre elas os transtornos mentais relacionados ao trabalho. (BRASIL, 2004).

Por fim, em 2007, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), resultado do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), foi implementado nos sistemas informatizados do INSS, elevando, em consequência, o número de concessão de auxílios-doença de natureza acidentária. (BRASIL, 2014).

Diante do quadro de agravamento da saúde do trabalhador no ambiente de trabalho ou em decorrência deste, o presente capítulo estudará o alcoolismo crônico relacionado ao trabalho (F10.2); o episódio depressivo relacionado ao trabalho (F 32.-), o estresse pós-traumático relacionado ao trabalho (F43.1), a síndrome de fadiga relacionada ao trabalho (F48.0), a neurose profissional (F48.8), o transtorno do ciclo sono-vigília (F 51.2) e a síndrome de esgotamento profissional (*burnout*) (Z73.0), todas doenças listadas na Portaria nº 1.339/99.

4.1 Organização do trabalho como fator de risco

Antes de adentrar na organização do trabalho como fator de risco, é preciso definir o que é a organização do trabalho. Conforme Dejours e Abdoucheli (2015, p. 125), a organização do trabalho é constituída pela divisão do trabalho – “divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência e, enfim, o modo operatório prescrito” – e pela divisão de homens – “repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle, etc.”. A divisão de homens é complemento da divisão do trabalho. Ela apareceu secundariamente quando houve a “descoberta das consequências psicopatológicas, fortemente diferenciadas em função dessa ‘divisão dos homens’ nos processos técnicos vizinhos” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015, p. 126), porém, com o passar do tempo e a evolução da teoria, a “divisão de homens” foi ganhando cada vez maior importância, chegando a construção social a ser analisada primeiramente quando se estuda a organização do trabalho.

O trabalho é analisado sob os aspectos que podem favorecer a doença ou a saúde, uma vez que não tem como ele ser neutro na vida do trabalhador. Como explicam Glina et al. (2001, p. 608):

A psicodinâmica do trabalho enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença. Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours (1986) acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador. Este autor conceitua organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das tarefas, o modo operatório e tudo que é prescrito pela organização do trabalho. A divisão dos homens compreende a forma pela qual as pessoas são divididas em uma empresa e as relações humanas que aí se estabelecem.

A princípio, Dejours e Abdoucheli concluíram que a organização do trabalho atua no funcionamento psíquico do trabalhador, de modo que a divisão de homens diz respeito às relações sociais e aos sentimentos como amor e ódio, confiança, solidariedade. Os autores ressaltam que o funcionamento psíquico é referenciado na teoria psicanalítica¹¹, partindo, portanto, de um modelo de ser humano que faz:

[...] de cada indivíduo, um sujeito sem outro igual, portador de desejos e projetos enraizados na sua história singular que, de acordo com aquilo que caracteriza a organização de sua personalidade, reage à realidade de maneira estritamente original. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015, p. 126).

¹¹ Os autores justificam o interesse de referenciar o funcionamento psíquico na teoria psicanalítica no fato de que ela permite investigar os processos psíquicos, mesmo quando não há doença mental descompensada; e no fato de que respeita a pessoa conforme sua história singular e sua própria psicologia para reagir às pressões patogênicas.

O conflito existente entre a organização do trabalho imposta e o funcionamento psíquico é fonte de sofrimento. Sofrimento conceituado por Dejours como o estado intermediário entre a doença mental e o bem-estar psíquico, que pode ter caráter patogênico ou desencadear uma resposta criativa que o transformará em prazer.

Na década de 1990, Dejours acentuou o fato de que a relação entre a organização do trabalho e o ser humano encontra-se em constante movimento. Glina et al. (2001, p. 608) explicam que: “a análise da organização do trabalho deve levar em conta: a organização do trabalho prescrita (formalizada pela empresa) e a organização do trabalho real (o modo operatório dos trabalhadores)”. Segundo os autores, quando acontece o descompasso entre as duas organizações, facilita-se o “aparecimento do sofrimento mental, uma vez que levaria o trabalhador à necessidade de transgredir para poder executar a tarefa”. (GLINA et al., 2001, p. 608).

Em resumo, o espectro da inter-relação saúde mental e trabalho abrange, portanto, do mal-estar ao quadro psiquiátrico, incluindo o sofrimento mental. Para Dejours et al. (1994) o sofrimento mental, pode ser concebido como a experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico. A não-caracterização do papel do trabalho como agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos ocasiona prejuízos não só à qualidade e à eficácia do tratamento, como aos direitos legais do trabalhador, que deixa de usufruir de benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito. (GLINA et al., 2001, p. 608).

O sofrimento também decorre do medo do trabalhador de ser incompetente, de não atender às exigências da organização do trabalho, como horários, experiência, nível de instrução, desafiando sua capacidade de responder às exigências do trabalho.

As situações de injustiça que levam ao sofrimento no trabalho decorrem principalmente das pressões exercidas sobre o trabalhador, que deve sempre investir na sua qualificação e produzir cada vez mais, com maior perfeição e velocidade, mesmo que não tenha seus direitos observados.

O trabalhador então sofre pelo temor em não atender às expectativas do tomador de serviços, por temer não desempenhar suas atividades com competência e pelo receio de perder seu posto de trabalho; sofre pela “pressão para trabalhar mal ou pelo trabalho sujo”, muitas vezes, obrigado a executar mal suas tarefas em razão da não colaboração dos colegas; sofre por não ter seus esforços e sua dedicação reconhecidos pelo patrão (DEJOURS, 2006, p. 4). (TEODORO, 2015, p. 320-321).

Há ainda o sofrimento ético – quando o trabalhador tem que cometer ato contrário a sua ética em função do trabalho –; o sofrimento que decorre da falta de reconhecimento, ou do constrangimento por seu superior ou colegas.

Esse sofrimento suscita estratégias defensivas, que podem ser inclusive construídas, organizadas e gerenciadas de forma coletiva. O problema aqui é que o sofrimento e os procedimentos defensivos são explorados pela organização do trabalho. Muitas vezes eles são

distorcidos em proveito da produtividade, mesmo os individuais, por exemplo, quando conduzem os operadores à autoaceleração. Nesses casos, “as estratégias defensivas mascaram o sofrimento e se constituem em importante elemento na manutenção da saúde psíquica. Se a utilização das estratégias defensivas fracassar, o trabalhador pode adoecer”. (ROCHA, 2003, p. 37).

Como reação à organização do trabalho imposta, os trabalhadores constroem “regras de trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015, p. 133) em desconformidade a essa organização, princípios reguladores para gerir as dificuldades que ocorrem ao longo do trabalho. Tais normas, além de gerarem conflitos com a organização imposta, impactam na organização técnica do trabalho.

O trabalhador também usa um tipo específico de inteligência para tentar lidar com as dificuldades geradas pela organização do trabalho. Chamada de “inteligência astuciosa” por Dejours e Abdoucheli (2015), ela tem origem nas percepções e sensibilidades do trabalhador, e consiste em uma inteligência ligada à ruptura de normas, resultado do sofrimento do trabalhador, que ela busca atenuar ao ponto de gerar prazer. No entendimento de Rocha (2003, p. 37), “[a]lém do recurso defensivo, o sofrimento pode ser subvertido transformando as situações adversas em geradoras de prazer, evitando as defesas e sua patologização, mediando o sofrimento de uma forma mais saudável”.

Nas palavras de Dejours e Abdoucheli (2015, p. 134):

A inteligência astuciosa funciona sempre em relação a uma regulamentação feita anteriormente (pela organização oficial do trabalho) que ela subverte pelas necessidades do trabalho e para atender aos objetivos com procedimentos mais eficazes, ao invés da utilização estrita dos modos operatórios prescritos.

Fato é que prazer e sofrimento coexistem, havendo preponderância de um sobre o outro. Com a precarização do trabalho, intensifica-se o ritmo de trabalho, que é seguido por uma neutralização coletiva contra o sofrimento, de modo que ninguém identifica o sofrimento do outro, nem o próprio, terminando em uma desarticulação da cooperação e do coletivo, mesmo estes sendo essenciais para a criação das regras de ofício. A tolerância ao sofrimento aumenta e, concomitantemente, diminui o espaço dedicado à discussão sobre o sofrimento no trabalho. Nas palavras de Teodoro (2015, p. 320):

O trabalhador sofre por causa das injustiças que presencia ou vivencia no trabalho, não age, tolerando ou ignorando as injustiças, pois acredita que nada pode ser feito a respeito. Ao nada fazer contra as injustiças, estas levam ao um (sic) sofrimento ainda maior.

No que diz respeito ao outro, ao colega e ao coletivo:

[e]sta tolerância diante do sofrimento alheio influencia diretamente o movimento social e coletivo dos trabalhadores. De fato, no ambiente de trabalho moderno parece haver desaparecido a solidariedade de classe, e dado lugar a concorrência entre os próprios trabalhadores e entre os empregados e desempregados (ou terceirizados). (TEODORO, 2015, p. 322).

Como consequência, o individual se sobrepõe ao coletivo, e o movimento coletivo vai se desarticulando e enfraquecendo até mesmo o sindicato. A solidariedade de classe dá lugar à competição interna, acaba permitindo a manutenção dos efeitos maléficos da organização imposta, e faz com que o sindicato perca a confiança dos trabalhadores (TEODORO, 2015).

O conflito existente entre a organização do trabalho imposta e o funcionamento psíquico é fonte de sofrimento. Sofrimento conceituado por Dejours como o estado intermediário entre a doença mental e o bem-estar psíquico, que pode ter caráter patogênico ou desencadear uma resposta criativa que o transformará em prazer, como já mencionado acima.

O sofrimento é, então, dividido em sofrimento patogênico e sofrimento criador. O primeiro ocorre:

[q]uando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015, p. 137).

Como ensina Teodoro (2015, p. 320), “um círculo vicioso se instaura no ambiente de trabalho e no próprio aparelho psíquico do sujeito, que se vê imobilizado e não consegue agir, resignando-se”.

O segundo surge quando:

[...] todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2015, p. 137).

Em outras palavras:

[...] as estratégias defensivas mascaram o sofrimento e se constituem em importante elemento na manutenção da saúde psíquica. Se a utilização das estratégias defensivas fracassar, o trabalhador pode adoecer. No entanto, além do recurso defensivo, o sofrimento pode ser subvertido transformando as situações adversas em geradoras de prazer, evitando as defesas e sua patologização, mediando o sofrimento de uma forma mais saudável. (ROCHA, 2003, p. 37).

Por fim, como bem explica Rocha (2003, p. 41-42):

[...] para Dejours, o entendimento da saúde no trabalho passa pela compreensão de três lógicas: a da organização do trabalho, que implica contradições e constantes ajustes; a do outro, que remete a normas e valores de convivência; e a do trabalhador, que se refere ao mundo subjetivo de cada um. É na articulação harmônica dessas três dimensões, muitas vezes contraditórias, que reside a possibilidade de manutenção da saúde mental.

Na prática, o papel da organização do trabalho está de acordo com as propostas da psicodinâmica do trabalho e também das teorias do estresse. De modo geral, “pode-se afirmar que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização da sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental” (GLINA et al., 2001, p. 614).

O sofrimento no trabalho é ilustrado por Lima, Assunção e Francisco (2003) no caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho, que mostra como as questões vivenciadas pelos trabalhadores no âmbito do trabalho podem ser onexo causal entre o transtorno mental e as condições trabalhistas.

No caso relatado pelos referidos autores, Carlos é um homem de 48 anos diagnosticado com transtorno da adaptação por conta de seu último emprego. Para demonstrar o nexo causal entre a doença e o trabalho de Carlos, Lima, Assunção e Francisco (2003) estudaram toda sua vida, desde a infância. Carlos é filho de lavradores rurais extremamente rígidos e disciplinados na educação dos filhos, mas jamais violentos. A educação era dada pelo exemplo e por restrições de horários, lugares e companhias. Isso nunca incomodou Carlos. Pelo contrário, ele agradecia aos pais a educação que lhe havia sido dada. Nos empregos durante a infância – ele começou a trabalhar aos 8 anos ajudando na fazenda dos pais –, adolescência e depois na vida adulta, Carlos sempre foi um funcionário exemplar, dedicado, que só trocava de emprego quando precisava de um salário melhor. Ele se disse feliz em todos esses empregos e sem nenhum problema de saúde.

Os exames admissionais de seu último emprego, num estacionamento, mostram que de fato Carlos não tinha sofrido nenhum acidente de trabalho, nem havia tido nenhum problema de saúde sério. Antes disso somente havia passado por uma cirurgia por volta dos 5 anos por causa de uma úlcera no estômago, o que, conforme a sobrinha, ocorreu provavelmente por conta da alimentação que era feita fora dos trabalhos, uma vez que ele trabalhava demais.

No entanto, em seu último emprego tudo mudou. A família de Carlos percebia como o emprego era demais para ele, mas ele temia não encontrar outro, por isso permanecia no estacionamento em regime fixo noturno, com jornada de 12 horas, em dias alternados, controlando a entrada e saída de veículos. Entretanto, Carlos também era controlado. Para garantir que ele estivesse sempre presente em seu horário de trabalho, a cada 25 minutos ele

deveria acionar um relógio; caso assim não fizesse, sua ausência emitiria um sinal e o traço desse poderia ser recuperado por seu supervisor. Além disso, o síndico ligava várias vezes durante a noite para saber se ele estava acordado, e Carlos não podia ter nenhum instrumento que o distraísse da monotonia e do sono, nem mesmo um pequeno aparelho de TV ou um jornal.

Lima, Assunção e Francisco (2003) acreditam que os sintomas foram se agravando aos poucos e os ruídos que faziam parte de sua rotina no trabalho foram se tornando cada vez mais intoleráveis. Pelo relato de Carlos, ficou claro para os autores que a cada dia as normas excessivas, às vezes abusivas, tornavam Carlos ainda mais vulnerável, especialmente levando em consideração que ele desenvolveu poucas estratégias de defesa, e que começou a beber quando já estava mais perto do fim do contrato, sendo o alcoolismo mais um efeito do trabalho.

Com o tempo, Carlos adoeceu e foi internado duas vezes. Após a segunda internação, recebeu o aviso prévio e foi demitido. A organização de seu ambiente de trabalho lhe causou tanto dano, que o relógio que deveria ser acionado a cada 25 minutos foi inclusive desenhado por ele em cima de sua cama após a demissão para imitar o gesto. Somente a repetição do gesto o acalmava. Ademais, Carlos se isolou dos amigos, deixou de sair de casa e quase nunca participa de atividades com sua família, tem medo de “contaminá-la” e também se considera culpado pelo que lhe aconteceu.

Inúmeros são os reflexos da precarização do trabalho:

[...] repercutem nas diversas dimensões da vida social e nas relações do homem com seu trabalho, pois que tais relações têm gerado sentimentos de insegurança e incerteza, por constituírem-se como provisórias, precárias e efêmeras. (MARQUES, 2015, p. 251).

Portanto, vê-se que o desequilíbrio na organização do trabalho pode levar o trabalhador ao adoecimento mental, como, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas entorpecentes; episódios depressivos; síndrome da fadiga; neurose profissional; transtorno do ciclo vigília-sono, síndrome de *burnout*, entre outros, conforme o Quadro 1, da Portaria nº 1.339/99, que versa sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho:

Quadro 1 - Portaria nº 1.339/99: Transtornos mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS
---------------------	---------------------

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	Manganês (X49.-; Z57.5); Substâncias asfíxiantes: CO, H ₂ S, etc. (seqüela) (X47.-Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-Z57.5)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	Brometo de Metila (X46.- Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5); Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5); Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5); Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5); Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09-)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Brometo de Metila (X46.-; Z57.5); Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5); Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Episódios Depressivos (F32.-)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-Z57.5); Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5); Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5); Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)	Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS
Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5); Tricloroetileno, Tetracloretileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5); Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5); Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5); Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5); Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5); Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Sensação de Estar Acabado ("Síndrome de Burn-Out", "Síndrome do Esgotamento Profissional") (Z73.0)	Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

Fonte: Brasil (2008).

O presente trabalho tratará, de forma breve, sobre as doenças mentais causadas por agentes orgânicos, por ter por objeto estudar as doenças mentais causadas por agentes não orgânicos que estão relacionados com a organização e condições do trabalho.

4.1.1 Doenças mentais causadas por agentes orgânicos (químicos, físicos e biológicos)

Os agentes orgânicos que podem causar doenças mentais são divididos em três espécies: físicos, químicos e biológicos. Os primeiros consistem em ruídos que podem gerar irritabilidade, ansiedade, excitabilidade, insônia. São vibrações que mexem com o sistema nervoso central; radiações; temperaturas que estão entre os principais estressores psicossociais – levando a distúrbios psiconeuróticos; o calor; pressões que podem implicar em alterações neurológicas e mentais e da personalidade; umidade. (CESCHIM, 2017).

Entre os agentes orgânicos químicos estão o monóxido de carbono, que pode gerar distúrbio com características demenciais; solventes (hidrocarbonetos alifáticos, álcoois, cetonas...) e metais pesados (chumbo inorgânico, mercúrio, manganês...), que são ligados a diversas síndromes psiquiátricas. (CESCHIM, 2017).

Por fim, os agentes orgânicos biológicos consistem em bactérias, fungos, protozoários, vírus, parasitas e bacilos que podem gerar encefalopatias, transtornos demenciais, afetivos, e psicoses. (CESCHIM, 2017).

Entre as doenças causadas pelos agentes orgânicos dá-se destaque às síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, que acometem o “SNC por agressão direta (aguda ou crônica) devido a agentes químicos seja pela sua presença tóxica ou pela sua ausência (vitaminas, hormônios) determinado alterações funcionais na circuitaria cerebral. Principalmente afetando funções corticais superiores” (CESCHIM, 2017, p. 37); para a demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais, que geram alterações de funções como memória, processamento cognitivo, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem, abstração, julgamento e consciência (CESCHIM, 2017, p. 39); para o delirium não sobreposto à demência, que altera as funções de “orientação, senso percepção, pensamento, memória (amnésia para fatos recentes e passados), comportamento psicomotor, emoção, ritmos biológicos” (CESCHIM, 2017, p. 40).

Menciona-se ainda o transtorno cognitivo leve, marcado por “alterações de memória, orientação, aprendizagem, concentração” (CESCHIM, 2017, p. 41); o transtorno orgânico de personalidade, que apresenta “modificação do comportamento pré-mórbido atuando em diversas dimensões: emoção, impulsos, adequação social, sexualidade” (CESCHIM, 2017, p. 42); e o “Transtorno Mental Orgânico ou Somático não especificado que envolve um quadro de doença cerebral de etiologia demonstrável, uma lesão cerebral ou dano que leva da disfunção, podendo ser primária ex: DA, DV; ou secundária ex: Dças Sistêmica (sic)” (CESCHIM, 2017, p. 43).

De acordo com Kato, Garcia Garcia e Wunsch Filho (2007), na prática, em 2004, os dados da OIT apontavam 35 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho por exposição a substâncias químicas ocorrendo no mundo. Entre esses 35 milhões de casos, 439.000 terminam em óbito por causas respiratórias, cardiovasculares e câncer. Por volta do mesmo período (2002), a OMS estimava que os cânceres relacionados ao ambiente de trabalho geravam 1,4 milhão de anos de vida saudável perdidas, assim como as intoxicações por conta dos produtos químicos causavam a perda de 7,5 milhões de anos de vida saudável.

Os referidos autores informam que, entre os agentes orgânicos que podem causar doença mental destaca-se o agrotóxico. A intoxicação por agrotóxico atingiu, em 2005, 84.456 pessoas, sendo que 15.804 delas tentaram suicídio após o uso dessa substância. Do número total apurado, 14% dos casos foram relacionados com o uso de agrotóxicos agrícolas e 11% de raticidas.

Tais números causam grande preocupação, pois além de serem extremamente altos, colocam os agrotóxicos em segundo lugar como causa de tentativas de suicídio, perdendo apenas para os medicamentos. Ademais, dos 6.827 casos de intoxicação atribuídos à circunstância ocupacional, 25% foram provocados por agrotóxicos de uso agrícola e 13% por produtos químicos industriais.

Em relação ao número de óbitos, 54% do grupo de trabalhadores analisados cometeu suicídio, sendo que 68% desse grupo possuíam entre 20 e 59 anos.

4.1.2 Doenças mentais causadas por agentes não orgânicos

Diversas são as doenças mentais que decorrem de agentes não orgânicos presentes no ambiente de trabalho. Neste tópico será dado enfoque a doenças que acometem diversas categorias de trabalhadores, e que nem sempre são tratadas como tais.

4.1.2.1 Transtornos mentais e comportamentos devidos ao uso do álcool: alcoolismo crônico

A Previdência Social divulgou, em relatório, que entre os transtornos mentais que mais afastaram o trabalhador de sua função em 2013 estão os decorrentes do uso de substâncias psicoativas; entre elas, o consumo de álcool foi o primeiro a provocar o afastamento, sendo a cocaína o segundo. (BRASIL, 2017a).

A organização do trabalho é um dos fatores para que o consumo de álcool e drogas se torne patológico. Isso porque o consumo coletivo ou mesmo individual dessas substâncias pode estar associado a situações de trabalho que geraram uma reação defensiva do sofrimento por parte do trabalhador, sendo o consumo do álcool e da droga uma estratégia de realização do trabalho.

No caso dos agentes penitenciários, Dimenstein, Lima e Figueiró (2017, p. 63) explicam que:

A precariedade de ordem estrutural, a extensa jornada de trabalho e o estresse decorrente da atividade laboral contribuem para o sofrimento mental dos agentes (Lopes, 2007; Luiz, 2003; Santos et al., 2010). A vivência de ansiedade relacionada à execução do trabalho, aos riscos de violência pessoal e contra seus familiares fora do ambiente de trabalho, à impregnação da identidade dos trabalhadores por aspectos pejorativos vinculados à profissão, bem como a ocorrência de afecções psicossomáticas, como hipertensão arterial, determinam a degradação do quadro geral de saúde dos trabalhadores (Rumin, Barros, Cardozo, Cavalhero, & Atelli, 2011).

[...]

Na prisão, os agentes penitenciários enfrentam situações como agressões verbais e físicas, automutilações, tentativa de suicídio, doenças, crises psiquiátricas, greves,

motins, e também a miséria social que acompanha o aprisionamento e o peso do imaginário do crime e da criminalidade (Lourenço, 2010). Esse autor aponta que a atividade profissional em instituições prisionais envolve risco para a própria vida dos sujeitos, um permanente e intenso controle emocional, realização da tarefa em situações de confinamento, assim como tensas relações grupais, situações de controle e disciplina rigidamente hierarquizadas e de intensa ambiguidade ou dilemas inconciliáveis (como ter de cuidar, tratar, regenerar e reeducar em oposição a punir, vigiar, castigar, controlar e disciplinar outras pessoas)

Percebe-se assim que o local e as condições de trabalho dos agentes penitenciários contribuem fortemente para uma desorganização psicológica, fazendo com que aproximadamente 10% dos agentes abandonem a profissão por motivo de saúde, especialmente por doenças psiquiátricas, como depressão, estresse, paranoia, dependência química, alcoolismo.

Os autores relatam que os estudos demonstram que o uso de drogas decorre de sentimentos resultantes de extensas jornadas de trabalho, do medo da violação de sua própria integridade física e de seus familiares, das insatisfações das aspirações ou motivações no trabalho. Origina-se ainda do estado de alerta em que os agentes sempre têm que estar, de ritmos intensos, de pressão de superiores, que acabam contribuindo para o desencadeamento de quadros depressivos, de estados de estresse pós-traumáticos, de transtornos do sono e do uso dependente de substâncias psicoativas.

Ademais, a profissão por si mesma pode gerar sentimento de inferioridade, de perda de identidade, de regressão, pois diariamente os agentes são submetidos a efeitos dessocializadores. O sofrimento dele é o social, “que é produzido quando o sujeito é obrigado a ocupar um lugar social que o anula, desqualifica, coisifica ou desconsidera (como é o caso da profissão de agente penitenciário)” (DIMENSTEIN; LIMA; FIGUEIRÓ, 2017, p. 66).

A solução encontrada por muitos passa a ser o uso de drogas que proporcionem mesmo que meramente um alívio momentâneo. “Além disso, o uso de substâncias para manter o estado de alerta (como cocaína e anfetaminas), tornando o dormir uma tarefa árdua, também se configura como estratégia de sobrevivência” (DIMENSTEIN; LIMA; FIGUEIRÓ, 2017, p. 66). O tabaco é escolhido por gerar um efeito estimulante e ao mesmo tempo tranquilizante, aliviando o estresse. Assim, as substâncias podem ser um meio para que o trabalhador suporte o ambiente de trabalho e as exigências impostas, como é o caso dos agentes penitenciários, mas também dos motoristas e cobradores de ônibus urbanos, trabalhadores da construção civil, policiais militares e coletores de lixo.

Por outro lado, apesar da gravidade da situação e da relação existente entre a organização do trabalho e o uso de substâncias psicoativas, “raramente se cogita a participação da organização do trabalho como determinante desse comportamento”, sendo que

“a maioria dos textos que abordam a relação entre alcoolismo e trabalho o faz em nome da necessidade de erradicar comportamentos improdutivos decorrentes do consumo abusivo de drogas” (DIMENSTEIN; LIMA; FIGUEIRÓ, 2017, p. 69).

Nesse contexto, estimulantes são usados para modificar o estado de consciência quando a pessoa quer aumentar sua capacidade laborativa e lutar contra a fadiga, já o álcool e os psicotrópicos são utilizados por quem procura uma forma de aceitar melhor as regras do trabalho, sendo que os que usam durante a jornada de trabalho querem mais que isso, pretendem suportar a jornada, os colegas, fazer a hora passar. O uso dos psicotrópicos gera três tipos de efeitos:

[...] a desinibição, “que pode se revelar útil no quadro profissional, no sentido em que proporciona certa euforia, uma maior facilidade para comunicar, uma tendência a exteriorizar as emoções e uma maior confiança em si mesmo”; em seguida, o fato de que “todas as drogas têm em comum, ainda que em intensidades diversas, a faculdade de alterar a noção do tempo”, permitindo a sensação de “não ver o tempo passar”; finalmente, o papel importante que têm sobre a concentração, já que permitem um desligamento dos estímulos externos, ainda que isto envolva sempre o risco de o sujeito ser “absorvido pelo seu mundo interior” (id. p. 37-38). (LIMA, 2010, p. 264).

O álcool também consiste em um recurso essencial para que o trabalhador suporte as exigências do trabalho nas mais diversas categorias profissionais – motoristas e cobradores de ônibus urbano, trabalhadores da construção civil, policiais militares, coletores de lixo. Em todas essas profissões

O álcool pode ser usado como um recurso: para reduzir o sentimento de impotência diante de uma organização rígida de trabalho e onde a contabilidade psíquica do oferecido e do recebido (LE GUILLANT, 2006) quase sempre favorece o primeiro (motoristas, cobradores, trabalhadores da construção civil, policiais, coletores de lixo); para reduzir o sentimento de frustração acumulado durante toda a existência devido à falta de perspectiva de crescimento profissional e pessoal (cobradores, trabalhadores da construção civil, coletores de lixo); para combater os efeitos da autoestima rebaixada devido ao não reconhecimento no trabalho (policiais, trabalhadores da construção civil, coletores de lixo, cobradores); para obter uma satisfação compensatória, anestesiando o sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, evitando a tomada de consciência de uma situação penosa (trabalhadores da construção civil, cobradores, coletores de lixo); para reduzir o medo ou os efeitos dos traumas decorrentes de situações de violência e da necessidade de cumprir tarefas que envolvam riscos (motoristas, cobradores, trabalhadores da construção civil, policiais). (LIMA, 2010, p. 265-266).

Uma grave consequência do uso das drogas e do álcool é constatada pelo autor: as substâncias deixam de ser meio para se tornarem fim, gerando um ciclo vicioso. Elas intensificam a causa que levou o paciente às drogas, podendo gerar outros problemas, como “punições, transferências compulsórias, rebaixamento de função, imposição de tarefas menos

interessantes ou o isolamento puro e simples do trabalhador” (LIMA, 2010, p. 266). Com isso, o paciente tende a procurar mais substâncias com a falsa ideia de alívio.

No que diz respeito à desvinculação do uso de drogas e bebidas ao trabalho, Karam (2003) aponta que quase sempre o uso é considerado problema pessoal, sem relação com o contexto em que estão inseridos, mesmo diante do fato de que o trabalho é onde as pessoas passam grande parte de suas vidas. E isso é grave, afinal a base desse consumo possui uma violência estrutural, que pode se transformar em adoecimentos, acidentes, suicídios, criminalidade, uma vez que é uma espécie de sofrimento malsucedido que não conseguiu aceder a sofrimento criador.

4.1.2.2 *Episódios depressivos*

Muitas vezes narrada como uma tristeza profunda que gera o afastamento dos colegas e até mesmo dos familiares, a depressão pode ter raízes no ambiente trabalhista, e quando isso ocorre configura-se o acidente de trabalho nos termos do inc. I e do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91¹².

Ademais, mesmo que o fator ocupacional apenas agrave a depressão, essa será tida como acidente do trabalho quando o trabalho atuar como concausa para a configuração do quadro depressivo - inciso I, do art. 21, da Lei nº 8.213/1991¹³. Desse modo, as condições de trabalho objetivas e subjetivas devem ser analisadas como esferas interdependentes e inseparáveis, mas não superpostas (PALMEIRA SOBRINHO, 2012).

As modificações no processo de gestão, a intensificação da jornada, o aumento do controle de atividades, a ampliação das estruturas de poder, as exigências de rapidez no desempenho da função, a pressão competitiva entre os trabalhadores, a elevação dos níveis de exigência e qualificação, a cobrança pelo cumprimento de metas alteram não só os processos produtivos, mas também o ritmo e os relacionamentos dos trabalhadores. Consequentemente, com a piora nas relações, os problemas de saúde foram aumentando.

¹² “Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas: I – doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; [...] § 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.” (BRASIL, 1991)

¹³ “Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei: I – o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.” (BRASIL, 1991).

É nesse contexto que a regra de convivialidade no trabalho passa a ser condicionada pela lógica de guerra, pela necessidade de mentir, de dissimular, emergindo então um trabalhador triturado na contradição que o coloca como a anulação de si. (PALMEIRA SOBRINHO, 2012, p. 46).

O que acontece na prática é a pressão para que o trabalhador bata metas cada vez mais impossíveis, de modo que o “ser humano passa a ser considerado “um número” impelido a produzir outros números, pois é assim que ele é encarado, medido, fracionado. A qualidade é vista como um discurso, a quantidade como sendo uma exigência” (PALMEIRA SOBRINHO, 2012, p. 46).

No que diz respeito aos relacionamentos entre colegas:

O pesadelo do desemprego revela para o trabalhador deprimido um futuro enigmático, incerto e estúpido. Retrata, porém, um presente recheado de extrema pressão, de concorrência intraoperária e de quebra da solidariedade entre os trabalhadores. Se antes a ofensa a um trabalhador era capaz de mobilizar as autodefesas de uma categoria, atualmente a ruptura do sentido de classe tornam os trabalhadores mônadas indefesas, inseguras, desleais e carreiristas. Cada trabalhador apresenta-se no mercado competitivo como um candidato a trair ou a ser traído. (PALMEIRA SOBRINHO, 2012, p. 46)

As práticas dos recursos humanos também contribuem para o afastamento, desentendimento e falta de lealdade entre os colegas. Isso porque elas buscam o adestramento dos gerentes de modo que estes usem o assédio moral como meio para obter resultados.

O crescimento acelerado da empresa vem às custas do desgaste, da tristeza, dos afastamentos por licença médica e das demissões dos trabalhadores. A tristeza é interpretada pelo próprio trabalhador como fracasso, incompetência e desadaptação. Enquanto isso o adoecimento vai se agravando, principalmente entre gestores, que sentem a pressão gerada pela hierarquia, reclamam da falta de reconhecimento e de sentido na função que desempenham.

Nas palavras de Palmeira Sobrinho (2012, p. 44):

As pressões por produtividade e eficiência pessoal, além da instabilidade dos trabalhadores em seus postos de trabalho, coincidem com a banalização do assédio moral e com a erosão dos padrões éticos nas relações laborais. A coação psicológica objetivando os resultados no âmbito das corporações e a atomização do contato entre os representantes do capital e do trabalho têm provocado o desespero, a revolta, a apatia e, por fim, a depressão.

A tristeza também é mencionada por conta da ausência de prazer no que se faz, na falta de perspectiva de crescimento e no desrespeito, e é vista como o enunciado de uma doença, como “coisa de doido”. Muitas vezes os prontuários apresentam somente queixas de dor, insônia e estresse e são logo diagnosticados como deprimidos; não há acolhimento, há somente o silenciamento por meio da prescrição de fármacos.

Sentimentos de raiva e ressentimento se misturam com os de culpa, de falta de ânimo. O diagnóstico da depressão e a prescrição de remédios por conta da tristeza são vistos como uma tentativa de “desapropriação da percepção acerca de si mesmo, do autocuidado e das estratégias de resistência ao adoecimento” criando “dificuldades para o trabalhador pensar a respeito do próprio sofrimento” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008, p. 672).

Glina et al. (2001, p. 615) descrevem a depressão como:

[...] uma doença, que se caracteriza por um estado de tristeza, de perda de interesse e de prazer, que tem a duração de pelo menos 2 semanas e que causa sofrimento importante na pessoa, ou que comprometa o funcionamento prévio, social, ocupacional e interpessoal.

Não obstante, destaca-se que “os quadros depressivos associados ao trabalho muitas vezes não são típicos; revelam-se de forma mais sutil, apresentando como principal manifestação o desânimo diante da vida e do futuro” (GLINA et al., 2001, p. 615).

Como explicam Brant e Minayo-Gomez (2008, p. 674):

Os problemas ortopédicos e de depressão – as maiores causas de afastamento no setor operacional – não causam estranhamento. Ali, estão lotados trabalhadores originários das camadas populares cuja atividade não tem prestígio institucional, realizando tarefas essencialmente braçais e repetitivas. Concebê-los como os mais propensos à depressão é, certamente, uma estratégia de controle. Pois, a tristeza transformada em depressão é medicalizada e qualificada como morbidade. Assim, anestesia-se perdas relacionadas à sobrevivência e a reivindicações. Como distúrbio neuroquímico, a depressão exime a empresa da responsabilidade de rever o conjunto de suas práticas, nos períodos de transformações, e suas consequências nos processos de subjetivação dos trabalhadores.

Entre as consequências dessa má forma de lidar com a depressão encontra-se o aumento no número de suicídios. Segundo Palmeira Sobrinho (2012), antes os suicídios só ocorriam fora do ambiente do trabalho, hoje já ocorrem nele, e isso representa a morte de um modelo de relação de trabalho, um modelo em que o desrespeito à dignidade do trabalhador cede ao medo.

4.1.2.3 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação: estado de "stress" pós-traumático

Outra doença mental decorrente de agente não orgânico é o estresse ocupacional, definido por Paschoal e Tamayo (2004) conforme três aspectos. O primeiro são os estímulos estressores referentes aos estímulos do ambiente de trabalho, que demandam uma resposta adaptativa por parte do empregado, mas que excedem sua habilidade de enfrentamento. O segundo diz respeito às respostas que o indivíduo emite quando exposto a fatores que

ultrapassam sua habilidade de enfrentamento. O terceiro refere-se ao processo geral em que exigências trabalhistas possuem impacto nos empregados.

Régis Filho (2002) estuda entre os fatores estressores o trabalho em turnos e o noturno. Por ser da natureza humana viver durante o dia, esses tipos de trabalho acabam gerando problemas como insônia, excessiva sonolência durante o turno, distúrbios de humor, problemas familiares, entre outros sinais que compõem a síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos. Não bastasse isso, a não adaptação ao trabalho em turnos ou noturno acaba levando ao uso abusivo de drogas para dormir e do próprio álcool, podendo levar a outra doença mental aqui já estudada, o alcoolismo.

O trabalhador que possui essa síndrome não consegue alcançar um equilíbrio, e o diagnóstico dela inclui entre outros problemas a depressão endógena, abuso de substância primária e desordens psiquiátricas. O problema é que, quando encaminhados ao médico, muitos trabalhadores têm tratados apenas seus sintomas, o que traz benefício apenas temporário, uma vez que a síndrome não é diagnosticada.

Por outro lado, quando a síndrome é diagnosticada e os médicos sugerem que o trabalhador seja deslocado para uma área de não rotação, é comum a empresa negar, pois entende que, se assim o fizer, estará beneficiando um mau trabalhador. Isso faz com que a pessoa seja mal compreendida e cada vez mais deteriore suas relações empregatícias e até mesmo familiares.

Voltando ao estresse, Régis Filho (2002) aponta que o trabalho em turnos e noturno e as longas horas de trabalho aumentam de fato o estresse dos trabalhadores, sendo o turno da noite o maior responsável por níveis mais elevados de estresse. Já Paschoal e Tamayo (2005) explicam que a relação família-trabalho possui influência sobre o estresse ocupacional, de modo que quanto maior a interferência da primeira no segundo, maior o estresse.

Em relação à definição do estresse ocupacional, Paschoal e Tamayo (2005) ensinam que ele deriva dos fatores que excedem a habilidade de enfrentamento da pessoa ou pode ser encontrado nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais dos indivíduos aos fatores estressores. Assim, considera-se o estresse ocupacional a partir da relação entre o ambiente de trabalho e o sujeito.

O estresse ocupacional pode, portanto, se desenvolver a partir da conjunção de certo ambiente com determinada pessoa. Nesse contexto, analisa-se inclusive a autoestima da pessoa. Isso porque ela tem sido vista como um instrumento para o enfrentamento aos fatores estressores, parecendo existir uma correlação positiva entre baixa autoestima e altos níveis de estresse ocupacional.

O trabalho doméstico e o profissional interferem um no outro, e o estresse ocupacional depende também do nível de apoio com o qual o indivíduo pode contar para atender às responsabilidades nas duas esferas e os mecanismos de apoio existentes na comunidade (PASCHOAL; TAMAYO, 2005). Consequentemente, quando “acontecimentos e demandas familiares começam a interferir nas demandas do trabalho e entrar em conflito com elas, o desempenho no trabalho tende a diminuir (FRONE; COLS, 1997) e o desgaste no trabalho a aumentar”. Além disso:

[...] quanto mais os acontecimentos do trabalho interferem na família, menor a percepção de saúde no trabalho e quanto mais os acontecimentos na família interferem na realização do trabalho, menor a percepção de segurança e competência profissional. (PASCHOAL; TAMAYO, 2005, p. 176).

O estresse, também chamado por Lipp (2007, p. 72) de transtorno da adaptação, acontece em sua definição quando há:

[...] um estado de desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico que ocorre quando o organismo necessita utilizar seus recursos psicobiológicos para lidar com eventos que exijam uma ação defensiva. [...] é desencadeado pela necessidade da pessoa de lidar com algo que ameaça sua homeostase ou equilíbrio interno.

Quando ligado à atividade profissional, o transtorno da adaptação é chamado ainda de estresse ocupacional.

O estresse excessivo acaba fazendo com que a pessoa apresente cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, entre outras consequências, que acabam reduzindo drasticamente sua produtividade e gerando dúvidas ao próprio indivíduo face à percepção de seu desempenho insatisfatório.

Várias profissões já foram pesquisadas e foi identificado que diferentes ocupações geram níveis de stress diferenciados, chegando até a 70% de pessoas estressadas em amostras, por exemplo, de juizes do trabalho (Lipp, & Tanganelli, 2002). Verificou-se também que o índice de stress entre pessoas que ocupam cargo de chefia em São Paulo subiu de 40%, em 1996, para 49%, em 2004, dentre os 95 indivíduos que foram avaliados (69 homens e 26 mulheres). Analisando por gênero, verificou-se que 32% dos homens e 46% das mulheres da amostra possuíam sintomas de stress. No que se refere a estudantes, na época do vestibular o índice de stress chega a 45% entre mulheres e 38% nos homens (Calais, Andrade, & Lipp, 2003 e Lipp, Arantes, Buriti, & Witzig, 2003) verificaram que dentre 255 escolares avaliados, com idades variando de 7 a 14 anos, 23% das crianças da primeira série apresentavam sintomas graves de stress. Com relação a professores, Rossa (2004) relata que em uma amostra de 62 professores, 58% apresentavam stress. Uma pesquisa com 13 modelos profissionais (Lipp, & Allegretti, 2004) revelou que 85% delas tinham sintomas da fase intermediária do stress. (LIPP, 2007, p. 75).

Outra forma de estresse que merece menção é o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). No âmbito trabalhista, ele normalmente é desencadeado após a vivência de um

acidente no trabalho, e é mais comum de acontecer entre bancários, policiais, enfermeiros e bombeiros (SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012).

Em relação a sua frequência:

No National Comorbidity Survey (Kessler, Berglund et al., 2005, Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), o TEPT foi considerado o quinto transtorno mental mais prevalente nos últimos 12 meses, com uma prevalência do transtorno ao longo da vida estimada em 6,8%. Dessa maneira, é possível constatar que, apesar da maioria das pessoas expostas a eventos potencialmente traumáticos não desenvolverem o TEPT, a prevalência do transtorno ainda é bastante elevada, considerando que estas estimativas referem-se à população geral. O TEPT é definido, no DSM-IV-TR (APA, 2002), como um conjunto de sintomas desenvolvidos pelo indivíduo após a exposição a um estressor traumático, no qual os seguintes critérios diagnósticos devem estar presentes: a pessoa experienciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física, própria ou de outros (critério A1) e cuja reação envolveu intenso medo, impotência ou horror (critério A2). A partir disso, o indivíduo apresenta uma resposta sintomática envolvendo revivência contínua do evento traumático (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e excitabilidade aumentada (critério D), sendo que a duração desses sintomas é superior a um mês (critério E) e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério F) (SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012, p. 331).

Além disso,

Entre os sintomas de revivência, incluem-se: pensamentos intrusivos que invadem a consciência sem o consentimento do indivíduo, sonhos aflitivos e recorrentes relacionados à experiência traumática vivenciada, sensação de que o evento está ocorrendo novamente, sofrimento psicológico intenso e/ou reatividade fisiológica quando exposto a estímulos que lembrem algum aspecto do trauma. No critério de esquiva e entorpecimento, as respostas mais comuns dizem respeito a tentativas de evitar pensamentos, atitudes, sentimentos, locais e/ou pessoas relacionadas ao trauma, incapacidade de lembrar algum aspecto importante do evento traumático, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, sensação de distanciamento das outras pessoas e/ou de um futuro abreviado. Por último, entre a manifestação sintomática incluída no critério de excitabilidade aumentada, é comum a presença de: irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância (estar em alerta constante), reação de sobressalto exagerada e dificuldades em conciliar ou manter o sono (APA, 2002). (SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012, p. 331).

Quando se discute nexos causais entre a doença mental e o trabalho, em grande parte considera-se que o trabalho é um provocador de um distúrbio latente ou um agravador de um já existente. Não obstante, no TEPT o trabalho é considerado causa necessária para o aparecimento da doença, de modo que, excluídas as causas não trabalhistas, o próprio trabalho ou o ambiente são causa direta, necessária e imediata para a doença aparecer, podendo o TEPT ser decorrência de um acidente de trabalho específico. Nesse caso ele pode acarretar a diminuição do nível de satisfação no trabalho, ou mesmo a rotatividade de empregados, licenças médicas ou aposentadoria adiantada.

A diminuição do nível de estresse no ambiente de trabalho resultará na diminuição do número de empregados afastados por doença ocupacional, logo, um ambiente saudável é sinônimo de trabalho digno e produtivo.

4.1.2.4 *Neurastenia (inclui "síndrome de fadiga")*

Em relação aos transtornos neuróticos, Glina et al. (2001) explicam serem eles um dos mais diagnosticados relacionados com a dimensão psicossocial do trabalho. Entre as síndromes neuróticas, as que comumente apresentam relação com o trabalho são a síndrome do esgotamento profissional ou *burnout* – síndrome que será detalhada no item 4.1.2.7; a síndrome da fadiga crônica; síndromes pós-traumáticas; síndromes depressivas e paranoides.

A síndrome paranoide é descrita um conjunto de:

[...] quadros do tipo neurótico em que se desenvolvem fortes sentimentos de insegurança, com vivências de ameaça em situação na qual sejam identificados aspectos e pressões de tipo potencialmente persecutório, com dispositivos rígidos de controle. (GLINA et al., 2001, p. 615).

Assim como ocorre na neurose traumática, a pessoa também pode sofrer com irritabilidade e distúrbios do sono.

A neurose traumática é entendida como um “quadro imediato de irritabilidade, angústia difusa, reações emocionais exageradas”, em que a pessoa revive mentalmente o trauma, sentindo mal-estar, além de ter o sono perturbado por pesadelos que “repetem o evento traumático com distúrbios do sono, irritabilidade e um estado de tensão no qual ocorrem sobressaltos, como se a pessoa estivesse em permanente estado de prontidão” (GLINA et al., 2001, p. 615).

Já a síndrome da fadiga crônica (SFC) pode resultar do descompasso da organização do trabalho imposta e da organização do trabalho real. Nesse contexto, é definida por Glina et al. (2001, p. 615) como “a fadiga acumulada ao longo de períodos de duração variável, diante de uma situação de trabalho que não permite recuperação suficiente por intermédio de sono e repouso”, sendo que sua principal característica “é a fadiga constante, física e mental, acompanhada de distúrbios de sono, cansaço, irritabilidade e desânimo”. Ademais, ela advém do cansaço do trabalhador, e tem como características a exaustão incapacitante, mal-estar, dores generalizadas, fraqueza muscular, perturbações na memória, atenção e concentração, dores de cabeça.

Assim, para seu diagnóstico, é necessário considerar – além da fadiga persistente –, a existência de no mínimo quatro das seguintes queixas subjetivas:

[...] prejuízo substancial na memória de curto prazo e na concentração, dor de garganta, sensibilidade nos linfonodos cervicais ou axilares, dor muscular, dor articular sem evidência de artrite, dores de cabeça de tipo diferente – em relação ao padrão e à gravidade – do costumeiro até então, sono não restaurador, mal-estar pós-exercício de duração maior que 24 horas. (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016, p. 79).

Esses sintomas devem durar pelo menos seis meses, e exames físicos são usados para verificar os sintomas ou outras condições que precisam ser excluídas, pois o diagnóstico deve ser feito a partir do conhecimento de toda a história do paciente. Ademais, apesar de muitas vezes serem confundidas com pessoas com depressão, os portadores de SFC não reclamam de perda de interesse nas atividades, mas sim de não conseguir realizá-las, e não possuem os mesmos sintomas que as primeiras.

4.1.2.5 Outros transtornos neuróticos especificados (inclui "neurose profissional")

A neurose profissional é distinta do estresse profissional, que é o processo de perturbação resultante da tentativa do indivíduo de se adaptar para enfrentar as demandas do meio ambiente profissional que excedem suas capacidades físicas e psíquicas.

A caracterização da neurose profissional é dada pela presença de perturbações nas relações com os outros e dificuldades com autoridade, e de uma astenia predominante pela manhã, envolvendo o combate interno contra a angústia para conservar sua identidade, e o combate externo contra as agressões na vida profissional. Ademais, a neurose profissional pode não remeter à psicose anterior e se originar na própria situação profissional, assim como pode decorrer “de uma problemática organizacional particular, que solicita psiquicamente o indivíduo, de forma tal que ele não consegue responder” (AUBERT, 1992, p. 87).

Quanto às origens da neurose profissional:

Resumindo, designamos por neurose profissional uma afecção psicogênica persistente na qual os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico no qual o desenvolvimento está ligado a uma situação organizacional ou profissional determinada. Este conflito pode encontrar sua origem na própria situação profissional, sem remeter particularmente a um conflito infantil, e propomos, neste caso, o conceito de neurose profissional atual. Ele pode, igualmente, encontrar suas raízes na história infantil do indivíduo, e não ser, senão, uma reatualização, pela situação profissional de um conflito psíquico infantil. [...] Propomos, no segundo caso, o conceito de psicose profissional para exprimir a idéia de que o indivíduo revive, através de uma situação organizacional ou profissional determinada, um conflito infantil, e que a situação em questão é a causa desta revivência. (AUBERT, 1992, p. 90).

A neurose profissional traumática é o único tipo de neurose que depende do ambiente exterior. Ela diz respeito a um acontecimento externo traumático que perturba uma personalidade sã, por exemplo, quando ocorrem agressões armadas contra bancários, ou agressões psíquicas de morte contra enfermeiros.

Por outro lado, no caso de psicose profissional:

[o]s processos organizacionais são, assim, neste sentido, elementos da aventura individual que estruturam os destinos pessoais, tendo a mesma importância que os processos familiares têm, na vida infantil. Estes processos, aliás, com frequência, tomam emprestado da vida infantil as significações que cada indivíduo lhes atribui e as repercussões que terão sobre ele. (AUBERT, 1992, p. 101).

Na neurose de excelência ocorre a chamada doença da idealização. Ela surge “da luta constante que mantemos para satisfazer os ideais de excelência que caracterizam nossa sociedade e que certas empresas encarnam com uma particular acuidade” (AUBERT, 1992, p. 101). Trata-se de uma espiral em que a pessoa se prende numa corrida veloz onde nada mais é estável. Assim, esse tipo de neurose ocorre principalmente “nas empresas que praticam aquilo que denominamos "administração por excelência" e que incitam seus empregados a buscar desempenhos cada vez mais elevados, tanto na realização de seus objetivos quanto na maneira de realizá-los” (AUBERT, 1992, p. 102).

4.1.2.6 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2)

O trabalho noturno trouxe entre suas consequências o transtorno do ciclo vigília-sono, marcado por uma dessincronização entre os ritmos biológicos e os ciclos ambientais devido às condições de trabalho e à organização do trabalho, que influenciam a tolerância ao trabalho em turnos e noturno. (SANTOS; INOCENTE, 2006).

Fato é que “o trabalho em turnos e noturno vem causando alterações de grande importância à saúde do trabalhador no que diz respeito aos aspectos psíquicos, físicos e emocionais e nos seus aspectos sociais, familiares e interpessoais” (SANTOS; INOCENTE, 2006, p. 2749). Ademais, o trabalho que exige do trabalhador que ele esteja desperto por parte da noite ou que trabalhe em rodízio, atrapalhando o relógio biológico, aumenta as chances de acidentes, doenças físicas e transtornos mentais.

Para ilustrar como esse transtorno ocorre na prática, os autores citam o caso de uma empresa de cerâmica, onde ao menos um em cada cinco trabalhadores apresentou um dos sintomas de inadaptação ao trabalho em turnos e noturno¹⁴. (SANTOS; INOCENTE, 2006).

Além disso, a má qualidade do sono de quem repousa no período diurno pode provocar sonolência no período de trabalho, acidentes, desinteresse, ansiedade, irritabilidade, perda da eficiência e estresse (SANTOS; INOCENTE, 2006). Já do ponto de vista da sociedade, a má qualidade do sono pode elevar o risco de acidente de trânsito, o uso abusivo de remédios para dormir ou para se manter acordado.

4.1.2.7 Sensação de estar acabado ("*síndrome de burnout*", "*síndrome do esgotamento profissional*")

A síndrome de *burnout* (SB) foi identificada na década de 1970 como um exaurimento de energia decorrente de expectativas sociais ou individuais inatingíveis. Mais especificamente, foi definida como uma síndrome emocional resultante de estressores crônicos no ambiente de trabalho, composta por três elementos em conjunto: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal.

Com o tempo, o conceito de *burnout* sofreu reformulações para destacar a relação com o trabalho em si, não mais diretamente com as pessoas com quem se trabalha. Trata-se, assim, de uma síndrome diretamente ligada ao estresse laboral.

As más condições do ambiente do trabalho – como sobrecarga, pressão de tempo, demandas conflitantes, falta de autonomia e de apoio social, problemas referentes a hierarquia, regras de operação, recursos e distribuição espacial – são determinantes do *burnout*. (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016, p. 81).

Além de tais fatores, o *burnout* é marcado por ser uma reação emocional desencadeada pelo contato direto e próximo com outras pessoas. Daí esse transtorno ser mais comum em profissões que lidam diretamente com o ser humano, como na educação, na área da saúde, na polícia, nos agentes penitenciários.

A caracterização da síndrome se dá em três etapas: exaustão emocional – os trabalhadores sentem a própria energia esgotada por conta dos problemas diários com que convivem na profissão –; despersonalização – endurecimento afetivo, coisificação da relação

¹⁴ Sendo essas alterações insônia, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares, sonolência durante o trabalho, alterações de humor, queda do desempenho nas tarefas físicas e mentais, aumento de acidentes, problemas na vida social, divórcio.

com o outro -; falta de envolvimento pessoal no trabalho – habilidade para realização do trabalho é afetada, assim como o contato com as pessoas no trabalho (CODO, 2002).

Conforme os ensinamentos de Codo (2002), não há somente uma definição de *burnout*, mas há uma espécie de consenso de que ele ocorre em trabalhadores motivados, que reagem ao estresse laboral trabalhando mais até entrarem em colapso. Outrossim, como algumas pessoas são mais emotivas e outras mais racionais, cada uma irá enfrentar o conflito conforme suas características, de modo que o sofrimento se manifesta em um conjunto de sintomas.

Por fim, é importante destacar que:

No Brasil, desde 1999, o *burnout* integra a lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde, aí constando como transtorno mental, sob o código CID-10 Z73.0 ('sensação de estar acabado'/'esgotamento'). Apesar disso, permanece pouco reconhecido nos âmbitos previdenciário e médico em geral. (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016, p. 82).

Uma pesquisa feita entre os docentes médicos da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Pará (UEPA) ilustra bem um caso de *burnout*. Nessa pesquisa foram selecionados aleatoriamente 55 participantes dentro do universo de 88 docentes médicos da faculdade. Foi feito um questionário com perguntas envolvendo lazer e rotina de trabalho, cujos resultados mostraram que os participantes tinham uma média de 50,55 anos de idade, com mínima de 32 e máxima de 64 anos. Em relação ao tempo de carreira, a média foi de 25,96 anos e uma carga horária semanal média de 48,83 horas; sendo que os portadores da síndrome de *burnout* possuíam uma média de 25,58 anos e 53 horas semanais. Ademais, a média de filhos de 2,10 subiu para 2,21 para os portadores da síndrome. (GONÇALVES et al., 2011).

Levando em consideração as pontuações de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, encontram-se médias de 20,83; 7,96 e 37,72, respectivamente. Quando relacionados aos que apresentaram SB, os números médios encontrados foram de 24,96; 9,83 e 35,71, respectivamente. A dimensão mais afetada entre os pesquisadores foi a de despersonalização (25%) (GONÇALVES et al., 2011, p. 7).

Ainda de acordo com a referida pesquisa, em relação à dupla jornada, a maioria dos trabalhadores que possuíam diagnóstico de *burnout* afirmaram a existência de prejuízo. A maioria considerava a renda não condizente com os esforços. Por fim, os pesquisadores encontraram uma prevalência de SB em 50% dos entrevistados e inferiram que o desgaste do trabalho como médico tem influência negativa no trabalho como professor ou vice-versa, sendo possível concluir que a união das duas atividades pode comprometer o desenvolvimento de ambas. Por outro lado, constatou-se que não houve diferença estatística

significativa entre os sexos em relação aos que apresentaram SB. (GONÇALVES et al., 2011).

4.2 As doenças mentais e a Previdência Social no Brasil

Hodiernamente, a Previdência Social brasileira tem como desafio não somente a prevenção de acidentes e de possíveis danos à saúde do trabalhador que têm como consequência resultados visíveis, mas, também, danos com resultados aparentemente abstratos, mais conhecidos como riscos psicossociais.

De acordo com o Decreto nº 7.602/11:

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. (BRASIL, 2011).

Com a globalização¹⁵ e a busca desenfreada pela acumulação de capital, as empresas tendem a sistematizar métodos de produção que economizem custos para vencer seus concorrentes, sem se preocuparem em como será desenvolvido tal método de produção por seus empregados, assumindo alto risco de prováveis acidentes de trabalho.

Conforme narrado anteriormente, o trabalhador contemporâneo labora sob pressão, pois tem a obrigação de se fazer multifacetado e qualificado para acompanhar os avanços tecnológicos e a velocidade das informações advindas dos meios telemáticos, que influenciam na velocidade com que o trabalho deverá ser desenvolvido. Por outro lado, ele tem seu tempo consumido pela jornada exaustiva de trabalho, que na atualidade está se misturando com sua vida pessoal.

Nesse contexto, para se manter no mercado e se ver livre do monstro denominado “desemprego”, o obreiro precisa se qualificar continuamente e ao mesmo tempo estar à disposição do patrão, mesmo fora da jornada e do local de trabalho

Ritmo de trabalho alucinante, cobranças excessivas, metas inalcançáveis, entre outros fatores explanados anteriormente, decorrentes da organização do trabalho, causam dor e sofrimento psíquicos, resultando em possíveis transtornos mentais. Segundo um estudo feito pela Previdência Social, “[n]o Brasil, os transtornos mentais e comportamentais foram a

¹⁵ Globalização ou globalismo corresponde à fase do sistema capitalista, despontada no último quartel do século XX, que se caracteriza por uma vinculação especialmente estreita entre os diversos subsistemas nacionais, regionais ou comunitários, de modo a criar, como parâmetro relevante para o mercado, a noção de globo terrestre, e não mais, exclusivamente, nação ou região (DELGADO, 2015, p. 15-16).

terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no período de 2012 a 2016” (BRASIL, 2017a, p. 5).

Ressalta-se que, para a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, órgão vinculado à União Europeia, a segurança e saúde no trabalho apresenta comportamentos e características idênticas da organização do trabalho que acarretam riscos psicossociais, tais como:

Cargas de trabalho excessivas; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de controle sobre a forma como executa o trabalho; má gestão de mudanças organizacionais, insegurança laboral; comunicação ineficaz, falta de apoio da parte de chefias e colegas; assédio psicológico ou sexual, violência de terceiros. (BRASIL, 2017a, p. 6).

O trabalho em ambiente hostil, degradante, ou até mesmo a falta de trabalho estimulam transtornos mentais como: comportamentos devidos ao uso de álcool e outras drogas entorpecentes; episódios depressivos; síndrome da fadiga; neurose profissional; transtorno do ciclo vigília-sono e síndrome de *burnout*, conforme apontam a Portaria nº 1.339/99 e o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001).

A Tabela 1, elaborada pela Previdência Social, demonstra a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez de naturezas previdenciária e acidentária (BRASIL, 2017a). Da observação de seus dados, destaca-se que a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez apresentou uma redução de 9% no período de 2012 a 2016. A queda expressiva verificada em 2014 e 2015 pode ser atribuída a uma greve das agências do INSS que durou aproximadamente 160 dias. (BRASIL, 2017a, p. 9)

Tabela 1 - Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença e de Aposentadoria por Invalidez de Naturezas Previdenciária e Acidentária (B31, B32, B91, B92)¹⁶ ao Segurado Empregado por Capítulo da CID entre 2012 e 2016

Capítulo da CID	2012	2013	2014	2015	2016	Total	Representatividade Percentual de Concessão Total no Período %
Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	494.570	498.124	496.718	374.148	450.026	2.313.586	31,04%

¹⁶ B31: auxílio doença previdenciário; B32: aposentadoria por invalidez previdenciária; B91: auxílio-doença acidentário e B92: aposentadoria por invalidez acidentária.

Capítulo da CID	2012	2013	2014	2015	2016	Total	Representatividade Percentual de Concessão Total no Período %
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	304.027	310.436	311.786	236.937	266.505	1.429.691	19,18%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	140.208	147.145	144.061	109.951	127.562	668.927	8,98%
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	127.255	133.637	136.348	101.168	125.994	624.402	8,38%
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	91.452	91.796	90.786	67.123	81.647	422.804	5,67%
Capítulo II - Neoplasias [tumores]	70.921	74.288	77.901	63.997	81.686	368.745	4,95%
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	56.202	63.278	69.562	50.912	62.741	302.695	4,06%
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	45.373	46.508	48.239	34.497	45.072	219.689	2,95%
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	30.319	31.083	30.492	23.897	27.925	148.716	1,92%
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23.308	23.556	23.230	16.839	21.232	108.165	1,45%
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	22.277	22.699	22.833	15.561	20.509	103.879	1,39%

Fonte: Adaptada de Brasil (2017a, p. 10).

De acordo com Sistema Único de Benefícios (SUB):

Os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição como motivo para afastamento do trabalho, totalizando 668.927 casos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período.¹⁷ (BRASIL, 2017a, p. 7).

É cada vez menor a perspectiva de retorno após o afastamento:

O que se observa é uma série de situações de pessoas que são afastadas das atividades laborativas em razão de distúrbios psíquicos e comportamentais desencadeados pelas condições de trabalho. No início do afastamento há sempre

¹⁷ “Os dados utilizados foram extraídos do Sistema Único de Benefícios – SUB, através da ferramenta QlikView, cuja concessão para uso é garantida por meio de Acordo de Cooperação Técnica celebrado em 2015 entre o então Ministério da Previdência Social e o Ministério Público do Trabalho”. (BRASIL, 2017a, p. 7-8).

uma perspectiva de retorno, seja pelo completo restabelecimento da saúde do trabalhador, seja pela possibilidade de controle terapêutico do transtorno mental. No entanto, o afastamento pode tornar-se definitivo pela aposentadoria por invalidez. (LIMA; SÁ, 2015, p. 332).

Ressalta-se que o número de casos não parece condizer com a realidade, tendo em vista a dificuldade em relacionar os transtornos mentais com a atividade do empregado no trabalho, além disso, embora muitos casos de doenças mentais sejam reconhecidos pelo Instituto Nacional de Saúde (INSS), não há emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT pelo empregador. (BRASIL, 2017a, p. 28).

Apesar do afastamento temporário por transtornos mentais chegar a 92%, observa-se, na Tabela 2, também elaborada pela Previdência Social, que tal enfermidade não é correlacionada com o ofício do trabalhador, sob o argumento da subjetividade do adoecimento mental:

A decisão quanto à permanência deste adoecimento, assim como sobre sua relação com o trabalho, se mostra muito mais complexo do que aquele referente ao adoecimento físico, que pode ser basear com maior frequência em lesões evidentes (visíveis) e exames conclusivos. Outro aspecto a ser considerado é a resistência ao reconhecimento da relação do trabalho com a doença mental: é sempre difícil para a direção de uma empresa, ou para o empregador, reconhecer que sua atividade tem sido disfuncional e levado os trabalhadores a desenvolverem agravos psíquicos. (BRASIL, 2017a, p. 11).

Como a doença mental pode ter fatores externos e internos à relação de trabalho, o empregador tende a obstaculizar o reconhecimento de ser a atividade do trabalhador o causador dos transtornos mentais.

A Previdência Social tem a mesma dificuldade em relacionar os transtornos com o trabalho desenvolvido pelo obreiro, resultando em maiores índices de afastamentos por auxílio-doença previdenciário, privando o trabalhador da estabilidade garantida no art. 118 da Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991).

Tabela 2 - Concessão de Auxílio-Doença (B31, B91) e Aposentadoria por Invalidez (B32, B92) ao Segurado Empregado, por Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016

Espécie	Descrição	Frequência	%	Duração (em dias)	Despesa	Duração Média (em dias)	Valor Médio por Benefício
B31	Auxílio-Doença Previdenciário	614.508	91,86 %	118.569.530	R\$ 6.364.856.110,68	193	R\$ 10.357,65
B91	Auxílio-Doença por	52.974	7,92%	11.165.198	R\$ 784.263.304,73	211	R\$ 14.804,68

Espécie	Descrição	Frequência	%	Duração (em dias)	Despesa	Duração Média (em dias)	Valor Médio por Benefício
B32	Acidente de Trabalho Aposentadoria por invalidez	1.374	0,21%	1.492.960	R\$ 92.689.322,51	1.087	R\$ 67.459,48
B92	Aposentadoria por invalidez de Acidente de Trabalho	71	0,01%	87.914	R\$ 6.997.151,26	1.238	R\$ 98.551,43
Totais		668.927	100,00%	131.315.602	R\$ 7.955.861.655,53	196	R\$ 11.893,47

Fonte: Brasil (2017a, p. 12).

Observa-se, também, que o valor médio de benefício é maior para os empregados afastados por transtornos mentais, ou seja, esses trabalhadores, possivelmente, ocupam cargos de chefia e têm, conseqüentemente, uma remuneração superior. No entanto, para se manterem no cargo, se submetem a laborar sob maior pressão, expondo-se a altos níveis de estresse, uma vez que precisam cumprir metas cada vez mais inatingíveis e demonstrar resultados cada vez melhores, para que a empresa mantenha seu lugar no mercado de trabalho.

Assim,

[...] as mudanças céleres e constantes marcas do atual contexto produtivo repercutem nas diversas dimensões da vida social e nas relações do homem com seu trabalho, pois que tais relações têm gerado sentimentos de insegurança e incerteza, por constituírem-se como provisórias, precárias e efêmeras. (MARQUES, 2015, p. 251).

Vinícius Pinheiro Marques assevera a necessidade de se fazer notar e ter sucesso no trabalho sob o medo do desemprego:

Neste sentido, o contexto do trabalho pede dedicação intensa uma vez que os critérios do sucesso na profissão perderam os contornos de previsibilidade e estabilidade. Nesse ritmo frenético, o fato de não obter o sucesso e a notabilidade no trabalho são quase sempre interpretados como sinais de fracasso e inaptidão pessoal. Portanto, a flexibilidade exigida das pessoas rompe com os paradigmas da modernidade marcada por modelos da complexidade independentes de receitas que indiquem os caminhos a serem seguidos. (MARQUES, 2015, p. 251).

Percebe-se que, para garantia e ascensão no emprego, o trabalhador se submete a uma precária organização do trabalho, que pode colocar em perigo seu equilíbrio mental, como apontam os dados da Previdência Social descritos na Tabela 2.

De acordo com Dejours (1992, p. 78), “[a] partir dos efeitos específicos da organização do trabalho sobre a vida mental dos trabalhadores resulta uma ansiedade particular partilhada por uma grande parte da população trabalhadora”. Portanto, a má

organização do trabalho impacta desde trabalhadores de chão de fábrica até os ocupantes de altos cargos. Porém, depreende-se que um trabalhador ocupante de cargo mais elevado é uma pessoa que detêm uma qualificação melhor, portanto, tem condições de exigir do empregador, caso diagnosticado com transtornos mentais, a emissão de CAT para afastamento e tratamento, garantindo seu direito à estabilidade. Dessa forma, justifica-se os valores mais elevados do benefício causado pelos transtornos mentais.

Outro aspecto que deve ser ressaltado concerne à concessão de auxílio-doença relacionado a acidente de trabalho. Conforme apresenta a Tabela 3, é o percentual alarmante com relação ao afastamento por motivo de “estresse” (F43) que corresponde a 31% do total. Este somado aos episódios depressivos (F32) e outros transtornos ansiosos (F41) provocaram 79% dos afastamentos. (BRASIL, 2017a, p. 21).

Também é fator alarmante na concessão do benefício do auxílio-doença o percentual de 2,79% de afastamentos por transtornos mentais relacionados ao trabalho devido ao aumento do consumo de substâncias como álcool (F10), substâncias psicoativas (F19) e cocaína (F14). (BRASIL, 2017a, p. 22).

Tabela 3 - Distribuição da Concessão de Auxílio-Doença Relacionado a Acidente de Trabalho (B91) ao Segurado Empregado motivada por Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10) – 20 Categorias Associadas às Maiores Frequências

Categoria CID10	Frequência B91	%
F43 - “Reações ao “stress”” grave transtornos de adaptação	16.446	31,05%
F32 - Episódios depressivos	14.359	27,11%
F41 – Outros transtornos ansiosos	11.178	21,10%
F33 – Transtorno depressivo recorrente	4.583	8,65%
F31 - Transtorno afetivo bipolar	2.173	4,10%
F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool	732	1,38%
F40 – Transtornos fóbico-ansiosos	702	1,33%
F19 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	532	1,00%
F29 – Psicose não orgânica não especificada	321	0,61%
F14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína	213	0,40%
F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios	207	0,39%
F20 – Esquizofrenia	206	0,39%
F34 – Transtornos de humor (afetivos) persistentes	183	0,35%
F42 – Transtorno obsessivo-compulsivo	168	0,32%

Categoria CID10	Frequência B91	%
F44 – Transtornos dissociativos (de conversão)	160	0,30%
F45 – Transtornos somatoformes	132	0,25%
F06 – Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	105	0,20%
F25 – Transtornos esquizoafetivos	83	0,16%
F39 – Transtorno de humor (afetivo) não especificado	78	0,15%
F48 – Outros transtornos neuróticos	68	0,13%
Outros	345	0,65%
Total	52.974	100,00%

Fonte: Brasil (2017a, p. 22-23).

Conforme revela o boletim produzido pela Previdência Social:

De acordo com a Organização Internacional do trabalho – OIT, evidências demonstram que os riscos psicossociais (como insegurança no emprego, baixo controle sobre a atividade, altas demandas e desequilíbrio entre esforço e recompensa), assim como o estresse relacionado ao trabalho, estão associados a riscos comportamentais afetos à saúde, incluindo consumo exagerado de bebida alcoólica, fumo, e abuso de drogas. É o que especialistas chamam de “coping behaviour” ou comportamento para lidar ou aguentar determinada situação. (BRASIL, 2017a, p. 22)

Christophe Dejours (1992, p. 78) aduz que “[à]s vezes, o recurso às bebidas alcoólicas é uma maneira de atenuar a tensão interna. Enfim, o consumo dos psicotrópicos destinados a um melhor controle da agressividade e da tensão interna constitui um último recurso”.

Nos dados apresentados na Tabela 4, observa-se que o estresse motivado por transtornos mentais volta a ser fator fundamental para o afastamento do trabalhador. Neste caso o estresse é responsável por 18,31% de concessão de aposentadoria por invalidez, além de 2,82%, referente ao uso de múltiplas drogas. (BRASIL, 2017a, p. 24).

Tabela 4 - Distribuição da Concessão de Aposentadoria por Invalidez Relacionada a Acidente de Trabalho (B92) ao Segurado Empregado motivada por Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V CID10) entre 2012 e 2016 por Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID10)

Categoria CID 10	Frequência B92	%
F43 - "Reações ao ""stress"" grave e transtornos de adaptação"	13	18,31%
F33 - Transtorno depressivo recorrente	12	16,90%
F29 - Psicose não-orgânica não especificada	9	12,68%
F31 - Transtorno afetivo bipolar	8	11,27%
F32 - Episódios depressivos	5	7,04%

Categoria CID 10	Frequência B92	%
F06 - Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	5	7,04%
F41 - Outros transtornos ansiosos	4	5,63%
F20 – Esquizofrenia	3	4,23%
F07 - Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	3	4,23%
F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	2	2,82%
F40 - Transtornos fóbico-ansiosos	1	1,41%
F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	1	1,41%
F25 - Transtornos esquizoafetivos	1	1,41%
F22 - Transtornos delirantes persistentes	1	1,41%
F62 - Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença mental	1	1,41%
F70 - Retardo mental leve	1	1,41%
F03 - Demência não especificada	1	1,41%
Total	71	100,00%

Fonte: Brasil (2017a, p. 25).

De acordo com a Tabela 4, as reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (F43), Transtorno depressivo recorrente (F33) e episódios depressivos (F32) totalizam 42,25% de pessoas com transtornos mentais causados pelo alto nível de estresse decorrente do trabalho. Por conseguinte, a doença é o principal motivo da concessão de aposentadoria por invalidez relacionada a acidente do trabalho.

A alta competitividade e as novas tecnologias resultantes de um mercado capitalista potencializado pela globalização trouxeram um ritmo frenético aos trabalhadores, que tiveram que adequar às necessidades do mercado, muitas vezes, privando-se de uma vida socialmente saudável para garantir sua sobrevivência e a de sua família. “O ritmo de trabalho ditado por comunicações instantâneas e altos níveis de competitividade global dificultam, cada vez mais, a separação entre vida privada e profissional”. (ESTRESSE..., 2016).

Nesse sentido, Magalhães aduz que:

O mesmo trabalho que permite que a maioria das pessoas, destituídas de riqueza, tenham a oportunidade de prover o sustento próprio e o de sua família e melhorar a sua condição de vida, pode levar à deterioração da saúde física e mental do trabalhador, quando não chega ao extremo de comprometer sua própria vida. (MAGALHÃES, 2015, p. 144).

É cediço que a “interação com clientes, alunos e pacientes difíceis”,¹⁸ metas inatingíveis, atividades de teleatendimento; bancário com carteira comercial, jornadas exaustivas, falta de intervalos ou intervalos gozados de forma inadequada, assédio, entre outros, são fatores de risco que podem ocasionar transtornos mentais.

Ainda assim, há uma resistência ao reconhecimento do problema, uma vez que:

Em torno de 76% dos casos de episódios depressivos e outros transtornos ansiosos, onexo entre a doença e a atividade somente foi reconhecida pela perícia médica do Instituto Nacional de INSS, ou seja, não houve a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho por parte da empresa. (BRASIL, 2017a, p. 28).

Na lição de Oliveira (2010, p. 118):

O homem passa a maior parte da sua vida útil no trabalho, exatamente no período da plenitude de suas forças físicas e mentais, daí por que o trabalho, frequentemente, determina o seu estilo de vida, influencia nas condições de saúde, interfere na aparência e apresentação pessoal e até determina, muitas vezes, a forma da morte.

A OIT alerta que os transtornos mentais podem ter abrangências mais severas:

[...] uma saúde mental acometida é negativamente relacionada a práticas de trabalho seguras, aumentando a probabilidade de acidentes típicos no local de trabalho. A organização indica, ainda, que o adoecimento mental aumenta os riscos de surgimento de diversos agravos, como eventos cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos. (BRASIL, 2017a, p. 29).

No âmbito internacional, em 2010, a OIT incluiu em sua lista recomendações para identificar distúrbios mentais decorrentes do trabalho. (BRASIL, 2017a, p. 29). Já no Brasil, para facilitar a identificação da doença profissional ou do trabalho pela perícia médica previdenciária, foi elaborado o Anexo II, constante do Decreto nº 3.048/99.

É imperioso ressaltar que os princípios fundamentais da República Federativa do Brasil têm como escopo promover o bem de todos, sem preconceito e qualquer discriminação; além de garantir a “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”, conforme preceitos dos arts. 3º, inc. IV, e 6º da CR/88 (BRASIL, 1988).

De acordo com os princípios, portanto, existem diversos dispositivos legais para a prevenção e identificação dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes da organização e condições do trabalho. Assim, reforça-se a necessidade da identificação da doença correlacionada à atividade do trabalhador e à emissão da CAT pela empresa, para que o empregado possa ter um tratamento digno e garantia de sua estabilidade.

¹⁸ Relatório Geral do Inquérito Europeu às Empresas sobre os Riscos Novos e Emergentes – ESNER-2.

Além disso, diante de tal diagnóstico, a empresa deverá implementar condutas para redução de riscos, efetivando medidas para melhoria da organização e condições do trabalho seguro e saudável.

4.2.1 O caso dos bancários

A situação do sofrimento dos bancários que desencadeia doenças mentais está relacionada com a introdução de novas ferramentas – informatização – de trabalho no setor na década de 1990, e de novas políticas de recursos humanos baseadas na ideologia da qualidade total. O sofrimento psíquico nessa categoria – associado a novas formas de gestão, programas de demissão voluntária e incorporação de tecnologias – acabou gerando estratégias defensivas, principalmente fora do ambiente do trabalho, por exemplo, a supervalorização do lazer e o adoecimento.

Em pesquisa feita com trabalhadores de determinado banco, chegou-se à conclusão de que:

Os principais fatores que conduziram aos transtornos vividos pelos entrevistados foram: excesso de trabalho, pressão das chefias e clientes, horas extras frequentes, ausência de pausas de trabalho, tarefas repetitivas, competição entre os colegas, ambiente estressante, falta de perspectiva de ascensão e falta de reconhecimento no trabalho desenvolvido. Os fatores relatados provocaram o despertar de sentimentos, cujas consequências se fizeram em sua vida, seu comportamento e suas relações, resultando no afastamento de suas atividades laborais por incapacitação temporária. (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011, p. 1009).

De acordo com Olivier, Perez e Behr (2011, p. 995), à época da informatização:

[...] o ponto central verbalizado pelos bancários queixosos foi a dificuldade de enfrentamento de problemas vivenciados no desempenho de suas tarefas e em suas relações de trabalho decorrentes das mudanças ocorridas no ambiente de instituições bancárias.

A imposição de metas a serem cumpridas tornou o ambiente de trabalho mais hostil, e a tentativa de incentivo por premiação na produtividade acabou gerando sentimentos negativos como frustração, insegurança e medo.

Além da pressão por parte da chefia, começaram a ser comuns os maus tratos por parte dos clientes, que demandavam as prioridades de atendimento veiculadas na mídia e reclamavam quando o trabalhador ia fazer sua pausa durante o expediente. A leve sensação de alívio ao final do expediente era logo substituída por um sofrimento no momento em que acordavam no dia seguinte, pois ficavam angustiados pensando que teriam que voltar para o ambiente de trabalho novamente. Assim, o uso de antidepressivos e ansiolíticos se tornou a

solução para diminuir as angústias e tensões, mas não foi o suficiente, pois muitos acabaram desenvolvendo uma neutralidade emocional, em que deixavam de se importar com as coisas, deveres e pessoas.

Na relação entre colegas, “verificou-se que tanto o volume das tarefas quanto as cobranças fizeram com que as amizades e a confiança ficassem arranhadas” (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011, p. 1006). Na relação chefe-subordinado:

[...] os entrevistados relataram que se dedicavam muito ao trabalho, mas nunca eram recompensados pela chefia. Tinham vontade de exercer outra função, mas não lhes era dada oportunidade, porque os gerentes beneficiavam a uns e outros não. O sentimento de ter sido traído e não valorizado pela gerência foi constante nas falas dos trabalhadores. (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011, p. 1006).

No que diz respeito aos trabalhadores que se afastaram por causa de alguma doença mental, percebeu-se na pesquisa que houve uma mudança de comportamento no ritmo de trabalho quando voltaram. Passaram a se esforçar menos pelo trabalho, pois não queriam adoecer novamente. Porém, os trabalhadores que voltaram da licença se sentiam como “objeto de chacota, de risos, de piadas, de cobrança e de escárnio, o que continu[ou] afetando suas emoções e reforçando negativamente a sensação de insegurança e falta de confiança” (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011, p. 1008).

Ainda,

Vários entrevistados relataram que ao retornarem do afastamento foram obrigados a fazer coisas que lhes trouxeram descontentamento. Entre elas deviam permanecer separados dos normais. Assim, em alguns casos foi criado um setor específico, local para o qual foram transferidos os "reabilitados", que é uma expressão comum no ambiente pesquisado. "O problema é que o empregado não volta com uma função definida, o que gera um sentimento de muita ansiedade e insegurança" (E2), pois "A gente não sabe o que vai fazer e tem a sensação de que o nosso trabalho não é mais tão importante como era antes" (E7).

Alguns têm sentimento de inutilidade ou até incapacidade, pois os próprios colegas os veem assim. As atitudes discriminatórias para com os que regressam causaram sofrimento, manifestado por lágrimas e medo, o que dificulta a estabilização de quem passa ou passou por transtorno mental e de comportamento, aqui caracterizados mais como o estresse e a depressão. A verbalização de E6 ilustra os argumentos: "Eu me sentia um inútil e fui muito discriminado ao retornar ao trabalho, pois me colocaram para atender telefone, fazer serviço de estagiário e até trocar o papel do banheiro me pediram para eu (sic) fazer". Tais comportamentos podem acarretar um clima de insatisfação, de falta de cooperação, de conflitos e desmotivação no funcionário, com consequências funestas não só em meio da equipe, como também daquelas que fazem parte do ambiente familiar e social. (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011, p. 1008).

Além disso, o sentimento de quem voltou é de desânimo, de quem se sente desvalorizado e de que as metas são irreais para que sejam cumpridas igualmente por todos os funcionários.

Outra situação enfrentada por diversos bancários diz respeito aos sequestros e assaltos que sofrem devido à profissão, e que podem gerar o transtorno do estresse pós-traumático, como pode ser visto na decisão do TRT da 16ª região:

BANCÁRIO. DOENÇA OCUPACIONAL. ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. EMPREGADO VÍTIMA DE ASSALTO E SEQUESTRO. ESTABILIDADE ACIDENTÁRIA. O transtorno psicológico pode ser caracterizado como doença ocupacional, desde que derive de acontecimentos decorrentes do exercício de seu labor. No caso dos autos, o reclamante exercia a função de gerente bancário e foi vítima de violentos assaltos, desenvolvendo, em função disso, estresse pós-traumático. O reclamante passou a ser acompanhado por médico psiquiatra, que atestou a necessidade de tratamento ambulatorial e afastamento do trabalho. Todavia, a licença médica foi concedida durante o aviso prévio, impedindo o efetivo desligamento do trabalhador e a concretização dos efeitos da dispensa (Súmula 371, do TST). Diz isso porque há integração do período de aviso prévio ao contrato de trabalho para todos os efeitos legais (art. 487, §1º, da CLT), inclusive em relação à suspensão do liame empregatício (art. 476, da CLT). Nessa hipótese, caracteriza-se o direito à estabilidade acidentária e a ilegalidade da dispensa imotivada, cabendo ao juízo a reintegração do empregado. Além disso, em face da invalidade da dispensa, é devida indenização por danos materiais, devidas a título de remunerações que o obreiro deixou de receber durante todo o período em que se manteve afastado do trabalho. Porém, em relação a este último ponto (direito às remunerações), não se pode esquecer que o reclamante recebeu benefício previdenciário. Por isso, para evitar-se seu enriquecimento sem causa, os valores percebidos junto ao INSS devem ser descontados da indenização a ser paga pela empresa. Diante disso, dá-se provimento parcial ao Recurso Ordinário, para condenar o Banco Bradesco S/A a reintegrar o reclamante e pagar-lhe indenização por danos materiais, correspondente aos salários e demais verbas trabalhistas que o autor deixou de receber, descontando-se do montante os valores recebidos como benefício previdenciário. Recurso Ordinário conhecido e parcialmente provido. (MARANHÃO, 2016).

4.2.2 O caso dos profissionais da saúde

O desenvolvimento da síndrome de *burnout* é comum em atividades que lidam diretamente com pessoas, como ressaltado anteriormente. Muitas vezes, o sofrimento dos profissionais da área da saúde está ligado ao desgaste gerado pela atividade e à falta de reconhecimento pelo trabalho. A situação precária e o contato direto com o ser humano em situações frágeis agravam as chances de desenvolvimento de doenças mentais. Com frequência, os enfermeiros usam de estratégias para lidar com o sofrimento: a impessoalidade no contato com o paciente, o distanciamento emocional, a ausência de comunicação, a valorização dos procedimentos técnicos.

Além do *burnout*, a depressão é muito comum na área da saúde. O caso julgado no RO 00556.2011.001.03.00.7 no TRT da 3ª Região (MINAS GERAIS, 2013) ilustra bem essa situação. Nesse caso, uma técnica de enfermagem da Santa Casa de Belo Horizonte atendia a 35 pacientes em estado grave durante 12 horas ininterruptas, em uma infraestrutura precária, sem assistência psicológica. Faltavam equipamentos, instrumentos, medicamentos e material

de proteção para a realização dos procedimentos. Por outro lado havia uma sobrecarga de trabalho e desgaste emocional, pois a falta de condições para atender aos pacientes contribuía para que os próprios profissionais desenvolvessem problemas de saúde – -em seu caso, a depressão. Sua situação foi tão crítica que ela chegou a tentar suicídio, o que levou a ser afastada do trabalho pelo INSS. Não obstante, o hospital em que trabalhava a induziu a pedir demissão, em vez de somente se afastar.

O aproveitamento de sua condição frágil – motivo que a levou de fato a pedir demitir – fez com que a técnica de enfermagem procurasse o Poder Judiciário para obter sua reintegração ao emprego, o que lhe foi concedido pelo TRT da 3ª Região. A decisão reconheceu o nexo de causalidade entre a doença e a organização de trabalho a que a empregada era submetida, além de ter verificado que sua demissão se deu sem a assistência de seu sindicato.

4.2.3 O caso dos professores

O Recurso de Revista 327001120065010246, julgado pelo TST em 2015 ilustra bem a situação que os professores comumente enfrentam. Trata-se de outro caso de síndrome de *burnout*. O tribunal de origem reconheceu a existência da prova pericial, que concluía pela existência da doença ocupacional, mas entendeu que o INSS tinha que ter atestado a doença para que a autora pudesse ter sua estabilidade garantida – mesmo já tendo o próprio TST firmado entendimento de que a ausência de formalidade não afastaria tal direito, inclusive quando a doença tivesse sido atestada após a rescisão contratual. (BRASIL, 2015a).

No que diz respeito às condições de trabalho da reclamante, diagnosticada com síndrome de *burnout*, destaca-se que primeiramente ela recebia um calendário de sua chefia em um curto espaço de tempo, com cronograma com prazos para tarefas distintas datadas para o mesmo dia e hora – e ainda interligadas, de modo que não era possível realizar uma sem ter feito a outra – com uma cobrança extremamente rígida, que chegava a ser “humanamente impossível de se fazer”.

A reclamante relata que, posteriormente, lhe foi impedido acesso ao calendário, que passou a ser direcionado para outros setores somente. Não obstante, dela ainda era cobrada a execução dos serviços, mas de uma forma tão agressiva, que “se via obrigada a retirar dos outros setores o calendário, a fim de saber qual eram efetivamente suas tarefas, e o pior, sem o conhecimento de sua chefia, pois, segundo a mesma, a autora tinha que se ‘virar’” (BRASIL, 2015a).

Ademais, o fato de a reclamante depender de equipamentos e informações de outras áreas, fazia com que ela fosse cobrada pelo resultado mesmo quando os equipamentos entravam em *pane* ou quando a informação não chegava a ela, ainda que por motivo alheio a sua vontade. Para agravar a situação, depois de seu retorno, após um deslocamento, sua chefe passou a se dirigir a ela somente aos gritos, tendo chegado certa vez até a atingi-la com uma cadeira e a ameaçá-la de outras formas de agressão.

Outro fato abusivo ao qual a reclamante era submetida envolvia a proibição do horário de almoço de 1 hora, quando era obrigada a sair e a retornar depressa ao trabalho, sob pena de não poder mais se alimentar.

Toda essa situação fez com que a reclamante sofresse uma crise hipertensiva em 2004, quando foi afastada do trabalho por recomendação médica, mas obrigada a entregar suas tarefas durante o período de afastamento. Por fim, tudo isso fez com que ela desenvolvesse depressão, que lhe causou ainda dermatite seborreica no couro cabeludo e no rosto, neurodermite, herpes simples crônico e estresse emocional, o que até então jamais havia acontecido.

A perícia concluiu que os transtornos da reclamante não possuíam natureza orgânica, nem endógena, mas eram reações a causas externas identificáveis. Causas essas vinculadas com a própria organização do trabalho, que havia gerado um quadro misto de depressão e ansiedade – o que se encaixa no conceito de *burnout* – deixando-a incapacitada temporariamente.

Nesse contexto, ao analisar o caso, o TST entendeu necessário verificar se a doença da autora tinha relação de causalidade com seu contrato de emprego, para só então assegurar seu direito à estabilidade provisória de 12 meses após a cessação do auxílio-doença; e se havia direito a dano moral em razão do diagnóstico de *burnout*. Em sua decisão, o tribunal conceitua o *burnout* como “um distúrbio psíquico que tem como principal característica o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes” (BRASIL, 2015a, p. 11), e que é “intrinsecamente relacionada com as condições de trabalho do empregado, seja pela constante pressão no trabalho, assédio moral apreendido pelo empregador, seja pelo excesso de atribuições e cumulação de cargos” (BRASIL, 2015a, p. 11).

Mais adiante, o TST conclui que, no caso em questão, havia laudo pericial conclusivo pela existência de síndrome de *burnout*; e pela desnecessidade de tal fato ser atestado por médico perito do INSS. Em consequência, declarou nula a despedida da autora e deferiu as verbas do período de estabilidade como a indenização por danos materiais e morais.

4.3 O tratamento jurisprudencial dos transtornos mentais nas relações de trabalho

Considerando a quantidade de juízes do trabalho e de tribunais do trabalho que existem no país, o que contribui para a existência de inúmeras decisões distintas e discrepantes entre si, neste tópico, a pesquisa busca demonstrar como o Tribunal Superior do Trabalho (TST) lida com algumas das doenças mentais anteriormente aqui descritas.

O primeiro caso diz respeito à síndrome de *burnout*. No Recurso de Revista 1703003820095020312 (BRASIL, 2017b), a reclamante foi obrigada a reintegrar ao trabalho e pagar dano moral a uma empregada que havia sido demitida quando acometida pela referida síndrome. Antes do julgamento do TST, o TRT da 1ª Região:

[...] havia reformado sentença que anulou a demissão, desobrigando a DSND de reintegrar a empregada, uma analista de orçamento, e de lhe pagar a indenização por danos morais no valor de R\$ 20 mil, por entender que a doença, embora provada por perícia médica particular, não foi atestada pelo INSS. (BRASIL, 2017b).

Não obstante, o TST entendeu que, por ocupar cargo de chefia, a empregada normalmente era submetida à pressão e carga horária excessivas, o que demonstrava o nexo causal entre a doença que a acometia e seu trabalho.

O segundo caso tratava-se de um pedido de indenização por danos morais pelo desenvolvimento de doença do trabalho. A doença no caso seria a depressão desenvolvida face ao tratamento humilhante recebido pela autora no ambiente de trabalho por parte de sua supervisora. Na primeira instância, o juiz concluiu que havia comprovação do nexo causal entre o tratamento dispensado à autora e a doença adquirida equiparada a acidente do trabalho. O tribunal de segunda instância chegou à mesma conclusão que o juiz, após a análise dos autos, e por fim o TST considerou que, diante do contexto fático probatório constante nos autos – a existência do nexo causal entre o dano e o tratamento humilhante a que a autora fora submetida, além da clara culpa da reclamada –, assistia razão às instâncias inferiores, até mesmo porque não caberia ao TST revolver o conjunto probatório. (BRASIL, 2015b).

Em relação ao estresse pós-traumático, no Recurso de Revista 1703003820095020312 (BRASIL, 2017b), o TST usou do mesmo raciocínio empregado no caso acima: para a configuração de danos seria necessária a comprovação de nexo causal e culpa. No caso em pauta, o tribunal destacou que, tratando-se de doença do trabalho, a culpa do empregador é presumida, e por ser a autora portadora do transtorno de estresse pós-traumático desencadeado por conta dos incêndios ocorridos durante a atividade profissional, que reduziu parcialmente e

temporariamente a capacidade de trabalho da autora, era devida a ela indenização. Nesse sentido a ementa do acórdão:

RECURSO DE REVISTA. RESPONSABILIDADE CIVIL. DOENÇA OCUPACIONAL. ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. CONFIGURAÇÃO DE NEXO CAUSAL E CULPA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS e MATERIAIS. A indenização por dano moral, estético e material resultante de acidente do trabalho e/ou doença profissional ou ocupacional supõe a presença de três requisitos: a) ocorrência do fato deflagrador do dano ou do próprio dano, que se constata pelo fato da doença ou do acidente, os quais, por si sós, agridem o patrimônio moral e emocional da pessoa trabalhadora (nesse sentido, o dano moral, em tais casos, verifica-se pela própria circunstância da ocorrência do malefício físico ou psíquico); b) nexos causal ou concausal, que se evidencia pelo fato de o malefício ter ocorrido em face das condições laborativas; c) culpa empresarial, excetuadas as hipóteses de responsabilidade objetiva. Embora não se possa presumir a culpa em diversos casos de dano moral - em que a culpa tem de ser provada pelo autor da ação -, tratando-se de doença ocupacional, profissional ou de acidente do trabalho, essa culpa é presumida, em virtude de o empregador ter o controle e a direção sobre a estrutura, a dinâmica, a gestão e a operação do estabelecimento em que ocorreu o malefício. Na hipótese, consta na decisão recorrida que, segundo o laudo pericial, a Autora é portadora de doença (transtorno por estresse pós-traumático - TEPT) desencadeada por eventos traumáticos ocorridos no trabalho (dois incêndios durante a atividade laboral, um dos quais teria destruído o seu local de trabalho). O perito judicial registrou que não há componente de assédio moral no quadro clínico de TEPT da Autora, destacando que a doença foi desenvolvida após os 2 incêndios ocorridos na Reclamada e que ensejou a redução parcial e temporária da capacidade laboral obreira em 25%. A conclusão pericial foi acolhida pelo Magistrado de 1º grau de Jurisdição, que reconheceu o nexo de causalidade entre o labor exercido pela Autora para a Ré e a doença e considerou nula a rescisão contratual. O Tribunal Regional, contudo, sopesando as provas dos autos - a inexistência de assédio moral, a dinâmica dos incêndios narrada pela testemunha e os esclarecimentos genéricos do perito em relação ao histórico pessoal da Reclamante -, concluiu pela inexistência de nexo causal. Entretanto, a situação fática relatada no acórdão recorrido indica o caráter ocupacional da moléstia, pois evidencia que o transtorno de estresse pós-traumático desenvolvido pela Autora foi uma resposta a eventos traumáticos por ela vivenciados (dois incêndios), os quais, ao atentarem contra a sua integridade física, provocaram sofrimento clinicamente significativo atestado pelo perito judicial, com redução parcial e temporária em 25% da capacidade laboral. Além disso, houve gozo de auxílio doença no curso do contrato, no período de 27.8.2007 a 22.5.2009. Note-se que o depoimento da testemunha confirma a existência dos eventos estressantes (incêndios), sem, contudo, fornecer qualquer elemento quanto ao estado psicológico da Reclamante durante e após os incêndios ou informações que pudessem mitigar a conclusão pericial. Nesse contexto, constatado o nexo causal e o dano, e considerando-se que o empregador tem o controle e a direção sobre a estrutura, a dinâmica, a gestão e a operação do estabelecimento em que ocorreu o malefício, desponta a premissa da culpa presumida do Reclamado. Além de tudo, a ocorrência de dois sinistros de incêndio sucessivos no estabelecimento empresarial mitiga a presunção de caso fortuito e aponta para a desídia da Reclamada quanto à adoção de medidas para prevenir este tipo de sinistro. Constatados o dano, o nexo causal e a culpa, consequentemente há o dever de indenizar. Recurso de revista conhecido e provido. (BRASIL, 2017b).

5 TRABALHO COMO FATOR MEDIADOR DA SAÚDE

O trabalho não é apenas um meio de garantir a subsistência, é também uma das formas de socialização e de realização pessoal. Ele é um dos fatores geradores de bem-estar, que faz parte do conceito de saúde; dessa forma, o trabalho se faz necessário na vida da maioria dos indivíduos.

Como visto nos capítulos anteriores, o trabalho pode ser ao mesmo tempo a causa de possíveis transtornos mentais, como também uma forma de (re)inserção social, haja vista que a falta de trabalho pode gerar danos à saúde.

5.1 A reforma psiquiátrica no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde, em documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental no ano de 2005, o processo da reforma psiquiátrica brasileira inicia-se na década de 1970, “inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (BRASIL, 2005, p. 6).

Do XVII até o século XX, era comum o cuidado dos enfermos mentais mediante internações em hospitais, manicômios ou asilos.

Somente no século XX, no período Pós-Segunda Guerra, é que as críticas, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios, vão crescer e impor mudanças ou “reformas” no asilo e na estrutura do tratamento psiquiátrico. (HEIDRICH, 2007, p. 38).

Referidas mudanças refletiram na forma como outros países passaram a tratar seus doentes mentais institucionalizados. Como salienta Heidrich, o modelo italiano, por exemplo, propunha uma transformação da compreensão da loucura, levando os estudiosos a uma abordagem crítica da psiquiatria. Esta nova visão permitiu superar o conceito de doença mental pautado na opressão e na dominação do doente, lançando as bases para a *desinstitucionalização psiquiátrica*. (HEIDRICH, 2007).

Nessa ordem de ideias, cumpre destacar o papel de grande relevância desempenhado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), que, tendo assumido a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia no ano de 1961, implementou grandes mudanças no tratamento ao doente mental institucionalizado, substituindo o tratamento hospitalar e manicomial por serviços de atenção comunitários, implantação de emergências psiquiátricas em hospitais gerais, entre outras medidas. Tais mudanças exerceram grande influência sobre a psiquiatria brasileira. (LANDEIRA-FERNANDEZ; CHENIAUX, 2010).

Observa-se que tal influência é percebida entre nós já no ano de 1978, quando surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário e demais entidades. Tais grupos denunciaram a violência nos manicômios, no contexto de uma reforma psiquiátrica nascente, que buscava mudanças nas políticas de assistência aos enfermos mentais do País. (BRASIL, 2005).

Feitas tais considerações, é relevante recorrer à definição do termo “reforma psiquiátrica” estabelecida pelo Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

É importante ressaltar que, para a implementação desse processo de reforma psiquiátrica, foi fundamental a edição da Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a).

Sobre a referida legislação, Oguisso e Freitas afirmam que:

A política nacional de saúde mental, com base na lei n. 10.216/2001, tem por objetivo consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e desenvolvido na comunidade. A proposta é garantir livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços oferecidos na comunidade. Assim, teve início a redução de leitos hospitalares, a criação de diferentes serviços de saúde mental como centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, internação hospitalar em hospital geral e especializado, comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua, entre outros. (OGUISSO; FREITAS, 2015, p. 291).

A Lei nº 10.216/01 foi um marco da reforma psiquiátrica implantada no Brasil, uma vez que trouxe avanços na proteção aos direitos humanos das pessoas diagnósticas com transtornos mentais, além de oferecer meios para reorientar a assistência aos pacientes, mudando o foco para o atendimento comunitário, e buscando levar a pessoa em situação de exclusão social para uma situação de cidadania. (MARI, 2011).

A reforma psiquiátrica brasileira teve como objetivos a humanização dos hospitais psiquiátricos por meio de melhores condições de tratamento e implementação de novas estratégias de cuidado, bem como a criação de serviços de saúde mental comunitários. Em consequência da modernização do tratamento psiquiátrico, surgiram outros meios para substituição do sistema de asilos, que propunham tratamentos considerando os diferentes

níveis de complexidade dos transtornos mentais dos pacientes. Entre eles estavam os pront-socorros psiquiátricos, novos hospitais psiquiátricos e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), além de outros centros de serviços terapêuticos. (HUMES, 2016, p. 35).

5.2 O trabalho como (re)inserção social

Com a reforma psiquiátrica no Brasil, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, instituiu na década de 1980 em São Paulo o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS¹⁹, que em pouco tempo se espalhou por todo o País. CAPS é um serviço de assistência pública em saúde mental individual e coletiva, que tem o propósito de obstar internações e amparar os ex-internos dos antigos manicômios em conjunto com os seus familiares. (RIBEIRO, 2004). Segundo Burke e Bianchessi (2013): “[...] parte desta política é uma estratégia que visa o atendimento integral, procurando promover, dentre outros, a (re)inserção social do usuário através do trabalho”.

Desde os primeiros tempos até a atualidade, o trabalho faz parte do desenvolvimento humano. Para ter acesso à educação, à saúde, ao lazer, e garantir seu sustento e o de sua família, as pessoas dependem do trabalho. Porém, o trabalho não serve apenas como instrumento para a aquisição de bens; vai além, pois trata-se da própria dignidade da pessoa humana, dando sentido e acrescentando valor às nossas vidas: “[...] o trabalho pode ser considerado elemento constituinte da essência humana, do saber aprender de cada indivíduo, da força de coesão e da integração social” (HELLER apud BARROS; HONÓRIO, 2015, p. 23). Portanto, “[...] o trabalho como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania” (BURKE; BIANCHESSI, 2013).

No entanto, esta (re)inserção colide com o mercado de trabalho conduzido pelo capital, que tende a excluir os tidos como desviantes da ordem; assim entendidas as pessoas consideradas “loucas” por sofrerem algum tipo de transtorno mental. No mercado de trabalho, essas pessoas são vistas como incapazes, como inúteis para produzir; seja por desconhecimento, medo ou simplesmente por preconceito dos empregadores.

Diante desta complexidade, surgiram associações para auxiliar a inclusão dos portadores de sofrimento psíquico no mercado de trabalho:

¹⁹ Em 2011, foi editada a Portaria nº 3.088, republicada em 21 de maio de 2013, cuja ementa dispõe: “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Com a intenção de fazer frente a esta lógica, programas de Inclusão Social pelo trabalho foram criados com o objetivo de contribuir para a reabilitação psicossocial e econômica da pessoa com transtorno mental, por meio de sua inserção em oficinas de Geração de Trabalho e Renda ou em grupos associativos, organizados de forma coletiva e participativa, formais ou informais, sendo regidos por diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Economia Solidária. Estes programas apoiam a inclusão social, o acesso ao trabalho e renda sob a égide dos direitos humanos, o incremento da autonomia e da emancipação do usuário, desenvolvimento da cooperação e da solidariedade, fortalecimento do coletivo e geração de alternativas concretas (BRASIL, 2011). (BURKE; BIANCHETTI, 2013).

É imperioso ressaltar que o trabalho, também, é um instrumento utilizado para amenizar casos de doenças mentais mais severos, como, por exemplo, a neurose e a psicose, inclusive para indivíduos que chegaram a ser internados em manicômios.

Uma pesquisa realizada pela terapeuta ocupacional Selda Engelman²⁰ na Associação de Trabalhadores da Unidade de Triagem do Hospital Psiquiátrico São Pedro (ATUT), em 2003, demonstrou a importância do trabalho na vida do cidadão, mesmo quando este é acometido por transtornos mentais.

A Associação, que iniciou em janeiro de 2000, quando foi criado o Espaço Cooperativado de Reciclagem, teve como ideia inicial organizar uma cooperativa de trabalho [...]. A equipe técnica, composta por uma terapeuta ocupacional (TO) e um psicólogo, encarregou-se de organizar uma oficina de trabalho de reciclagem de materiais, resíduos sólidos, inicialmente composta por moradores do HPSP e do Instituto D. Bosco (D. Bosco), hospital para deficientes físicos, vinculado ao HPSP e localizado no município de Viamão. [...] organização que é utilizada pelos trabalhadores como rede de sustentação, apoio e também meio para reverterem ou minimizarem suas condições de precariedade: econômica, social, política e psíquica. Seria chamada de Empresa Social. (ENGELMAN, 2006, p. 19 e 27).

Tal projeto agregou, também, moradores da Vila São Pedro, situada nos arredores do hospital Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) (ENGELMAN, 2006, p. 29). Em iniciativas como esta, percebe-se a tentativa de inclusão de pessoas com sofrimento psíquico e em situação de miserabilidade.

O trabalho na reciclagem é apropriado, pois dá oportunidade a quem não possui qualificação e/ou não tem experiência no mercado de trabalho. Assim, essas pessoas laboram de forma cooperativa e solidária.

A importância de empresas sociais, como a ATUT, está no trabalho que se insere dentro de um mundo produtivo, dentro das regras de um mercado, com disponibilidade de salário, com um apelo à produção e que implica algo mais além do trabalhador, exige transformação social. (ENGELMAN, 2006, p. 29).

Engelman ressalta a importância de um trabalho coletivo de valor social e sobre o efeito da ATUT:

²⁰ A pesquisa realizada pela Terapeuta Ocupacional Selda Engelman originou o livro *Trabalho e loucura: uma biopolítica dos afetos*.

A ATUT atende emergência vinculada às transformações de um manicômio no contexto da Reforma Psiquiátrica e nos novos modos de tratar a loucura na sociedade contemporânea. A ATUT escapa de um modelo de reabilitação tradicional, de entretenimento (entreter dentro) e volta-se para a constituição de um trabalho coletivo de valor social. O acoplamento com moradores da Vila São Pedro, através dos Coletivos de Trabalho, impulsionou a invenção de uma empresa social transversalizada pelos princípios da solidariedade, da cooperação e do empreendedorismo biopolítico. (ENGELMAN, 2006, p. 135).

Naturalmente, pessoas portadoras de sofrimento psíquico necessitam do apoio de associações e outras instituições – governamentais ou não – para que consigam se reinserir no mercado de trabalho, preenchendo funções para as quais estejam aptas. Só assim poderão usufruir uma melhor condição de vida, valendo-se do trabalho para restabelecer sua dignidade. Nesse sentido, de forma ainda mais visível, o trabalho aparece como verdadeiro instrumento mediador a saúde.

Castro e Cançado se valem dos ensinamentos de Ferreira e Mendes para concluir: (2009, p. 22):

[...] a vivência do prazer origina-se do bem-estar que o trabalho causa no corpo, na mente e nas relações com as pessoas e manifesta-se por meio de gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho, constituindo-se como um dos indicadores de saúde no trabalho. Assim, a vivência de prazer no trabalho caracteriza-se como um estado marcado pela adequação da carga psíquica e, conseqüentemente, pelo melhor funcionamento do aparelho psíquico do trabalhador, derivado da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador.

A sociedade vem enfrentando outro problema que também é fato gerador de transtornos mentais – o temido desemprego. A pessoa desempregada por longo período pode vir a sofrer de transtornos mentais e comportamentais, como, por exemplo, alcoolismo crônico (F10.2), transtornos neuróticos especificados, incluindo neurose profissional (F48.8) e/ou transtorno de ciclo vigília-sono (F51.2)²¹. (BRASIL, 1999).

Como visto, há “situações em que a doença se instala no trabalhador desempregado, que, permanecendo alijado do mercado de trabalho, não conta com qualquer proteção previdenciária para efeito de aposentadoria. É um número que não consta das estatísticas” (LIMA; SÁ, 2015, p. 333).

Há décadas, de modo geral, o desemprego vem aumentando – tanto no Brasil como em inúmeros outros países do mundo. Fala-se até em seu caráter “estrutural”. Muitos culpam as empresas por terem absorvido o modelo de produção toyotista, com suas técnicas de produção enxuta através do sistema produção *just in time*. Esse sistema reduz o estoque e a mão de

²¹ Portaria nº 1.339/99: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho.

obra, uma vez que é produzido somente o necessário, no tempo necessário e na quantidade necessária.

Como dito, a disseminação de tal modelo de produção propiciou o aumento do desemprego, tanto que muitas empresas passaram a adotar a terceirização externa, “[...] jogando para fora de si não só trabalhadores, como algumas das – ou mesmo todas as – etapas de seu ciclo produtivo” (VIANA, 2015, p. 14).

Por conseguinte, com o aumento das tecnologias de informação e a necessidade de especialização para acompanhar tais mudanças, o trabalho moderno passou a exigir como requisito básico uma qualificação sempre mutante, cada vez mais sintonizada com a realidade de cada dia. O mercado de trabalho contemporâneo impõe a necessidade de um trabalhador poliqualificado, multifuncional e que seja hábil para trabalhar em equipes (TEODORO, 2015, p. 317).

Marques (2015, p. 253) é outro autor que relaciona o modelo de gestão precarizante com o desemprego:

[...] Dejours (2000) constata que, diante do desemprego estrutural com um enorme contingente de pessoas desempregadas no mercado de trabalho, os dirigentes das empresas desenvolveram a noção de que os trabalhadores podem ser facilmente substituídos em suas atividades em razão da disponibilidade de mão-de-obra; eles puderam se utilizar tanto de eventuais ameaças como até mesmo a própria demissão para substituir sujeitos considerados inadequados ao perfil que se deseja ou até mesmo para contratar profissionais com remuneração menores. Nesse sentido, a noção de risco de demissão tornou-se presente no dia-a-dia dos trabalhadores e o medo está sendo utilizado como mecanismo de controle e obtenção de resultados para as empresas.

A organização do trabalho e a má gestão podem trazer medo e sofrimento ao trabalhador, podendo causar graves acidentes de trabalho ou transtornos mentais. Ao contrário, o trabalho executado em um ambiente saudável é benéfico ao equilíbrio mental e à saúde do corpo. “Assim, o trabalho se revela essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da auto-realização, da sublimação e da saúde.” (DEJOURS, 2006, p. 98). Nesse sentido, o trabalho significa “[...] ao mesmo tempo, fonte de prazer e de sofrimento para quem dele vive” (AZEVEDO; ABREU E SILVA, 2015, p. 119).

Nesse aspecto:

[...] o trabalho pode levar ao pior, tanto da perspectiva da saúde individual como do ponto de vista político -, podemos também partir do pressuposto de que o trabalho também é capaz, tanto no plano de saúde individual como no plano da política, de proporcionar o melhor: muitas mulheres e muitos homens estão, graças ao trabalho, em melhor estado de saúde mental do que estariam caso não trabalhassem. (DEJOURS, 2004, p. 20).

A função laborativa é importante na formação da identidade do empregado:

O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade. (LANCMAN, 2008, p. 31 apud BOUYER, 2010).

Logo, o desemprego também pode afetar o bem-estar e a saúde mental do indivíduo:

Nada, nada mesmo dignifica mais o homem do que o trabalho e o faz à semelhança de seu Criador.
Em contrapartida, nada, nada mesmo torna o homem mais indigno do que a falta de trabalho.
Se, por um lado, explorar o trabalho do homem é açoitar o seu corpo, de outro lado não lhe dar trabalho é açoitar a sua alma, é degenerar os seus valores morais. (RENAULT, 2004, p. 47)

As condições e relações laborais entre o trabalhador e o gestor ou daquele com colegas de trabalho podem intervir com a qualidade de vida. Outrossim, os danos causados por um trabalho degradante podem ser os mesmos causados pelo desemprego de longa duração, vez que, também, são fatores que provocam ou ajudam a provocar doença mental. Por isso a necessidade de um ambiente de trabalho saudável para que o trabalhador possa se identificar e, por meio do trabalho digno, se realizar como pessoa humana que trabalha. Em outras palavras, “o trabalho contribui para a saúde mental do trabalhador. Ele estimula a capacidade cognitiva, traz sentimentos de pertencimento, integração e alívio pela “não desocupação””. (AZEVEDO; ABREU E SILVA, 2015, p. 117).

Penido (2011, p. 227) entende que o trabalho digno:

[...] implica um trabalho seguro, realizado em um ambiente onde todas as normas de direitos fundamentais e de medicina e segurança no trabalho sejam respeitadas, portanto, trabalho digno é também o realizado em um ambiente de trabalho onde a integridade psíquica e emocional do empregado é respeitada, em outras palavras, onde os fatores psicossociais não causam transtornos mentais e de comportamento.

Verifica-se que o trabalho pode ressocializar o trabalhador acometido de algum tipo de transtorno mental, dando “[...] sustentação ao indivíduo na sua busca de identidade e na sua integração social” (SAINT-JEAN, 2003, p. 48). Não é segredo para ninguém que “sofre quem não consegue trabalho e, pois, se vê marginalizado, envergonhado e indigno” (AZEVEDO; ABREU E SILVA, 2015, p. 120).

Lancman (2004, p. 30), assinala que:

O desemprego de longa duração não pode estabelecer estratégias para seu futuro; não se sente socialmente integrado. Embora o conceito de sociabilidade não possa ser reduzido a um conceito construído exclusivamente nas relações de trabalho, o desemprego não é necessariamente sinônimo de ausência completa de vínculos. É

necessário que o sujeito esteja inscrito em estruturas e participe de determinadas interações portadoras de algum sentido para ele. E o trabalho é, segundo penso, o maior fator de produção de sentido para a integração social.

É cediço que o desemprego enfraquece as relações sociais, principalmente a relação familiar, uma vez que há perda financeira, de consideração social, de segurança e, conseqüentemente, de autoestima. Principalmente para a pessoa que está desempregada por longo período. “Essa vulnerabilidade é expressa em um aumento do número de divórcios e na fragilização da relação com os filhos. As transformações do trabalho mudam as estratégias familiares e a relação geracional entre pais e filhos.” (LANCMAN, 2004, p. 30).

E se o desemprego é uma tragédia para qualquer indivíduo, a situação se agrava, naturalmente, quando ele sofre de algum transtorno mental. É que, neste caso, a tendência é a deterioração de seu quadro clínico, principalmente se o transtorno foi provocado pelo próprio trabalho anterior, já que este fato, por si só, faz crescer o desafio de enfrentar um novo emprego. Neste sentido, Heloani e Capitão (2003):

[...] quando a produtividade exclui o sujeito podem ocorrer as seguintes situações: reatualização e disseminação das práticas agressivas nas relações entre os pares, gerando indiferença ao sofrimento do outro e naturalização dos desmandos administrativos; pouca disposição psíquica para enfrentar as humilhações; fragmentação dos laços afetivos; aumento do individualismo e instauração do pacto do silêncio coletivo; sensação de inutilidade, acompanhada de progressiva deterioração identitária; falta de prazer; demissão forçada; e sensação de esvaziamento.

Em síntese, como se pode observar, a (re)inserção de pessoas portadoras de sofrimento mental vai muito além da questão econômica.

5.3 O Direito vivido e a sensibilidade de sua aplicação

A alta competitividade, a busca por resultados, a necessidade de qualificação para se manter no mercado de trabalho e escapar do temido desemprego fazem com que o trabalhador se submeta a um ritmo frenético de trabalho e sacrifique muitas vezes uma vida social saudável em favor da sobrevivência de sua família – ou até mesmo para alcançar o status tão sonhado. No último caso, especialmente o sofrimento costuma ser velado; disfarça-se por detrás dos símbolos de sucesso, como o distintivo da empresa, a mesa no escritório, um salário um pouco maior, os elogios do chefe ou o trabalho com o computador.

As novas exigências de performance, resultado de um modelo mais radical de capitalismo, traz conseqüências graves, como narrado anteriormente; muitas delas, visíveis; outras, invisíveis, como os transtornos mentais que ocorrem de forma gradativa fazendo-se

imperceptíveis às vistas dos empregadores, operadores do Direito, sindicatos, Ministério do Trabalho e até mesmo do próprio trabalhador. Mas que atualmente exercem um impacto imenso nas estatísticas do INSS, ocupando o *ranking* de terceiro grupo causador de afastamento temporário ou aposentadoria por invalidez, conforme verificado no item 4.2 do presente trabalho.

As partes envolvidas na relação entre atividade, organização do trabalho, saúde mental do trabalhador e sua normatividade têm que refletir sobre o choque emocional causado pelo trabalho “cada vez mais denso, tenso e mais intenso”, conforme expressa Oliveira, acrescentando:

Dense: fazemos mais coisas na mesma quantidade de minutos, por menos tempo – micro decisões por minuto, logo o trabalho é exauriente. Fazemos várias coisas ao mesmo tempo, tornando o trabalho mais cansativo. Mais tenso: porque a competição aumentou e, intenso: excesso, fenômeno estudado no meio trabalhista. (informação verbal).²²

Diante de tanta pressão, o cérebro do indivíduo já não consegue mais responder às exigências – o que resulta em transtornos mentais. Estresse, depressão e ansiedade lideram as causas de afastamento pelo INSS, gerando alto custo para a Previdência Social e forte abalo emocional para os trabalhadores e seus familiares, numa espécie de *efeito ricochete*.

Logo, para que mantenha um ambiente de trabalho saudável, com uma organização de trabalho eficiente, o empregador deve compreender a relação entre trabalho e saúde mental. Afinal, é o empregado “que realiza o trabalho; é dele que se exige o empenho para fazer o trabalho; é ele quem analisa as condições que tem para realizá-lo é ele que sofre o desgaste físico, mental e emocional; é ele que, por fim, adocece, sofre acidentes e morre”, conforme explica Cardoso (2015).

Há necessidade de se atenuar, na prática, o poder empregatício, dando-se maior efetividade aos princípios, regras e institutos que assegurem o direito à proteção e saúde do trabalhador.

Nesse sentido, Godinho (2016, p. 717) aduz que:

Uso de técnicas motivadoras abusivas e desrespeitosas: a adoração de métodos, técnicas e práticas de motivação de pessoal que fustiguem as fronteiras conferidas por princípios e regras constitucionais referentes à tutela da dignidade do trabalhador, sua segurança e bem-estar, além de sua saúde, desrespeitando ainda os princípios ainda os princípios constitucionais da proporcionalidade e da razoabilidade, isso implica a incidência da obrigação de reparar as lesões perpetradas.

²² Gravação da palestra proferida por Sebastião Geraldo de Oliveira, no Seminário Reforma Trabalhista, em Belo Horizonte, em 4 de outubro de 2017.

Godinho (2016, p. 717) acrescenta que “é fundamental que o poder empregatício se atualize e se renove, adotando critérios e técnicas motivacionais e de críticas compatíveis com a modernidade jurídica instaurada pela Constituição de 1988”.

Percebe-se uma falta de sensibilidade por parte dos entes sociais, principalmente o sindicato, uma vez que em geral não se discutem nos instrumentos normativos cláusulas que limitem no plano concreto o poder diretivo. Em regra, convenções ou acordos coletivos não trazem cláusulas com intuito de prevenção quanto ao ambiente de trabalho para evitar possíveis transtornos mentais relacionados à atividade do trabalhador, como, por exemplo, sanções para empresas que fomentam uma organização de trabalho precária.

Nesse sentido, Cardoso discorre sobre a importância de os sindicatos questionarem a organização e gestão dos empregadores:

[...] essa ausência de discussão fica evidenciada pelos resultados dos acordos ou convenções coletivas, nos quais praticamente não existem cláusulas sobre a organização do trabalho, a gestão, o processo de inovação tecnológica ou a intensificação (Cardoso, 2013b). Mesmo quando a questão da saúde é foco de negociação coletiva, na maior parte das vezes a discussão recai sobre as consequências e não sobre as causas do adoecimento (Cardoso, *et al.*, 2011). Uma pesquisa com o referido objetivo respaldaria trabalhadores e seus representantes para pressionar os empregadores a abrirem um debate sobre o assunto. Ao mesmo tempo, contribuiria para que os profissionais que trabalham na área da saúde do trabalhador incluíssem o trabalho como elemento essencial para a compreensão do processo saúde-doença. (CARDOSO, 2015).

A aplicabilidade das normas, no dizer de Oliveira (2010, p. 134), “será maior quanto mais o cidadão, o trabalhador ou o sindicato reivindicarem o cumprimento dos dispositivos legais que garantem a saúde no trabalho”.

Cabe, também, ao sindicato não somente garantir a aplicabilidade das normas existentes, mas utilizar seus instrumentos normativos para fomentar outras tantas, com intuito de proteger a saúde psíquica, no ambiente das relações de emprego. “Surge a necessidade da intervenção preventiva nesse campo, pois os transtornos mentais, de acordo com expertos, podem causar a incapacidade para o trabalho de várias ordens e graus”. (PENIDO, 2011, p. 209).

Quanto ao Ministério do Trabalho e Emprego, apesar de a NR 17, que regulamenta a ergonomia, determinar que “[a] organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado” (BRASIL, 1978), são pouco frequentes as atuações de empresas em casos de pressão no trabalho, metas abusivas, entre outras causas possíveis de adoecimento mental. Uma das razões apontadas tem sido a determinação para que os auditores fiscais não realizem entrevistas. No entanto, em

casos de denúncia pelo sindicato, o Ministério pode propor reunião ou mediação entre sindicato e empresa.

Por outro lado, aos juristas falta receptividade para acolher a doença mental como efeito de uma organização perversa do trabalho. Com frequência, hesita-se ainda em relacionar o transtorno mental com a atividade do trabalhador. Por isso, em geral, postula-se somente a indenização por dano moral, relegando-se a segundo plano a adoção de medidas que coibam aquelas práticas.

Lancman destaca a necessidade de se associar a doença mental com a organização do trabalho:

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações. (LANCMAN, 2004, p. 33).

Ao que complementa Cardoso:

Daí a extrema importância de ampliar a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP)²³, que permite identificar quais doenças e acidentes relacionados com a prática de determinada atividade profissional. É possível, assim, qualificar o acidente de trabalho e demarcar que se trata de benefício acidentário e não previdenciário normal. (CARDOSO, 2015, p. 82).

Uma vez provado o nexo causal entre a atividade realizada pelo trabalhador e o transtorno mental, a empresa terá que emitir a CAT, que muitas vezes é omitida ou declarada incorretamente para evitar gastos extras.

Cardoso alega que:

Quando o NTEP é identificado, a empresa deve aprovar que as doenças não derivam da atividade profissional e os acidentes de trabalho não foram causados pelo trabalhador, ou seja, o ônus da prova passa a ser do empregador e não mais do trabalhador. Entretanto, vale ressaltar que, apesar de ser uma grande conquista, o NTEP ainda é muito limitado e nem sempre aplicado pelos peritos do INSS (Maeno, 2009), como pode ser observado no volume de benefícios previdenciários e acidentários concedidos pelo Ministério da Previdência. (CARDOSO, 2015, p. 83).

²³ O NTEP é obtido a partir de um cruzamento entre os códigos da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e da CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica), baseado em estudos científicos sobre estatística e epidemiologia.

O não reconhecimento das doenças psíquicas como ocupacionais é sintomático em relação à conduta das empresas do setor e ao próprio INSS, num padrão geral de subnotificação do adoecimento psíquico que é reiteradamente verificado²⁴.

Naturalmente, a responsabilidade pela saúde física e mental do trabalhador é do empregador que está usufruindo de seu trabalho. Mesmo quando se trata de terceirizado, será da empresa contratante (tomadora de serviços)²⁵ a responsabilidade de manter uma organização de trabalho saudável, a “atuação dos serviços de saúde e a colaboração dos empregados não eximem o empresário dessa obrigação” (OLIVEIRA, 2010, p. 104).

Gonçalves (apud Oliveira, 2010, p. 41) lembra que:

[...] a penosa caminhada de uma sociedade, que ainda não resolveu problemas de ordem vital para a maioria de seus membros, desperta, nos estudiosos mais conscientes da dignidade reconhecida a cada ser humano pelo Direito, a indignação por sabê-lo existente e por vê-lo, não obstante negado.

Como já aqui abordado, a Constituição Federal de 1988, a Consolidação das Leis do Trabalho e as Normas Regulamentadoras, além das Convenções Internacionais, normatizam a garantia e proteção à saúde do trabalhador. No entanto, o maior problema a ser enfrentado pelos empregadores, juristas e entes sociais é o Direito vivido e a sensibilidade de sua aplicação. Para Oliveira (2010, p. 134), “[...] no campo da saúde do trabalhador, a luta do momento é como tornar real o que já é legal”.

²⁴ Alves observa que a negação social do adoecimento mental conduz à subnotificação dessas patologias, na medida em que seu reconhecimento depende diretamente da postura dos profissionais de saúde vinculados às instituições estatais de amparo. “Levar a sério” o sofrimento e o desgaste mental não parece ser o padrão de conduta majoritário entre os profissionais da saúde e agentes estatais responsáveis pela regulação hoje, também eles envolvidos pela ideologia de negação do adoecimento. “Os mecanismos da ideologia das doenças do trabalho são múltiplos. Um deles é a subnotificação ou notificações insuficientes. Depois, a dissimulação do nexo causal não apenas com respeito ao trabalho propriamente dito, mas com respeito às relações sociais onde estão inseridos os homens e mulheres proletários assalariados.” (ALVES, 2013. p. 129).

²⁵ Art. 4º-C da Lei nº 13.467/17 que altera a Lei nº 6.019/74. “São asseguradas aos empregados da empresa prestadora de serviços a que se refere o art. 4º-A desta Lei, quando e enquanto os serviços, que podem ser de qualquer uma das atividades da contratante, forem executados nas dependências da tomadora, as mesmas condições: [...] II - sanitárias, de medidas de proteção à saúde e de segurança no trabalho e de instalações adequadas à prestação do serviço.

6 CONCLUSÃO

Tem-se por dignidade da pessoa humana a característica intrínseca e distintiva do ser, que o faz merecedor de respeito e consideração, expressos em um conjunto de direitos e deveres fundamentais.

A saúde corresponde a um direito humano, que ao ser constitucionalizado adquiriu natureza jurídica de direito fundamental.

Hodiernamente, saúde é considerada resultado de vários fatores, entre os quais a alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social de produção. Logo, saúde vai além do completo bem-estar físico e mental agregando, também, a estrutura socioeconômica. Com isso, seu conceito é ainda mais amplo que aquele definido pela OMS.

A globalização, como parte desta estrutura, proporcionou a potencialização da economia e avanços tecnológicos. Em contrapartida, inversamente ao esperado, o número de acidentes de trabalho se expandiu, principalmente os acidentes ocupacionais, como os transtornos mentais, estresse, alcoolismo, fadiga, síndrome de *burnout*, estudados na presente pesquisa.

Como explanado anteriormente, a organização do trabalho adotada pelo empregador é fator basilar para o aumento de doenças ocupacionais; as metas inatingíveis, a remuneração por produção, os excessos de jornada, intervalos insuficientes para alimentação e descanso, ambientes insalubres e/ou perigosos. Em suma, tais condições trazem dor e sofrimento ao trabalhador, que necessita do emprego para sua sobrevivência e a de sua família, assim como para sua realização como indivíduo social.

O trabalho não é somente um meio de subsistência, é também onde o indivíduo se realiza, interage com a sociedade. Sendo assim, tem-se que o ambiente de trabalho deveria ser um lugar acolhedor, salubre, livre de qualquer perigo iminente e, no mínimo, seguro. O desequilíbrio na organização do trabalho pode levar o trabalhador ao adoecimento mental.

Em outras palavras, na mesma medida em que o trabalho digno é importante para que o homem assuma sua verdadeira dimensão, o trabalho indigno é fator decisivo para que o homem perca sua essência e se degrade. Para o bem e para o mal, o trabalho condiciona a vida do indivíduo e, assim, responde por nossa felicidade.

No Brasil os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição como motivo para afastamento do trabalho por auxílios-doença e aposentadorias por invalidez.

Como visto no item 4.2, essa posição pode ser até maior – ou pior –, haja vista a dificuldade em se relacionar o sofrimento psíquico causador da doença mental com o trabalho.

No entanto, paradoxalmente, o que se verifica é que no Brasil existem leis suficientes para coibir abusos na organização do trabalho. A saúde e o meio ambiente do trabalho estão constitucionalmente assegurados. Há ainda várias normas internacionais e infraconstitucionais. Numa esfera menor, mas ainda assim importante, existem inúmeras portarias e NRs que tratam sobre o tema.

O ordenamento existente é eficaz em termos jurídicos, mas não é aplicado satisfatoriamente. E esta situação deve ser corrigida o mais breve possível, mesmo porque há ferramentas para tanto.

Dessa forma, tem-se que a saúde ultrapassa a ideia de proteção do bem-estar, abrangendo também a prevenção e promoção da saúde. No caso, a prevenção da saúde corresponde a ações antecipadas e preventivas, guiadas por intervenções precisas, projetos de prevenção e de educação, destinadas a atacar o mal pela raiz.

Tudo isso passa por um despertar de consciência e também pela quebra de preconceito relativos ao transtorno mental. E esse despertar conduz a uma nova reflexão quanto à responsabilidade dos atores da sociedade. Entre esses atores estão, naturalmente, os poderes públicos, mas também estão os sindicatos, os novos movimentos sociais, as instituições não governamentais, a imprensa e a escola – apenas para lembrar alguns exemplos.

O sindicato, por exemplo, tem meios para promover ações preventivas para evitar e/ou amenizar o risco psíquico no trabalho, mediante cláusulas nos instrumentos normativos que limitem o poder diretivo patronal. Outras espécies de cláusulas podem inserir nos regulamentos de empresa mecanismos para tornar o direito mais efetivo.

É imperioso ressaltar que a responsabilidade pela saúde física e mental do trabalhador é do empregador, que está usufruindo da mão de obra daquele.

No plano estritamente jurídico, é preciso vencer a resistência em relação à aplicação imediata dos direitos fundamentais, entre eles os sociais, nos termos do art. 5º, § 1º, da CF/88.

Aos juristas, é preciso mais sensibilidade para perceber a frequente – mas dissimulada – conexão entre sofrimento psíquico e trabalho, a fim de buscar no vasto ordenamento jurídico a melhor solução para garantir a dignidade do empregado.

Naturalmente, essa nova sensibilidade exigirá mais estudos, especialmente aqueles voltados para além do Direito. Afinal, num mundo cada vez mais complexo, como o de hoje, é preciso abrir os horizontes do conhecimento, a fim de se entender minimamente o que se passa e se posicionar criticamente em face das possibilidades abertas pela ordem jurídica.

Tudo isso significa que o trabalhador não só precisa ter direito à saúde e ao bem-estar no plano teórico, mas ser efetivamente objeto da proteção e prevenção. Como se disse, trata-se de verdadeira condição para que ele tenha realmente uma vida digna, o que significa bem mais do que auferir direitos materiais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.
- ALVARENGA, Rúbia Zanotelli de. Princípios Fundamentais de Direito Ambiental do Trabalho. In: EÇA, Vitor Salino de Moura (Coord.). **Trabalho & Saúde**. Belo Horizonte: RTM, 2015. Cap. 11. p. 267-291.
- ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho: ensaios de sociologia do trabalho**. Bauru: Canal 6, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DMS-5**. Tradução de Mara Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=QL4rDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-R&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 maio 2017.
- ASSUMPCÃO JÚNIOR, Francisco Baptista. **Fundamentos de Psicologia: psicopatologia aspectos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. [E-Book].
- ANDRADE, Daniela Rafaela. O direito de resistência ao trabalho não seguro em tempos de crise. In: TEODORO, Maria Cecília Máximo et al. (Coord.). **Tópicos contemporâneos do direito do trabalho: reflexões e críticas**. Belo Horizonte: RTM, 2017. v. 2.
- AUBERT, Nicole. A neurose profissional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, n. 33, p. 84-105, 1992.
- AZEVEDO, Leticia Bittencourt; ABREU E SILVA, Lídia Marina de Souza e. Prazer e sofrimento no trabalho: reflexões sobre a ambivalência do trabalho no Brasil contemporâneo e sua ligação com o Direito. In: TEODORO, Maria Cecília Máximo (Coord.). **Direito material e processual do trabalho**. São Paulo: LTr, 2015. p. 117-126.
- BARROS, Nereida Maria Guabiroba Coelho; HONÓRIO, Luiz Carlos. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um Hospital Regional Mato-Grossense. **REGE Revista de Gestão**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-39, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/102621/100887>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3120150/mod_resource/content/2/O%20território%20e%20o%20processo%20saúde-doença.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOUYER, Gilbert Cardoso. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: "o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador". **Revista brasileira de**

saúde ocupacional, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 249-259, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200007>>. Acesso em: 4 set. 2017.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface – comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 667-76, 2008.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 7 maio 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, 9 ago. 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 set. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6957.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 set. 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16938.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

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**, Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001b. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 114). Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Saudedotrabalhador.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**: Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 abr. 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 247, Seção 1, págs. 230/232, 26 de dez. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**: Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, 8 jun. 1978. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 17 - Ergonomia**. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras/norma-regulamentadora-n-17-ergonomia>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Previdência Social. **Adoecimento mental e trabalho**: A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017. Brasília: Secretaria da Previdência, 2017a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acessado em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Previdência Social. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP**. 25 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do>>

trabalhador/politicas-de-prevencao/nexo-tecnico-epidemiologico-previdenciario-ntep/>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Recurso de Revista 1703003820095020312. Relator: Mauricio Godinho Delgado. **Diário de Justiça Eletrônico**, Brasília, 15 set. 2017b. Disponível em: <<http://aplicacao5.tst.jus.br/consultaunificada2/inteiroTeor.do?action=printInteiroTeor&format=html&highlight=true&numeroFormatado=RR%20-%20170300-38.2009.5.02.0312&base=acordao&rowid=AAANGhABIAANOLAAJ&dataPublicacao=15/09/2017&localPublicacao=DEJT&query=>>>. Acesso em: 7 set. 2017.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Recurso de Revista 327001120065010246. Relator: Delaíde Miranda Arantes. **Diário de Justiça Eletrônica**, Brasília, 31 mar. 2015a. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/web/guest/consulta-unificada>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Recurso de Revista 376008520075040030. Relator: José Roberto Freire Pimenta. **Diário de Justiça Eletrônico**, Brasília, 14 mar. 2015. Disponível em: <<http://aplicacao5.tst.jus.br/consultaunificada2/inteiroTeor.do?action=printInteiroTeor&format=html&highlight=true&numeroFormatado=RR%20-%2037600-85.2007.5.04.0030&base=acordao&rowid=AAANGhABIAAAHxpAAR&dataPublicacao=24/04/2015&localPublicacao=DEJT&query=>>>. Acesso em: 7 set. 2017.

BURKE, Kelen Patrícia; BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300009>. Acesso em: 2 out. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 1. p. 15-38.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde–Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul./out. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CAPPS, Donald. John Nash's delusional decade: a case of paranoid schizophrenia. **Pastoral Psychology**, v. 52, n. 3, Jan. 2004. Disponível em: <[https://link.springer-com.ez93.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1023%2FB%3APASP.0000010023.58529.95.pdf](https://link.springer.com.ez93.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1023%2FB%3APASP.0000010023.58529.95.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-207020150110>>. Acesso em: 25 out. 2017.

CARREIRO, Líbia Martins. Morte por excesso de trabalho (Karoshi). **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 131-141, jul./dez. 2007. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/73989>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CASAL, Vânia Agnelli Sabin. Do Direito à Saúde. In: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de, BONFIM, José Ruben de Alcântara (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 73-85. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10). Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sus-21797>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

CASTRO, Patrícia Maciel; CANÇADO, Vera L. Prazer e sofrimento no trabalho: a vivência de profissionais de recursos humanos. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 19-37, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/801/prazer-e-sofrimento-no-trabalho--a-vivencia-de-profissionais-de-recursos-humanos>>. Acesso em: 1º out. 2017.

CESCHIM, Ramon Cavalcanti. **2a Reunião Científica APAMT**. Saúde Mental na prática organizacional. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.hideasystems.com.br/apamt/aulas/24_0.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

CODO, Wanderley. **Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. 3. ed. Vozes: Petrópolis, 2002.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA JUNIOR, Francisco da; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 57-82, mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642007000100004>>. Acesso em: 12 set. 2017.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 15 abr. 2017.

DANCZUK, Rutes de Fátima Terres et al. A historicidade filosófica do conceito de saúde. História de Enfermagem. **Revista Eletrônica – HERE**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 17-35, 2012. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 31 abr. 2017.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: BETIOL, Maria Irene Stocco. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2015. p. 119-145.

DELGADO, Maurício Godinho. **Capitalismo, trabalho e emprego: entre o paradigma da destruição e os caminhos de reconstrução**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2015.

DELGADO, Maurício Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**. 15. ed. São Paulo: LTr, 2016.

DIMENSTEIN, Magda; LIMA, Ana Izabel Oliveira; FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; LEITE, Jáder Ferreira. Uso abusivo de álcool e outras drogas entre trabalhadores do sistema prisional. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 62-70, mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572017000100008>. Acesso em: 21 mar. 2018.

DUTRA, Renata Queiroz. **Trabalho, regulação e cidadania: a dialética da regulação social do trabalho em call centers na Região Metropolitana de Salvador**. 2017. 388 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/31419/1/2017_RenataQueirozDutra.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ENGELMAN, Selda. **Trabalho e loucura: uma biopolítica dos afetos**. Porto Alegre: Sulina; Ed. da UFRGS, 2006

ESTRESSE no trabalho é tema de campanha da OIT neste 28 abril. Brasília: **SINAIT**, Brasília, 6 abr. 2016. Disponível em: <<https://www.sinait.org.br/site/noticia-view?id=12636%2Festresse-no-trabalho-e-tema-de-campanha-da-oit-neste-28--abril>>. Acesso em: 3 set. 2017.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; SILVIA, Helena Bastos de Paula; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 25-62. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

GABBAY, Rochelle. **Oficina palavrear: dos rastros da palavra à emergência do sujeito**. 2008. 190 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11713/11713_1.PDF>. Acesso em: 22 mar. 2018.

GIRELLI, Scheila; DAL MAGRO, Márcia Luíza Pit. Saúde do trabalhador e economia solidária: estudo de uma cooperativa de construção civil. **Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 9-16, abr. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100009&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 10 jul. 2017.

GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther; BATISTA, Maria Lucia; MENDONÇA, Maria Goretti Vieira. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n3/4643.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

GÓIS, Vander Lima Silva. Humanismo constitucional: desafios na efetivação do direito à saúde fundado no paradigma da dignidade humana. **Revista da FARN**, Natal, v. 7, n. 2, p. 83-105, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistaunirn.inf.br/revistaunirn/index.php/revistaunirn/article/view/150/179>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

GONÇALVES, Thiago Barbosa et al. Prevalência da Síndrome de *Burnout* em professores médicos de uma universidade pública em Belém do Pará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 85-89, 2011. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_volume_9_n%C2%BA_2_1212201310258533424.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

GRAU, Eros. **A ordem econômica na Constituição de 1988**: interpretação e crítica. 18. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2017.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 205 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

HELOANI, José Roberto; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000200011>>. Acesso em: 15 out. 2017.

HUMES, Eduardo Castro; VIEIRA, Márcio Bergamini; FRÁGUAS JÚNIOR, Renério (Ed.). **Psiquiatria Interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2016.

HUSEK, Carlos Roberto. Prefácio. In: ALVARENGA, Rúbia Zanotelli (Coord.). **Direito Constitucional do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2015. p. 13.

JACQUES, Maria da Graça. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia Social**, Porto Alegre, n. 19, edição especial. p. 112-119, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea15.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

KARAM, Heliete. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 468-474, set./dez. 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26357391_O_sujeito_entre_a_alcoolizacao_e_a_cidadania_perspectiva_clinica_do_trabalho>. Acesso em: 22 mar. 2018.

KATO, Mina; GARCIA GARCIA, Eduardo; WUNSCH FILHO, Victor. Exposição a agentes químicos e a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 6-10, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572007000200002>. Acesso em: 22 mar. 2018.

KEINERT, Tânia Margatere Mezzomo. **Direitos fundamentais, direito à saúde e papel do executivo, legislativo e judiciário: fundamentos de direito constitucional e administrativo**. In: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; SILVIA, Helena Bastos de Paula; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 87-107. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

LANCMAN, Selma. Reapropriação e superação do sofrimento. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CHENIAUX, Elie. **Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes**. Porto Alegre: Artmed, 2010. [E-Book].

LAURELL, Asa Cristina. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, Rita Barradas; BARRETO, Maurício Lima; ALMEIDA FILHO, Naomar de; VERAS, Renato Peixoto (Org.). **Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Abrasco, 1997.

LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro et al. Assédio moral e violências no trabalho: caracterização em perícia judicial. Relato de experiência no setor bancário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 129, p. 101-110, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v39n129/0303-7657-rbso-39-129-0101.pdf>>. Disponível em: 5 out. 2017.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; FRANCISCO, João Manuel Saveia Daniel. Aprisionado pelo ponteiro de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In: JACQUES, Maria da Graça. CODO, Wanderley (Org.). **Saúde Mental & Trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 2. p. 209-246.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 35, p. 260-268, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a08v35n122.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

LIMA, Taisa Maria Macena de; SÁ, Maria de Fátima Freire. Trabalho e saúde psíquica. In: EÇA, Vitor Salino de Moura (Coord.). **Trabalho & Saúde**. Belo Horizonte: RTM, 2015. Cap. 14. p. 329-344.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Transtorno de Adaptação. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. XXVII, n. 1. p. 72-82, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000100012>. Acesso em: 22 mar. 2018.

LOBO, Bárbara Natália Lages. O adicional de penosidade sob a óptica da teoria constitucional contemporânea: a efetivação dos direitos fundamentais. In: TEODORO, Maria

Cecília Máximo (Coord.). **Direito material e processual do trabalho**. São Paulo: LTr, 2015. p. 70-82.

LOCH, Alexandre. Hemingway e a(s) doença(s) psiquiátrica(s). **Blog do Loch**, 10 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.alexandreloch.com.br/2015/03/10/hemingway-e-as-doencas-psiquiatricas/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4219/2229>> Acesso em: 14 maio 2017.

MAGALHÃES, Aline Carneiro. Dano existencial como repercussão do acidente de trabalho. In: EÇA, Vitor Salino de Moura (Coord.). **Trabalho & saúde**. Belo Horizonte: RTM, 2015. Cap. 6. p. 143-172.

MAGNUS, Cláudia de Negreiros; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A construção de saúde, entre o servir e a servidão: das relações entre servidores de um hospital psiquiátrico público. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 175-188 dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172012000200002>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MAIS um funcionário de fabricante chinês de iPhone se suicida. **BBC BRASIL**, São Paulo, 27 maio 2010. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2010/05/100527_foxconn_outrosuicido_aw>. Acesso em: 5 nov. 2017.

MARANHÃO. Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região. Recurso 0046700-75.2013.5.16.0012. Relator: Américo Bedê Freire. **Diário de Justiça Eletrônico**, Brasília, 21 out. 2016. Disponível em: <<https://www.trt16.jus.br/site/index.php?acao=conteudo/jurisprudencia/controlaConsulta.php#>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

MARI, Jair de Jesus. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4593-4596, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300005>. Acesso em: 2 ago. 2017.

MARQUES, Vinícius Pinheiro. Pós-modernidade e doenças decorrentes do trabalho: por um direito efetivo na tutela da saúde do trabalhador. In: EÇA, Vitor Salino de Moura (Coord.). **Trabalho & Saúde**. Belo Horizonte: RTM, 2015. Cap. 10. p. 247-266.

MARTINS, Flavia Bahia. **O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a perspectiva do pensamento constitucional contemporâneo**. 2008. 128 f. (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp077034.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

MARX, Karl. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. v. I.

MELO, Raimundo Simão. A tutela do meio ambiente do trabalho e da saúde do trabalhador na Constituição Federal do Brasil. In: ALVARENGA, Rubia Zanotelli (Coord.). **Direito Constitucional do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2015. p. 185-200.

MENEZES, Hathe Regina Altafim. O meio ambiente do trabalho como direito fundamental. In: ALVARENGA, Rubia Zanotelli (Coord.). **Direito Constitucional do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2015. p. 179-184.

MINAS GERAIS. Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região. Recurso Ordinário 00556-2011-001-03-00-7. Relator: Júlio Bernardo do Carmo. **Diário de Justiça Eletrônico**, Brasília, 30 jan. 2013. Disponível em: <http://as1.trt3.jus.br/consulta/detalheProcesso1_0.htm>. Acesso em: 7 set. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

MOREIRA, Lenice Silveira Moreira de. O princípio constitucional da dignidade humana: um olhar conforme a Epistemologia da Complexidade. **Revista Jurídica da FAL**, Natal, v. 2, n. 2. 2006.

MOREIRA, Lenice Silveira. Ciência jurídica e complexidade: reflexos sobre as mudanças epistemológicas necessárias à compreensão do direito no século XXI. **Revista da FARN**, Natal, v. 5, n. 1/2, p. 27-50, jan./dez. 2006b. Disponível em: <<http://www.revistaunirn.inf.br/revistaunirn/index.php/revistaunirn/article/view/2/149>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

MOURA, Lenice Silveira Moreira de. Dimensão antropolítica e antropológica do direito: dignidade humana, fraternidade e solidariedade ecológica. **Revista Cronos**, Natal, v. 16, n. 1, p. 125-143. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/11382/pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. São Paulo: ArtMed. 2007. [E-Book].

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 19-32. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

NOSAL, Ed; RUPERT, Peter A Beautiful Theory. **Federal Reserve Bank of Cleveland**, Economic Commentary, 15 Apr. 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/VN7pyx>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

OGUISSO, Taka, FREITAS, Genival Fernandes (Org.). **Legislação de Enfermagem e Saúde: histórico e atualidades**. São Paulo: Manole, 2015.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº 155**. Aprovada na 67ª reunião da Conferência Internacional do Trabalho, em Genebra, em 1981. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/node/504>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 7. ed. São Paulo: LTR, 2013.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 5. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2010.

OLIVIER, Marilene; PEREZ, Cristiani Storch; BEHR, Simone da Costa Fernandes. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 6, p. 993-1015, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n6/03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque, 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim: excluir não**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em 12 out. 2017.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III). Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em Nova York, em 16 de dezembro de 1966, através da resolução 2200 A (XXI). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

PALMEIRA SOBRINHO, Zéu. A depressão encarada como doença ocupacional. **Revista Complejus**, Natal, v. 1, n. 2, p. 36-62, 2012.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Impacto dos Valores Laborais e da Interferência Família: Trabalho no Estresse Ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 173-180, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a07v21n2.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 45-52, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

PENIDO, Laís de Oliveira. **Saúde mental no trabalho: um direito humano fundamental no mundo contemporâneo. Revista de informação legislativa**, Brasília, v. 48, n. 191, p. 209-229, jul./set. 2011. Disponível em:

<<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/242916/000926868.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 out. 2017.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito fundamental à saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, 2012.

Disponível em: <<https://www.fdsu.edu.br/mestrado/arquivos/dissertacoes/2012/01.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à saúde na perspectiva da constituição federal: uma análise comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**. Curitiba, n. 1, p. 53-92, 2010. Disponível em:

<http://www.pge.pr.gov.br/arquivos/File/Revista_PGE_2010/04_O_direito_fundamental.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

RÉGIS FILHO, Gilsée Ivan. Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos – Uma abordagem ergonômica. **Revista Produção**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-87, abr. 2002.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v11n2/v11n2a05>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

RENAULT, Luiz Otávio Linhares. O que é isto – O Direito do Trabalho? In: PIMENTA, José Roberto Freire et al. (Coord.). **Direito do trabalho: evolução, crise, perspectivas**. São Paulo: LTr, 2004.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.

Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>>. Acesso em: 17 set. 2017.

ROCHA, Sandra Regina Ayres. **“O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda.”: sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários**. 2003. 180 f. (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2003. Disponível em: <<http://lpct.com.br/wp-content/uploads/2012/11/26-Rocha-Banc%C3%A1rios.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

SAINT-JEAN, Micheline. Organização do trabalho e saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 48-51, abr. 2003.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13915/15733>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

SANTOS, Adolfo Roberto Moreira. O Ministério do Trabalho e Emprego e a saúde e segurança no trabalho. In: CHAGAS, Ana Maria de Resende; SALIM, Celso Amorim; SERVO, Luciana Mendes (Org.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: Aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores**. 2. ed. São Paulo: IPEA, 2012. Cap. 1. p. 21-75. Disponível em:

<http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_saudenotrabalho.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SANTOS, Teresa Celia de Mattos Moraes dos; INOCENTE, Nancy Julieta. Trabalho em turnos e noturno: ciclo vigília sono e alterações na saúde do trabalhador. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 10., São José dos Campos (SP). **Anais...** São José dos Campos (SP): Universidade do Vale do Paraíba, 2006. p. 27480-2751. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000433-ok.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais: na Constituição Federal de 1998**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008a.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos sociais como direitos fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**. 20 Anos de Constitucionalismo Democrático: e agora? Porto Alegre-Belo Horizonte, p. 163-206, 2008b.

SCHAEFER, Luiziana Souto; LOBO, Beatriz de Oliveira Meneguelo; KRISTENSEN, Christian Haag. Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 2, p. 329-336, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200018>. Acesso em: 22 mar. 2018.

SCHMIDT, Martha Halfeld Furtado de Mendonça. Trabalho e Saúde Mental na visão da OIT. **Revista Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região**, Belo Horizonte, v. 51, n. 81, p. 489-526, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/74441/2010_schmidt_martha_trabalho_saude.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 mar. 2018.

SILVA, Lorena Cristiane da. A saúde como direito fundamental. **Revista Jurídica do Uniaraxá**, Araxá, v. 9, n. 8, p. 275-289, 2005. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/view/260>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

SIMM, Zeno. Os direitos fundamentais nas relações de trabalho. **Revista LTr**, São Paulo, v. 69, n. 11, p. 1287-1303, nov. 2005.

SÓLON, Ari Marcelo. Ética, cidadania e direito à saúde. In: KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Org.). **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 21-23. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

SOUZA, Diego de Oliveira; MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Saúde do(s) trabalhador(es): do 'campo' à 'questão' ou do sujeito sanitário ao sujeito revolucionário. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 591-604, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200591&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1º maio 2017.

SZTAMFATER, Sílvia. **O impacto da participação da família no tratamento de fóbicos sociais adultos**. São Paulo, 2009. 72 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp088895.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

TEODORO, Maria Cecília Máximo. Sofrimento psíquico no trabalho. In: EÇA, Vitor Salino de Moura (Coord.). **Trabalho & Saúde**. Belo Horizonte: RTM, 2015. Cap. 13. p. 313-328.

TROMBLEY, Stephen. **50 pensadores que formaram o mundo moderno**. Tradução de Breno Barreto. Rio de Janeiro: LeYa, 2014. [E-Book].

VIANA, Márcio Túlio. Direito civil e direito do trabalho: caminhos que se cruzam. **Revista Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 65, p. 745-755. jul./dez. 2014a. Disponível em: <<https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/1670>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

VIANA, Márcio Túlio. **Para entender a terceirização**. São Paulo: LTr, 2015.

VIANA, Márcio Túlio. **Para entender o salário**. São Paulo: LTr, 2014b.

WANDELLI, Leonardo Vieira. Da psicodinâmica do trabalho ao direito fundamental ao conteúdo do próprio trabalho e ao meio ambiente organizacional saudável. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 193-217, out. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/19239/pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ZORZANELLI, Rafaela; VIEIRA, Isabela; RUSSO, Jane Araujo. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 77-88, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0077.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.