



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
CAMPUS ERECHIM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS – PPGICH/UFFS

MARISA MAGALI MAIESKI WAMES

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: A invisibilidade da doença mental nos benefícios
previdenciários na região de Joaçaba/SC

ERECHIM/RS

2017

MARISA MAGALI MAIESKI WAMES

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: A invisibilidade da doença mental nos benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC

Dissertação de mestrado apresentado ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências Humanas, sob a orientação do Prof. Dr. Luís Fernando Santos Corrêa da Silva.

ERECHIM/RS

2017

PROGRAD/DBIB - Divisão de Bibliotecas

Wames, Marisa Magali Maieski

Saúde Mental e Trabalho: A invisibilidade da doença mental nos benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC/ Marisa Magali Maieski Wames. -- 2017. 142 f.

Orientador: Dr. Luis Fernando Santos Corrêa da Silva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas - PPGICH, Erechim, RS , 2017.

1. Doença Mental. 2. Adoecimento Mental. 3. Trabalho. 4. Benefícios Previdenciários. 5. Precarização. I. Silva, Dr. Luis Fernando Santos Corrêa da, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS ERECHIM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO, STRICTO SENSU, INTERDISCIPLINAR EM
CIÊNCIAS HUMANAS

Ata de Defesa de Dissertação 003/PPGICH-2017

Ministério da Educação
Universidade Federal da
Fronteira Sul

CNPJ: 11 234 780/0001-50
ERS 153, Km 72, nº 200
Fone: (54) 3321 7050
99700-000 Erechim
Rio Grande do Sul – Brasil

www.uffs.edu.br
ec.posgrad.er@uffs.edu.br

Aos vinte e três dias do mês de agosto de dois mil e dezessete, às quatorze horas, na Sala 201 - Bloco A – *Campus* Erechim, da Universidade Federal da Fronteira Sul, reuniu-se, para defesa da dissertação apresentada por **MARISA MAGALI MAIESKI WAMES**, intitulada: “**SAÚDE MENTAL E TRABALHO: A INVISIBILIDADE DA DOENÇA MENTAL NOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS NA REGIÃO DE JOAÇABA/SC**”, a Banca Examinadora, composta pelos professores: Prof. Dr. Luís Fernando Santos Corrêa da Silva (Orientador/Presidente da banca – UFFS), Prof^a. Dra. Mariana Scussel Zanatta (Membro titular – IFRS), Prof. Dr. Thiago Ingrassia Pereira (Membro titular – UFFS). O professor Orientador/Presidente deu por aberta a sessão e logo a seguir passou a palavra à mestranda, para que em até trinta minutos expusesse seu trabalho. Terminada a exposição, passou-se à arguição da Banca Examinadora. A seguir, a sessão foi suspensa e os examinadores decidiram por (X) aprovar () reprovar o trabalho.

Observações: *A banca orientadora a Dirléia Fátima e Membro Titular da Banca Examinadora, Ingrassia A sua Alunos com Conselho a sua publicações.*

A Banca orienta que no prazo de 45 dias seja entregue a versão final do trabalho de dissertação à Secretaria de Pós-Graduação. Nestes termos, esta ata segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora e pela mestranda.

Erechim/RS, 23 de agosto de 2017.

Marisa Magali Maieski Wames

Prof. Dr. Luís Fernando Santos Corrêa da Silva

Prof^a. Dra. Mariana Scussel Zanatta

Prof. Dr. Thiago Ingrassia Pereira

Dedico este estudo aos sujeitos desta pesquisa, os trabalhadores e trabalhadoras adoecidos mentalmente em razão de seu trabalho e em benefício previdenciário na região do Joaçaba/SC.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas envolvidas na concepção deste Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH), que ofereceram uma oportunidade para uma grande região, sem acesso a programas públicos de pós-graduação nesta área, do qual tive a honra de participar desta primeira turma e realizar um grande sonho. Na pessoa do prof. Dr. Jerzy Andre Brzozowski estendo meu agradecimento a todos que contribuíram para a concretização deste programa.

Aos (as) trabalhadores (as) e trabalhadoras anônimos nesta pesquisa, que contribuíram imensamente por meio de sua disponibilidade em oferecer seu relato, compartilhando seu cotidiano de trabalho e de sofrimento, que constituiu o seu adoecimento mental.

Àqueles trabalhadores e trabalhadoras que não puderam participar da entrevista, por não terem condições de reviver seu sofrimento, nosso agradecimento e compreensão.

À Gerência Executiva do INSS de Chapecó pela disponibilidade dos dados estatísticos solicitados.

Aos presidentes dos sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras da região de Joaçaba, que apoiaram a realização deste estudo:

Ademir Zambiazzi – Sindicato dos trabalhadores de Estabelecimentos Bancários de Joaçaba e região.

Alcioneu Lunardi – Sindicato dos Condutores de Veículos e Trabalhadores em Empresas de Transportes Rodoviários de Passageiros e de Cargas de Joaçaba e Região/SC.

Antonia Fátima Gab – Sindicato dos trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Joaçaba/SC.

Edson Paulo Damin – Sindicato dos Empregados no Comércio de Joaçaba/SC.

Ao professor e orientador Dr. Luís Fernando Santos Corrêa da Silva, por ter acreditado, desde o início, no potencial desta pesquisa, pelas valiosas contribuições teóricas, pelas análises e observações sempre bem contextualizadas que vieram acompanhadas de seu entusiasmo e compromisso pelo tema.

Aos professores que constituíram a banca examinadora: Dra. Mariana Scussel Zanatta e Dr. Thiago Ingrassia Pereira. Reconheço o empenho de ambos, cujas contribuições foram fundamentais para o percurso desta dissertação, e agradeço todo o tempo dedicado, toda a pesquisa realizada para que este estudo pudesse crescer e se estruturar, e, principalmente, por compartilhar seu conhecimento.

Aos colegas de mestrado, em especial a três amigas que levarei no coração, com as quais tive o privilégio de compartilhar experiências, angústias e sonhos: Larissa, Luciana e Vania.

Às colegas de profissão e amigas de uma vida toda, Iara Mônica e Claudia, que não mediram esforços para contribuir com essa dissertação e, principalmente, por acreditar e apoiar esta minha caminhada.

Aos “amigos do Serviço Social 1992”, pela história linda de amizade e convivência que continuamos escrevendo, e por vibrarem junto comigo com mais esta conquista.

Ao meu esposo Paulo Ronaldo e minha filha Sophia, por entenderem as longas horas de estudo e privação de convivência familiar, pelo incentivo constante para percorrer todas as fases que o mestrado exige, por terem sido excelentes ouvintes e conselheiros e pelas valiosas colaborações.

Aos meus pais, Ludovico e Terezinha, exemplos de vida, que torcem por mim incondicionalmente e me abençoam em todas as caminhadas.

Aos meus irmãos, Mauro e Mara, por serem leitores e críticos de minhas produções, mesmo que algumas vezes coagidos a isso, e meu irmão Marcio (*in memoriam*), cuja dor pela sua ausência permanece viva. E a minha sobrinha Maria Fernanda, e sua libertadora filosofia de vida “ninguém manda em mim!”

Todos (as) vocês, indistintamente, foram peças essenciais para que pudéssemos percorrer essa caminhada, e para que essa dissertação fosse concluída como um trabalho sólido e comprometido.

Muito obrigada!

[...] a saúde mental significa um socius saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. [...] o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política. (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 123).

RESUMO

Este estudo analisou os benefícios previdenciários concedidos pelo INSS na agência de Joaçaba/SC no ano de 2016, com o intuito de verificar se os benefícios concedidos em razão do adoecimento mental do (a) trabalhador (a) foram reconhecidos como decorrentes do trabalho exercido, ou se permanece a mesma tendência verificada nos anos de 2010 a 2012, onde o adoecimento mental somente era reconhecido nos benefícios de auxílio-doença de qualquer natureza ou causa, portanto, sem relação com o trabalho realizado. Essa invisibilidade do adoecimento mental nos benefícios concedidos em relação ao trabalho realizado nos instigou a estudar o trabalho e as transformações que ocorreram em seus processos nos dois últimos períodos históricos, que significam novas exigências para o (a) trabalhador (a), que vem adoecendo fisicamente, como explicitado na Era Industrial norteadada pelos modelos norte-americanos, denominados fordismo e taylorismo, com expansão internacional. O adoecimento físico continua no modelo de trabalho vigente no capitalismo contemporâneo, denominado de Era do Conhecimento, cuja expansão mundial ocorreu a partir do modelo das indústrias japonesas, denominado toyotismo, porém suas novas exigências passaram a competir para o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as). Estes períodos estão embasados teoricamente por autores, como Karl Marx, Krishan Kumar, Ricardo Antunes, Zygmunt Bauman, Richard Sennet, Robert Castel, entre outros. A pesquisa também ouviu os (as) trabalhadores (as) adoecidos mentalmente e constatou que essas narrativas apontaram vários fatores relacionados ao trabalho que contribuíram para a constituição do adoecimento mental, cujos aspectos foram apresentados e analisados na pesquisa, corroborando com o embasamento teórico estudado, demonstrando o aprofundamento da precarização do trabalho e os agravos para o adoecimento mental invisibilizado nos benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC.

Palavras-chave: Doença Mental. Adoecimento Mental. Trabalho. Benefícios Previdenciários. Trabalhadores (as). Precarização.

ABSTRACT

The current study analyzed the social security benefits granted by the INSS agency in Joaçaba city, Santa Catarina State, in the year of 2016, in order to verify if the benefits granted to workers due to the mental illness were recognized as a result of the work performed or if the same trend verified in the years 2010 to 2012, when mental illness was only recognized in the illness benefits of any nature or cause, therefore, unrelated to the work done. This invisibility of mental illness in the benefits granted in relation to the work carried out, instigated us to study the work and the transformations that occurred in its processes in the last two historical periods, which means new requirements for the worker who has been physically ill, as was explicit in the Industrial era model led by the North American models, denominated Fordism and Taylorism, with international expansion. Physical illness continues in the model of work in contemporary capitalism known as the era of knowledge, whose worldwide expansion occurred from the model of Japanese industries, called toyotism, but its new requirements began to compete for the mental illness of the workers. These periods are theoretically based by authors such as Karl Marx, Krishan Kumar, Ricardo Antunes, Zygmunt Bauman, Richard Sennet, Robert Castel, among others. The research also listened to mentally ill workers and found out that these narratives pointed out several factors related to work that contributed to the constitution of mental illness, whose aspects were presented and analyzed in the research, corroborating with the theoretical basis studied, demonstrating the deepening of the precariousness of the work, and the aggravations for the mental illness not seen in the social security benefits in the region of Joaçaba city / SC.

Keywords: Mental Illness. Mental Sickness. Job. Social Security Benefits. Workers. Precariousness.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Fatores de adoecimento do (a) trabalhador (a)	23
Quadro 2 –	Processos de trabalho e seus impactos para o (a) trabalhador (a).....	34
Quadro 3 –	Dimensões de doença na perspectiva Kleinmaniana	45
Quadro 4 –	Municípios pertencentes à área de abrangência da APS de Joaçaba/SC	57
Quadro 5 –	Principais CIDs predominantes nos benefícios concedidos na região.....	61
Quadro 6 –	Categorias de trabalhadores (as) com maior adoecimento na região.....	63
Quadro 7 –	Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10).....	68
Quadro 8 –	Inscrição dos (as) trabalhadores (as) no INSS e espécie de benefício mais Acessada	76
Quadro 9 –	CID que mais afetou os (as) trabalhadores (as) de acordo com sua inscrição no INSS	77
Quadro 10 –	Perfil dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as)	80
Quadro 11 –	Processos de trabalho e adoecimento mental.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Total e População Economicamente Ativa.....	58
Tabela 2 – População Economicamente Ativa – Segurada do INSS – em benefício no período de 2010 a 2012	59
Tabela 3 – Espécie de Auxílio-doença e acessos na abrangência da agência de Joaçaba/SC	73
Tabela 4 – Auxílio-doença Espécie 31 – municípios da abrangência da agência de Joaçaba/SC	73
Tabela 5 – Auxílio-doença Espécie 91 – municípios da abrangência da agência de Joaçaba/SC	74
Tabela 6 – Auxílio-doença espécie 31 – Registro de CID	74
Tabela 7 – Auxílio-doença espécie 91 – Registro de CID	75
Tabela 8 – Concessão de Auxílio-doença (B31 e B91) e Aposentadoria por Invalidez (B32 e B92) para o Segurado (a) (a) Empregado entre 2012 e 2016	77
Tabela 9 – Comparativo de dados Nacionais e da região de Joaçaba/SC quanto aos benefícios por incapacidade	77

LISTA DE SIGLAS

APS	Agência da Previdência Social
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MPT-SC	Ministério Público do Trabalho de Santa Catarina
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PEA	População Economicamente Ativa
PL	Projeto de Lei
SESMT	Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UNOCHAPECÓ	Universidade Comunitária da Região de Chapecó

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Objetivo Geral	19
1.2.2	Objetivos Específicos	19
1.2	METODOLOGIA	20
1.2.1	Entrevista Semidirigida	20
1.2.2	Coleta de dados estatísticos	21
1.2.3	Análise de Conteúdo	22
1.2.4	Análise Estatística	25
2	METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO: A ERA INDUSTRIAL E A ERA DO CONHECIMENTO	26
2.1	PRECARIZAÇÃO E ADOECIMENTO: O LEGADO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO	39
2.2	SAÚDE MENTAL EM QUESTÃO	44
2.3	O ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO	51
3	CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE DO (A) TRABALHADOR (A) NA REGIÃO DE JOAÇABA/SC	57
3.1	AUXÍLIO-DOENÇA ESPÉCIE 91 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	66
3.1.1	O (A) trabalhador (a)	66
3.1.2	A perícia médica	67
3.1.3	O A empregador (a)	70
4	UM OLHAR SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL DOS (DAS) TRABALHADORES (AS) NA REGIÃO DE JOAÇABA/SC: ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS E DAS FALAS DOS (AS) TRABALHADORES (AS)	72
4.1	A CONFIGURAÇÃO DO ACESSO AO AUXÍLIO-DOENÇA NA REGIÃO DE JOAÇABA NO ANO DE 2016	72
4.2	AS ENTREVISTAS.....	79
4.2.1	Assédio Moral	81
4.2.1.1	Assédio Moral, questões éticas e violência institucional	84

4.2.1.2	Pensamentos Suicidas	85
4.2.2	Precarização no Trabalho	87
4.2.3	Presenteísmo	91
4.2.4	O adoecimento mental e seu impacto no adoecimento físico	94
4.2.5	Invisibilidade do adoecimento mental nas perícias médicas no INSS	95
4.2.6	Mecanismos de defesa individual e coletiva	97
4.2.7	Manifestações comuns quanto ao local de trabalho, despesas de saúde e reconhecimento após adoecimento	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICE A – Guia de entrevista	114
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	115
	APÊNDICE C – Interpretações das narrativas.....	118

1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento dos (as) trabalhadores (as) significa um problema de grande relevância no mundo do trabalho, sendo denúncia recorrente dos (as) trabalhadores (as) que veem a sua força de trabalho sendo comprometida, colocando em risco sua sobrevivência, uma vez que o (a) trabalhador (a) sobrevive da venda de sua força de trabalho. O adoecimento dos (as) trabalhadores (as) está presente em todas as etapas da produção, atingindo desde o (a) trabalhador (a) braçal, até o (a) trabalhador (a) que gerencia este trabalho, envolvido (a) em metas de produção. Da mesma forma, não faz distinção entre o tipo de atividade econômica, pois o adoecimento perpassa desde as atividades tradicionais, como a agricultura, até as atividades contemporâneas, como as relacionadas à informática (LARA, 2011).

Santos (2005) aponta que os processos de trabalho sofreram alterações profundas no último século, atividades humanas que exigiam grande esforço foram sendo automatizadas, robotizadas, coibindo os esforços físicos. As novas linhas de produção trouxeram um trabalho leve, sem grandes esforços físicos, porém exigindo destreza e agilidade de movimentos, focados nos membros superiores. Esses movimentos passam a ser acelerados, repetidos inúmeras vezes a cada minuto de forma mecânica. Santos (2005) argumenta que este desgaste na saúde física do (a) trabalhador (a) também repercute na sua saúde mental, pois o trabalho no qual está envolvido causa-lhe estranheza, não tem sentido, é repetido mecanicamente ao longo do dia. Somam-se a isto as cobranças por determinados índices de produção que devem ser cumpridos, metas que devem ser atingidas, imposições de chefias, competitividade, baixos salários, que competem para o esgotamento físico e mental do (a) trabalhador (a). Essas metamorfoses operadas nos processos produtivos para atender ao processo de acumulação capitalista precarizam as condições de trabalho, impondo novas responsabilidades aos (as) trabalhadores (as) para atenderem metas, ritmos determinados, sofrendo desgaste humano prematuro, criando-se uma massa de trabalhadores (as) sobressalentes pelo capital, o que acirra o processo de alienação. Soma-se a isso, a flexibilização dos direitos trabalhistas arduamente conquistados pelos (as) trabalhadores (as), também advindo deste mesmo processo de mudanças, piorando as condições de vida dos (as) trabalhadores (as), comprometendo sua saúde mental.

Todas essas repercussões visíveis na saúde do (a) trabalhador (a) decorrem de um processo de mutação do mundo do trabalho no sistema capitalista e são respostas que o capital implementa em razão de suas crises cíclicas, no intuito de atender o processo de acumulação.

Este estudo se propôs a iniciar um percurso a partir da Era Industrial, detendo-se nos principais modelos operantes neste período, o fordismo e o taylorismo, formas de organização do trabalho desenvolvidas nos Estados Unidos, cujos processos foram disseminados para o restante do mundo, via internacionalização do capital, dando conta neste momento de um claro comprometimento da saúde física do (a) trabalhador (a).

Consolidado o sistema de produção industrial, uma nova crise é gestada, implicando uma nova fase, aqui denominada Era do Conhecimento, cuja gênese está imbricada no toyotismo, um modelo iniciado na indústria japonesa, também com repercussão mundial (BALTAR; KREIN, 2013).

A Era do Conhecimento, por exigir um trabalho intelectualizado e envolvimento emocional, com uma lógica individual e competitiva, repercute no adoecimento mental, mas este novo modelo de gestão da produção vai além do mundo do trabalho e implica um projeto de sociedade com impactos em várias áreas; seja para os (as) trabalhadores (as), no esgotamento dos recursos naturais, nas relações sociais, uma vez que o princípio que impera é o do consumo enquanto quesito para a felicidade. Nestes termos estaremos fundamentando teoricamente estes períodos, a partir, principalmente, das produções de autores, como Ricardo Antunes (2001, 2014), Antunes e Praun (2015), Zygmunt Bauman (2001, 2003), Richard Sennett (2012), Robert Castel (2005) e Krishan Kumar (1997).

O tema do adoecimento do (a) trabalhador (a) está presente no nosso cotidiano profissional, mais especificamente na atuação como Assistente Social no INSS – Agência da Previdência Social de Joaçaba/SC. Este interesse já nos levou a pesquisar, no ano de 2014, quais as principais doenças que acometem os (as) trabalhadores (as) da região de Joaçaba/SC, mediante análise estatística de dados secundários colhidos do Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe). Os dados do Suibe foram fornecidos pela Gerência Executiva de Chapecó e são os registros oficiais coletados pelo INSS.

A referida pesquisa foi apresentada como monografia de conclusão do curso de Pós-Graduação em Gestão Social de Políticas Públicas – Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC (Unochapecó), com o intuito de conhecer a problemática do adoecimento dos (as) trabalhadores (as) na região.

Como conclusão da pesquisa mencionada, foi possível constatar que a doença mental está presente nos benefícios cujo adoecimento não tem relação com o trabalho, porém, não é predominante nos benefícios cuja natureza ou causa tem relação com o trabalho exercido pelo (a) trabalhador (a).

Esta invisibilidade da doença mental nos benefícios previdenciários, cujo adoecimento tem relação com o trabalho, instigou-nos a prosseguir com a pesquisa, concretizada com a oportunidade de inserção no Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas, na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Decorridos alguns anos dos dados analisados na pesquisa de 2014, que considerou dados do Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe) de 2010 a 2012, este estudo analisou os dados do ano de 2016, no sentido de verificar se permaneceu a mesma tendência constatada anteriormente, de que a doença mental predomina nos benefícios cuja natureza ou causa não tem relação com o trabalho, benefício denominado auxílio-doença – espécie 31 e não é significativa quando o adoecimento do (a) trabalhador (a) tem como natureza ou causa o trabalho no qual está inserido (a), benefício denominado espécie 91.

Nesta pesquisa, avançamos para além dos dados estatísticos coletados nos sistemas oficiais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e ouvimos os (as) trabalhadores (as) adoecidos (as) mentalmente. Por intermédio de entrevista semiestruturada buscamos respostas quanto à constituição deste adoecimento mental e sua relação com o trabalho realizado, bem como apontamos a existência de determinados fatores do trabalho que competem para a constituição deste adoecimento mental.

Embrenhar-se neste universo do adoecimento mental do (a) trabalhador (a) requer elucidar o mundo do trabalho no sistema capitalista, suas transformações, que são recorrentes diante das crises cíclicas, e sua evolução histórica, agregando novos modelos de gestão a cada período, e, por consequência, exigindo novas habilidades dos (as) trabalhadores (as) por meio de novas estratégias de produção.

Diante de estudos de autores, cujos referenciais teóricos analisam o tema do trabalho e suas transformações históricas, foi possível aprofundar este debate elucidando aspectos que corroboram para estas questões. Dessa forma, esta pesquisa poderá contribuir teoricamente para o reconhecimento das transformações nos processos de gestão do trabalho e as consequências para a saúde do (a) trabalhador (a), uma vez que se propõem a investigar os fatores advindos do trabalho que concorrem para o adoecimento mental do (a) trabalhador (a).

As análises teóricas contempladas no estudo apresentam dois períodos distintos: a Era Industrial, caracterizada por adoecer fisicamente os (as) trabalhadores (as), e, por outro lado, o processo produtivo que se desenvolve na contemporaneidade denominado na pesquisa como a Era do Conhecimento, que, além de continuar competindo para o adoecimento físico dos (as) trabalhadores (as), em virtude de seus novos arranjos, contribui, também, para o adoecimento mental destes sujeitos.

Apesar de estes apontamentos teóricos contextualizarem o adoecimento mental como advindo dos novos processos de trabalho, os (as) trabalhadores (as) encontram barreiras institucionais para estabelecer o nexo do seu adoecimento com o trabalho realizado. Considerando este fato que ocorre nos benefícios previdenciários analisados no INSS de Joaçaba/SC, a pesquisa será complementada com dados empíricos, por meio da escuta dos (as) trabalhadores (as) adoecidos (as) mentalmente que estiveram em benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC, ou que permanecem nestas condições. Seus relatos serão registrados e analisados, podendo confirmar a contextualização teórica que constitui a pesquisa.

A junção de elementos teóricos com os dados empíricos pretende concretizar resultados sólidos nesta área de estudos, cujo documento possa servir como instrumento para o coletivo dos (as) trabalhadores (as) da região de Joaçaba/SC, bem como se constituindo num material de estudo institucional, uma vez que será colocado à disposição do INSS.

No primeiro capítulo contemplamos a apresentação dos elementos por intermédio dos quais se delineou o estudo, sendo a especificação dos procedimentos metodológicos, bem como a definição do problema de pesquisa e a exposição dos objetivos.

Portanto, neste capítulo de abertura, a pesquisa apresenta o seu problema de pesquisa, os objetivos estruturados, geral e específicos, bem como a metodologia utilizada para atender esta proposta.

Na sequência, as análises seguem por outros capítulos, assim organizados: o segundo capítulo examinou as metamorfoses e suas implicações que repercutem no mundo do trabalho contemporâneo e extravasam este limite, ressoando no modelo de sociedade atual. Propõe-se neste ínterim discutir que o adoecimento mental transcendeu as barreiras do trabalho na Era Industrial e está presente no trabalho da Era do Conhecimento, face às mudanças implementadas em virtude desta reorganização da produção. Temos em curso, portanto, dois modelos de adoecimento comprometendo o mesmo indivíduo, dois fenômenos atrelados aos processos do mundo de trabalho em curso.

Este segundo capítulo segue aprofundando as repercussões do trabalho contemporâneo quanto à precarização e adoecimento dos (as) trabalhadores (as), com ênfase aos aspectos que corroboram para o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as), apresentando, para tal, cinco dimensões deste processo. Expressa uma discussão sobre a saúde mental e seus vários enfoques de interpretação, bem como a questão da violência nos ambientes de trabalho, denominada assédio moral.

O terceiro capítulo apresenta uma contextualização acerca da saúde do (a) trabalhador (a) na região de Joaçaba/SC, com índices extraídos dos dados do INSS, considerando o período de 2010 a 2012. São consideradas as categorias de trabalhadores que mais adoecem na região, bem como as principais doenças que acometeram estes trabalhadores, com um destaque interessante, pois a doença mental não consta no rol de doenças relacionadas ao trabalho, ela aparece somente nos benefícios de qualquer natureza ou causa, sem relação com o trabalho exercido, cenário que abre o debate deste estudo, pois carece de problematização.

Neste capítulo discorreremos brevemente quanto ao auxílio-doença, espécie 91 – cujo adoecimento tem relação com o trabalho e suas implicações para três atores, o (a) trabalhador (a), a perícia médica do INSS e o (a) empregador (a).

O quarto capítulo apresenta um panorama quanto à repercussão deste novo modelo de gestão, presente na contemporaneidade, na saúde dos (as) trabalhadores (as) da região, envolvidos em vários ambientes de trabalho. Objetivamos neste capítulo final apresentar um cenário atual de adoecimento, a partir da análise dos dados dos benefícios concedidos pelo INSS na região de Joaçaba/SC no ano de 2016, bem como depoimentos dos (as) trabalhadores (as) identificados a partir dos benefícios previdenciários que estão recebendo ou receberam em razão do seu adoecimento mental, referente às implicações do trabalho neste processo, relacionando todos estes aspectos com o referencial teórico que abriu o documento, dialogando com estes autores.

Na conclusão são apresentados alguns dos principais elementos achados na pesquisa empírica, enfatizando sua relação com os elementos teóricos trabalhados nos capítulos anteriores, bem como, ao final, abre algumas questões a respeito da possibilidade de aprofundamento do cenário de adoecimento mental na contemporaneidade.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Em pesquisa realizada no ano de 2014, constatamos que os benefícios concedidos pelo INSS da agência de Joaçaba/SC confirmam o adoecimento físico dos (as) trabalhadores (as) e apontam como causa de seu adoecimento fatores relacionados ao trabalho, porém o adoecimento mental apresenta grande incidência nos benefícios que não têm relação com o trabalho, ou seja, a doença mental é pouco significativa nos benefícios cuja causa do adoecimento está relacionada ao trabalho.

Analisando teoricamente as transformações no mundo do trabalho, deparamo-nos com os dois últimos períodos históricos, denominados no estudo de Era Industrial e o modelo

contemporâneo denominado Era do Conhecimento. Enquanto é possível perceber o impacto na saúde física dos (as) trabalhadores (as) do modelo da Era Industrial, também são notórias as contextualizações teóricas que apontam a constituição do adoecimento mental no processo atual de trabalho, a Era do Conhecimento (ANTUNES; PRAUN, 2015; KUMAR, 1997, CASTEL, 2005).

Temos, portanto, o adoecimento físico impactando na saúde do (a) trabalhador (a) e no modelo presente o adoecimento mental comprometendo este (a) mesmo (a) trabalhador (a). Por outro lado, o adoecimento mental passa a ser mais grave, em razão de sua dificuldade de reconhecimento como advindo do trabalho, dos processos de gestão no qual os (as) trabalhadores (as) estão inseridos.

Neste cenário cabe perguntar quais aspectos relacionados ao trabalho competem para o adoecimento mental?

O (a) trabalhador (a) adoecido (a) mentalmente reconhece aspectos relacionados ao seu trabalho como fatores constitutivos do seu adoecimento?

Pesquisa anterior referente aos anos 2010 a 2012 aponta que a doença mental está presente no auxílio-doença denominado B31 – auxílio-doença de qualquer natureza ou causa, sendo insignificante no auxílio-doença denominado B91 – auxílio-doença relacionado ao trabalho exercido.

No ano de 2016 ainda persiste a configuração apontada em anos anteriores, quanto ao adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as) em benefício no INSS de Joaçaba?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Elucidar quais os aspectos advindos do trabalho que corroboram para a constituição do adoecimento mental do (a) trabalhador (a).

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar teoricamente as principais transformações dos processos produtivos na contemporaneidade e os impactos para os (as) trabalhadores (as);

- b) Analisar a configuração dos benefícios previdenciários concedidos na região de Joaçaba/SC no ano de 2016, sistematizando os dados referentes ao adoecimento destes trabalhadores;
- c) Identificar trabalhadores (as) afastados (as) do trabalho em virtude de adoecimento mental, com o intuito de analisar se o trabalho apresentou função constitutiva deste adoecimento;
- d) Apontar os fatores ligados ao trabalho que estão presentes na constituição do adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as);
- e) Identificar barreiras institucionais e sociais que dificultam relacionar trabalho e adoecimento mental.

1.2 METODOLOGIA

A coleta de dados para a pesquisa ocorreu em duas frentes, mediante entrevistas com trabalhadores (as) adoecidos (as) mentalmente residentes na região de Joaçaba/SC e coleta de dados estatísticos de fontes do INSS.

Foram utilizados dois procedimentos distintos para a efetivação da coleta de dados, um complementar ao outro, conforme descrito a seguir.

1.2.1 Entrevista semidirigida

Este instrumento é caracterizado por não ser totalmente aberto, nem composto por um grande número de perguntas, o que significa dispor de uma série de perguntas-guia, relativamente abertas, que serviram para conduzir a entrevista, dando suporte, mas não, necessariamente, seguindo uma ordem preestabelecida.

O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível. (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998, p. 193).

Dessa forma, a maneira de conduzir a entrevista foi fundamental, com um peso proporcional ao das perguntas presentes no guia de entrevistas, pois este método depende da composição das perguntas tanto quanto da habilidade do entrevistador, em conseguir deixar o sujeito à vontade no momento da entrevista para expressar-se acerca do tema em questão.

Portanto, anterior a esta fase realizamos um experimento para testar a condução da entrevista e testar a efetividade das perguntas-guia, por meio de entrevista-piloto que, após avaliação, foi possível ajustar alguns pontos para posterior aplicação prática.

Esta entrevista semidirigida foi direcionada para 8 (oito) trabalhadores (as), que estão ou estiveram em benefício no INSS, com Classificação Internacional de Doença (CID) F (Episódios Depressivos, Outros Transtornos Ansiosos, Reações ao Estresse Grave e Transtorno de Adaptação). Deste universo de trabalhadores afastados do trabalho e adoecidos mentalmente, foram eleitos 8 trabalhadores (as), empregados (as), que participaram desta pesquisa. Identificaram-se, entre eles (as), aqueles (as), em gozo de benefício de auxílio-doença – espécie 31 – benefício concedido não em razão do trabalho exercido, mas de qualquer natureza ou causa, sem relação com o trabalho exercido.

A aplicação deste método está imbricada com os objetivos e hipóteses desta pesquisa, no sentido de analisar no depoimento destes (as) trabalhadores (as) a existência de alguma relação do seu adoecimento mental com o trabalho exercido, investigando a participação do trabalho neste adoecimento.

Inicialmente, a proposta da pesquisa previa entrevistar 10 trabalhadores (as) nestas condições, mas algumas barreiras levaram à redução para 8 entrevistas. A primeira foi de que o INSS não forneceu a identificação destes (as) trabalhadores (as), por considerar dados sigilosos. Buscou-se, desse modo, nos sindicatos de trabalhadores (as) da região, alguns deles atenderam à solicitação, fornecendo nomes de trabalhadores (as) afastados (as) por adoecimento mental. Outros sindicatos não conseguiram fornecer nomes, pois não tinham conhecimento do adoecimento dos (as) trabalhadores (as) de sua categoria.

Dos nomes fornecidos, alguns (mas) trabalhadores (as) não aceitaram participar da entrevista, por não conseguirem reviver o seu sofrimento, outros (as) porque não se tratava de adoecimento mental, e, finalmente, aqueles que ficaram receosos ao saber da vinculação da pesquisadora com o INSS, mesmo esclarecidos (as) do sigilo que cerca este estudo.

1.2.2 Coleta de dados estatísticos

Por intermédio de um sistema de registro de benefícios do INSS, elegemos benefícios concedidos em consequência do adoecimento do (a) trabalhador (a), identificando os tipos de doenças registradas, mediante análise de dois tipos de benefícios: espécie 31 – auxílio-doença de qualquer natureza ou causa e espécie 91 – auxílio-doença com causas relacionadas ao trabalho, analisando os benefícios concedidos na Agência da Previdência Social (APS) de

Joaçaba no ano de 2016. Esta coleta de dados teve como foco de análise verificar se persistiram os resultados dos dados anteriormente analisados, nos anos de 2010 a 2012, quanto à dificuldade em relacionar a doença mental como decorrente do trabalho.

A região pesquisada compreende a área de abrangência da Agência da Previdência Social de Joaçaba, com atuação em 10 municípios, significando cerca de 37 mil trabalhadores (as) do mercado formal, e que, portanto, contribuem mensalmente para o INSS. Estes (as) trabalhadores (as) estão inseridos (as) em vários processos de trabalho, seja na área urbana, seja na rural, indústria, comércio, prestadores de serviço, funcionários públicos, bancários e agricultura, e interessa conhecer o adoecimento destes trabalhadores, com um recorte para o adoecimento mental desta população.

O estudo dos dados, por sua vez, implicará a aplicação de dois métodos de análise das informações coletadas, considerando que se tratou de dois métodos de coleta de dados distintos, porém complementares, entrevista semidirigida e dados estatísticos. Dessa forma, a análise de conteúdo foi o método utilizado para analisar as informações coletadas mediante entrevistas, complementado pela análise estatística dos dados coletados no sistema de informações do INSS.

1.2.3 Análise de conteúdo

Este método de análise incidiu sobre as informações recolhidas durante a entrevista, pois permitiu analisar uma variedade de mensagens, em sua complexidade, detalhe, subjetividade e significados sociais destes discursos. A análise de conteúdo permitiu discorrer a respeito de um universo amplo de informações, como as coletadas na entrevista, onde os interlocutores puderam expressar suas experiências, percepções e interpretações dos fatos que vivenciaram, como é o caso desta pesquisa.

O lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade. (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998, p. 227).

Moraes (1999) acrescenta que a análise de conteúdo compreende etapas que devem ser construídas para a sua efetividade, a primeira delas trata-se da demarcação da matéria-prima que será utilizada, a definição sobre quais dados estaremos nos debruçando para a referida análise, que, na pesquisa em questão, versará sobre as informações coletadas nas entrevistas.

Trata-se da fase da preparação, que consiste na construção do guia da entrevista, bem como da sua aplicação prática, com o objetivo de testar o instrumento, adequando o seu conteúdo aos objetivos propostos, visando à garantia da análise. Este instrumental trata-se da fase de aplicação das entrevistas junto ao público-alvo definido, reunindo então os dados, a matéria-prima, que será submetida à análise do seu conteúdo.

Superada esta fase de preparação e aplicação prática do guia de entrevista será conduzida a fase seguinte, definida como unitarização, que requer a definição de unidade de análise. “Também denominada ‘unidade de registro’ ou ‘unidade de significado’, a unidade de análise é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação.” (MORAES, 1999, p. 7).

Estas unidades de análise já estão predefinidas no guia de entrevista, visíveis no esforço de definir vários fatores que poderiam contribuir para o adoecimento mental do (a) trabalhador (a) entrevistado, considerando fatores pessoais, sociais e econômicos, com ênfase aos aspectos relacionados ao trabalho, uma vez que esta é a natureza do problema que estaremos investigando. Trata-se da definição de unidades que facilitaram a compreensão do tema e a organização das informações coletadas.

A definição da unidade de análise remete a outra etapa do método, a categorização:

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam noutros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior. (BARDIN, 1977, p. 118).

Trata-se de uma operação de classificar as informações coletadas, agrupá-las conforme seus elementos em comum, propondo uma organização ao tema.

Atendendo a esta prerrogativa do método, estabelecemos as unidades de análise e as categorias que responderão à pergunta-chave da entrevista:

Quadro 1 – Fatores de adoecimento do (a) trabalhador (a)

(Continua)

O que desencadeou o seu adoecimento?		
Fatores Pessoais	Fatores Sociais e Econômicos	Fatores do Trabalho

Quadro 1 – Fatores de adoecimento do (a) trabalhador (a)

(Conclusão)

Aspectos biológicos. Aspectos de relacionamento familiar. Aspectos emocionais. Violência.	Aspectos relacionados ao consumo e à manutenção. Aspectos de relacionamento social, vida comunitária, cultural e religiosa. Aspectos relacionados ao local de residência, do deslocamento, da vizinhança. Violência.	Relacionamento com chefias. Relacionamento com colegas de trabalho. Perda de autonomia profissional, desvalorização profissional. Ambiente de trabalho, mudanças, insalubridade, insegurança. Processo de gestão. Cobranças de metas, insatisfação, exigências além de sua capacidade. Longas jornadas de trabalho, cansaço, esgotamento. Risco de desemprego, questões salariais. Violência.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: a autora.

Neste quadro são apresentados os fatores que serviram de base à condução da entrevista e sua análise, partindo da consideração de fatores que podem corroborar com o adoecimento mental, priorizando e ampliando os fatores que possam estar atrelados à rotina de trabalho.

Os fatores pessoais, sociais e econômicos e do trabalho foram definidos como as unidades de análise. Todos os elementos que se abrem em cada um dos fatores são as categorias estabelecidas, que organizam os dados brutos que serão colhidos durante as entrevistas no sentido de estruturar as análises.

Assim, é possível submeter os dados a várias dimensões de análise, focando nesta pergunta-chave e seus três fatores, abrindo para a dimensão que exporá um breve perfil do sujeito entrevistado e a dimensão sobre a visão definida no seu adoecimento em contraponto à definição médica, baseada na CID. Essas dimensões serão extraídas das unidades de análise, que possibilitam criar categorias, pois a análise de conteúdo permite que “[...] a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise.” (BARDIN, 1977, p. 118).

Na análise do material coletado, os dados disponíveis não apresentam o significado, descrição e interpretação por si, é necessário um esforço de interpretação para extrair seus significados. Moraes (1999) chama a atenção justamente para este ponto, quando menciona a necessidade de o pesquisador voltar-se constantemente para os dados, refinando suas categorias com o objetivo de buscar novos significados. Pois “[...] é preciso compreender que a análise do material se processa de forma cíclica e circular, e não de forma sequencial e linear.” (MORAES, 1999, p. 9).

Constitui também fase do método de análise de conteúdo a descrição, que comunicará os resultados deste trabalho, o apontamento inicial dos resultados. Estas descrições dependem

muito das categorias, pois passaram a escrever a partir delas. “Para cada uma das categorias será produzido um texto síntese em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas.” (MORAES, 1999, p. 12).

E, finalmente, a fase final proposta pelo método consiste na interpretação, que significa a compreensão aprofundada dos conteúdos, para além da descrição dos resultados. Como coloca Moraes (1999), este movimento interpretativo no estudo em questão se fundamentará no arcabouço teórico levantado *a priori*, bem como nos significados expressos nos dados coletados nas entrevistas, divididos em unidades de análises e categorias.

1.2.4 Análise estatística

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), o estudo dos dados quantitativos requer análise estatística e ainda aponta que este método acompanha frequentemente a entrevista, pois se trata de análise de dados preexistentes, dados secundários, coletados na base de dados do INSS, que expressam informações quanto aos fenômenos estudados, tratando-se de representações desta realidade estudada.

Mas esta apresentação diversificada dos dados não pode substituir a reflexão teórica prévia, a única a fornecer critérios explícitos e estáveis para a recolha, a organização e, sobretudo, a interpretação dos dados, assegurando, assim, a coerência e o sentido do conjunto do trabalho. (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998, p. 223).

Conduzimos, portanto, esta pesquisa a partir de dois eixos metodológicos: método qualitativo, mediante a fala dos (as) trabalhadores (as) adoecidos (as), coletados via entrevista semidirigida; método quantitativo, tratamento dos dados estatísticos coletados por meio do sistema oficial do INSS.

2 AS METAMORFOSES DO MUNDO DO TRABALHO: A ERA INDUSTRIAL E A ERA DO CONHECIMENTO

Apresentamos neste capítulo, uma análise teórica das mudanças no mundo do trabalho, nos detendo especificamente no processo de trabalho denominado Fordismo e Taylorismo, que designamos como Era Industrial, bem como no processo de trabalho que se assenta, o Toyotismo, definido na pesquisa de Era do conhecimento. Enquanto apresentamos estes processos de trabalho, também objetivamos apontar os impactos para o trabalhador (a), decorrentes destas metamorfoses.

Destacamos a seguir, os aspectos da precarização no trabalho, especificamente cinco dimensões relacionadas a precarização, que contribuem para o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as), portanto já nos aproximando teoricamente da temática central desta pesquisa.

Em seguida definimos a questão da saúde mental, o seu contexto histórico e o desenvolvimento do campo teórico a cerca do conceito de saúde mental, bem como posicionamos a pesquisa neste contexto.

E por último, este capítulo teórico encerra apresentando alguns estudos referentes ao assédio moral no trabalho, e sua implicação enquanto ferramenta de gestão na Era do Conhecimento, repercutindo na constituição do adoecimento mental do (a) trabalhador (a).

O mundo do trabalho passa por transformações operadas nos seus processos em resposta às crises do capital, crises recorrentes que imprimem mutações que causam impacto em toda a cadeia produtiva, refletindo especialmente na sociedade, porém “[...] o mundo da produção continua, predominantemente, estruturado e se movendo pela acumulação de capital e lucro.” (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 230). As soluções para os processos de crises no sistema capitalista de produção apontam sempre para a estruturação visando atingir seu objetivo maior, que é a geração de lucro e acumulação de capital.

Como membros desta sociedade, os (as) trabalhadores (as), pessoas que vivem do seu trabalho, ou classe-que-vive-do-seu-trabalho¹ (ANTUNES; PRAUN, 2015), sofrem estas mudanças, pois são chamados a adaptarem-se a estes novos modelos de produção em troca de sua sobrevivência.

¹ Utilizamos esta categoria de Antunes e Praun (2015) pela sua capacidade ampliada de representar a classe trabalhadora, articulando várias dimensões, pois abrange tanto os (as) trabalhadores (as) considerados produtivos (empregados (as) nas indústrias, nos serviços, e trabalhadores (as) da agricultura) quanto àqueles considerados improdutivo, assalariados (as) que não produzem mais-valia, porém imprescindíveis para o processo de trabalho. Considera os (as) trabalhadores (as) precarizados (as), sem direitos, bem como os (as) desempregados (as), que compõem o exército de reserva do capital.

Muitas foram as transformações operadas no seio da produção capitalista ao longo dos séculos, mas os dois últimos períodos, a Era Industrial e a Era do Conhecimento, chamam a atenção, pois enquanto o primeiro adoeceu o (a) trabalhador (a) fisicamente, o segundo está a comprometer a saúde mental deste (a) trabalhador (a), repercutindo em duas dimensões: pela gestão do processo produtivo em si e pelos reflexos presentes na sociedade.

No processo produtivo anterior; a Era Industrial, observamos o acometimento predominantemente de doenças físicas nos (as) trabalhadores (as) ligados à execução de determinadas tarefas, tanto pelo trabalho em atividades perigosas, pesadas, insalubres, sujeitas a acidentes, quanto nos processos que exigem movimentos repetitivos em longas jornadas, sujeitas ao comprometimento de determinadas estruturas do corpo, configurando o trabalho que dispense o esforço físico.

No processo produtivo contemporâneo, a Era do Conhecimento, esperava-se que o (a) trabalhador (a) que estivesse sujeito ao adoecimento mental, fosse, pela lógica, aquele (a) que dispendesse de esforço mental para o seu trabalho. Sim, eles (as) estão adoecendo, mas, ao seu lado, também comprometido em sua saúde mental, está o (a) trabalhador (a) envolvido (a) em outros processos, aquele que emprega esforço físico no seu trabalho. Temos, portanto, a herança de um processo anterior, da denominada sociedade fordista (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010), ou sociedade salarial (CASTEL, 2005), que compromete a saúde física do (a) trabalhador (a) massivamente, para um novo processo, a Era do Conhecimento, que mantém o legado do adoecimento físico e agrega a ele o adoecimento mental, repercutindo ambos no mesmo sujeito. Trata-se de um processo que se expande para além do local de trabalho, suas consequências podem ser vistas em outros ambientes, repercutindo na sociedade.

Serão estes dois processos distintos, Era Industrial e Era do Conhecimento, e seus impactos para o adoecimento físico e mental dos (as) trabalhadores (as) colocados em pauta nesta análise.

Trazemos ao contexto, inicialmente, a Era Industrial, pois esse período histórico significou uma ruptura bem definida com o modelo produtivo vigente nas sociedades, o trabalho rural, no campo, até então predominante. Nos países centrais, ocidentais, este modelo começou a ganhar corpo com a denominada Revolução Industrial, que se constituiu nos séculos XVIII e XIX. Na América Latina, nos países periféricos, especialmente no Brasil, esta nova configuração inicia-se timidamente no século XX.

Antunes (2015) expressa o desenvolvimento da indústria no Brasil como “hipertardio”, sendo um processo de acumulação industrial construído a partir de Getúlio

Vargas, onde ficou caracterizado como o primeiro salto industrializante, pois até então a indústria brasileira existente ficava relegada a segundo plano, dependente do processo de exportação de café.

De corte fortemente estatal e feição nacionalista, a industrialização brasileira somente deslanchou a partir de 1930 e, posteriormente, com Juscelino Kubitschek, em meados da década de 1950, quando o padrão de acumulação industrial deu seu segundo salto. O terceiro salto foi experimentado a partir do golpe de 1964, quando se aceleraram fortemente a industrialização e a internacionalização do Brasil. (ANTUNES, 2015, p. 16).

Caracterizada pela migração dos (as) trabalhadores (as) do campo para as cidades, atraídos pelos novos postos de trabalho oferecidos pela indústria, esta nova configuração no trabalho foi determinante para o novo modo de constituição da sociedade, que passou a compor os centros urbanos, vendo nascerem as cidades. A Era Industrial, fortemente estruturada nos países centrais, foi alicerçada em dois grandes modelos colocados em prática, um em complemento ao outro, presentes desde então nos processos produtivos mundiais.

O Fordismo, desenvolvido por Henry Ford, em sua fábrica de automóvel norte-americana, constitui-se em um modelo de disciplinamento do (a) trabalhador (a), por meio de sua linha de montagem automatizada, que fragmentou o trabalho e passou à produção em série de mercadorias homogêneas.

Agregado a este, o modelo taylorista, desenvolvido por Taylor, engenheiro de produção norte-americano, introduziu o cronômetro, definindo então o tempo preciso para realizar cada uma das tarefas necessárias na produção de determinados produtos, otimizando a produtividade do trabalho. A esteira mecanizada de Ford trouxe as tarefas para o (a) trabalhador (a), que não precisou mais mover-se na fábrica, e, com o tempo cronometrado, os movimentos passaram a ser intensificados e repetidos incessantemente. O (a) trabalhador (a) permanece estático (a), executando sua tarefa de forma mecânica, sendo que este modelo de produção passou a ser utilizado em todas as linhas de produção em grande escala.

Com o advento da administração científica (taylorismo) e da fábrica automatizada (fordismo) na década de 1920 – o “fordismo nada mais é do que o taylorismo mais a mecanização” – surgiram um novo regime de acumulação e um novo modo de regulamentação. (KUMAR, 1997, p. 67).

A característica deste processo é a produção em larga escala, produção em massa, nestes termos a produção definindo o consumo, produção plural, com um crescimento intenso. A acumulação nesta fase se faz mediante capital fixo, que é a parte do processo de trabalho caracterizada por investimento em máquinas e equipamentos, neste período

expressado por meio de grandes avanços tecnológicos. Tendo uma base sustentada por uma administração científica das empresas, como segue definindo Kumar, combinações de preços característicos de um oligopólio, bem como um sistema complexo de instituições e governos determinando níveis salariais e de consumo.

Kumar (1997) apresenta esta fase como o período do “capitalismo organizado”, sendo este marco alcançado pelas economias das sociedades ocidentais, período que transcorreu entre a década de 1870 até a Segunda Guerra Mundial.

[...] consistia de alguns aspectos conhecidos da sociedade industrial: concentração, centralização e controle de empreendimentos econômicos na estrutura da nação-estado; produção em massa, segundo os princípios fordistas e tayloristas, padrão corporativo de relações industriais; concentração geográfica e espacial de indivíduos e produção em cidades industriais; modernismo cultural. (KUMAR, 1997, p. 60).

O capitalismo organizado implica aspectos fundamentais que deram sustentação à Era Industrial, a qual, pela sua centralidade, deu origem a uma classe industrial de massa.

Dessa forma, há um proletariado massificado, desenvolvendo um trabalho alienado e estranhado, que requer o aprofundamento destes conceitos, pois se trata de duas categorias marxistas presentes nos denominados “Manuscritos econômicos-filosóficos”, escritos por Marx no ano de 1844 em Paris, cujas discussões são fundamentais na contemporaneidade (MARX, 2004, p. 1).

Ao tratar do conceito de alienação, Marx refere-se à venda da força de trabalho para o (a) capitalista, o (a) dono (a) dos meios de produção, sendo esta venda a garantia de sobrevivência do (a) trabalhador (a). Assim, o trabalho que irá realizar, estará submetido às condições dadas pelo capital, às suas regras, ao seu processo de produção, condições essas que não serão controladas pelo (a) trabalhador (a), que, ao vender sua força de trabalho, em troca de um salário, submeteu-se a estas condições, alienou-se. Dessa forma, o (a) trabalhador (a) passa a ser inserido em uma etapa específica da produção, sem conhecer o todo que envolve o processo produtivo.

[...] existe uma distinção entre alienação (*Entäusserung*) e estranhamento (*Entfremdung*): enquanto alienação tem o significado de algo ineliminável do homem, uma exteriorização que o autoproduz e forma no interior de sua sociabilidade, estranhamento é designação para as insuficiências de realização do gênero humano decorrentes das formas históricas de apropriação do trabalho, incluindo a própria personalidade humana, assim como as condições objetivas engendradas pela produção e reprodução do homem. (RANIERI, 2006, p. 1, grifo do autor).

A alienação levará ao estranhamento, pois são categorias ligadas, já que estando o (a) trabalhador (a) alienado (a), submetido ao dono (a) do capital, passará a produzir uma mercadoria alheia a ele (a), um produto que não lhe pertence, pertencente ao capitalista. Este é um primeiro aspecto do estranhamento tratado por Marx, esta relação que o (a) trabalhador (a) tem com o produto do seu trabalho, que é a exteriorização do seu trabalho, o estranhamento do resultado final do seu trabalho.

O segundo aspecto do estranhamento refere-se ao ato da produção, a atividade em si realizada pelo (a) trabalhador (a) que compete para a construção do produto, é a exteriorização do trabalho em si, o estranhamento deste processo no qual está envolvido. Um trabalho que, por ser externo ao trabalhador (a), não pertencer a ele (a), não lhe traz realizações, não expressa sua energia criativa nele, não desenvolve seu aspecto físico e espiritual, lhe é estranho.

Neste aspecto, chegamos ao terceiro ponto do estranhamento discutido por Marx. “O trabalhador só se sente, por conseguinte e em primeiro lugar, junto a si [quando] fora do trabalho e fora de si [quando] no trabalho.” (MARX, 2004, p. 5).

O trabalho não é livre, é forçado, obrigado, pois sem ele não consegue satisfazer suas necessidades, depende dele para sua sobrevivência. O trabalho é estranhado, o homem, a mulher não se realiza ao executá-lo, mas emprega nele sua energia e se desgasta. O trabalho é exterior a ele (a), aparece apenas como uma condição para sua subsistência, não lhe pertence. Essas condições estão presentes no cotidiano dos (as) trabalhadores (as) e aprofundam-se à medida que o capital expande seu projeto de acumulação.

Porém, a despeito de toda adversidade do trabalho no sistema capitalista, o poder econômico, os (as) donos (as) do capital construíram um discurso para manter o (a) trabalhador (a) comprometido (a) com a produção e com o crescimento da sociedade. Bauman (2001) expõe a ascensão do valor do trabalho na sociedade moderna, elevado ao posto de principal valor como o condutor do progresso e da ordem, colocando a humanidade no controle do seu destino, uma vez que esta se encontrava envolvida ao trabalho pela natureza e destino, e não como uma possibilidade de escolha.

E o “trabalho” assim definido era um esforço coletivo de que cada membro da espécie humana tinha que participar. O resto não passava de consequência: colocar o trabalho como “condição natural” dos seres humanos, e estar sem trabalho como anormalidade, denunciar o afastamento dessa condição natural como causa da pobreza e da miséria, da privação e da depravação; ordenar homens e mulheres de acordo com o suposto valor da contribuição de seu trabalho ao empreendimento da espécie como um todo; atribuir ao trabalho o primeiro lugar entre as atividades humanas, por levar ao aperfeiçoamento moral e à elevação geral dos padrões éticos da sociedade. (BAUMAN, 2001, p. 158).

Foi atribuído ao trabalho um papel principal, o único meio pelo qual é possível alcançar o futuro e lutar contra as adversidades num esforço humano coletivo rumo à modernidade, colocando em prática um projeto de colonização da humanidade.

Com o trabalho nesta categoria central, a proteção social passa a ser construída e assegurada aos cidadãos e cidadãs pela sua condição de trabalhador (a), negando essa proteção aos não inseridos no trabalho, trata-se da sociedade salarial definida por Castel (2005).

Castel (1998 apud SILVA, 2011, p. 419-493), ao analisar a sociedade salarial, característica da fase industrial, coloca que sua origem aconteceu a partir da aliança entre capital, trabalho e Estado, onde foram erguidos estes três pilares com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social, garantindo, dessa forma, segurança social para a grande maioria dos membros da sociedade, aqueles que não possuíam propriedade privada.

Assim, a noção de segurança social advém de um Estado de direito aliado à propriedade privada, sendo condição *sine qua non* para acesso a estes direitos a condição de trabalhador (a), cujo trabalho é regido por regulação social coletiva, possibilitando acesso à proteção social traduzida a um conjunto de direitos trabalhistas.

O trabalho passa a significar acesso a garantias diante do envelhecimento, como a aposentadoria, ao estabelecimento de salário mínimo, bem como acesso a benefícios diante do adoecimento e acidentes. Esses direitos foram definidos por Castel (2005) como propriedade social de trabalhador (a) desprovido da propriedade privada, ou seja, direitos conquistados a partir do trabalho.

De fato, o trabalhador enquanto indivíduo entregue a si mesmo não “possui” quase nada, razão pela qual ele tem sobretudo necessidade vital de vender sua força de trabalho. É por isso que a simples relação contratual empregador-empregado era uma troca profundamente desigual entre dois indivíduos, em que um pode impor suas condições porque possui recursos para levar a negociação à sua maneira, recursos que faltam totalmente ao outro. (CASTEL, 2005, p. 39).

Os (as) trabalhadores (as) passam a reconhecer-se coletivamente; não é mais o indivíduo que negocia e sim um grupo constituído que passa a representá-lo com força para construir uma convenção coletiva, uma série de regras construídas e negociadas coletivamente.

Portanto, caracteriza uma particularidade deste período fordista a identificação dos (as) trabalhadores (as) enquanto classe, o trabalho é definido como o eixo central na sociabilidade humana, enquanto constituição de identidade, o que contribuiu para a organização dos

sindicatos, dos movimentos de trabalhadores, com possibilidade para negociar e efetivar direitos trabalhistas.

Nos países de capitalismo desenvolvido, no ocidente, observa-se, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, a construção de um estado de bem-estar social, que vigorou por três décadas. Neste período, está presente no mundo do trabalho destes países um Estado forte, regulador, condições estas que não foram construídas nos países de capitalismo periférico, como a América Latina. Estas conquistas sociais passaram a sofrer os primeiros desmontes a partir de 1970, com a crise estrutural do mundo do capital, explícita na crise do petróleo, agregada a outras configurações que operaram em nível mundial, cujos fatos foram cooptados pelo capital.

Antunes (2001) apresenta esta conjuntura, que no limite significou a mudança nos processos de produção do capital, que demonstra toda sua capacidade de operar diante das crises, que lhe são constitutivas, intrínsecas. Além da crise do petróleo, outro fato histórico foi fundamental para o desmonte dos direitos sociais conquistados pelos (as) trabalhadores (as), “o fim do socialismo”, com a ex-união soviética à frente deste cenário, cujo desmonte foi propagado como o fracasso de tal modelo, no final dos anos 1980, desarticulando os sindicatos e os movimentos de esquerda, em suas organizações que passavam pelos partidos políticos socialistas e comunistas, vinculados a estas conquistas políticas e estatais. Sem a ameaça socialista no horizonte, a debilidade dos movimentos operários, que significavam a manutenção e ampliação dos direitos sociais, começa a operar.

Portanto, uma onda neoliberal, com seu projeto econômico e social, começa a ditar as novas regras com poder de propagação de alcance mundial, pois modifica as relações de trabalho nos países centrais, penalizando os (as) trabalhadores (as), nos países periféricos é ainda mais grave.

Retomando Kumar (1997), que em oposição ao “capitalismo organizado” da Era Industrial, apresenta o “capitalismo desorganizado”, enquanto um processo em construção, significando a desconcentração do capital, por meio do desenvolvimento de um mercado mundial e integrado, uma fase sistemática de reestruturação capitalista, cujo primeiro impacto é o desmonte gradativo da política de classe. “A desconcentração industrial é acompanhada da desconcentração espacial, na medida em que trabalhadores (as) e trabalho deixam as cidades e regiões industriais mais antigas e que a produção é descentralizada e dispersa por todo o mundo [...]” (KUMAR, 1997, p. 60).

Implica uma nova fase do capitalismo, comprometendo a organização coletiva dos (as) trabalhadores (as), face às formas flexíveis de organização do trabalho, que passam a substituir a produção em massa.

Castel (1998 apud SILVA, 2011, p. 513-518) apresenta a crise que afetou a sociedade salarial, desconstruindo o sistema de proteção social, característico do período pós-segunda guerra mundial, dando visibilidade a um conjunto de fatores (desemprego, precarização das condições de trabalho e contratações atípicas), que culminam para um quadro de vulnerabilidade social.

Nesta conjuntura, um modelo em específico é apontado como um divisor de águas, que assenta as bases para a passagem da Era Industrial à Nova Era, a Era do Conhecimento, ou da acumulação flexível (ANTUNES, 2001), das sociedades pós-industriais, as sociedades dos serviços (SORJ, 2000).

Trata-se do toyotismo, modelo desenvolvido pela indústria japonesa após a Segunda Guerra Mundial, que é apropriado e ocidentalizado neste cenário. Na prática já trazia um novo modelo de trabalho, substituindo o trabalho fragmentado e repetitivo por grupos de trabalhadores (as), denominados de células, que em vez de executar uma única tarefa ao longo da jornada passam a realizar uma série de tarefas, inclusive discutindo sobre elas no sentido de melhorar a performance da produção e das células que passam a competir entre si. O (a) trabalhador (a), antes vigiado (a) pelo (a) gerente, agora tem o seu desempenho cobrado pelos (as) colegas que fazem parte da célula, coibindo o baixo desempenho e o absentéismo, a desverticalização (BALTAR; KREIN, 2013), no sentido de hierarquia. Num primeiro momento visto como inovador, pois, aparentemente, o (a) trabalhador (a) passa a dominar o seu trabalho a perceber sentido no que realiza, em oposição à prática até então vigente, esta metodologia opera ideologicamente, pois busca a adesão do (a) trabalhador (a) para que aceite de forma integral o projeto do capital.

Seguindo as análises propostas por Antunes (2001), outros desenhos são apresentados neste projeto, pois passamos de uma empresa verticalizada, centralizadora, que buscava fornecer todos os itens para sua produção, para o modelo horizontalizado, descentralizado, que subcontrata e terceiriza, à “empresa enxuta”, que somente é possível pela desregulamentação do Estado, abrindo campo para o trabalho precarizado, com contratos temporários sem garantias trabalhistas e a informalidade. Uma nuance interessante neste novo modelo é o antagonismo em comparação ao processo anterior, cuja meta era a manutenção de grande estoque de mercadorias, suprimido neste modelo com estoques mínimos, pois agora quem controla a demanda é o consumo, e, assim sendo, saímos da produção homogeneizada

para a produção heterogênea e singular, que terá novos e perigosos desdobramentos no amadurecimento deste projeto, com ataques ao meio ambiente e riscos à sobrevivência da classe trabalhadora.

Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des)sociabilização contemporânea: destrói-se força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade descartável”, que joga fora tudo que serviu como ‘embalagem’ para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital. (ANTUNES, 2001, p. 38).

Analisamos até aqui processos de transição histórica que impactam o mundo do trabalho, apresentamos brevemente uma sistematização destes aspectos, com reflexos para o processo de trabalho e seus impactos para o (a) trabalhador (a), conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Processos de trabalho e seus impactos para o (a) trabalhador (a)

	Processo de trabalho	Impactos para o (a) trabalhador (a)
Fordismo/ Taylorismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo norte-americano. ✓ Esteira mecanizada de Henry Ford. ✓ Cronômetro de Taylor. ✓ Produção em série definindo o consumo. ✓ Produção plural/homogênea. ✓ Modelo centralizado em grandes indústrias. ✓ Verticalização: as próprias empresas atendem suas necessidades de produção. ✓ Rigidez dos processos de trabalho. ✓ Grandes estoques de produção. ✓ Forte regulação estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fragmentação das funções: um homem/uma máquina. ✓ Trabalhador desconhece as etapas do trabalho, executa somente uma função, repetidamente ao longo da jornada. ✓ Controle de tempo, dos movimentos e do ritmo de trabalho. ✓ Supressor da dimensão criativa do (a) trabalhador (a). ✓ Figuras de gerência controlam os (as) trabalhadores (as). ✓ Trabalho alienado/sem sentido. ✓ Alguma possibilidade de organização da classe trabalhadora.
Toyotismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo Japonês. ✓ Produção singular/heterogênea. ✓ Desconcentração produtiva. ✓ Consumo define a produção. ✓ Novos padrões de gestão da força de trabalho (participativa, qualidade total, CCQ). ✓ Avanço tecnológico. ✓ Horizontalização: Transfere a produção: Subcontratação e terceirização de empresas. ✓ Flexibilidade dos processos de trabalho. ✓ Estoques mínimos. ✓ Fraca regulação estatal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos de trabalhadores em células. ✓ Controle dos (as) trabalhadores (as) pelos (as) próprios (as) trabalhadores (as). ✓ Porosidade no trabalho intensificada. ✓ Trabalhador (a) executa várias funções: um homem/várias máquinas. ✓ Intensificação da exploração do trabalho. ✓ Desregulamentação dos direitos trabalhistas. ✓ Contratos temporários, subcontratação, terceirização, flexibilização. ✓ Desarticulação da classe trabalhadora.

Fonte: elaborado pela autora, com base em Antunes (2001, 2014), Kumar (1997), Castel (2005), Baltar e Krein (2013).

O Quadro 2 apresenta os últimos dois modelos de processos de trabalho, o primeiro referente à Era Industrial, fordismo/taylorismo e o segundo apontado como um “divisor de águas”, abrindo para o novo modelo definido como Era do Conhecimento, o toyotismo. Vários são os aspectos apresentados para definir os dois processos de gestão, demonstrando os impactos em duas áreas: o processo de trabalho e os impactos para o (a) trabalhador (a).

Alguns pontos chamam a atenção na comparação dos dois períodos, primeiro em relação aos processos de trabalho destacamos o modelo fordista/taylorista como caracterizado como modelo centralizador, agregando todas as etapas da produção em uma grande empresa, produção de grandes estoques e operando com regulação do Estado. Quanto aos impactos para os (as) trabalhadores (as) percebe-se a fragmentação do trabalho, o controle sobre todas as etapas realizadas, e pela centralização da produção em grandes e estruturadas indústrias, o que implicava muitos (as) trabalhadores (as) no mesmo espaço, situação que facilitou a organização coletiva que contribuiu para o acesso a direitos trabalhistas.

O taylorismo, por sua vez, ao apontar os impactos sobre o processo de trabalho denota várias diferenças, pois houve uma descentralização das empresas, com várias etapas da produção realizada por empresas terceirizadas, contratações fragilizadas que já passam a contar com fraca regularização estatal. Os (as) trabalhadores (as) passam a controlar uns aos outros, enquanto novo padrão de gestão e pela sua nova configuração, uma vez que grandes empresas agora são empresas menores, enxutas, o que dificultou a organização coletiva, cujos (as) trabalhadores (as) veem suas conquistas trabalhistas comprometidas pela crescente precarização do trabalho.

A transição do modelo de produção denominado Era Industrial para o modelo contemporâneo, denominado Era do Conhecimento, é apontado por Kumar (1997), pela fragmentação do mercado de massa, da produção em série, pela mudança da demanda. “O fordismo não teve paralelo em sua capacidade de produzir bens padronizados e em escala de massa. Tudo isso estava muito bem enquanto havia grupos suficientes na população ainda à espera por sua vez de saborear os frutos da produção em massa.” (KUMAR, 1997, p. 55).

Trata-se do esgotamento dos novos grupos de consumidores de massa, que passam a desejar produtos exclusivos, tornando-se uma grande diversidade de consumidores sedentos por consumir novos estilos de vida, novos ditames da moda, mudando a demanda de forma significativa.

Bauman (2003) retrata em sua obra, intitulada *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*, esta passagem da Era Industrial para a Era do Conhecimento. Trata-se, portanto, como escreve Bauman, de construir o Estado Moderno, cujas pautas são escritas pelo centro

capitalista, pelo ocidente que precisa enfrentar mais uma crise. Velhas lealdades precisam ser abandonadas (elos de comunidade, de vizinhanças, de paróquias e associações) e novas lealdades precisam ser construídas, legitimando a constituição de um novo cidadão. Lealdades sem ligações com a nação, com as leis da terra, com o que tinha sentido e trazia segurança. Novas práticas são plantadas e condizem com o planejamento e a organização para atingir a todos, massivamente. Negam-se as práticas antigas, espontâneas, passadas de geração para geração enquanto autorreprodução.

Uma nova ordem emerge a partir de um tripé: Estado, mercado e sociedade. Professores, administradores, governantes e governados são engajados neste projeto, para depois ocorrer o desengajamento, onde, já assimiladas estas condições, todos permanecem nelas como alternativa de sobrevivência, uma luta cotidiana e individual.

No trabalho passamos do modelo panóptico de dominação, descrito na obra *Vigiar e Punir*, de Foucault (1987), que vigia e controla os (as) trabalhadores (as) de forma constante, para a autovigilância, ou seja, o automonitoramento do (a) trabalhador (a). Das colunas em marcha, como definiu Bauman, unidas para o bem de todos, disciplinadas e controladas, como em um exército, aos enxames, coordenadas, sem serem integradas, cada uma das “unidades” se autodirige, é uma “entidade voluntária”, como as abelhas.

Foi neste momento que o mercado deixou de dirigir-se aos (as) trabalhadores (as) como uma família na empresa e passou a denominá-los como colaboradores. Ricardo Antunes define esta colaboração como envolvimento manipulatório, pois ao trabalhador (a) não resta escolha, ele (a) deve consentir e aderir ao projeto do capital, definido pelas regras do capital, comprometendo o (a) trabalhador (a) enquanto classe em sua organização sindical.

Passamos dos produtores da agricultura familiar para os (as) trabalhadores (as) de escritório, em que se observa a mesma metodologia, pois o trabalho significa uma provação diária de superação, dedicação e empenho.

O acúmulo de experiências bem-sucedidas não é garantia de permanência, ao contrário, trabalhadores (as) com mais tempo de empresa e com melhores salários são substituídos por trabalhadores (as) mais jovens, detentores (as) deste novo perfil profissional, e com salários menores. Trabalho individualizado, no qual a competição promove o tom nas relações. As palavras de ordem deste novo perfil de trabalho são: cumprimento de metas e prazos, superação, adaptação, autonomia, inovação, criatividade, flexibilidade, habilidade para resolução de conflitos e espírito de liderança. São exigidas formas de comportamento flexível (SENNETT, 2012), o correr riscos como desafio dos novos empregos, a instabilidade pretendendo ser normal.

Os ambientes de trabalho representam agora locais de competição, de isolamento, de insegurança, de ansiedade pelas imposições diárias, de sofrimento, constituindo-se um novo ataque à saúde do (a) trabalhador (a), desta vez atingindo uma nova dimensão, a saúde mental do (a) trabalhador (a). A permanência no trabalho implica a sobrevivência da classe trabalhadora, portanto, sem necessidade de supervisão.

As mutações dos processos de trabalho, da Era Industrial para a Era do Conhecimento, do trabalho que exigia unicamente o esforço físico, para o trabalho que envolve o esforço intelectual, a dimensão emocional passou a agregar ao adoecimento físico do (a) trabalhador (a) o seu adoecimento mental, duas dimensões do ser-que-vive-do-seu-trabalho comprometidas severamente neste eixo do desenvolvimento do capital.

Como o tempo e o espaço estão em frequente mutação, nessa fase de mundialização do capital, a redução do proletariado *taylorizado*, especialmente nos núcleos mais avançados da indústria e a paralela ampliação do *trabalho intelectual*, caminham em clara inter-relação com a expansão de novos proletários. E esse processo vem ocorrendo tanto na indústria, quanto na agricultura e nos serviços (e em suas áreas de intersecção, como a agroindústria, a indústria de serviços e os serviços industriais). (ANTUNES, 2014, p. 36, grifo do autor).

O desmonte do trabalho estável, característico da Era Industrial, do modelo taylorismo/fordismo, para o trabalho instável, informal, terceirizado, desregulado caracterizam essa nova era, a Era do Conhecimento, iniciada pelo modelo toyotismo, “[...] estamos vivenciando outras modalidades e modos de ser da precarização, próprias da fase da flexibilidade toyotizada, com seus traços de continuidade e descontinuidade à forma tayloriano-fordista.” (ANTUNES, 2014, p. 36).

Abrem-se, portanto, dois caminhos distintos para o (a) trabalhador (a), quanto ao acesso ao trabalho, de um lado o trabalho qualificado, que exige aptidões cognitivas, e, de outro, o trabalho flexibilizado, precarizado, como única alternativa para a maioria dos (as) trabalhadores (as).

Castells (2003) refere que o conhecimento e a informação foram fontes fundamentais para sustentar todas essas transformações que continuam a prosperar na atualidade, que culminam para o projeto de lucro e acumulação de capital, baseado neste conhecimento acumulado.

Nesta perspectiva, as sociedades serão informacionais, não porque se encaixem em um modelo específico de estrutura social, mas porque organizam seu sistema produtivo em torno de princípios de maximização da produtividade baseada em conhecimentos, por intermédio do desenvolvimento e da difusão de tecnologias da informação e pelo atendimento dos pré-requisitos para sua utilização

(principalmente recursos humanos e infra-estrutura de comunicações). (CASTELLS, 2003, p. 268).

O autor problematiza a tese que apresenta a ruptura da sociedade industrial para a sociedade pós-industrial, caracterizada como sociedade dos serviços nesta era informacional, que utiliza cada vez mais deste conhecimento e informação, transformando-se rapidamente, principalmente nos países capitalistas centrais.

Uma sociedade de serviços, segundo as teorias pós-industriais, decreta o fim da indústria onde os serviços ocupam esse lócus central. Reconhece, porém, as transformações das ocupações no emprego industrial, do período fordista, da flexibilização, mas aponta “[...] que muitos serviços dependem de sua conexão direta com a indústria e que a atividade industrial (diferentemente do emprego industrial) é importantíssima para a produtividade e a competitividade da economia.” (CASTELLS, 2003, p. 268).

Defendemos a Era do Conhecimento, no sentido de que o conhecimento, as informações produzidas e disseminadas pelos países capitalistas centrais, operam este atual processo, cenário este já fortemente iniciado na Era Industrial, mas que constitui hoje um crescente acervo a serviço e em difusão em todas as esferas econômicas e sociais.

Castells segue apontando que este período não está somente caracterizado pelo surgimento de uma nova estrutura ocupacional, como está colocado no prognóstico da teoria do pós-industrialismo, ou seja, “[...] expansão das profissões ricas em informações, como os cargos de administradores, profissionais especializados e técnicos, representando o cerne da nova estrutura ocupacional.” (CASTELLS, 2003, p. 269). Paralelo a isso, crescem também outras ocupações não qualificadas, que executam funções simples, que podem representar uma grande proporção em números absolutos na estrutura ocupacional, tratando-se de uma polarização na estrutura social, com o crescimento de ambos os lados, significando uma diversidade de ocupações.

Para Alves (2011, p. 113-114), a empresa toyotista busca hoje mobilizar “conhecimento, capacidades, atitudes e valores” necessários para que os (as) trabalhadores (as) possam intervir na produção, não apenas produzindo, mas agregando valor.

A mobilização de todos esses elementos do (a) trabalhador (a), sua dimensão física e mental a serviço dos processos produtivos no mundo do trabalho da Era do Conhecimento, é o que Alves (2011) apresenta como captura da subjetividade do (a) trabalhador (a). Problematiza o autor, apontando que não se trata de uma operação simples, pois requer o consentimento, a unidade do pensamento e da ação, que para se desenvolver passam por conflitos cotidianos, lutas e resistências por parte do (a) trabalhador (a), cuja gestão do

trabalho, por outro lado, utiliza mecanismos de manipulação, consentimento e coerção dentro e fora do trabalho.

[...] o processo de “captura” da subjetividade do trabalho como inovação sócio-metabólica tende a dilacerar (e estressar) não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual (que se manifesta por sintomas psicossomáticos). O toyotismo é a administração *by stress*, pois busca realizar o impossível: a unidade orgânica entre o “núcleo humano”, a matriz da inteligência, da fantasia, da iniciativa do trabalho como atividade significativa, e a “relação-capital” que preserva a dimensão do trabalho estranhado e os mecanismos de controle do trabalho vivo. (ALVES, 2011, p. 114).

Por meio de uma lógica manipulatória, o toyotismo, que fundamenta a Era do Conhecimento, busca se apropriar do saber e do fazer do (a) trabalhador (a), utilizando-se de estratégias de consentimento e envolvimento, onde o (a) trabalhador (a) controla a si mesmo. Toda essa estratégia de gestão repercute no adoecimento mental, cuja extensão não se limita apenas ao ambiente de trabalho, mas tem repercussões na vida cotidiana do (a) trabalhador (a).

Finalizando, a intenção deste bloco foi o de ilustrar os dois últimos períodos históricos no sistema capitalista, o primeiro estruturado pelo modelo fordismo/taylorismo, e o segundo pelo toyotismo, denominados como Era Industrial e Era do Conhecimento, respectivamente.

Problematizamos a questão do trabalho e a constituição desta categoria na sociedade erguida como central para a edificação e sucesso da modernidade, focando em três atores, o capital, o Estado e os (as) trabalhadores (as), bem como discorrendo a respeito da construção das proteções sociais em torno do trabalho estável, e no período atual, o trabalho instável e a desconstrução da segurança social.

No próximo bloco de análise, aprofundaremos estas questões, discutindo o alcance da precarização no trabalho, passando pelas estratégias de manipulação e de envolvimento, pelo comprometimento das lutas coletivas e perda de direitos sociais, desmonte de instâncias que deveriam garantir a segurança dos (as) trabalhadores (as). Enfim, as várias dimensões da precarização do trabalho e a repercussão na saúde mental dos (as) trabalhadores (as), foco central deste estudo.

2.1 PRECARIZAÇÃO E ADOECIMENTO: O LEGADO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO

A passagem da Era Industrial para a Era do Conhecimento significou profundas mudanças no trabalho, com precarização dos vínculos, terceirizações, perda de direitos,

exigindo um novo perfil de trabalhador (a), polivalente, aderindo o projeto da empresa, competitivo.

Apesar do acúmulo de conhecimento e informação e das novas tecnologias, produtos de trabalho humano, onde: “O homem transfere suas capacidades intelectuais para o maquinário num processo de objetivização das atividades cerebrais. Só assim a máquina se efetiva corretamente” (SANTOS, 2009), o trabalho continua a produzir adoecimento em escala crescente, permanece consumindo recursos naturais em escala mundial, comprometendo a vida das novas gerações, privando populações do acesso à educação, ao trabalho digno, inseridas em situações de precarização social. “É o paradoxo que encerra o trabalho contemporâneo: sua combinação com precarização social, com adoecimento dos indivíduos e destruição ambiental.” (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 230).

Assim como o mundo do trabalho tem experimentado essas transformações, o adoecimento dos (as) trabalhadores (as) também passa por mudanças, nem sempre absorvidas pelos profissionais responsáveis por essas avaliações.

Tradicionalmente médicos (as), engenheiros (as) de segurança e demais profissionais que atuam na área da saúde do (a) trabalhador (a) têm-se pautado em questões objetivas para analisar os impactos na saúde dos (as) trabalhadores (as), tomando, portando, elementos visíveis nas condições de trabalho, a fim de orientar suas análises.

Nas décadas de 1980 e 1990, concomitantemente aos já conhecidos agravos ocupacionais, com mortes e mutilações, intoxicações por vários produtos químicos, perdas auditivas, pneumopatias e dermatoses, os trabalhadores com afecções musculoesqueléticas, as LER/DORT, passaram a invadir os consultórios. Diferentemente de outros agravos, esses ocorriam indistintamente entre trabalhadores da indústria, do comércio e de serviços. Acometiam trabalhadores cujas atividades laborais não exigiam altos gastos energéticos e sua etiologia não podia ser enquadrada nos fatores de risco tradicionais: físicos, químicos e biológicos. (SILVA et al., 2010, p. 185).

Com esta constatação, as avaliações tradicionais passam a não dar conta das repercussões do trabalho na saúde do (a) trabalhador (a) e crescem as discussões que apontam a necessidade de se considerar outros aspectos do trabalho, que passaram a repercutir na saúde do (a) trabalhador (a), como fatores organizacionais, ergonômicos e psicossociais. As LER/DORT abrem o caminho e exigem novos olhares quanto à etiologia do adoecimento dos (as) trabalhadores (as), e, como seguem apontando as autoras, nos anos de 1990 e 2000, uma nova configuração dos processos saúde/doença e trabalho ecoam fortemente nos espaços de

trabalho, as suas repercussões psíquicas, denunciando a complexidade que envolve o processo de avaliação da relação saúde e trabalho.

Setores da Saúde, do Trabalho, do Judiciário, do Ministério Público, das universidades e dos órgãos de pesquisa começaram a ter suas agendas pautadas por sindicatos e outras entidades representativas dos trabalhadores, que observavam um contingente crescente de pessoas com transtornos psíquicos, os quais frequentemente não conseguiam permanecer trabalhando pelas condições adversas das empresas e que não raramente eram isoladas e demitidas. (SILVA et al., 2010, p. 186).

Estas denúncias evidenciam dois aspectos; primeiro a incapacidade dos recursos tradicionais da medicina do trabalho e dos demais profissionais responsáveis pela avaliação dos (as) trabalhadores (as) em identificar processos de trabalho e adoecimento. Segundo, a necessidade de agregar novos elementos para se considerar as repercussões psíquicas do trabalho na saúde do (a) trabalhador (a), considerando aspectos sociais e do trabalho contemporâneo, exigindo para tal um diálogo multiprofissional e um olhar atento para as mutações do trabalho que atingem os (as) trabalhadores (as), dentro e fora dele. Tais alterações significam o rompimento “[...] com o modelo teórico centrado no conhecimento médico e em saberes compartilhados por categorias profissionais para proporem ações integradas e interdisciplinares.” (NARDI, 1997 apud JACQUES, 2003, p. 99).

A desestabilização da Era Industrial, iniciada na década de 1980, que culminou na Era do Conhecimento, que ainda se assenta, mostra uma série de fatores de risco ao adoecimento mental do (a) trabalhador (a) caracterizado por um processo de expansão da precarização, uma vez que as condições de trabalho impactam diretamente na saúde do (a) trabalhador (a).

Druck, Franco e Seligmann-Silva (2010) definem este período como uma rede de trabalho precário, visível não apenas nas grandes empresas, com demissões em massa, reduzindo assim de forma drástica os (as) trabalhadores (as) estáveis, obrigados a inserirem-se em formas variadas de terceirização, com precarização de vínculos, contratos temporários, mudando drasticamente a configuração do trabalho anterior. A escolha para o (a) trabalhador (a) nesse caso oscila entre esta inserção precária ou o desemprego.

Considerando as análises propostas pelas autoras, Druck, Franco e Seligmann-Silva (2010) que estabelecem cinco dimensões que são indicadores da precarização no trabalho e trazendo para esta análise outros autores que corroboram esta precarização, é possível verificar a incidência destas novas configurações do mundo do trabalho na saúde mental dos (as) trabalhadores (as).

Primeiro: Estamos vivendo a desestabilização dos estáveis, que antes contavam com alguma proteção social e agora se deparam com a perda de direitos trabalhistas, como férias e descanso remunerado, jornadas de trabalho fixas, horas extras e 13º salário. Trata-se de um processo de precarização dos mais impactantes, pois não se tem mais referências de proteção social do trabalho e passa-se cotidianamente a participar de um processo de competição para permanecer neste trabalho como possibilidade de sobrevivência, num processo contínuo de gestão do medo.

A segunda dimensão refere-se às condições de trabalho, às imposições de ritmos intensos, metas inalcançáveis, intensificação do controle sobre os (as) trabalhadores (as), medo de demissão, envolvimento forçado, competitividade, comprometendo a sociabilidade de forma negativa, ecoando na saúde mental do indivíduo. Diminuição do tempo de descanso, das pausas de trabalho, cobrança por aperfeiçoamento e formação profissional, comprometendo seu tempo livre para viver e conviver fora do seu trabalho.

“Não há longo prazo”. No trabalho, a carreira tradicional, que avança passo a passo pelos corredores de uma ou duas instituições, está fenecendo; e também a utilização de um único conjunto de qualificações no decorrer de uma vida de trabalho. Hoje, um jovem americano com pelo menos dois anos de faculdade pode esperar mudar de emprego pelo menos onze vezes no curso de trabalho, e trocar sua aptidão básica pelo menos outras três durante os quarenta anos de trabalho. (SENNETT, 2012, p. 21-22).

A gestão organizacional requer polivalência, que implica ao (a) trabalhador (a) a perda de sua especialidade, pois precisa atender várias demandas e, para tal, busca formação constante. A rotatividade apontada por Sennett (2012) impacta os (as) trabalhadores (as) mais jovens, que se veem alterando seus contratos de trabalho, mudando de empresas e de funções inúmeras vezes ao longo da vida profissional, implicando mudanças não somente de trabalho, mas de residência, e, por consequência, gerando instabilidade na vida pessoal e familiar. Compromete, portanto, projetos profissionais e pessoais dos (as) trabalhadores (as), em face deste movimento de rotação.

O terceiro ponto sugere uma reflexão inseparável das demais, pois a precarização no trabalho corrói também as estruturas internas das empresas que foram organizadas para prevenir acidentes e doenças no trabalho, que são as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) e os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Muitos destes órgãos são fragilizados ou aparecem somente como figura ilustrativa, sem ações efetivas, sem condições para estruturar-se e funcionar efetivamente, em nome de estratégias para cortar despesas. Os órgãos que mantêm um esforço de atuação

traçam suas estratégias num nível individual, resumindo suas intervenções ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), descaracterizando o caráter coletivo de uma política efetiva de proteção, considerando todo o impacto sofrido pelo (a) trabalhador (a) no seu cotidiano profissional.

Ao colocar no rol de gastos o que seriam investimentos em saúde do (a) trabalhador (a), demonstra a despreocupação e o descaso com a saúde e a vida dos (as) trabalhadores (as) expostos. Este ponto ataca diretamente a saúde do (a) trabalhador (a), ressoando em sua saúde mental, que é indissociável da saúde vista num todo.

A quarta dimensão constitui-se na fragilização da valorização do trabalho, as práticas propõem a naturalização do descarte das pessoas, do incentivo à competitividade, na ruptura das trajetórias profissionais, na fragilização dos vínculos. Retomamos novamente a noção de estranhamento e alienação no trabalho, que reaparece nesta fase ainda mais complexa, conforme citada por Antunes (2014). Exige-se do (a) trabalhador (a) aptidões, como vontade, disposição e desejo, e, caso lhe faltem, são substituídos por outros (as) trabalhadores (as) com tal perfil. Trata-se de exigir questões da subjetividade do (a) trabalhador (a), inautênticas e estranhadas.

Antunes (2014, p. 40) dispõe que “Desse modo, a alienação ou, mais precisamente o *estranhamento* (Entfremdung) do trabalho encontra-se, em sua essência, preservado, ainda que dotado de novas engrenagens e mecanismos de funcionamento.” Ocorre um aprofundamento maior do estranhamento no trabalho, pois, a esfera produtiva, ao apropriar-se da subjetividade do (a) trabalhador (a), do seu aspecto cognitivo, com o objetivo de buscar o envolvimento do (a) trabalhador (a), cria uma situação que não é autêntica, que é forçada, “[...] distanciando ainda mais a subjetividade do exercício de uma cotidianidade autêntica e autodeterminada.” (ANTUNES, 2014, p. 40).

A quinta dimensão refere-se ao desmonte da representatividade coletiva dos (as) trabalhadores (as), comprometendo a representação sindical, o que concorre para o aprofundamento das condições degradantes no trabalho, tanto nos seus aspectos de direitos trabalhistas quanto na sua proteção enquanto saúde e segurança no trabalho. “A insegurança e a desproteção, vivenciados por todos e por cada trabalhador/a, produzem reações e desdobramentos de diferentes tipos – inclusive transtornos psíquicos.” (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 233).

Esta precarização política significa a fragilização das estruturas de representação coletiva dos (as) trabalhadores (as), pelos processos de terceirização que anulam as regulações no trabalho, constituindo-se num campo de forças desfavoráveis aos (as) trabalhadores (as).

Este processo de individualização do (a) trabalhador (a) constitui-se num sentimento de impotência e de vulnerabilidade.

Essas cinco dimensões apresentadas constituem-se no quadro geral que corrobora para a precarização e o adoecimento no trabalho, contribuindo especialmente para o adoecimento mental, que se expressa em forma de sofrimento no trabalho e em razão dele.

2.2 SAÚDE MENTAL EM QUESTÃO

Foucault (1997), em sua obra *O nascimento da clínica*, aponta o poder do “discurso médico”, que, a partir do nascimento da medicina moderna, o saber racional, científico ganha *status* e passa a ser o lócus privilegiado para definir os padrões de saúde/doença, normal/anormal, devendo, portanto, regular e tratar estas disfunções, desvios e anormalidades.

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnica da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. [...] é importante determinar como e de que maneira as diversas formas do saber médico se referem às noções positivas de saúde e de normalidade. [...] A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde. (FOUCAULT, 1977, p. 39).

O foco está na investigação da doença e do corpo que adocece, estabelecendo-se aí uma relação de poder onde a última palavra é dada pelo científico, portanto, o (a) médico (a), a clínica, cuja fala sobre adoecimento e morte é legitimada pela sociedade, nesse processo de conhecimento e poder.

A despeito desta obra de Foucault, três aspectos devem ser destacados referentes à concepção de doença: a doença como ausência de saúde, a individualização na análise dos processos de adoecimento e a necessidade de classificação e diagnóstico das doenças que orientou o olhar médico para a doença e seu espaço de visibilização no doente e na sociedade (TITTONI; NARDI, 2008, p. 72).

Os autores seguem apontando a matriz individualizante e a exigência de sistematização colocadas neste modelo tradicional de definição de saúde-doença, e a necessidade de redimensionar estas análises ao tratarmos do adoecimento advindo do trabalho, trazendo evidências do adoecimento e sua ligação com o trabalho e a forma como vem sendo organizado, bem como apontando e fortalecendo as defesas coletivas construídas pelos (as) trabalhadores (as) frente a essas pressões. A intenção desta pesquisa é justamente percorrer este caminho da relação do adoecimento mental e sua íntima vinculação com o

trabalho exercido, contribuindo para uma nova concepção de adoecimento que rompa com suas avaliações tradicionais.

No universo da saúde e adoecimento mental se faz mister colocar no debate a questão do normal/anormal, saúde/doença, pois no estudo do adoecimento mental em razão do trabalho exercido várias questões provocam o nosso entendimento:

Em nossa sociedade, quem está doente? Quem é normal? O (a) trabalhador (a) que não suportou as pressões advindas da organização deste modelo de trabalho da Era do Conhecimento, que captura o seu cognitivo, ou o (a) trabalhador (a) que permanece por anos adaptado a este cotidiano profissional?

Para Coelho, Filho e Peres (1999, p. 102), “[...] a chave para a saúde mental será justamente a capacidade de ajustamento às transformações.” Talvez se trate de uma questão de sobrevivência e não de saúde mental conseguir adaptar-se a esse mundo do trabalho suportando todas as pressões cotidianas.

Com reflexões antropológicas contemporâneas ao tema, Coelho, Filho e Peres (1999) mostram as dimensões de doença propostas por Kleinman (1977), em que doença significa a abertura de duas categorias: Patologia e Enfermidade, discussão sistematizada a seguir.

Quadro 3 – Dimensões de doença na perspectiva Kleinmaniana

Doença	
Patologia	Enfermidade
<ul style="list-style-type: none"> • Conceito biomédico. • Refere-se a alterações ou disfunções biológicas ou psicológicas. • Tais disfunções ocorrem independente do reconhecimento ou percepção pelo indivíduo ou ambiente social. • Trata-se da experiência objetiva da patologia observada pelo médico. • Trata-se de má adaptação ou mau funcionamento definidos a partir do idioma culturalmente compartilhado da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito social e cultural. • Refere-se ao significado para o sujeito e para a sociedade da patologia, as reações individuais e sociais. • Trata-se da experiência subjetiva da enfermidade, expressa pelo paciente para conseguir lidar com a doença e controlá-la. • Representações pessoais, familiares, sociais e culturais perante a doença e desconforto. • Processos complexos, fatores culturais que governam a percepção, explicação e valorização da experiência.
Ambas as dimensões são construções sociais.	

Fonte: elaborado pela autora com base em Coelho, Filho e Peres (1999).

Os autores que examinaram os apontamentos de Kleinman seguem apresentando suas análises que afirmam a necessidade de examinar essas dimensões enquanto um sistema cultural, considerando, portanto, a relação mútua entre elas, ampliadas enquanto saúde, enfermidade e o cuidado. Cabe destacar os apontamentos de mudanças de crenças referentes a uma das dimensões, que não podem ser analisadas de forma isolada, uma vez que impactam todos os outros processos. “Sendo assim, é preciso considerar modelos capazes de conceber a

saúde e a enfermidade como resultado da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina.” (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 103).

Neste modelo explicativo de saúde, fica clara a crítica aos modelos tradicionais centrados na visão médica e a necessidade de uma visão multidisciplinar para definir saúde e enfermidade, pela importância das crenças e dos significados pessoais para o (a) paciente e sua interação com a vida social. Contudo, na prática, esse modelo Kleinmaniano não se efetivou, pois o psiquiatra Kleinman, que proclamou a nova psiquiatria transcultural em oposição à etnopsiquiatria tradicional, permaneceu preso às práticas curativas, objetivando recuperar o paciente para atingir o seu funcionamento normal sem discutir o que significa essa normalidade, mas seu modelo teve o mérito de enfatizar os determinantes sociais que implicam neste modelo explanatório.

Outros estudos deram continuidade aos apontamentos de Kleinman, como Good e Good (1980, 1982) e Good (1994), citados por Coelho, Filho e Peres (1999), atacando justamente a questão do significado de normalidade, que, segundo eles, a fronteira entre o normal e o patológico seria definido pela cultura, para tanto a antropologia médica oferece um método que permite investigar a experiência da enfermidade em diversas culturas, os modos pelos quais ocorrem e são narrados, seus rituais para reconstruir o que foi perdido em razão do adoecimento.

Em suas críticas ao modelo biomédico ocidental, que consiste na interpretação dos sintomas enquanto uma “realidade biológica”, que seguem um roteiro para decodificar esses sintomas para, em seguida, propor um tratamento, carecem de reformulação.

Segundo esses autores, a atribuição do significado do sintoma (symptom meaning) a um estado fisiológico alterado mostra-se insuficiente para a prática clínica, uma vez que fatores psicológicos, sociais e culturais influenciam a experiência da doença, sua manifestação e a expressão dos sintomas. (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 104).

Assim como Kleinman, esses autores afirmam somente ser possível a aplicação clínica desse modelo mediante a revisão dos conceitos no campo médico, uma reconceitualização que permitiria uma mudança de atitude clínica, compreendendo a interação dialética que ocorre entre o indivíduo e o contexto cultural onde se constrói uma experiência humana do adoecimento. Esse modelo ressalta as relações de poder nos discursos e práticas médicas.

Analisando e aprofundando essas linhas interpretativas, surgem nos anos 1980, na antropologia médica, tendo um de seus mais importantes representantes o antropólogo

americano Allan Young (1980, 1982), que critica as construções anteriores no sentido de que a distinção entre patologia e enfermidade não é suficiente para apreender a dimensão social do adoecimento. Afirma que o “[...] processo de socialização da patologia ou da enfermidade – ou, melhor ainda, de construção da doença – dá-se, em parte, no interior e através de sistemas médicos.” (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 105).

Eis que configura uma dimensão importante, ao apontar que os sistemas médicos possuem uma dimensão ideológica e estão vinculados à manutenção e reprodução de determinada ordem social, reproduzidas por meio de saberes e práticas de saúde.

[...] a tradução de formas de sofrimento derivadas das relações de classe em termos médicos constitui um processo de neutralização que segue os interesses das classes hegemônicas. Ou seja, através do processo de medicalização, a condição de doença é reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se a sua dimensão social, política e histórica. (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 106).

Enfatiza que dependendo da situação socioeconômica do (a) paciente, sua patologia terá determinada enfermidade e será definido o seu processo de tratamento. As forças sociais é que comandam esse processo, são sistemas médicos plurais. Aponta as relações de poder presente entre as diversas classes sociais ao considerar o contexto socioeconômico, político e histórico que permeia os processos de saúde-doença-cuidado.

Outro enfoque apresentado por Coelho, Filho e Peres (1999) são as análises citadas de Corin e Lauzon (1992), Corin (1993), Bibeau (1992), que avançam na discussão da dualidade normal/anormal. A proposta trabalhada é a de olhar o anormal, os comportamentos considerados nessa linha não somente como transtornos mentais, patológicos, mas como uma nova experiência subjetiva que o indivíduo esteja passando.

Os comportamentos e discursos anormais ou não convencionais devem ser considerados não apenas como sintomas ou mecanismos de defesa, mas enquanto sinal de uma experiência de reorganização da relação do sujeito com o mundo (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 109).

Propõem-se a abertura de uma brecha na discussão de saúde mental, um novo olhar, um enfoque alternativo que possa se opor ao enfoque dominante, tradicional. Esta perspectiva considera o que Young abordou anteriormente, os contextos socioeconômicos, históricos e políticos vinculados ao processo saúde-doença, a necessidade de compreender “[...] como a comunidade percebe, interpreta e reage com relação aos problemas de saúde mental.” (COELHO; FILHO; PERES, 1999, p. 109).

Por fim, os autores apresentam o que denominam de conceito ampliado de saúde mental, que percorre o nível individual e tem ressonância com o nível social, numa perspectiva transdisciplinar, o que na prática significa acesso a um social saudável, emancipação política do sujeito, indubitavelmente com implicações políticas. Segundo Coelho, Filho e Peres (1999, p. 123), “[...] a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida.”

Por esse viés, analisando somente um recorte do contexto social, a esfera do trabalho e todas as suas transformações, com repercussão em todas as demais dimensões sociais é possível constatar o quão grave é o comprometimento da saúde mental do (a) trabalhador (a), e o quão desafiador é a construção teórica deste tema.

O desenvolvimento do campo teórico acerca do tema saúde mental e trabalho significa um desafio que só pode ser alcançado se pensado de forma interdisciplinar. Inúmeros estudos e pesquisas são demandados para a compreensão desta complexidade que segue em construção. Diferentes áreas de conhecimento apontam diversos campos de análises, rompendo com os determinismos tradicionais que colocam em evidência somente as áreas da saúde, mais especificamente, o saber médico. Por outro lado, numa perspectiva teórica interdisciplinar a área da saúde representa um aspecto a ser considerado, agregando suas teses a outras temáticas que vinculam seus estudos ao mundo do trabalho e suas implicações políticas, sociais, econômicas e culturais.

Neste campo, passam a ser examinados os processos Saúde/Doença vinculados, em suas determinações ou desenvolvimentos, à vida laboral, através de uma ótica profundamente distinta das anteriormente adotadas, tanto pelo enriquecimento dos eixos de análise quanto pela fixação de uma perspectiva em que as finalidades das investigações assumem diretrizes éticas. O que significa que princípios que ultrapassam a busca de produtividade são adotados, na medida em que estudos se voltam para identificar todos os aspectos “adoecedores”, inclusive aqueles que possam estar servindo simultaneamente aos interesses da produção. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 50).

Estamos, portanto, posicionando o desafio da construção das análises da saúde mental e trabalho a partir de uma perspectiva interdisciplinar, e, nesta visão, seguimos os apontamentos da autora Seligmann-Silva (1994), que apresenta alguns modelos que buscam referenciar esta temática, para, neste contexto, estabelecer nosso processo, delimitando a vertente de análise e de conhecimento por onde conduzimos esta pesquisa.

O primeiro modelo apresentado pela autora tem sua diretriz pautada pela definição da teoria do estresse (1930), baseada em uma perspectiva positivista dentro dos estudos da

medicina, cujas pesquisas vêm avançando dentro desta temática vinculada ao trabalho, apresentando várias categorias estressoras (1987), os riscos, e, inclusive, mais recentemente, o desenvolvimento de um novo conceito, a síndrome do esgotamento profissional, conhecida como *burn-out* (1990).

As críticas a esse modelo apontam que tais teorias que utilizam o conceito de estresse não consideram as subjetividades das pessoas, seguindo um caminho de objetivação de fatores, e, mais do que isso, estes estudos enfocam a possibilidade de que cada homem ou mulher possa encontrar o seu equilíbrio, adaptando-se ao meio, no caso, aos ambientes de trabalho.

O modelo seguinte apresenta estudos que enfatizam o sofrimento mental relacionado ao trabalho, quadros teóricos construídos pela Psicodinâmica do Trabalho, cujo principal teórico é o pesquisador francês Christophe Dejours.

A Psicodinâmica do Trabalho tem se voltado para analisar a constituição do sofrimento mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores. Ela estuda as vinculações entre este sofrimento e a organização do trabalho, examinando também as dinâmicas pelas quais se constroem sistemas coletivos de defesa e de compromisso ético – instâncias diferenciadas entre si – nos locais de trabalho. E estuda, também, as formas de exploração do sofrimento mental e das próprias defesas psicológicas individuais e coletivas. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 54-55).

O conceito de sofrimento mental é analisado em um duplo sentido, podendo conduzir à doença, ou, ao contrário, beneficiando a saúde, quando conduz à criatividade. Esta teoria tem grande interesse no estudo das estratégias para as defesas individuais e coletivas.

Trata-se do encontro de um sujeito, dotado de subjetividade, de uma história, de características próprias, com determinada situação de trabalho, cujo centro de análise será o conflito existente nesta situação. Deste embate pode surgir uma experiência positiva, que contribuirá para o enriquecimento da identidade e criatividade do sujeito, ou para o seu adoecimento. Dessa forma, ambos, sujeito e trabalho, passarão por transformações. Importa também o compromisso coletivo, a solidariedade como experiência de fortalecimento de identidade e criatividade, caracterizando-se como estratégias coletivas de caráter ideológico.

O terceiro modelo apresenta o conceito de desgaste, o trabalho enquanto um componente desgastante da saúde mental do (a) trabalhador (a), o que suscita de imediato inúmeras questões. Enquanto é possível constatar o desgaste físico, corporal, biológico do (a) trabalhador (a) em virtude de doenças e acidentes decorrentes do trabalho, é possível, da mesma forma, afirmar o desgaste mental face situações do trabalho? O conceito de desgaste mental pode ser aplicado independentemente da ocorrência efetiva de um desgaste ou danos

em estruturas do sistema nervoso? É a partir destas reflexões que Seligmann-Silva (1994) problematiza o conceito de desgaste mental e amplia suas análises, pertinentes à compreensão desta proposta.

Agentes químicos agem, comprovadamente, causando danos às estruturas mentais do (a) trabalhador (a), em nível psíquico, cognitivo, afetivo, intelectual, quando sofrem ações de diversos produtos tóxicos, expostos a eles nos ambientes de trabalho, ou em razão de acidentes de trabalho, sendo esta uma primeira possibilidade de desgaste mental.

Para Seligmann-Silva (1994, p. 78), “Como exemplos, temos as atividades em que os (as) trabalhadores (as) estão expostos ao chumbo, ao mercúrio ou a outros metais pesados; ao estireno, ao tolueno e a outros solventes; e ao metanol ou a outros produtos, cujas ações neurotóxicas são há muito tempo conhecidas.”

A fadiga, um transtorno amplamente estudado por várias áreas, posta em sua relação com o trabalho, possui associação entre o cansaço físico e o cansaço mental, e pode ser entendida como desgaste, em dois sentidos, trazendo para essa análise a ideia de perda, como núcleo do conceito. Pois, um (a) trabalhador (a) sujeito (a) a uma situação de cansaço, que não é recuperado com o sono, ao contrário, apresentando inclusive como efeito dele distúrbios de sono, irritabilidade, desânimo, enfim, o que é designado como fadiga crônica ou patológica, conforme apontou a autora, o que também contribui para o surgimento de dores em várias regiões do corpo e perda de apetite.

Causa, portanto, sofrimento mental, pelas inúmeras perdas, perda de qualidade de vida, pela diminuição da participação social, de lazer, de convivência, pelos limites que a fadiga nestes termos impõe, gerando desgaste mental.

Seligmann-Silva (1994) aponta as formas de desgaste global que causam envelhecimento precoce, ocorrendo em situações específicas de fadiga, como dos (as) trabalhadores (as) inseridos em turnos de revezamento no trabalho. “Portanto, o desgaste pode ser entendido a partir de experiências que se constroem, diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos.” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 80).

Outro ponto chave para pensar o conceito de desgaste mental é a discussão do desgaste da identidade. Uma trajetória de vida profissional, permeada por frustrações, situações de trabalho negativas, inseguranças, que tolhem uma perspectiva de futuro, de projeto de vida, de esperança, atacam valores e crenças e somam negativamente corroendo a identidade. Seligmann-Silva (1994) refere-se a isso enquanto consumo que corrói e fere a identidade,

sendo que o uso da expressão desgaste valoriza esse sentido, que não é apresentado apenas no campo do desgaste metafórico.

Desgaste de identidade “[...] que atinge a personalidade e a vida mental” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 84) carecem de maior correlação entre o processo de desgaste mental e as questões relacionadas ao trabalho quanto à gestão e suas formas de organização, buscando a ampliação destes conhecimentos.

Os três modelos analisados competem, em última análise, para o confronto de duas posições. De acordo com Castro (2012), a primeira centra-se no plano individual, atestando a vulnerabilidade do indivíduo e suas limitações e dificuldades para adaptar-se pela sua falta de performance, das habilidades e de reconhecimento, nesta categoria estão postos o conceito de *stress*, o *burnout* e o suicídio. A segunda categoria aponta os determinantes sociais, e aí está posta a pressão do trabalho, como causa do mal-estar, do adoecimento mental.

Finalizamos destacando pontos que Seligmann-Silva (1994) apresenta frequentemente em sua obra, referente à necessidade de que os estudos em saúde mental e trabalho percorram o caminho interdisciplinar, fugindo assim de visões reducionistas, positivistas que não privilegiem essa íntima relação, pois se trata de um campo teórico ainda em construção, carecendo de pesquisas e sistematizações para alcançar a ampliação deste conhecimento, na perspectiva de apontar o trabalho, seus processos, precarizações e gestão como determinantes sociais que contribuem para o adoecimento mental de homens e mulheres.

2.3 O ASSÉDIO MORAL NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

O fenômeno do assédio moral nas relações de trabalho é também um dos catalizadores do comprometimento da saúde mental dos (as) trabalhadores (as), e que não está, necessariamente, relacionado com a precarização. Carece, portanto, de análise e definição, uma vez que é fato recorrente nos mais variados ambientes de trabalho.

Freitas (2001) coloca que o assédio no trabalho passou a ser identificado e estudado somente a partir dos anos 1990 como uma ocorrência destrutiva do ambiente de trabalho, que acarreta prejuízos psicológicos ao trabalhador, afeta a produtividade e provoca o absenteísmo, apesar de ser tão antigo quanto o trabalho.

O que é contemporâneo é a discussão e denúncia acerca do assédio moral nas organizações, pois causa indignação pela frequência e facilidade com que ocorre e pela impunidade que o cerca, em razão do medo do (a) trabalhador (a) em denunciar, pela

dependência que este tem do trabalho. Ou seja, o assédio moral ocorre porque encontra condições para se instalar e permanecer nos ambientes de trabalho.

Assumimos que o assédio moral é uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetitiva, que visa a diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou grupo, degradando suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e comprometendo a sua integridade pessoal e profissional. (FREITAS, 2007, p. 3).

Uma das características do assédio moral é justamente a frequência com que ocorre, a repetitividade e exposição ao ato e o fato de ser uma prática institucionalizada que compõe o processo de gestão, devendo ser considerado um risco presente nos processos de trabalho, nas relações laborais, para a saúde psíquica, física e a vida social das vítimas.

Estes riscos não visíveis são tão importantes quanto os riscos visíveis e quantificáveis, a exemplo do maquinário, do posto de trabalho, dos agentes químicos, do ruído e de tantos outros riscos mensuráveis existentes no meio ambiente de trabalho. (BARRETO, 2013, p. 14).

O assédio moral no trabalho tem endereço – ele ocorre nos ambientes de trabalho, e são três os atores implicados no ato, o agente – o agressor ou os agressores, o destinatário – a vítima ou as vítimas e a plateia – as testemunhas, conforme detalham Barreto (2013) e Soares (2013).

Em geral, o subordinado é agredido pelo seu superior, assédio vertical, tratando-se de uma cultura gerencial, mas também não é raro o assédio moral horizontal, onde um colega é agredido por outro colega, também configurado por falha ou omissão gerencial. No primeiro caso, extremamente comum, a empresa está totalmente envolvida, pois não se trata da ação de um indivíduo, mas de um gestor, de um detentor de um cargo superior, que ocupa esta posição por decisão da empresa, e utiliza o assédio moral para organizar o trabalho e cobrar produção.

Nesse sentido, a empresa, o contexto onde ocorre o assédio moral, é responsável pelos atos de violência, independentemente do fato de ter conhecimento ou não dos atos de seus gerentes ou de determinado grupo de trabalhadores (as), por não ter vigiado para que tais atos não ocorressem, e pela ausência de regras que protegessem seus (as) trabalhadores (as) nestas condições, pois a empresa tem a prerrogativa de estimular, coibir ou eliminar o problema.

O assédio moral é uma patologia organizacional corrosiva que degrada as condições de trabalho, a saúde mental dos indivíduos e envenena as relações sociais no ambiente de trabalho. É um problema organizacional que tem tomado proporções alarmantes nas organizações contemporâneas. (SOARES, 2013, p. 35).

De forma recorrente, o conceito de assédio moral é deturpado, sendo apresentado como uma situação isolada na empresa entre dois indivíduos, em consequência de desavenças pessoais, neuroses, problemas pessoais, com o objetivo de descaracterizar sua imbricação com o processo de trabalho, dessa forma cooptando o conceito em favor do capital e contra o (a) trabalhador (a).

A agressão horizontal, de colega para colega, anteriormente rara, hoje está crescendo, situação que cabe perfeitamente nesta nova fase do capital, a Era do Conhecimento. Isso em razão de que com o clima de competição instalado, onde não há mais confiança e companheirismo e cada um (a) depende o máximo esforço para se manter em seu emprego, são cada vez mais comuns os conflitos entre funcionários (as), empobrecimento de relações, principalmente em ambientes com alto grau de rotinas (frigoríficos, telemarketing). “Terceirizações podem gerar conflitos entre os funcionários efetivos e os prestadores de serviços, criando um ambiente de primeira e segunda classes para algumas categorias, o que estimula humilhações e exclusões [...]” (FREITAS, 2007, p. 5).

Além disso, temos outro aspecto que facilita o assédio de colega para colega, que Seligmann-Silva (2013) aponta como presenteísmo, que é a presença no trabalho de trabalhadores (as) adoecidos (as), por diversos motivos, com destaque para o medo da demissão, e que, por estarem nestas condições, com sua saúde comprometida, não conseguem produzir como os demais colegas, assim, além de sofrerem pressão das chefias, sofrem pressão dos seus pares, sendo vítimas fáceis de assédio. Os (as) colegas, por outro lado, além de terem que responder pela sua carga, sua produção diária, precisam produzir pelo (a) colega adoecido (a), e, dessa forma, o (a) assediam, porém não de forma deliberada, mas em virtude das tensões criadas pela incapacidade de gestão.

O assédio moral consiste em práticas que degradam o ser humano e comprometem o seu desempenho no trabalho, na vida social, com potencial destrutivo pela frequência com que ocorre, pois consiste em destruir a individualidade do (a) outro (a). Significa a degradação da vida da pessoa, que se sente diminuída, humilhada, isolada, colocando em risco o seu emprego, causando danos psíquicos e físicos.

Nessas situações que são recorrentes, o (a) agressor (a) busca desqualificar a vítima, exercendo o seu poder para controlar os seus atos. Um exemplo comum do assédio é controlar as idas ao banheiro, tornando essa situação humilhante, pois se estabelece regras vexatórias, como ter que buscar a chave do banheiro com o (a) chefe, que a partir daí controlará o tempo de uso. Outra situação de assédio é a retirada do trabalho da vítima, que fica sem função,

isolado (a) dos demais, chegando a ficar sem sala, sem mesa de trabalho, sem lugar para sentar-se durante a jornada.

Perante o grupo, o (a) agressor (a) passa a construir um discurso depreciativo contra a vítima para justificar seus atos, alegando defeitos morais, de conduta, incapacidade para realizar as atividades, enumerando condutas duvidosas, comentários sarcásticos, piadas, enfim.

O assédio apresenta-se por meio de palavras, gritos, olhares, de comunicação escrita, de comentários diretos e indiretos, de atitudes de desprezo, de provocações, violência psicológica e física, injúrias, piadas, brincadeiras de mau gosto, constrangimentos e apelidos. Não há uma ordem, o que há é um processo contínuo no qual essas manifestações vão ocorrendo, de forma intencional.

O assédio moral não é uma doença, porém, a partir da exposição do sujeito nesta prática, a pessoa desencadeia um processo de sofrimento e adoecimento, que perpassa o comprometimento de sua saúde mental, com expressões na saúde física, podendo levar à morte, pela consumação de suicídio.

Nos danos à saúde física e mental do trabalhador, o assédio pode, mas não necessariamente, gerar na pessoa estresse pós-traumático, síndrome de *burnout*, depressão, distúrbios cardíacos, endócrinos e digestivos, alcoolismo, dependência de drogas, tentativa de suicídio ou, ainda, sua consumação. (THOMÉ, 2013, p. 47).

O terceiro elemento deste tripé são as testemunhas do assédio, que também passam a ser vítimas indiretas deste processo que presenciam, uma vez que as agressões repercutem em todo o ambiente de trabalho, afetando quem testemunha esses atos, que, igualmente, sofre e pode ter sua saúde afetada.

Soares (2013), ao analisar o estresse das vítimas e das testemunhas, propõe num primeiro momento que as testemunhas não intervêm por medo de que o assédio passe a ser dirigido diretamente a elas. Também constroem mitos para se proteger, para ficarem invulneráveis, como um mecanismo de defesa, elegendo justificativas particulares que justificam o assédio que a vítima está sofrendo e eles testemunhando. Esta omissão das testemunhas também gera outro sentimento nesses atores: a vergonha.

De um ponto de vista cognitivo, as testemunhas racionalizam a violência, em particular o assédio moral, pensando da seguinte forma: “Ele/ela deve ter feito alguma coisa para merecer esse tratamento”. Esse tipo de justificação busca apenas a desresponsabilização e serve de justificativa para a não intervenção. O sentimento de vergonha mais intenso entre as testemunhas talvez possa ser fruto dessa passividade face ao assédio; vergonha por não ter ajudado ou apoiado seu colega, ou seja, pela falta de solidariedade. (SOARES, 2013, p. 40).

Não há garantias nesse campo do assédio moral no trabalho, pois o fato de se omitir enquanto testemunha, não significa que estará imune ao assédio moral. “Ao contrário, é exatamente por não o defender que se corre o risco de ser assediado amanhã.” (SOARES, 2013, p. 40).

O autor, em seus apontamentos finais, conclui que o caminho para o combate ao assédio moral é a conscientização de todos os membros da organização para prevenção destas ocorrências, num ato unificado contra o assédio moral.

Porém, sendo o assédio uma forma de gerir os recursos humanos para obter a produção desejada, as metas estabelecidas, neste momento de produção toyotista, é uma afirmação ingênua concluir que pela união de todos é possível combater e prevenir o assédio moral.

Mais grave ainda é não existir, no Brasil, legislação que garanta a proteção do (a) trabalhador (a) contra o assédio moral, e que defina esta violência psíquica no trabalho.

O assédio moral é uma das espécies de violência cotidiana à qual estão submetidos muitos trabalhadores de todo o mundo; e não há, no ordenamento jurídico brasileiro, qualquer previsão que balize ou cuide desse fenômeno. Ademais, doutrina e jurisprudência ainda tem tratado o assunto com bastante timidez. (FREIRE, 2009, p. 377).

Apesar disso, este tema é recorrente na justiça do trabalho, que tem tratado destas situações com o intuito de construir proteção ao trabalhador (a) considerando, por exemplo, a definição de violência encontrada na Lei Maria da Penha, conforme aponta Thomé (2013).

Para Lourenço (2015, p. 458), “Quadros de ansiedade, depressão, síndrome do pânico e suicídio no trabalho expressam a violência da organização e relações sociais de trabalho na atualidade.”

A gestão do trabalho na Era do Conhecimento impõe metas alcançáveis somente com grande esforço e envolvimento pessoal e com os objetivos da empresa, gerando nos (as) trabalhadores (as) quadros de esgotamento e sofrimento psíquico.

As patologias contemporâneas vinculadas ao trabalho, como são exemplos as LER/Dort e o sofrimento mental relacionado ao trabalho revelam que o desgaste da vida é muito mais social que apenas biológico. Obviamente que a degradação da saúde é biológica (física e mental), mas a sua determinação decorre do peso das relações sociais de trabalho (dentro e fora dele), e a universalidade dessas relações, independentemente dos espaços empresariais – se do setor primário, secundário, ou terciário da economia -, torna os problemas de saúde daí decorrentes também universais. (LOURENÇO, 2015, p. 458-459).

Lourenço (2015) segue afirmando que no processo atual de gestão do trabalho, doenças, como LER/DORT não são problemas apenas de atividades que exigem movimentos repetitivos como os (as) trabalhadores (as) do setor bancário ou o sofrimento mental não é uma característica das atividades intelectuais, como os professores. Pois, mesmo considerando a “[...] precariedade dos dados estatísticos dos agravos à saúde dos trabalhadores, o quadro indica o nexos causal entre as patologias do trabalho contemporâneo e as atuais relações sociais de trabalho nos mais variados ramos empresariais, urbano ou rural.” (LOURENÇO, 2015, p. 459).

O assédio moral constitui-se num dano à saúde como um todo do (a) trabalhador (a), pois atenta contra todos os aspectos da sua vida, saúde mental, física e social. É justamente a discussão da saúde mental que trataremos no tópico a seguir.

Concluindo, trabalhamos nestes últimos tópicos com a intenção de aprofundar os temas mais específicos de que trata esta pesquisa, o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as). Com este objetivo, apresentamos três focos de estudo nestes últimos itens:

O primeiro tratando sobre a precarização do trabalho, discutindo vários destes aspectos e detalhando as implicações para o desgaste mental do (a) trabalhador (a). Examinamos um item que também perpassa este estudo, que é o reconhecimento do adoecimento mental como advindo do trabalho, pelas equipes de saúde, e os entraves que se colocam.

No segundo ponto, abrimos uma investigação sobre a saúde mental, apresentando brevemente a evolução histórica deste tema e suas implicações, bem como as definições que ecoam na sociedade atual.

E, por último, incluímos como ponto imprescindível o entendimento sobre o assédio moral, haja vista sua relevância na constituição do adoecimento mental no trabalho, pois é utilizado frequentemente enquanto ferramenta de gestão.

Após a construção e problematização destes temas, com cunho teórico, é possível passar a discutir os resultados da pesquisa, inicialmente a contextualização da região de Joaçaba/SC, território deste estudo, que abre o próximo capítulo.

3 CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE DO (A) TRABALHADOR (A) NA REGIÃO DE JOAÇABA/SC

Esta pesquisa, materializada enquanto conhecimento social, pretende concorrer para o acúmulo teórico deste tema, contribuindo para o alargamento de conhecimento na área de saúde do (a) trabalhador (a), cujo setor carece de dados comprovados de forma científica para opor-se à grande problemática da saúde mental e trabalho, tema recorrente nas discussões de saúde do (a) trabalhador (a). A metodologia desta pesquisa enfatiza a busca de informações que, entre outros métodos de recolha de dados, prioriza a escuta dos (as) trabalhadores (as), cuja possibilidade permite o conhecimento e a análise de uma realidade até então velada.

Aproximamo-nos desta realidade na região de Joaçaba, por meio de pesquisa concluída no ano de 2014, apresentada como monografia do curso de Pós-Graduação em Gestão Social de Políticas Públicas – Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC – Unochapecó, com o intuito de conhecer a problemática do adoecimento dos (as) trabalhadores (as) na região.

Como ponto de partida foram sistematizados dados referentes ao adoecimento dos (as) trabalhadores (as) que acessaram benefícios por incapacidade no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), na agência de Joaçaba, localizada no município de Joaçaba/SC, com uma área de abrangência de 10 municípios pertencentes a duas microrregiões distintas – nove cidades da região do Meio-Oeste catarinense e uma cidade da região do Alto Uruguai catarinense, assim distribuídos:

Quadro 4 – Municípios pertencentes à área de abrangência da APS de Joaçaba/SC

Nº	Município	Microrregião	Agência da Previdência Social
01	Água Doce	AMMOC	Joaçaba
02	Catanduvas	AMMOC	Joaçaba
03	Erval Velho	AMMOC	Joaçaba
04	Herval d'Oeste	AMMOC	Joaçaba
05	Ibicaré	AMMOC	Joaçaba
06	Jaborá	AMAUC	Joaçaba
07	Joaçaba	AMMOC	Joaçaba
08	Luzerna	AMMOC	Joaçaba
09	Treze Tílias	AMMOC	Joaçaba
10	Vargem Bonita	AMMOC	Joaçaba

Fonte: elaborado pela autora, com base em dados do IBGE.

A região é composta por pequenos municípios, com baixa densidade demográfica, sendo que o total de população varia de 3.000 a 10.000 habitantes em 8 dos municípios da região (Ibicaré, Jaborá, Erval Velho, Vargem Bonita, Luzerna, Treze Tílias e Catanduvas), e

superam os 20.000 habitantes em somente dois dos municípios estudados (Joaçaba e Herval d'Oeste).

Trata-se de uma região em que predomina a agricultura familiar, classificados como a categoria dos segurados (as) especiais, mas também com expressão junto aos empregados (as), pela presença da agroindústria, do comércio, dos prestadores de serviços e demais indústrias.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), os dez municípios que compõem este estudo apresentam juntos uma população total de 93.275 pessoas. Como não foi possível obter junto ao INSS o número total de segurados (as) na agência de Joaçaba, para fins de comparações buscamos junto ao IBGE a População Economicamente Ativa (PEA) destes municípios e chegamos ao total de 52.990 pessoas, o que corresponde a uma média de 56,81% da população geral dos dez municípios estudados.

A Tabela 1 apresenta estes dados e mostra que a PEA de cada município estudado tem uma variação significativa entre eles, com destaque para o município de Vargem Bonita, que apresenta a menor PEA em comparação aos demais municípios, sendo o equivalente a 50,53% da população geral do município (6,28 pontos percentuais abaixo da média). Os municípios de Jaborá e de Joaçaba apresentam a maior PEA dos municípios da região estudada, sendo 61,92% e 61,57% (5,11 e 4,76 pontos percentuais acima da média geral, respectivamente).

Tabela 1 – População Total e População Economicamente Ativa

Município	População IBGE 2010	PEA – IBGE 2010	%
Água Doce	6.961	3.866	55,54%
Catanduvas	9.555	4.952	51,83%
Erval Velho	4.352	2.234	51,33%
Herval d'Oeste	21.239	11.438	53,85%
Ibicaré	3.373	1.880	55,74%
Jaborá	4.041	2.502	61,92%
Joaçaba	27.020	16.637	61,57%
Luzerna	5.600	3.229	57,66%
Treze Tílias	6.341	3.830	60,40%
Vargem Bonita	4.793	2.422	50,53%
Total	93.275	52.990	56,81%

Fonte: IBGE (2010).

Todavia, o modelo econômico vigente expõe parte desta População Economicamente Ativa (PEA) ao mercado informal de trabalho, cujos números não constam em nossa pesquisa, pois, estas pessoas, apesar de estarem trabalhando e adoecendo, além de não terem os direitos trabalhistas, também não contribuem para o INSS, portanto, não acessam os direitos

previdenciários, estão fora do chamado mercado formal de trabalho, e, por esta razão, não aparecem em nossos dados.

Os dados do Ministério da Previdência Social² informam que entre 1999 e 2012, ocorreu uma melhora visível no nível de cobertura previdenciária (de 62,8%, em 1999, para 71,4%, em 2012) para homens e mulheres.

Foi necessário identificar em cada município da região quantos dos (as) trabalhadores (as) que compõem a PEA estão inseridos (as) no mercado formal de trabalho, e, portanto, contribuem para o INSS, tendo direito a acessar os benefícios previdenciários por incapacidade diante de doenças ou acidentes.

Para tanto, trabalhamos com o índice de 71,4%, que foi aplicado na PEA dos municípios, para considerarmos o número de pessoas que contribuem para o INSS em cada um deles, comparando-se então com o número de pessoas que receberam benefícios previdenciários no período de 2010 a 2012.

Conforme consta na Tabela 2, a média de pessoas em benefício nesta região foi de 20,63% da população de contribuintes do INSS. Destoam desta média, três municípios estudados – Ibicaré, Erval Velho e Herval d'Oeste – que apresentam a maior população em benefício da região, com o maior número de trabalhadores adoecidos, sendo 27,19%, 26,33% e 25,38% (6,56, 5,7 e 4,75 pontos percentuais, respectivamente).

Da mesma forma destaque para dois municípios com menor adoecimento, ou seja, com menos (as) trabalhadores (as) em benefícios previdenciários, se comparados à média dos dez municípios estudados, sendo Treze Tílias e Água Doce, com índices de 14,7% e 16,08% (5,93 e 4,55 pontos percentuais, respectivamente).

Tabela 2 – População Economicamente Ativa – Segurada do INSS – em benefício no período de 2010 a 2012

Município	PEA – IBGE 2010	71,4% da PEA segurado (a) do INSS	População em benefício	Porcentagem da população em benefício
Água Doce	3.866	2.760,32	444	16,08%
Catanduvas	4.952	3.535,72	753	21,29%
Erval Velho	2.234	1.595,07	420	26,33%
Herval D'Oeste	11.438	8.166,73	2.073	25,38%
Ibicaré	1.880	1.342,32	365	27,19%
Jaborá	2.502	1.786,42	329	18,41%
Joaçaba	16.637	11.878,81	2.208	18,58%
Luzerna	3.229	2.305,5	479	20,77%
Treze Tílias	3.830	2.734,62	402	14,7%
Vargem Bonita	2.422	1.729,3	333	19,25%
Total geral	52.990	37.834,86	7.806	20,63%

Fonte: elaborado pela autora, com base em dados do IBGE (2010).

² Atualmente o INSS está vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

Partindo da sistematização dos dados referentes aos benefícios por incapacidade acessados pelos segurados (as) junto ao INSS, no âmbito da agência da Previdência Social de Joaçaba/SC, nos anos de 2010 a 2012, foi determinada a prevalência das doenças em cada tipo de benefício, ou seja, doenças que foram caracterizadas ou comprovadas como relacionadas ao trabalho e as que não têm relação com o trabalho. Na categoria de doenças e acidentes não relacionados ao trabalho, foram três os benefícios estudados: Auxílio-doença – denominado de “espécie 31” pelo INSS, Auxílio Acidente – “espécie 36” e Aposentadoria por Invalidez – “espécie 32”.

Da mesma forma, foram trazidas ao estudo as doenças geradoras de benefícios por incapacidade que foram consideradas como doenças ou acidentes relacionados ao trabalho, sendo também três tipos diferentes de benefícios: Auxílio-doença – “espécie 91”, Auxílio Acidente – “espécie 94” e Aposentadoria por Invalidez – “espécie 92”. O estudo apontou uma realidade já empiricamente verificada no cotidiano, a de que o (a) trabalhador (a) não tem a doença mental reconhecida nos benefícios cuja etiologia esteja relacionada ao trabalho. Ela está presente nos benefícios cuja natureza ou causa não está relacionada ao trabalho, mas é invisível nos benefícios cuja natureza ou causa está relacionada ao trabalho exercido. A segunda causa de afastamentos nos benefícios de qualquer natureza ou causa apontou a CID³ F (transtornos mentais e comportamentais), porém esta doença não foi preponderante nos benefícios cuja causa do afastamento está relacionado ao trabalho, o que também apresentamos como questão deste estudo, apontando a dificuldade de notificar a CID F como decorrente do trabalho.

A globalização financeira e a mundialização da precarização social, juntamente com as inovações tecnológicas e as novas formas de gestão, causaram rápidas transformações no mundo do trabalho. No entanto, o pensamento tradicional das áreas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Psicologia dá pouca atenção para essas mudanças e para o aspecto do trabalho como mediador de integração social, seja pelo seu valor econômico, seja pelo valor cultural, com importância fundamental na constituição da subjetividade de todas as pessoas. (SILVA et al., 2010, p. 187).

Nos benefícios estudados o adoecimento físico do (a) trabalhador (a) está marcado como decorrente do trabalho, cujos aspectos objetivos do trabalho são considerados pela perícia médica do INSS. Os aspectos físicos do trabalho, em seus processos mecânicos, químicos e biológicos são visibilizados como um risco eminente à saúde e segurança do (a) trabalhador (a) e, portanto, causa de seu adoecimento e afastamento. De outro lado, os

³ Classificação Internacional de Doenças (CID).

aspectos subjetivos do trabalho, processos de gestão, de organização, de relacionamentos, de riscos psicológicos não são considerados pela perícia médica como causa das doenças mentais, pois os benefícios concedidos com CID F são concedidos como de qualquer natureza ou causa, sem relação com o trabalho exercido pelo sujeito.

As autoras seguem apontando que essas áreas, ao desconsiderar as outras dimensões do adoecimento, em seus aspectos sociais, organizacionais, de gestão, econômicos, que repercutem na subjetividade humana, negligenciam características importantes do mundo do trabalho atual, que incidem sobre a saúde mental dos (as) trabalhadores (as).

Quando investigadas quais as principais doenças que prevalecem nos benefícios previdenciários concedidos no período de 2010 a 2012, na região, chamou a atenção a ausência de constatação de doenças mentais nos benefícios relacionados ao trabalho, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Principais CIDs predominantes nos benefícios concedidos na região

Município	Benefícios de Qualquer Natureza ou Causa. B31 B32 B36	Benefícios de Causas Relacionadas ao Trabalho: B91 B92 B94
Água Doce	CID M e CID F	CID M e CID S
Catanduvas	CID M e CID S	CID M e CID S
Ervál Velho	CID M e CID F	CID M e CID S
Herval d'Oeste	CID M e CID F	CID M e CID S
Ibicaré	CID M e CID I	CID M e CID S
Jaborá	CID M e CID S	CID M e CID S
Joaçaba	CID M e CID F	CID M e CID S
Luzerna	CID M e CID F	CID M e CID S
Treze Tílias	CID M e CID S	CID M e CID S
Vargem Bonita	CID M e CID F	CID M e CID S

Fonte: elaborado pela autora, com dados do Suibe.

No Quadro 5 foram apresentados os dados de acordo com cada município da região, verificando-se que em ambos os tipos de benefícios predominou a CID M – que são as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular, conhecidas como Lesões por Esforço Repetitivo/Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho – LER/DORT, envolvendo diversas estruturas corporais, como a coluna vertebral, membros superiores e inferiores.

Segundo Murose e Marziale (2005), observa-se, nestes casos, uma redução da força muscular comprometendo os movimentos. Os (as) trabalhadores (as) relatam este sofrimento com riqueza de detalhes, pois são acometidos por esta doença que tem tido uma proporção gigantesca na atualidade.

Neste sentido, Murose e Marziale (2005) apontam as mudanças no mundo do trabalho com o adoecimento dos (as) trabalhadores (as) e a presença da LER/DORT, comprometendo a saúde dos (as) trabalhadores (as):

[...] as estruturas do corpo constituem uma unidade; portanto, a lesão em uma de suas estruturas pode provocar lesões em outras, uma vez que, na presença de inflamação ou degeneração das estruturas musculoesqueléticas, para poupá-las, o trabalhador mobiliza outros e, assim, as regiões hipersolicitadas ou sobrecarregadas acabam por sofrer, também, processo inflamatório e/ou degenerativa. (MUROSE; MARZIALE, 2005, p. 370).

De acordo com Salim (2003), as doenças da CID M – especificamente LER/DORT, são características desta nova reestruturação capitalista, compondo este mundo do trabalho contemporâneo, com novas tecnologias, novo perfil de trabalhador e novas exigências.

Já no primeiro grupo de benefícios, o de qualquer natureza ou causa, o segundo motivo mais preponderante de adoecimento está relacionado a CID F – transtornos mentais e comportamentais, juntas, estas doenças da CID M e CID F caracterizam as doenças da contemporaneidade e estão presentes nas doenças relacionadas ao trabalho.

Lara (2011), em seu estudo sobre a saúde do (a) trabalhador (a), já aponta esta tendência.

Na atualidade, as mudanças no espaço produtivo ao mesmo tempo em que realizam inovações tecnológicas e organizacionais agravam a saúde do trabalhador. Há um conjunto de inseguranças nas relações de trabalho que provocam mal-estar físico e mental à classe trabalhadora. (LARA, 2011, p. 80).

Podemos perceber que no caso da região investigada esta junção ocorreu somente nos benefícios de qualquer natureza ou causa, estas duas CIDs “coligadas” M e F – doenças osteomusculares e doenças mentais foram as de maior prevalência nos benefícios de qualquer natureza ou causa, registrados pela perícia médica do INSS, como doenças que não estariam relacionadas ao trabalho. Esta prevalência ocorreu em 06 dos 10 municípios pesquisados, quais sejam: Água Doce, Erval Velho, Herval d’Oeste, Joaçaba, Luzerna e Vargem Bonita.

Em outros três municípios, Catanduvas, Jaborá e Treze Tílias, registrou-se como segunda CID preponderante a incidência da CID S - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

E somente no município de Ibicaré a segunda CID que prevaleceu foi a CID I - Doenças do Aparelho Circulatório.

Ao observar os registros acerca dos benefícios cuja causa esteja relacionada ao trabalho, também houve a prevalência da CID M – que são as doenças relacionadas ao

sistema osteomuscular e as doenças da CID S (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas). Em todos os municípios estudados apareceram como a segunda maior causa de adoecimento relacionada ao trabalho. Neste grupo de benefícios, o desenho das CIDs foi a junção de CID M com CID S, portanto.

A CID S, como apresenta Laurenti (1997), trata dos acidentes e violências, lesões e envenenamentos, fraturas, esmagamentos, ferimentos, intoxicações, e outros, como causas externas geradoras de afastamentos dos (as) trabalhadores (as), facilmente relacionadas ao trabalho. São todas as quedas, os acidentes de trânsito, violências (homicídios, suicídios), afogamentos, exposição à fumaça e ao fogo.

A pesquisa também investigou quais as categorias de trabalhadores da região em que o adoecimento esteve mais presente, elegendo três categorias por município, conforme registro no Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias de trabalhadores (as) com maior adoecimento na região

Município	1ª categoria	2ª categoria	3ª categoria
Água Doce	Empregados (as)	Segurados (as) Especiais	Autônomos (as)
Catanduvas	Empregados (as)	Autônomos (as)	Desempregados (as)
Erval Velho	Empregados (as)	Segurados (as) Especiais	Autônomos (as)
Herval d'Oeste	Empregados (as)	Autônomos (as)	Desempregados (as)
Ibicaré	Segurados (as) Especiais	Empregados (as)	Autônomos (as)
Jaborá	Segurados (as) Especiais	Empregados (as)	Autônomos (as)
Joaçaba	Empregados (as)	Autônomos (as)	Desempregados (as)
Luzerna	Empregados (as)	Autônomos (as)	Segurados (as) Especiais
Treze Tílias	Empregados (as)	Segurados (as) Especiais	Autônomos (as)
Vargem Bonita	Empregados (as)	Segurados (as) Especiais	Desempregados (as)

Fonte: elaborado pela autora, com dados do Suibe.

Na região pesquisada, foram os Empregadas (as) que mais adoeceram, cuja categoria apareceu em primeiro lugar em adoecimento em oito municípios e em segundo lugar em dois municípios. Os (as) Empregadas (as) são aqueles que trabalham com carteira de trabalho assinada, na indústria, comércio, transportes, setores públicos, obras, em empresas prestadoras de serviços, enfim, em uma diversidade de atividades.

Os (as) segurados (as) especiais, que são os (as) agricultores (as), exercem suas atividades na área rural dos municípios, trabalhando em diversas atividades envolvendo a agricultura familiar: atividades em aviários, na produção de suínos e outros animais e nas lavouras. Esses (as) trabalhadores (as) foram os (as) que constaram na pesquisa como segundo lugar em adoecimento na região e apareceram em primeiro lugar de adoecimento em dois municípios, em segundo lugar em adoecimento em quatro municípios, e em terceiro lugar em um município.

Os (as) autônomos (as), que são os (as) trabalhadores (as) que trabalham por conta própria e contribuem para o INSS, os (as) profissionais liberais, que realizam diversas atividades sem vínculo, nas áreas de prestação de serviço, foram a terceira categoria de trabalhadores (as) que mais adoeceu na região de Joaçaba, no período estudado, aparecendo em segundo lugar em quatro municípios e em terceiro lugar em cinco municípios.

O que chamou a atenção foram os (as) desempregados (as), que são aqueles trabalhadores (as) que estavam anteriormente na categoria dos empregados (as) e foram demitidos (as) ou pediram demissão, mas ainda permanecem com qualidade de segurado (a) (a) junto ao INSS, mesmo sem estarem contribuindo. Acessam os benefícios por incapacidade neste período de desemprego, porque adoeceram após o desemprego, ou porque já estavam adoecidos antes do término do vínculo de trabalho. Observamos que em todos os municípios eles (as) tiveram acesso a benefícios cuja natureza ou causa teve relação com o trabalho exercido anteriormente. Estes (as) trabalhadores (as) desempregados (as) aparecem como o 4º lugar em adoecimento na região, registrado em quatro municípios como os (as) trabalhadores (as) que ficaram em terceiro lugar em adoecimento.

O resultado desta pesquisa, em que a doença mental está presente nos benefícios de qualquer natureza ou causa, e não é predominante nos benefícios cuja causa está relacionada ao trabalho, incitou-nos a investigar as metamorfoses dos processos de trabalho no qual os (as) trabalhadores (as) empregadas (as) da região estão inseridos, no sentido de conhecer os riscos ao comprometimento da saúde mental aos quais estão expostos, apesar de os dados apontarem a invisibilidade deste adoecimento nos benefícios previdenciários.

Dessa forma, a pesquisa também buscou com os (as) trabalhadores (as) adoecidos (as) e em benefício, elegendo como foco aqueles cujo benefício foi concedido em razão da CID F. A hipótese a ser elucidada é se este trabalhador (a) relaciona o seu adoecimento com o trabalho que exercia na época da concessão do benefício, mesmo estando com um benefício que foi definido pela perícia médica do INSS como sem relação com este trabalho. Foi analisada a existência de parâmetros em comum nestes depoimentos e os apontamentos teóricos que dão conta de várias dimensões de precarização dos processos de trabalho, contribuindo para o adoecimento mental destes trabalhadores e trabalhadoras pesquisados, na região da Agência da Previdência Social (APS) de Joaçaba/SC.

A Previdência Social, assim como o mundo do trabalho, também flexibilizou os seus serviços para a população, oferecendo de forma precarizada os benefícios, pois quando concede um benefício por incapacidade ao trabalhador, nega-lhe o reconhecimento desta

doença como relacionada ao trabalho exercido, como é o caso especificamente das doenças mentais e a dificuldade em defini-las como decorrentes do trabalho.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos (as) trabalhadores (as) ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5% a 10%. No Brasil, segundo estatísticas do INSS, referentes apenas aos (as) trabalhadores (as) com registro formal, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2001).

Os dados da previdência social seguem apontando que os números de afastamento do trabalho no Brasil em decorrência de transtornos mentais e comportamentais subiu de 12.818 em 2008 para 13.478 em 2009. Registrou uma queda em 2010 para 12.150, subindo novamente em 2011, com registro de 12.337 casos.

Dentro dos transtornos mentais e comportamentais, as doenças que mais afastaram os (as) trabalhadores (as) em 2011 foram Episódios Depressivos, Outros Transtornos Ansiosos, Reações ao Estresse Grave e Transtorno de Adaptação.⁴

Jacques (2003) aponta que o trabalho tem função constitutiva no adoecimento e não, simplesmente, apresenta-se como fator desencadeante. O conceito de estresse, utilizado não somente nas pesquisas científicas e acadêmicas, mas popularizado nos meios de comunicação e na linguagem cotidiana, desvelou o vínculo entre trabalho e saúde/doença mental, vínculo este nem sempre reconhecido, visto a prevalência concedida aos fatores hereditários e às relações familiares na etiologia do adoecimento mental.

Nos últimos anos, principalmente por influência da publicação da *Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)* (1993), o termo “transtorno” tem sido utilizado em detrimento do termo “doença”. Essa escolha reflete uma mudança do sistema classificatório que se concentrava mais nas causas das “doenças” e passou a concentrar-se mais na descrição dos “transtornos”. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 28).

A CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, será considerada nesta pesquisa, na sua seção dedicada à descrição dos transtornos mentais, pois é este o instrumento utilizado pela perícia médica do INSS para registrar as doenças dos (as) trabalhadores (as) e avaliar sua incapacidade ou não diante do trabalho que realiza.

⁴ Disponível em <<http://blog.previdencia.gov.br/?p=1105>>. Acesso em 20 de julho de 2016.

Nas últimas décadas, o paradigma da saúde mental evoluiu, ampliando-se, extrapolando conceitos puramente biológicos, passando a considerar sintomas como fenômenos resultantes da interação complexa entre fatores genéticos, biológicos (questões estruturais do cérebro, hormônios, etc.), psicológicos, sociais e culturais. Nele, o processo entre saúde e doença deve ser considerado como um continuum. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 14).

O conceito de saúde mental ampliou-se, considerando que mulheres e homens são seres biológicos, sociais e culturais, sofrem estas interferências cotidianamente, portanto, no trabalho, vários fatores subjetivos, psicológicos, sociais e culturais podem operar no sentido do comprometimento da saúde mental do (a) trabalhador (a): Ambiente de trabalho; Relacionamentos com chefias e colegas, competição, *bullying*; Risco de desemprego; Cobranças de metas, excesso de trabalho; Fatores econômicos, baixos salários, falta de valorização profissional; Adoecimento físico.

Ou seja, uma infinidade de fatores que, isoladamente, ou de forma combinada aos demais fatores genéticos e biológicos, competem para o adoecimento mental do (a) trabalhador (a).

Neste processo de adoecimento mental do (a) trabalhador (a) afastado do trabalho e recebendo benefício de auxílio-doença do INSS interessa compreender como ocorreu o processo de incapacidade para o trabalho, quais foram os fatores que competiram para este adoecimento e qual a relevância do trabalho neste processo, decodificando quais aspectos deste trabalho estão presentes neste adoecimento.

3.1 AUXÍLIO-DOENÇA ESPÉCIE 91 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Apresentamos a seguir algumas implicações quanto à concessão de benefício por incapacidade, auxílio-doença – espécie 91, para três atores: o (a) trabalhador (a), a perícia médica do INSS e o (a) empregador (a).

3.1.1 O (a) trabalhador (a)

A principal diferença entre os dois tipos de auxílio-doença (B31 E B91), é que o B91 garante direitos particularizados aos (as) trabalhadores (as) com benefícios desta espécie, como obrigatoriedade de pagamento pelo (a) empregador (a) do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) durante o período de afastamento e estabilidade de emprego de 12

meses após a cessação do benefício, situações estas que não são alcançadas pelos (as) trabalhadores (as) com benefício espécie 31.

Entendendo-se que, cabe ao segurado o ônus da prova de sua doença, o qual no momento da solicitação do requerimento inicial deverá ter um diagnóstico e tratamento devidamente instituído com os exames complementares que comprovam sua causa mórbida, fica a Perícia Médica dispensada das solicitações dos respectivos exames. (PREVIDÊNCIA SOCIAL, [2002?], p. 30).

Ao trabalhador (a) cabe a comprovação de sua doença, portanto, é de praxe os segurados (as) apresentarem durante a avaliação médica os documentos que comprovem este seu adoecimento, emitidos por profissionais da rede pública ou privada, denominado (a) médico (a) assistente, onde realizam o seu tratamento e acompanhamento, documentos esses que subsidiarão a perícia médica do INSS.

3.1.2 A perícia médica

A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa ou do empregado doméstico e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID), em conformidade com o que dispuser o regulamento. (BRASIL, 1991).

Desde o ano de 2007 é permitida, pela Perícia Médica, a caracterização de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NETP), mesmo que o segurado (a) não apresente a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e tal registro passa a ser considerado como um registro de acidente ou doença do trabalho. Isso significa um avanço para o (a) trabalhador (a), no sentido que evitaria a sua peregrinação em busca do preenchimento da CAT, visto que as empresas reiteradamente negligenciam essa comunicação.

Para tal registro, a Perícia Médica passou a dispor de informações para identificar determinadas doenças como recorrentes em determinadas atividades empresariais, pelos constantes afastamentos de trabalhadores (as) pelo mesmo motivo, podendo, portanto, estabelecer a relação entre o trabalho e o agravo.

Trata-se da relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e o agrupamento da CID 10, como diagnóstico clínico, o que busca estancar o descumprimento sistemático para emissão de CAT e a praticamente inexistência de fiscalização neste setor. Significa uma metodologia que agrupa essas informações estatisticamente e fornece elementos para o estabelecimento desta relação, portanto, a presunção regulada por lei.

No Brasil, o aumento da incidência dos transtornos mentais relacionados ao trabalho tem apresentado estatísticas bastante preocupantes depois que sua invisibilidade foi em partes superada pela adoção do nexa técnico-epidemiológico pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) em 2007. (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 175).

O Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento da Previdência Social e deu outras providências e o Decreto n. 6.957, de 09 de setembro de 2009, que alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto anterior, quanto à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Previdenciário, apresentam, em seu anexo II as relações de doenças e respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional. Este anexo contempla uma lista que trata especificamente dos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, conforme Quadro 7.

Quadro 7 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10)

(Continua)

Doenças	Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional
I - Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H ₂ S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
II - Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
III - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV - 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)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
V - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

Quadro 7 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10)

(Conclusão)

VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
VII - Episódios Depressivos (F32.-)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VIII - Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	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) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
IX - Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
X - 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 padrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	1. 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) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

Fonte: Anexo II do Decreto n. 3048/99 (BRASIL, 1999).

Nas seções VI - VIII – X – XI e XII o documento contempla a possibilidade da relação de algumas das doenças da CID F terem sua etiologia com o trabalho realizado, apresentando uma lista com exemplos e complementos que permite ao médico perito do INSS estabelecer o nexos causal e avaliar a existência ou não da incapacidade laborativa, para acesso ao benefício.

3.1.3 O (a) empregador (a)

Quando ocorre a concessão de auxílio-doença – espécie 91, apontando que o afastamento do (a) trabalhador (a) ocorreu em razão de um acidente ou doença do trabalho, a

empresa é informada do estabelecimento do nexó técnico previdenciário. Passa a partir desta ciência a contar com um prazo de 15 dias para questionar esta decisão, desde que disponha de dados e informações que demonstrem que os agravos não possuem relação com o trabalho exercido pelo (a) segurado (a), que passará por nova análise da Perícia Médica ou da Junta de Recursos da Previdência Social.

A proposta do NETP é inovadora porque promove o reconhecimento automático entre o dano à saúde, a atividade funcional e a empresa, além de inverter o ônus da prova, pois, se antes era o trabalhador quem tinha de provar que adoeceu em determinada função, com o NETP, é a empresa que tem de provar que possui todas as condições de prevenção e que o dano à saúde não ocorreu no ou pelo trabalho. (LOURENÇO, 2015, p. 39).

Como já explicitado anteriormente, o responsável pelo estabelecimento do NETP é a perícia médica do INSS, em que pese todas as limitações advindas dessa linha de avaliação baseada num modelo tradicional, cujo poder está centralizado na visão médica, esta metodologia é inovadora e representa a possibilidade de engrossar os dados estatísticos sobre doenças e acidentes no trabalho, mesmo que se referindo somente aos (as) trabalhadores (as) do mercado formal.

Outro aspecto importante está no campo da justiça do trabalho, pois este órgão passa a ter a competência para julgar e processar o (a) empregador (a), diante da ocorrência de danos físicos ou psíquicos ao trabalhador (a), em virtude de doenças e acidentes de trabalho, mesmo que esse trabalhador (a) tenha acessado os benefícios da previdência social ou de seguro de acidente.

É responsável civil, independente do seguro de acidentes de trabalho e da proteção previdenciária. Havendo culpa do empregador, o indivíduo pode postular em Juízo uma reparação, incluindo então as perdas e danos decorrentes da morte, lesão corporal ou perturbação funcional. (CASTRO, 2016, p. 656).

Para acessar esse direito de reparação do dano causado em virtude de uma doença ou acidente de trabalho, é necessário o acesso na justiça do trabalho, o que ainda é uma instituição distante para a grande maioria dos (as) trabalhadores (as), ou, quando conhecem esse caminho, o medo afasta outros tantos de tentar buscar essas indenizações.

Este terceiro capítulo objetivou expor a configuração dos benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC, com dados pesquisados anteriormente (2010 a 2012), com foco nos benefícios por incapacidade, detendo-nos especificamente nos afastamentos com CID F, com adoecimento mental, e sua expressão nos benefícios concedidos em consequência do trabalho, ou seja, quando a perícia médica confirmou que o adoecimento ocorreu em razão do trabalho.

Esclarecemos quanto ao auxílio-doença denominado espécie 91, cuja doença tem relação com o trabalho, e as implicações deste benefício previdenciário para três sujeitos: o (a) trabalhador (a), o serviço de perícia médica do INSS e o (a) empregador (a).

No próximo capítulo, são expostos os resultados da pesquisa realizada, que percorreu dois focos de análise: os dados estatísticos, por meio de dados dos benefícios previdenciários do ano de 2016 e as entrevistas com trabalhadores (as) adoecidos (as) mentalmente em razão do seu trabalho, numa junção de elementos quantitativos e qualitativos.

4 UM OLHAR SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL DOS (AS) TRABALHADORES (AS) NA REGIÃO DE JOAÇABA/SC: ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS E DAS FALAS DOS (AS) TRABALHADORES (AS)

Neste capítulo passamos a apresentar o resultado de nossa pesquisa empírica, dividida em dois tópicos: No primeiro a exposição dos elementos quantitativos por meio dos dados estatísticos coletados do Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe), que abordam as informações em relação aos benefícios previdenciários de auxílio-doença, concedidos na região do Joaçaba/SC no ano de 2016, cuja análise buscou atentar-se quanto ao auxílio-doença denominado espécie 91, que apresenta adoecimento relacionado ao trabalho realizado.

A análise dos dados também se detém nas CIDs, elucidando quais as principais doenças que motivaram a concessão dos benefícios, detalhando especificamente as doenças da CID F, o adoecimento mental destes (as) trabalhadores (as).

No segundo tópico, apresentam-se os dados qualitativos, por intermédio da análise das entrevistas realizadas com os (as) trabalhadores (as) adoecidos mentalmente em razão do seu trabalho na região de Joaçaba/SC, onde foi possível o apontamento de fatores relacionados ao trabalho, que culminaram com o adoecimento mental deste (a) trabalhador (a).

Além de apresentar a análise das narrativas destes (as) trabalhadores (as), elementos teóricos foram debatidos aprofundando os achados desta pesquisa.

4.1 A CONFIGURAÇÃO DO ACESSO AO AUXÍLIO-DOENÇA NA REGIÃO DE JOAÇABA NO ANO DE 2016

Passamos a discutir os dados estatísticos extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe), referente ao ano de 2016, com um recorte para o auxílio-doença - espécie 31, adoecimento sem relação com o trabalho realizado pelo (a) segurado (a) e espécie 91, quando o adoecimento tem relação com o trabalho realizado.

A Tabela 3 inicia destacando o acesso nas duas espécies de benefícios por incapacidade, sendo que 78,38% correspondem ao auxílio-doença espécie 31, portanto, sem relação com o trabalho realizado, e 21,62% são auxílio-doença espécie 91, cujo adoecimento tem etiologia com o trabalho exercido pelo (a) segurado (a).

Tabela 3 – Espécie de Auxílio-doença e acessos na abrangência da agência de Joaçaba/SC

Espécie	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
Auxílio-doença Espécie 31	1.570	78,38%
Auxílio-doença Espécie 91	433	21,62%
Total	2003	100%

Fonte: Suibe.

A Tabela 4 detém-se no auxílio-doença espécie 31, benefício com o maior índice de acesso na região, e aponta os municípios onde os (as) trabalhadores (as) mais adoeceram. Ainda é apresentada a População Economicamente Ativa (PEA) e segurada no INSS, para complementar o contexto territorial. O maior número de acesso ocorreu nos municípios de Joaçaba, Herval d'Oeste e Catanduvas, 29,11%, 23,69% e 10,13% respectivamente, correspondendo aos três municípios da região com maior PEA. Já os menores índices foram nos municípios de Jaborá, Vargem Bonita e Ibicaré, 3,12%, 3,69% e 4,78% respectivamente, tratando-se de municípios com a menor PEA, chamando a atenção para o município de Erval Velho, que destoou desta análise porque apresenta a segunda menor PEA e um índice elevado de acesso ao auxílio-doença espécie 31 - 5,80%, se comparado aos demais.

Tabela 4 – Auxílio-doença Espécie 31 - municípios da abrangência da agência de Joaçaba/SC

Município de residência	PEA segurada INSS	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
Água Doce	2.760,32	97	6,18%
Catanduvas	3.535,72	159	10,13%
Erval Velho	1.595,07	91	5,80%
Herval d'Oeste	8.166,73	372	23,69%
Ibicaré	1.342,32	75	4,78%
Jaborá	1.786,42	49	3,12%
Joaçaba	11.878,81	457	29,11%
Luzerna	2.305,50	108	6,88%
Treze Tílias	2.734,62	104	6,62%
Vargem Bonita	1.729,30	58	3,69%
Total		1.570	100%

Fonte: Suibe.

Na Tabela 5, que apresenta o auxílio-doença espécie 91, cujo adocimento do (a) trabalhador (a) tem relação com o trabalho realizado, os municípios com maiores índices de acesso mantêm o mesmo gabarito do benefício anterior, pois os três municípios com maior PEA também são os três municípios com maior número de adocimentos dos (as) trabalhadores (as): Joaçaba – 24,25%, Herval d'Oeste – 19,86% e Catanduvas – 10,16%.

Em relação aos menores índices de acesso, houve uma alteração, pois, o dado não segue o padrão de menor PEA menor acesso, isso ocorreu apenas com o município de Ibicaré, menor PEA menor acesso, 4,16%. Os demais municípios com menor PEA não tiveram os menores acessos, sendo, Vargem Bonita, Erval Velho e Jaborá, que tiveram acessos

significativos ao auxílio-doença espécie 91, sendo: 6,93%, 7,85% e 9,01%. Os dois municípios que apresentaram menores índices de acesso apresentam PEA superiores e índices de acesso inferiores, sendo: Luzerna, 4,38% e Treze Tílias 6,24%, o que poderia significar melhores condições de trabalho nestes últimos municípios e piores condições de trabalho nos três municípios citados anteriormente.

Tabela 5 – Auxílio-doença Espécie 91 – municípios da abrangência da agência de Joaçaba/SC

Município de residência	PEA segura INSS	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
Água Doce	2.760,32	31	7,16%
Catanduvas	3.535,72	44	10,16%
Erval Velho	1.595,07	34	7,85%
Herval d'Oeste	8.166,73	86	19,86%
Ibicaré	1.342,32	18	4,16%
Jaborá	1.786,42	39	9,01%
Joaçaba	11.878,81	105	24,25%
Luzerna	2.305,50	19	4,38%
Treze Tílias	2.734,62	27	6,24%
Vargem Bonita	1.729,30	30	6,93%
Total		433	100%

Fonte: Suibe.

No detalhamento das doenças que mais afetaram os (as) trabalhadores (as) em auxílio-doença espécie 31, sem relação com o trabalho, os dados da Tabela 6, a seguir, apontam o destaque para a CID M com 400 ocorrências, equivalente a 25,48%, portanto, significando ¼ dos registros. Em seguida, a CID F, com 261 ocorrências, 16,62% dos registros e a CID S e T, com 256 ocorrências e 16,32% dos registros.

Foi justamente este o padrão observado nos benefícios por incapacidade nos municípios da área de abrangência de Joaçaba nos anos de 2010 a 2012, conforme registro e análise do Quadro 5 desta pesquisa. Os benefícios definidos como de qualquer natureza ou causa na região, registram em primeiro lugar a ocorrência da CID M, seguido pela CID F e em terceiro lugar a CID S. Mantêm-se, por conseguinte os mesmos registros anteriores, os (as) trabalhadores (as) sendo afetados pelas mesmas doenças.

Tabela 6 – Auxílio-doença espécie 31 – Registro de CID

(continua)

CID	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
A e B - Doenças Infeciosas e Parasitárias	8	0,51%
C - Neoplasias (tumores)	44	2,80%
D - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	43	2,74%
E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12	0,76%
F – Transtornos mentais e comportamentais	261	16,62%
G – Doenças do sistema nervoso	48	3,06%
H – Doenças do olho e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastoide	23	1,46%
I – Doenças do aparelho circulatório	104	6,62%

Tabela 6 – Auxílio-doença espécie 31 – Registro de CID (conclusão)

J – Doenças do aparelho respiratório	8	0,52%
K – Doenças do aparelho digestivo	158	10,06%
L – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	0,38%
M – Doenças do sistema osteomuscular	400	25,48%
N – Doenças do aparelho geniturinário	69	4,39%
O – Gravidez, parto e puerpério	95	6,05%
Q - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5	0,32%
R – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	13	0,83%
S e T – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	256	16,31%
V – Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0,12%
Z – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	15	0,96%
Total	1570	100%

Fonte: Suibe.

Ao debruçar-se sobre a tabela seguinte, que é onde está foco da discussão e estudo, encontramos, a exemplo da análise anterior, as mesmas doenças incidindo sobre os (as) trabalhadores (as), tal qual ocorreu com os benefícios da área de abrangência de Joaçaba no ano de 2010 a 2012. Porém ocorreu uma inversão, enquanto na pesquisa anterior tínhamos o padrão CID M e S, nestes dados atuais temos CID S com 43,88% das inserções e o CID M com 43,19%, significando 190 e 187 benefícios, 87,07% do total dos benefícios.

Novamente chama a atenção a inserção da CID F, que significa apenas 4,16% dos benefícios, totalizando apenas 18 ocorrências, permanecendo irrelevante quando estamos falando de benefícios cuja causa tem relação com o trabalho exercido e significativo quando o auxílio-doença não tem relação com o trabalho.

Tabela 7 – Auxílio-doença espécie 91 – Registro de CID

CID	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
C - Neoplasias (tumores)	2	0,46%
E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,23%
F – Transtornos mentais e comportamentais	18	4,16%
G – Doenças do sistema nervoso	18	4,16%
H – Doenças do olho e anexos, doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	0,69%
I – Doenças do aparelho circulatório	1	0,23%
K – Doenças do aparelho digestivo	6	1,39%
L – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,92%
M – Doenças do sistema osteomuscular	187	43,19%
O – Gravidez, parto e puerpério	1	0,23%
P – Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0,23%
S e T – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	190	43,88%
Z – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1	0,23%
Total	433	100%

Fonte: Suibe.

As tabelas 6 e 7 novamente reforçam a temática da pesquisa, pois a CID F tem notificação importante quando estamos tratando do auxílio-doença espécie 31, de qualquer natureza ou causa, pois está presente como causa do adoecimento de 16,62% dos benefícios, enquanto que no auxílio-doença espécie 91, cujo nexos causal está relacionado com o trabalho exercido, significa apenas 4,16% do total de benefícios.

O Quadro 8 detalha as inscrições dos (as) trabalhadores (as) junto ao INSS e o seu acesso em cada um dos benefícios. Em ambos os benefícios, foi o (a) trabalhador (a) empregado (a) que mais adoeceu e acessou os benefícios. Os (as) trabalhadores (as) com esse tipo de inscrição e em auxílio-doença espécie 31, com CID F, foram selecionados para contribuir com esta pesquisa qualitativamente, mediante seus depoimentos colhidos via entrevista semidirigida, justamente pelo expressivo número de adoecimento.

Os autônomos (as) constam como os (as) trabalhadores (as) que ocupam a segunda posição em adoecimento na região, seguidos (as) pelos (as) desempregados (as) e pelos (as) segurados (as) especiais, que são os agricultores (as). Inclusive, em se tratando de auxílio-doença espécie 91, foram os (as) agricultores (as) que ocuparam a segunda colocação em adoecimento na região.

Quadro 8 – Inscrição dos (as) trabalhadores (as) no INSS e espécie de benefício mais acessada

Forma Filiação	Auxílio-doença espécie 91	Auxílio-doença espécie 31	Total
Autônomo (a)	0	321	321
Desempregado (a)	42	224	266
Doméstico (a)	0	47	47
Empregado (a)	311	785	1096
Facultativo (a)	0	42	42
Segurado(a) Especial	79	145	224
Trabalhador(a) Avulso (a)	1	6	7
Total	433	1570	2003

Fonte: Suibe.

Finalmente, os dados do Quadro 9 apontam a CID que predominou para cada tipo de filiação no INSS, especificamente, nestes dois benefícios em questão. Como a CID M predominou no auxílio-doença espécie 31, em que os benefícios concedidos significaram 78,38% do total dos benefícios, e teve um índice também bastante significativo no auxílio-doença espécie 91, foi a CID M que registrou o maior número de ocorrência junto às várias inscrições de trabalhadores. A exceção foram os inscritos como trabalhadores (as) avulsos (as), que dos 7 benefícios que acessaram 3 foram em razão da CID F.

Quadro 9 – CID que mais afetou os (as) trabalhadores (as) de acordo com sua inscrição no INSS

Espécie	CID	Quantidade de ocorrências
Autônomo (a)	M	114
Desempregado (a)	M	91
Doméstico (a)	M	16
Empregado (a)	M	270
Facultativo (a)	M	21
Segurado (a) Especial	M	74
Trabalhador (a) Avulso (a)	F	4

Fonte: Suibe.

A publicação do *1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017*, publicação oficial do Ministério da Fazenda, que destaca os dados referentes ao adoecimento mental e de trabalho, aponta alguns dados que coadunam com os apresentados nesta pesquisa.

Na Tabela 8, composto pelos dados apresentados pela publicação do Ministério da Fazenda, é apresentada a concessão de benefícios por incapacidade para o segurado (a) empregado (a), justamente pelo maior número de acesso aos benefícios por estes segurados (as), ratificando o que nossa pesquisa identificou no Quadro 8.

Além disso, a Tabela 8 apresenta o maior número de acesso aos benefícios previdenciários, que, portanto, não tem relação com o trabalho, conforme o quadro 6 desta pesquisa já havia indicado, chegando inclusive a aproximar a representatividade destes acessos.

Tabela 8 – Concessão de Auxílio-doença (B31 e B91) e Aposentadoria por Invalidez (B32 e B92) para o Segurado (a) Empregado (a) entre 2012 e 2016

Espécie	Quantidade de ocorrências	Representatividade (%)
Auxílio Doença Espécie - 31	5.991.180	80,40%
Auxílio Doença Espécie - 91	1.177.453	15,80%
Aposentadoria por invalidez Espécie - 32	246.023	3,30%
Aposentadoria por invalidez Espécie - 92	37.400	0,50%
Total	7.452.056	100%

Fonte: elaborada pela autora com dados do Suibe.

O referido Boletim Quadrimestral do Ministério da Fazenda - 2017 apresenta a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez entre 2012 e 2016, por capítulo, da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, cujos resultados também se aproximam na direção da nossa pesquisa, uma vez que os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição, como motivo para afastamento do trabalho.

Tabela 9 – Comparativo de dados Nacionais e da região de Joaçaba/SC quanto aos benefícios por incapacidade (continua)

Boletim Quadrimestral – 2017 Benefícios por incapacidade (B31, B32, B91, B92)	Região de Joaçaba – 2016 Auxílio-doença - espécie 91
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Tabela 9 – Comparativo de dados Nacionais e da região de Joaçaba/SC quanto aos benefícios por incapacidade (conclusão)

Capítulo da CID - Classificação Internacional de Doenças	Representatividade	CID - Classificação Internacional de Doenças	Representatividade
Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	31,044%	CID S e T – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	43,88%
Capítulo XII – Doenças do sistema osteomusculares e do tecido conjuntivo	19,184%	CID M – Doenças do sistema osteomusculares e do tecido conjuntivo	43,19%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	8,976%	CID F - Transtornos mentais e comportamentais	4,46%

Fonte: elaborada pela autora com dados do Suibe.

Quando analisamos o comparativo entre as duas pesquisas, também verificamos que os dados coletados referentes ao auxílio-doença B31, da região de Joaçaba/SC, apresentam também essas 3 incidências da CID, porém em ordens diferentes, sendo a CID M em primeiro lugar, seguida da CID F e, em terceiro lugar, a CID S e T.

É possível concluir, que a pesquisa realizada na região de Joaçaba/SC, cujos dados analisados são do ano de 2016, encontra ressonância com esta pesquisa nacional divulgada no 1º Boletim Quadrimestral do Ministério da Fazenda.

Isso significa dizer que a invisibilidade do adoecimento mental continua presente nas demais regiões do país, e não é uma exclusividade da região de Joaçaba/SC.

Quanto a esta questão, a publicação quadrimestral do Ministério da Fazenda, justifica:

Esta informação permite inferir que o agravo mental enseja de modo mais frequente o afastamento temporário e não relacionado oficialmente à atividade do trabalhador, quando observado o cenário geral de concessão de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez.

O motivo dessa constatação parece estar relacionado à intangibilidade 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 se 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, 2017, p. 11).

O documento reconhece a dificuldade de estabelecimento do nexos entre o trabalho e o adoecimento mental, mas reflete esta dificuldade com apenas dois atores, o (a) trabalhador (a) e o (a) empregador (a). Porém, com o advento do Nexos Técnico Epidemiológico Previdenciário (NETP), não é necessária a apresentação da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa para que o adoecimento mental seja reconhecido como decorrente da atividade profissional. O INSS por meio do serviço de perícia médica é

responsável pelo estabelecimento desta relação, e este é um ator que foi ocultado pelo documento.

4.2 AS ENTREVISTAS

Esta seção dedica-se a sistematizar as informações obtidas nas entrevistas a partir das categorias mais recorrentes presentes nas narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores. São categorias que apontam vários aspectos do trabalho que contribuíram para o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as), confirmando, portanto, que o trabalho pode apresentar função constitutiva quanto ao adoecimento mental, em razão de assédio moral, precariedade das condições de trabalho em seus vários aspectos, sobrecarga de trabalho e pressão por metas, comprometimento do tempo livre do (a) trabalhador (a), e o fato de presenciar a quebra de questões éticas ou violência institucional.

Estes fatores tornam-se mais complexos pelo fato de o (a) trabalhador (a), mesmo adoecido mentalmente, permanecer trabalhando, suportando as mesmas condições que originaram seu adoecimento. Este aspecto também foi recorrente em várias narrativas e está posto nesta análise, pois, ao adoecimento mental, somam-se uma série de outros sintomas físicos que vão agravando o desgaste mental do (a) trabalhador (a).

Trataremos também de um tópico extremamente preocupante, que se apresentou em várias narrativas – as ideias suicidas – quando o (a) trabalhador (a) experimenta o ápice de seu adoecimento mental.

A maneira como os (as) trabalhadores (as) reagem ao seu adoecimento, ao seu desgaste mental também é um ponto de estudo, pois as narrativas apresentam o (a) trabalhador (a) ignorando o seu próprio sofrimento e, conseqüentemente, dos (as) colegas.

Abordaremos as dificuldades em relação ao tratamento de saúde, à dificuldade de acesso e a omissão do (a) empregador (a), fato recorrente nos relatos.

Depoimentos demonstram a dificuldade para recuperar-se, para reconhecer-se novamente, bem como as reações vivenciadas quanto ao seu local de trabalho, o ambiente onde foi gerado o adoecimento mental.

Algumas narrativas apontam organizações coletivas de trabalhadores, a exemplo dos sindicatos, que significaram algum apoio neste processo. E, por último, a dificuldade destes (as) trabalhadores (as), que precisaram passar por perícia médica no INSS, para terem este adoecimento reconhecido como ligado ao trabalho.

As entrevistas, primeiramente definidas para serem realizadas com 10 trabalhadores (as) em benefício previdenciário na região de Joaçaba, e com adoecimento mental, foram reduzidas para 8 trabalhadores (as). Dos (as) trabalhadores (as) indicados (as) pelos sindicatos de trabalhadores (as), alguns deles não puderam participar da pesquisa, por vários motivos: Por não conseguir reviver o seu adoecimento, por não se tratar de adoecimento mental, por receio de falar pela vinculação da pesquisadora com o INSS, mesmo sendo informados do sigilo e das implicações éticas que envolvem esta pesquisa.

Houve resistência dos (as) trabalhadores (as) quanto à possibilidade de gravar as entrevistas para posterior transcrição das falas, dessa forma, utilizamos um diário de campo onde registramos as falas, apreendendo os principais aspectos, que foram transcritos, enquanto descrição das narrativas e constam no Apêndice C deste documento.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos (as) trabalhadores (as), onde pudemos aplicar o instrumental de entrevista semidirigida, optando por realizar esta coleta de dados empírica no ambiente familiar, onde o entrevistado (a) sente-se mais seguro (a), e, em caso de algum risco, teríamos um familiar por perto para apoio.

Inicialmente, apresentaremos um breve perfil dos entrevistados, os sujeitos desta pesquisa, com dados colhidos durante a entrevista, destacando a condição social e de trabalho, bem como escolaridade e situação perante o INSS, situando minimamente o contexto social em que estão inseridos.

Quadro 10 – Perfil dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as)

Local de trabalho/Função	Idade	Escolaridade	Sexo	Estado Civil	Situação no INSS no momento da entrevista.
Comércio/Vendedora	45 anos	Ensino Médio Completo	F	Viúva	Permaneceu 03 anos e meio em auxílio doença (B31), retornou ao trabalho.
Banco/Bancária	35 anos	Ensino Superior completo e pós-graduada.	F	Casada	Em auxílio doença (B31) a cerca de 02 anos.
Prefeitura/Assistente Social	49 anos	Ensino Superior completo e pós-graduada	F	União Estável	Permaneceu 11 meses em auxílio doença (B31), retornou ao trabalho.
Empresa de ônibus coletivo/Motorista	60 anos	Ensino Fundamental Incompleto	M	Casado	Aposentado.
Hospital/Técnica de enfermagem	58 anos	Ensino Médio Completo	F	Divorciada	Aposentada por invalidez.
Hospital/Serviço Gerais	56 anos	Ensino Médio Completo	F	Casada	Aposentada por invalidez.
Escola/Serviço gerais	45 anos	Ensino Superior Completo	F	União estável	Em auxílio doença (B31) a cerca de 04 anos.
Hospital/Técnica de enfermagem	41 anos	Ensino Médio Completo	F	União estável	Permaneceu 01 mês em auxílio doença (B31), retornou ao trabalho.

Na análise das entrevistas que se apresentam a seguir, optamos por enfatizar a unidade de análise referente aos fatores do trabalho, demonstrado a relação do adoecimento mental com o trabalho, em seus vários aspectos. Porém, as entrevistas também contemplam fatores pessoais e fatores econômicos e sociais uma vez que são importantes para compreender como os efeitos dos fatores de trabalho impactam na vida pessoal, e como fatores econômicos e sociais corroboram para que as pessoas permaneçam expostas as situações de risco advindo dos processos de trabalho que adoecem os (as) trabalhadores (as).

4.2.1 Assédio Moral

Uma categoria muito presente nos depoimentos foi o assédio moral nas relações de trabalho, os primeiros relatos apontam o assédio moral vertical ou assédio moral descendente (THOMÉ, 2013), do superior hierárquico para atingir o inferior, utilizado como instrumento de gestão, como no caso da bancária:

Como prática organizacional, diariamente, no início do expediente, com a presença de toda a equipe, o gestor estabelecia individualmente a meta daquele dia, cartazes eram fixados na sala, com o nome e a respectiva meta do dia. Ao final do expediente as metas eram cobradas e expostas para todos, e aí iniciou uma intensa rotina de assédio moral. Não bastava a exposição para o grupo daquele que “fracassava”, a exposição seguia via e-mail e mensagens via celular. Ainda lhe causa sofrimento e permanecem em seu pensamento as palavras a ela dirigidas em vários momentos, diante do não cumprimento das metas: “indisciplinada”, “incompetente”, bem como palavras e frases ofensivas, de cunho sexual, enfatizando a questão de gênero. (Bancária, 35 anos – informações do diário de campo).

O assédio moral era dirigido para toda a equipe, que em virtude do não alcance da meta definida diariamente sofriam agressões verbais, num primeiro momento em grupo, durante o trabalho, mas depois individualmente, quando o trabalhador estava em seu horário de descanso, fora do trabalho.

Esta prática também está presente no serviço público, como relata a funcionária pública, que também aponta o assédio moral como um dos aspectos presentes no seu cotidiano profissional, e que culminou para o seu adoecimento:

Passou a sofrer intervenção direta de um dos cargos políticos, mesmo que sem atribuição para atuação no Serviço Social. Este detentor de cargo político, utilizando de seu poder, passou a questionar todos os encaminhamentos da área, desejando beneficiar as pessoas alinhadas politicamente com a gestão, em detrimento das pessoas supostamente em oposição, desconsiderando completamente os critérios de acesso e permanência a partir das situações de vulnerabilidade e risco social, definidos pelas políticas públicas. Ordens dadas sempre de forma verbal nunca escrita e registrada, o que significou o comprometimento de sua autonomia

profissional. Esta dinâmica gerou um embate direto entre ambas, que geravam discussões, um estado de crise permanente, sendo que passou a sofrer agressões verbais, xingamentos e insultos. Estas situações de humilhação também ocorriam em reuniões com toda a equipe e com a presença do administrador responsável, que não interferia, e ao não interferir, consentia. A visita domiciliar é um dos instrumentos de atuação do Assistente Social, porém, era pressionada para realizar com a participação e acompanhamento deste gestor, e, diante das negativas, novas agressões eram proferidas:

-Não me respeita como autoridade.

-Não tira a bunda da cadeira.

-Não é uma pessoa de confiança.

E as testemunhas destas agressões eram todas as pessoas que poderiam estar circulando no ambiente, funcionários, população, enfim. (Assistente Social, 49 anos – informações do diário de campo).

Esta rotina de assédio tem um agravante, pois não se dirigia a uma equipe, mas a uma trabalhadora individualmente, tendo como testemunhas destes episódios, não somente os colegas de trabalho, mas toda e qualquer pessoa que circulava no local. É interessante neste relato observar que a vítima sempre apresentou uma postura de reação ao assédio, revidando os ataques sistemáticos que sofria, porém, sem apoio das testemunhas.

Gosdal (2016), ao analisar o assédio moral na gestão do trabalho, esclarece que o poder nas relações de trabalho não é exclusividade da empresa que gera lucro na lógica capitalista, mas também presente em locais como o serviço público.

O motorista de ônibus, em sua narrativa, aponta a rotina de assédio moral como o fator de maior relevância, que mais lhe causou sofrimento e que foi decisivo para o seu adoecimento.

O primeiro episódio marcante de agressão verbal sofrida deu-se justamente em função da entrega de encomendas. Quando o seu companheiro de viagem, mencionou para os funcionários que deveriam mandar as encomendas daquela viagem, pelo próximo ônibus que passaria pelo mesmo local, já que estavam com muitas bagagens, mas como já estava tudo organizado, ele insistiu para que mantivessem o transporte, pois teriam que parar no local da mesma forma, ao que seu companheiro continuou argumentando contra. Viagem encerrada, no dia seguinte foi convocado para comparecer junto ao escritório da empresa, lembra-se perfeitamente desta data, que ainda hoje permanece em suas lembranças. Foi recebido pelo gerente com insultos e xingamentos, acusado de estar reclamando do transporte das encomendas, sem chances de esclarecer o episódio. Foi humilhado e ofendido, sem conseguir reagir as agressões, sentiu-se muito mal e afrontado com este fato, que não lhe saiu do pensamento. Informa que esta era a conduta padrão do gerente, sempre grosseiro, mesmo diante dos passageiros, pois com frequência acompanhava o embarque dos passageiros e a organização das bagagens e encomendas, e verbalizava publicamente orientações desagradáveis:

- Fulano, pode se abaixar pra guardar a mala, não está com uma alavanca na barriga [...]

Diante de alguns erros ou falhas ou de alguma queixa registrada pelos passageiros a dinâmica adotada pelo gerente seguia um padrão. O motorista chegava de viagem e ao chegar em casa no amanhecer do dia, iniciava seu descanso, o seu sono para recuperar-se para o dia seguinte. No meio da manhã recebia uma ligação do gerente, que interrompia o seu sono, e era chamado para deslocar-se de casa até o escritório, naquele momento. Na presença do gerente, ouvia os fatos narrados por ele, sem

conseguir explicar ou justificar, e novamente uma conduta de xingamentos era colocada em prática. Essas condutas passaram a lhe causar muito desgaste mental, não conseguia reagir a elas, esses fatos e falas se instalavam em seu pensamento passando a acompanhá-lo de forma permanente. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Vários aspectos chamam a atenção neste depoimento, como a maneira agressiva e sem diálogo utilizada pelo gerente para gerir sua equipe. O método que utilizava para assediar moralmente os trabalhadores, apresentava requintes de crueldade, pois interrompia o sono deste trabalhador, que havia realizado trabalho noturno, para chamar a atenção, sem oferecer chances para explicação. Segundo Gosdal (2016, p. 103), “Não apenas o ritmo biológico do trabalhador é afetado, mas também as suas relações familiares e sociais, sua possibilidade de participação em atividades culturais, recreativas e de lazer são afetadas.”

Em público, diante dos clientes da empresa, a conduta agressiva continuava, dirigida para todos os (as) trabalhadores (as), sempre em tom de brincadeiras e piadas ofensivas.

Este trabalhador, desde o primeiro episódio sofrido, não encontrou forças para reagir, permanecendo calado, porém sofrendo desgaste mental desde os ataques iniciais.

Na narrativa da técnica de enfermagem, o assédio moral é endereçado para toda equipe, mas nesse ambiente a equipe sofre assédio de vários superiores hierárquicos na instituição:

Seu relacionamento com a nova supervisora passou a ser muito difícil, a pouca autonomia que tinha foi retirada, e sempre que chamava atenção era na frente dos colegas. Relatava também a forma como alguns médicos chamavam a atenção da equipe, na frente dos pacientes e dos acompanhantes, quando algum procedimento não estava de acordo com suas orientações. Nestas situações, algumas condutas eram de xingamentos, os mais variados, como burra e incompetente, também casos de profissionais que enquanto xingavam chegavam a atirar o material contra a auxiliar de enfermagem no momento em que estava refazendo o procedimento.

- Os técnicos são tratados como lixo, não são valorizados.

As exigências da supervisora eram constantes, para ser mais rápida, mais ágil.

- Tudo tinha que ser feito no tempo dela, na hora dela e do jeito dela.

Em uma determinada situação, não suportou mais as chamadas de atenção da supervisora e discutiram na presença da equipe.

- Fiquei meses suportando calada, estourei com ela porque já estava no limite. (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

A trabalhadora de hospital apresenta em sua narrativa o assédio horizontal, cuja agressora é sua colega de trabalho, de quem sofreu inúmeras ameaças:

- Se a chefe souber foi você quem contou.

- Quero que você venha dar uma de chefe que até do elevador eu te joga.

- Eu dei um pedaço de bolo para ele e ele vai me dar uma carteira de cigarros e se você contar eu te pego a 30 metros depois do hospital.

Em uma situação, relata que a colega levou para um paciente, uma dieta diferente da que tinha sido solicitada para a copa e preparada por ela, para levar em seguida.

Gerou uma situação em que ela teve que se explicar para as chefias, e sentiu que estava sendo sabotada pela colega.
 Entre o momento da alta dos apartamentos particulares e o fechamento da conta, a colega aproveitava para fazer ligações sem ter que pagar por isso.
 Ela relata que a colega era mais alta e mais forte fisicamente do que ela, e de fato sentia-se ameaçada. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

O assédio moral, do qual todos esses (as) trabalhadores (as) foram vítimas, apresentam várias expressões, desde trabalhadores (as) que vivenciaram o assédio dirigido ao grupo, e em seguida o mesmo superior hierárquico dirigia o assédio de forma individual, definindo sua vítima a partir do fracasso no alcance das metas.

Da mesma forma destacamos os (as) trabalhadores (as) que experimentaram o assédio enquanto instrumento de controle de suas atividades, para impor rotinas estranhas ao cotidiano de trabalho, e o assédio moral enquanto uma gestão agressiva, para chamar a atenção diante de falhas ou mesmo suposições de erros.

O assédio moral horizontal, de colega para colega também repercutiu nesta análise, e em virtude de seu caráter repetitivo, sem intervenção de colegas ou chefia, culminou no adoecimento mental da trabalhadora.

4.2.1.1 Assédio moral, questões éticas e violência institucional

Esse ponto da prática de assédio moral, visando à execução de atos no trabalho que são contrários aos princípios éticos da profissão ou contra os princípios éticos individuais do (a) trabalhador (a), que também destacamos neste contexto como violência institucional, está sendo tratada no âmbito do Ministério Público do Trabalho de Santa Catarina (MPT-SC), em uma ação onde os funcionários da Agência de Fomento do Estado de Santa Catarina S.A. (BADESC), relatam a pressão por alterarem pareceres, deixando, portanto, de serem pareceres técnicos para se transformarem em pareceres políticos. Esta prática dos gestores do banco contra os funcionários vem sendo tratada pelo MPT-SC “como assédio moral como instrumento político partidário.” Os depoimentos dos funcionários trazem vários elementos em comum, que consubstanciam essa prática.

[...] os mesmos, prestados perante o MPT convergiram no sentido de haver, internamente, no âmbito do BADESC, “prática reiterada de assédio moral por parte de gerentes/superiores hierárquicos”, “assédio contra os técnicos para que mudem seus pareceres” para com isso “beneficiar determinadas empresas” e “assédio moral pelo BADESC contra seus empregados”. (BADESC, 2017).

Neste contexto, duas entrevistas trataram destes pontos, quando o assédio moral atenta contra os princípios éticos do (a) trabalhador (a), como no relato da bancária:

Relembra que discuti com o gerente quando este orientava que para alcançar e superar a meta, até vendas sem conhecimento e consentimento do cliente poderia ser realizada, questões estas que eram contrárias aos seus princípios. (Bancária, 35 anos – informações do diário de campo).

Ou, para além das implicações éticas pessoais, é dirigida contra os princípios éticos de uma profissão, como no caso da Assistente Social, funcionária pública, coagida a atender somente a demanda supostamente apoiadora da atual administração, em detrimento daqueles cidadãos apontados pela gestão como oposição, e, mais do que isso, sendo tratados com preconceito e desrespeito, desconsiderando completamente os critérios de acesso e permanência a partir das situações de vulnerabilidade e risco social, definidos pelas políticas públicas.

Este detentor de cargo político, utilizando de seu poder, passou a questionar todos os encaminhamentos da área técnica, os prejuízos contra a população continuaram, pois pela invasão que houve na área de atuação, eram comuns os comentários pejorativos e preconceituosos destinados as pessoas e famílias, por pessoas estranhas ao setor. Testemunhava quebra de ética, grave violação de direitos dos usuários, sendo que isso foi somando-se a sua condição, o que acentuou seu desgaste mental. (Assistente Social, 49 anos – informações do diário de campo).

Além de sofrer assédio moral, sobrecarga de trabalho, também presenciava violência institucional sofrida pelos usuários das políticas públicas, pela sua condição de pobreza, raça, gênero ou opção política. O desencadear de um duplo sofrimento, pela violência sofrida contra si e contra a população usuária das políticas públicas. Portanto, uma gestão que ignorava o direito da população enquanto desrespeitava os profissionais, no exercício de sua profissão e enquanto pessoas. Esta narrativa também apresenta a forte atuação política partidária em detrimento das diretrizes do serviço público.

4.2.1.2 **Pensamentos suicidas**

Metade dos (as) trabalhadores (as) cuja narrativa estão presente neste estudo, trouxeram este aspecto extremamente preocupante. Os quatro recortes a seguir, da bancária, do motorista, da trabalhadora em hospital e da técnica de enfermagem, são de trabalhadores (as) que vivenciaram assédio moral, e, a esse respeito, Barreto (2013, p. 13) aponta: “[...] devemos considerar o assédio moral como um risco não visível que gera mal-estar e reação social, causa danos psíquicos, desencadeia doenças e pode levar a morte por suicídio.”

É o relato da bancária, que nos momentos em que realizava viagens de trabalho sozinha, precisava lidar com essa realidade posta em função do seu adoecimento mental;

Passou a ter pensamentos suicidas durante as viagens para outros municípios, planejava jogar o carro fora da pista, e relata que algumas vezes chegou a iniciar esta ação recuando a tempo. (Bancária, 35 anos – informações do diário de campo).

Realidade preocupante também expressa pelo motorista de ônibus:

Com o sentimento recorrente de que não estava bem, buscou atendimento médico com psiquiatra e passou a usar medicação, para acalmar-se, para diminuir os pensamentos ruins.

Desta época relembra os pensamentos suicidas:

- Quando dirigia o meu carro só pensava em me enfiar embaixo de um caminhão.

Este momento do relato foi seguido de choro [...] (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Pela trabalhadora de hospital:

Era uma semana em que ocorreu muita chuva na região, e foi caminhando até o hospital, porém nesse percurso precisava atravessar uma ponte, e no meio da ponte parou e ficou observando o movimento violento das águas e pensando:

- Aqui é o canal para tirar a vida, eu me joga aqui e vou para nas águas do rio Uruguai...

Foi interrompida de seus pensamentos por um desconhecido que se preocupou com ela, ofereceu ajuda, começou a perguntar sobre sua família e ofereceu-se para acompanhá-la até sair dali. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

E pela técnica de enfermagem:

A soma de todas essas condições foi lhe causando muito mal, passou a usar medicação em função de depressão e mesmo assim começou a ter pensamentos suicidas.

- Me escondo no hospital, me mato e ninguém me acha aqui dentro.

Em casa da mesma forma, os pensamentos quanto a atentar contra sua própria vida eram constantes, quando manuseava uma faca, pensava em como seria fácil acabar com sua vida, bastava cortar os pulsos.

Os pensamentos suicidas permaneciam:

- Vou me jogar da ponte, me jogar embaixo de um caminhão. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

As trabalhadoras de hospital, a bancária e o motorista de ônibus apresentam um ponto em comum, a vivência de um longo período de assédio moral. E, a esse respeito, deparamo-nos com os estudos referentes ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que fazem alguns apontamentos interessantes na direção do assédio moral.

O TEPT é uma patologia que é desencadeada em razão de um trauma, que pode ocorrer nos ambientes de trabalho em diversas situações.

Não só nas atividades que tem palco nos *fronts* de guerra, mas também nas batalhas do trabalho cotidiano, ocorrem traumas – após vivência pessoal ou testemunho de grave ameaça à vida ou acidentes de trabalho – na atividade policial, de bombeiro, de vigilante, de condutor de transporte coletivo, entre outras atividades em que os trabalhadores estão especialmente expostos a eventos traumáticos de diferentes tipos – inclusive à violência urbana, por exemplo no caso de motoristas e cobradores de ônibus. (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 181).

Trata-se de um transtorno, conforme segue apontando Seligmann (2016), capaz de desencadear uma série de alterações psicológicas e fisiológicas “que atingem o sono e o corpo do (a) trabalhador (a) neste quadro clínico em que, entre outras manifestações, podem ser constatadas tremores e palpitações, distúrbios digestivos, acompanhando as sensações agudas de medo [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 181).

A presença de TEPT tem com frequência, um cenário anterior, formado por “cansaço crônico ou outras formas de desgaste mental” (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 181), que favorecem o surgimento deste transtorno.

Amplios estudos sobre o TEPT, também apresentam evidências de que trabalhadores que sofrem assédio por longos períodos, portanto, caracterizada essa recorrência como “uma repetição de traumas que se torna cumulativa”, desencadeiam o TEPT (GLINA, 2010 apud SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 182).

Seligmann-Silva (2016) segue apontando que as observações clínicas sobre o desencadeamento e evolução do TEPT, indicam uma situação ainda mais grave, “[...] onde muitas vezes o quadro depressivo predomina associado a elevado risco de suicídio [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 182).

4.2.2 Precarização no trabalho

Neste tópico retomamos as dimensões da precarização no trabalho, propostas por Druck, Franco e Seligmann-Silva (2010), discutidas anteriormente, pois nas entrevistas algumas destas dimensões fizeram parte do cotidiano dos (as) trabalhadores (as), como na situação da trabalhadora que exercia sua atividade experimentando condições precárias de trabalho e de organização, com ritmo intenso, e tratamento de trabalhador (a) de segunda categoria, inferiorizado, somando-se situações de constrangimento ao longo do dia de trabalho.

Enquanto as professoras e direção da escola tinham horário e local para um descanso breve nos intervalos da aula, com lanche à disposição, elas cuidavam das crianças neste período, para que não se machucassem, não saíssem da escola. Para elas não havia pausa para descanso nem mesmo local para isso. A equipe então utilizava um

pequeno corredor, próximo ao banheiro e a lavanderia ao lado do depósito de materiais, e “se escondiam lá”. Trazia de casa um café e quando podiam, sem que ninguém percebesse descansavam alguns minutos no dia. (Agente de serviços gerais, 55 anos – informações do diário de campo).

A trabalhadora na escola, que realiza atividades de limpeza em todos os ambientes, apresenta uma rotina de pressão temporal e multiplicidade de tarefas, em um local onde não há investimento para melhoria das condições de trabalho, como a substituição de equipamentos manuais por equipamentos elétricos, o que significaria menos sobrecarga de trabalho.

Apesar de neste retorno, decorrido todos esses anos em outra função, as 3 funcionárias não terem mais que realizar as atividades relacionadas à alimentação dos alunos, permanecendo somente na limpeza dos ambientes, relata que as condições de trabalho haviam piorado muito.

- Servente antiga deve ensinar as outras!

Passou a ter mais essa responsabilidade, e como as novas colegas tinham dificuldade para realizar todas as atividades, trouxe para si as tarefas que não conseguiam fazer dentro do prazo. Também não contavam com equipamentos adequados de trabalho, pois não havia, por exemplo, lavadora de alta pressão para lavar a quadra de futebol, tinha que ser tudo manual. (Agente de serviços gerais, 55 anos – informações do diário de campo).

Os baixos salários pagos aos (as) trabalhadores (as) requerem a necessidade de duplas jornadas de trabalho para atingir um nível salarial, a fim de garantir o mínimo necessário para a sobrevivência de sua família, o que significa o comprometimento do convívio familiar e comunitário, e neste relato da trabalhadora na área da saúde, o comprometimento de sua saúde mental, que culminou na sua aposentadoria por invalidez. Empiricamente, observamos ser comum a dupla jornada de trabalho remunerado pelos profissionais que atuam em serviços de saúde, revezando-se em jornadas diurnas e noturnas.

Mais de três décadas como funcionária da regional de saúde do Estado e mais de duas décadas como técnica de enfermagem em hospital, atuando na maternidade, trabalhos concomitantes, no Estado trabalho diário, das 8h às 13h, e no Hospital das 19h às 7h, com folga na noite seguinte. Dormia uma noite e na outra trabalhava, e nas noites que trabalhava dormia algumas horas durante a tarde. A sua primeira queixa foi justamente o cansaço em função da falta de tempo suficiente para descanso, quando dispunha desse tempo, tinha dificuldades para pegar no sono, sofrendo de insônia e em certo tempo passou a ter pesadelos com crianças. A dupla jornada foi necessária para garantir o sustento da família, pois em determinado período o esposo chegou a ficar desempregado por 7 anos. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

Este relato denuncia “o processo sociopolítico de perdas de direitos trabalhistas ou do seu usufruto no mundo do trabalho real [...]” (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 231), mais uma das dimensões da precarização apresentadas pelas autoras e

ilustradas nos depoimentos dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as). É o que as autoras denominam “desestabilização dos estáveis”, cuja retirada de direitos do trabalho implica um cenário de desproteção social, de insegurança e instabilidade.

Foram constantes a retirada de direitos, corte do pagamento da insalubridade, corte do pagamento de horas extras e transferências dessas horas para o banco de horas, sem discussão com os trabalhadores ou acordo coletivo através do sindicato. Informa que nunca reclamava no trabalho, mesmo quando não concordava com as regras e normas, em que cita como exemplos:

- Quando fazia plantão de 12 horas nos finais de semana, tinha que pagar pelas refeições.
- Em um dado período, deixei de receber o pagamento da insalubridade, sem explicações. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

A gestão pelo medo e a sobrecarga de trabalho, impactando no ambiente de trabalho, caracterizando, portanto, o emprego precário que repercute na narrativa seguinte.

Relata que nos primeiros anos de trabalho, a equipe do setor era composta por 7 funcionários responsáveis por 40 pacientes, média de 5 a 6 pacientes para cada um da equipe. Também menciona que a enfermeira responsável pelo setor, a supervisora, tinha muita afinidade com a equipe, e que apesar do trabalho difícil sentiam-se apoiados e respeitados. Porém, com o passar do tempo esta supervisora foi substituída por outra, que se mostrou com um perfil muito diferente da anterior, autoritária e desrespeitosa, além disso, a equipe foi reduzida para 5 funcionários, sendo que cada um passou a ser responsável por 8 a 10 pacientes, esta medida foi usada para justificar contenção de despesas. (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

Druck (2011), ao apresentar alguns agrupamentos de indicadores de precarização definidos por Druck e Franco (2009), destaca essa tipologia para a realidade brasileira, cujas situações são amplamente denunciadas nos órgãos trabalhistas nacionais – Justiça do Trabalho e Ministério Público do Trabalho.

Um segundo tipo de precarização social é encontrado nos padrões de *gestão e organização do trabalho* – o que tem levado a condições extremamente precárias, através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência, etc.) sustentada na gestão pelo medo, na discriminação criada pela terceirização, que tem se propagado de forma epidêmica, e nas formas de abuso de poder, através do assédio moral [...] (DRUCK, 2011, p. 48).

Esta precarização é vivenciada pela trabalhadora, especificamente no que concerne à cobrança de metas, cujos parâmetros estabelecidos são inatingíveis, ou, quando efetivados, custaram muitos sacrifícios e sofrimento ao trabalhador.

Identificamos neste relato a gestão por estresse caracterizado como “aquela em que se exige, através do gerente ou da chefia, uma produção muito acima da possibilidade dos

empregados daquele local de trabalho e que cada vez aumenta mais, inclusive com ameaça de demissão.” (THOMÉ, 2013, p. 46).

A trabalhadora no comércio narra a pressão que vivenciava no trabalho, dirigida aos funcionários pela chefia, que exercia o papel de gerente, quanto ao cumprimento das metas de vendas, cada vez mais crescentes. Em função dessa pressão diária, constante, começou a sentir desgaste mental, pois carregava essa cobrança consigo em todos os momentos, sem desligar o pensamento destes compromissos, o que começou a gerar sintomas como insônia, falta de apetite e ansiedade. (Trabalhadora do comércio, 45 anos – informações do diário de campo).

Sobrecarga de trabalho e ritmo acelerado, com equipe reduzida:

Com carga horária de 40 horas, ela e mais 03 colegas eram responsáveis pela limpeza dos ambientes e em alguns períodos também pelo preparo de alimentos para 400 alunos. Eram inúmeras as atividades diárias que tinham que executar, e para conseguir dar conta de tudo o ritmo tinha que ser intenso. (Agente de serviços gerais, 55 anos – informações do diário de campo).

O contexto de precarização no qual a trabalhadora está exposta, também reflete na impossibilidade quanto à realização de suas atividades de acordo com a normatização de sua profissão, gerando um nível de preocupação por ter que responder por esses atos, apesar de não participar dessas decisões que influenciam diretamente no trabalho.

A sobrecarga de trabalho é contínua, quando referem esta situação para a chefia, escutam que tem que entender a situação, e que é melhor estar trabalhando no hospital do que estar internado ali. Relata ameaças, pois se não atenderem os pacientes serão acusadas de omissão de socorro.

- Não conseguimos atender o paciente como deve ser feito, como eles merecem. Muitas das atividades precisam ser feitas em dupla, e quando um colega solicita o apoio do outro, pela sobrecarga, acabam discutindo, pois são muitas atividades para serem realizadas ao mesmo tempo e poucos (as) trabalhadores (as) para executar. Em função do grande esforço físico que a atividade também exige, no contato com os pacientes acamados, que não conseguem moverem-se sozinhos, pacientes obesos, que precisam ser erguidos, mudanças de decúbito, enfim, passou a sentir muitas dores nos ombros, e em consulta com especialista este recomendou que evitasse estas atividades. Porém, uma recomendação nem sempre possível de realizar, uma vez que dependia de outro colega para realizar esta atividade em seu lugar, e cada vez que isso ocorre precisa explicar sua limitação. (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

Takahashi, Pizzi e Diniz (2010) ilustram em sua pesquisa a divisão social de trabalho, cujos relatos, especificamente neste tópico, que contempla a precarização no trabalho, enfatizam este aspecto, ocorrendo uma assimetria nas relações de trabalho, produto de uma divisão, onde de um lado estão os que planejam e, de outro, aqueles que executam. E os (as) trabalhadores (as) que executam e conhecem a sua área de atuação e vivenciam os problemas, não são ouvidos, significando a imposição de autoridade.

Outro aspecto da precarização do trabalho é o comprometimento do tempo livre do

trabalhador, que se vê obrigado a permanecer todo o tempo à disposição da empresa, privando-se da convivência social.

Uma das primeiras implicações desta atividade referia-se às escalas de trabalho que não eram definidas com antecedência, eram agendas diárias, sendo que o motorista fazia o seu descanso após as viagens, e no início da tarde já entrava em contato com a empresa para conhecer sua agenda do dia seguinte, além de permanecer a disposição para cobrir faltas de outros colegas. Havia um comprometimento da sua vida pessoal e familiar, pois não era possível planejar atividades fora de casa com a família, uma vez que não conhecia sua agenda de trabalho com antecedência.

-Tudo era uma surpresa.

Além do descanso, teria direito a uma folga semanal, o que na prática não ocorria, usufruindo da folga somente uma vez por mês. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Esta narrativa apresenta vários aspectos que merecem destaque, primeiro um trabalhador submetido à rotina estabelecida pela empresa, que invade sua vida pessoal, pois permanecia na dependência da escala de trabalho feita pela empresa, o que impedia suas atividades de lazer e até mesmo viagens com a família. As folgas semanais também não ocorriam na prática, sendo obrigado a permanecer disponível para o trabalho todo o tempo.

4.2.3 Presenteísmo

O presenteísmo é uma estratégia, um mecanismo de defesa do (a) trabalhador (a), como aponta Antunes e Praun (2015), que permanece trabalhando mesmo adoecido, ocultando seu adoecimento, produzindo menos por conta deste comprometimento de sua saúde, aumentando seu sofrimento e desgaste mental.

Seligmann-Silva (2016), em sua reflexão sobre o presenteísmo, apresenta o ideal de excelência buscado pela empresa para vencer a competitividade imposta pelo novo modelo de empresa ágil e enxuta. Este ideal de excelência pautado pela busca de superioridade e competência também tem implicações quanto ao trabalhador (a), que da mesma forma deve ser ágil e perfeito, tanto na execução de suas funções quanto na sua saúde.

O oposto disso passa a ser rechaçado, um caminho de exclusão e discriminação dos (as) trabalhadores (as) que não atendem a este ideal em razão do seu processo de adoecimento.

[...] já que revelar qualquer fragilidade se tornava arriscado, manifestar adoecimento passou a ser evitado e cada vez aumenta o número dos que escondem seus sintomas, não procuram assistência médica ou psicológica e permanecem trabalhando, mesmo doentes. (SELIGMANN-SILVA, 2016, p. 191).

Os (as) trabalhadores (as) com a sua saúde mental comprometida suportam o sofrimento por um longo período para permanecerem no trabalho. Somente quando se soma a isso outras intercorrências físicas, como no caso de acidentes de trabalho, é que deixam de resistir ao seu adoecimento, e, finalmente, buscam o afastamento.

Apesar de estar sempre em contato com profissionais de saúde, e com seu desgaste mental crescente, permanencia trabalhando, diante da orientação de necessidade de atestados, recusava-se, e em dias em que a permanência no trabalho estava insuportável, trocava o plantão com algum colega para descansar um pouco. Somente após sofrer um acidente de trabalho é que se afastou de suas atividades, quando ao sentar em uma cadeira com rodízios, estes se moveram e ela acabou sentando no chão, o que lhe causou uma lesão na coluna. Foi a primeira vez que se afastou do trabalho. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

Outro depoimento aponta seu sacrifício para permanecer trabalhando, evitando tratamento e acompanhamento de saúde, ignorando seu adoecimento mental, enquanto demonstrava seu comprometimento com o trabalho.

Mesmo com todos os sintomas de desgaste mental, permanencia trabalhando, sem procurar orientação médica com relação a isso, precisou fazer um procedimento cirúrgico em função de tireoide, adiou a cirurgia para realizar em seu período de férias. Da mesma forma, quando seu filho, ainda criança, também necessitou de um pequeno procedimento cirúrgico, realizou em período de férias, para não prejudicar o seu trabalho.

- Eu sempre fui preocupada em assumir o que tinha que fazer, pois era uma funcionária pública, me preocupava com as colegas que estariam se ferrando sem mim [...] (Agente de serviços gerais, 55 anos – informações do diário de campo).

Esta trabalhadora também ultrapassou os seus limites para permanecer trabalhando:

Além de tudo que sentia, passou a ter crises de choro, estava nesta atividade por 6 anos, e neste período, ao retornar para casa no intervalo do meio dia, atrasou por mais de uma hora, o que chamou a atenção da senhora que cuidava de seu filho, que foi em busca dela, percorrendo o caminho que ela fazia por um atalho de terra em meio à vegetação, e a encontrou desmaiada. Somente após esse episódio é que foi atendida por um médico, relatou os seus sintomas de desgaste mental e passou a fazer uso contínuo de medicação em função de depressão e ansiedade. Não se afastou do trabalho, não aceitou apresentar atestado médico, e então, orientada por este profissional, buscou junto à administração municipal, outro local para atuação, onde pudesse desempenhar outras funções, uma vez que deveria evitar as situações que causavam seu adoecimento no trabalho. (Agente de serviços gerais, 55 anos – informações do diário de campo).

O comprometimento com o trabalho colocado acima do seu adoecimento, gravemente prejudicado pelo método de gestão empregado. A trabalhadora a seguir estava muito envolvida com o banco, atingindo as metas até então propostas, que para a nova gestão não eram suficientes, passando a estabelecer novos índices, cujos limites da trabalhadora foram extrapolados, restando, desse modo, um quadro de desgaste mental muito grave.

Decorridos 15 dias de afastamento e com diagnóstico de síndrome do pânico, transtorno de ansiedade e depressão, medicada e sentindo-se muito mal, jogou fora o atestado e insistiu no retorno ao trabalho. Após alguns dias, ocorreu de não conseguir entrar no banco, uma nova crise foi desencadeada, mesmo assim, só aceitou voltar para casa depois de repassar para um colega todos os compromissos que tinha agendado com os clientes. (Bancária, 35 anos– informações do diário de campo).

O depoimento a seguir é de uma trabalhadora que experimentou o melhor e o pior do trabalho, viveu muitos anos um ambiente de trabalho que lhe causava muito prazer e contribuía para a sua saúde mental, e, após ser vítima de assédio, desencadeou um processo de desgaste mental, ignorado pela gestão, que culminou no seu afastamento. O trabalho anterior ao seu adoecimento ocupava um lugar central em sua vida, e, com o adoecimento, passou por uma crise em relação ao sentido do trabalho na sua vida.

Por mais que tivessem alguns comentários, ela nunca foi chamada pela responsável pelo setor, nem pelo técnico de segurança no trabalho, colegas pelos quais sempre demonstrou muito afeto e admiração, para saberem de sua condição ou o que de fato estava causando esse adoecimento e mudança visível de humor e entusiasmo. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

É neste sentido a análise apresentada por Dejours (2016), de que o (a) trabalhador (a) pode desenvolver uma relação com o trabalho para construir a sua identidade, ou uma relação de adoecimento.

A saúde mental não abrange apenas o sofrimento e as doenças mentais descompensadas. Ela concerne também ao prazer no trabalho e a construção da saúde mental através do trabalho. Com efeito, o trabalho nunca é neutro do ponto de vista da saúde. Pode ser a causa do pior, até o suicídio no local do trabalho, mas pode também produzir o melhor, a ponto que, para muitas pessoas, o trabalho constitui um elemento decisivo na conservação de sua saúde mental. (DEJOURS, 2016, p. 319).

Nas várias narrativas, a trabalhadora perdeu muito com o seu adoecimento, mas as empresas, ao implementarem a violência como processo de gestão, também perderam trabalhadores (as) anteriormente comprometidos e produtivos que experimentavam sentimentos de realização ao participar do processo de trabalho.

Em muitos casos, as pessoas ficam muito tempo sem procurar qualquer tratamento. Deste modo, os processos mórbidos evoluem, cronificam e se agravam. Um conjunto de estudos indica que especialmente a morbidade psiquiátrica esteja tendo, em todos os países, um ocultamento importante e desastroso em seus desdobramentos. (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 241).

Significa, portanto, que a invisibilidade do adoecimento, revelado após atingir um ápice onde o (a) trabalhador (a) já não consegue mais conciliar o seu adoecimento com o

trabalho, demandará de afastamento e tratamento de saúde prolongado, impactando diretamente nas políticas de previdência social e saúde, além do custo pessoal e familiar para este trabalhador (a).

4.2.4 O adoecimento mental e seu impacto no adoecimento físico

O desgaste mental desencadeia um processo complexo de adoecimento com repercussões em todas as dimensões do corpo, pois a saúde mental é indissociável da saúde como um todo.

[...] constatações epidemiológicas e clínicas apontam os riscos de hipertensão arterial e doença coronariana configuradas pela pressão temporal em profissionais submetidos de forma continuada ao *work-stress*, entre outras patologias que atingem o organismo pela via psicossomática, nas quais o estresse continuado desempenha papel relevante. (HALLQVIST et al., 1998 apud DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 232).

A imposição de ritmos, metas, horas extras, a multiplicidade de tarefas, a gestão por medo, o trabalho noturno, o tempo exíguo para descanso, enfim, são imposições que contrariam os ritmos biológicos do (a) trabalhador (a), sendo um dos fatores do crescente aumento das patologias relacionadas ao trabalho, especialmente as LER/DORT e os transtornos mentais. São os tempos sociais do trabalho em oposição ao biorritmo do sujeito, conforme indicam Druck, Franco e Seligmann-Silva (2010).

Por unanimidade, todos os (as) trabalhadores (as) entrevistados (as) registram que, além do seu desgaste mental, também sofrem outras patologias com repercussão no corpo físico, e em alguns momentos estes outros sintomas mascararam o seu adoecimento mental. Nas narrativas descreveram vários outros sintomas, aqui registrados: hipertensão, sensação de patologia cardíaca, peito pressionado, dores no peito, alterações no batimento cardíaco, diarreias nervosas, vômitos, alterações do ciclo menstrual, queda de pressão, problemas de voz, alterações hormonais, lapsos de memória, insônia, emagrecimento/obesidade, falta de apetite, alteração do senso de lateralidade, dor de cabeça, problemas de circulação, tremores, bater o queixo como se estivesse com frio, dores de estômago, aborto espontâneo.

Cada indivíduo reagindo de uma forma ao seu processo de adoecimento, todos eles permaneceram trabalhando com essas manifestações, somadas ao desgaste mental, que persistem após o afastamento, durante o longo processo de recuperação.

Vários destes agravos são, portanto, expressão da incompatibilidade entre os tempos sociais do trabalho/vida e a capacidade adaptativa da fisiologia e dos biorritmos

humanos. São emblemáticos de modos de viver e de trabalhar socialmente patogênicos. (DRUCK; FRANCO; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 232).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) indica que situações de desgaste mental prolongado aumentam os riscos de surgimento de outros agravos, com repercussões ainda mais drásticas sobre o adoecimento, corroborando com as narrativas dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as).

A longo prazo, o estresse pode contribuir para a perda de memória, úlceras pépticas, doenças inflamatórias intestinais e distúrbios músculo-esqueléticos, bem como a hipertensão e, conseqüentemente, o desenvolvimento de doenças cardíacas e cardiovasculares. Também pode alterar as funções imunológicas, o que pode, por sua vez, facilitar o desenvolvimento do câncer. (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2017).

O (a) trabalhador (a) que permanece trabalhando nestas condições também corrobora para o acréscimo de outros riscos, aumentando a possibilidade de acidentes de trabalho.

4.2.5 Invisibilidade do adoecimento mental nas perícias médicas no INSS

Tittoni e Nardi (2008) apontam em sua pesquisa com trabalhadores (as) adoecidos (as) mentalmente e afastados (as) do trabalho, vários aspectos referentes às dificuldades destes (as) trabalhadores (as) diante dos profissionais de saúde, para conseguirem reconhecer o seu adoecimento como ligado ao trabalho que exercem. Para os autores “[...] dificuldades encontradas para o reconhecimento e a legitimação de sua situação de adoecimento como sendo profissional, ou seja, como tendo sua gênese nas condições penosas da organização do trabalho [...]” (TITTONI; NARDI, 2008, p. 71).

Esta também foi a experiência vivenciada pelos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as), tal como o recorte de uma narrativa a seguir, onde não houve nenhum questionamento sobre a sua situação no trabalho, ligando imediatamente o seu adoecimento a uma situação familiar.

Lembra-se de em uma das perícias, ter ouvido do perito que o seu adoecimento deu-se em função da perda do esposo, desconhecia a possibilidade de auxílio-doença em razão do trabalho, e não recorda de ter sido questionada com relação a isso. Permanece até os dias atuais em tratamento com psiquiatra e psicóloga, bem como nutricionista. (Trabalhadora do comércio, 45 anos – informações do diário de campo).

Este estudo analisou particularmente a dificuldade dos (as) trabalhadores (as) em terem seu adoecimento mental causado pelo trabalho reconhecido no âmbito da perícia

médica do INSS, mas a narrativa da trabalhadora a seguir apresenta outro agravante: o psiquiatra que a tratava regularmente, e acompanhou todo o seu processo, sugeriu, inclusive, que seu retorno ao trabalho poderia ocorrer mediante algumas circunstâncias, dentre elas, o não convívio com o gestor que a assediava, bem como sem pressão por metas.

Porém, quando solicitado, nega-lhe a confecção da CAT, é a prevalência do discurso médico, “[...] no qual o saber médico (técnico, científico) exerce seu poder de falar sobre a morte e o adoecimento, legitimando-os.” (TITTONI; NARDI, 2008, p. 72). A narrativa, a experiência e a vivência do trabalhador não tem valor neste espaço de poder ocupado pelo “discurso médico” (FOUCAULT, 1987).

Relata passar por perícia médica no INSS a cada 3 ou 4 meses, e que conhecia a existência de auxílio-doença cuja etiologia está relacionada ao trabalho, mas não foi questionada por nenhum perito quanto a um possível nexa, e mesmo o psiquiatra que a trata, não atestou esta ligação, não preencheu a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), alegando que “além do trabalho este adoecimento tem relação com o passado.” (Assistente Social, 49 anos – informações do diário de campo).

Esses (as) trabalhadores (as) passam por uma peregrinação para manter-se em auxílio-doença, pela incapacidade de retornar ao trabalho em razão do adoecimento mental, e nestas perícias são avaliados por vários profissionais, como relata esta trabalhadora, que recorda ter passado por mais de 10 perícias, o que seria tempo suficiente para que em algum momento a questão do trabalho pudesse ser colocada.

Depois de muito sofrimento e crises de choro, por insistência de suas colegas de trabalho, procurou um médico de sua confiança e chegou no consultório soluçando, sem conseguir falar. Passou a ser medicada e com afastamento inicial de 15 dias, e depois agendou perícia médica no INSS onde passou a receber auxílio-doença B31. Relata que foram mais de 10 perícias realizadas, pois várias vezes recebeu alta, mas não conseguia retornar ao trabalho. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

Por não acessar o benefício, com relatos estranhos a uma conduta pericial, o (a) trabalhador (a) acaba tendo que buscar outros recursos para conseguir afastar-se do trabalho, e, neste tempo, buscar recuperar-se para retornar à sua atividade.

No momento da perícia recorda que o perito mencionou que o INSS estava falido, e que só poderiam conceder auxílio-doença para casos de câncer, cirurgia, casos extremos. Recebeu o benefício somente até o dia da perícia, estando, portanto, segundo a perícia médica apta para retornar ao trabalho no dia seguinte. Não marcou nova perícia, não solicitou nova avaliação, mencionou ter receio de nova avaliação, em função do que disse o perito, e mesmo sem sentir-se bem retornou ao trabalho, conseguiu acessar suas férias e permaneceu mais 30 dias fora. (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

As condições de trabalho perante o adoecimento mental destes (as) trabalhadores (as)

são ignoradas diante da realização das perícias médicas. Na maioria dos relatos, os (as) trabalhadores (as) desconheciam a possibilidade do auxílio-doença em virtude do trabalho, e os poucos que conheciam estavam tão fragilizados que não questionaram essa possibilidade, desejando tão somente o afastamento do seu trabalho, mesmo que significando restrição do seu direito.

Tittoni e Nardi (2008, p. 79) colocam que “A culpabilização do doente (individualização) e o descaso com as condições e organização do trabalho são fontes geradoras de vivências e sofrimento.”

Os (as) trabalhadores (as) que buscam os benefícios com diagnóstico da CID F são vistos como casos individuais, não ocorre um esforço em visibilizar esse adoecimento, muito menos uma intenção em buscar sua relação com o trabalho, somando-se a isso o fato de desconhecerem esse direito. Significa, portanto, um sentimento de impotência, uma vez que não há o reconhecimento do adoecimento em razão do trabalho, e, como confirmado em todas as entrevistas, questionamentos sobre essas relações nem são colocados em pauta no ato pericial.

4.2.6 Mecanismos de defesa individual e coletiva

Neste tópico desejamos evidenciar algumas reações individuais dos (as) trabalhadores (as) diante da situação da gestão de agressão na qual estavam inseridos, trazendo recortes das falas daqueles que não conseguiam se posicionar, permaneciam paralisados diante das agressões e tinham seu sofrimento mental crescente:

Na presença do gerente, ouvia os fatos narrados por ele, sem conseguir explicar ou justificar, e novamente uma conduta de xingamentos era colocada em prática. Essas condutas passaram a lhe causar muito desgaste mental, não conseguia reagir a elas, esses fatos e falas se instalavam em seu pensamento passando a acompanhá-lo de forma permanente. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Da mesma forma, interessa registrar a situação da trabalhadora que, ao contrário de permanecer paralisado, conseguia, individualmente e sem apoio, reagir, significando neste caso uma forma de resistência.

Relata que sempre reagiu a esses ataques, nunca se calou e sempre questionou estas imposições, chegando a ocorrer um episódio em uma reunião, onde após ser chamada pela agressora de mentirosa, teve uma reação espontânea de violência contra a agressora, mas foi contida e lembra-se que esta foi uma reação extrema, uma vez que já se encontrava no limite da situação e sem apoio. Durante todo o período, precisou posicionar-se constantemente contra todos os ataques contra si e

os usuários, se opondo constantemente e em alguns momentos sendo agressiva para ser ouvida. (Assistente Social, 49 anos – informações do diário de campo).

Seligmann-Silva (1994, p. 251) afirma que “Quando a defesa contra o sofrimento integra em seu significado a afirmação da identidade em oposição à dominação, passa a se constituir uma forma de resistência. Este não é o caso da negação e da repressão.” Alguns trabalhadores (as) expressaram essa resistência, opondo-se ao fato de estarem sendo anulados com o desgaste mental, atingidos em sua identidade, já que o trabalho ocupa um sentido fundamental em sua vida, e o adoecimento por meio do trabalho significa o comprometimento desta identidade.

Muitas vezes precisava posicionar-se, lutar por algumas coisas, fazer a sua defesa, informa que não se omitia, mas depois disso tinha muito sentimento de culpa, de medo, receando pelo seu emprego, sentimento de arrependimento. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

Ou o contrário, a fuga para conseguir sobreviver:

Relembra que no passado, em função de toda essa pressão, chegou a pedir demissão. - Pedi a conta e sumi, não quis saber de nada, estava surtada [...] (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

Castro (2012), ao expor as dimensões que constituem o *burnout*, apresenta a perda da realização pessoal, que significa uma ruptura no plano da historicidade individual, e advém daí um impasse. “Ou seja, é o projeto de ser, a partir do qual se unifica o conjunto da história do sujeito, que se rompe, criando uma cisão entre o que o sujeito era e não mais se reconhece e o que se tornou e não suporta.” (CASTRO, 2012, p. 395). Neste sentido, o sujeito experimenta-se incapaz, ineficiente, pois um dos aspectos de sua vida – o trabalho – enquanto projeto de vida, rompeu-se, perdeu sentido.

Alguns dos (as) trabalhadores (as) entrevistados (as) fizeram menção a organizações coletivas, a exemplo do sindicato da categoria, que significou um ponto de orientação e apoio no momento do adoecimento:

Como não consegui permanecer no trabalho, foi demitida pelo gerente, porém, precisou passar pelo médico do trabalho indicado pela empresa para o exame, este constatou o seu adoecimento mental e a sua incapacidade de retorno ao trabalho, impedindo sua demissão. Sem apoio no local de trabalho, buscou orientação no seu sindicato, e decorridos os primeiros quinze dias de afastamento, foi agendada perícia médica no INSS. (Trabalhadora do comércio, 45 anos – informações do diário de campo).

Mais do que orientações, a organização sindical significou um ponto de apoio e fortalecimento, inclusive, para reagir diante da gestão violenta.

Relata que alguns funcionários, que faziam parte da diretoria do sindicato, e por poder contar com essa organização coletiva, sentiam-se protegidos e reagiam a essas agressões, questionando inclusive a forma de gestão da empresa, visibilizada na conduta do gerente. Passou a participar da gestão do sindicato, para sentir-se apoiado e fortalecido, passando então a ter alguma reação diante das agressões. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Os conselhos profissionais também surgiram como ponto de apoio diante das situações de precarização do trabalho, significando um instrumento para denunciar essas condições.

Encontram algum apoio a partir das fiscalizações realizadas pelo COREN/SC, Conselho Regional de Enfermagem, onde denunciam essas condições de trabalho. Nestas reuniões, que são raras, as chefias estão presentes, o que inibe as falas, pois ao final desses encontros “inicia a caça às bruxas”, no sentido de descobrir quem fez denúncias ao COREN para que viessem fiscalizar.
- Perseguição para amedrontar, mas todos os setores estão sem funcionários, todos estão com excesso de trabalho. (Técnica de enfermagem, 41 anos – informações do diário de campo).

Porém, nenhuma destas organizações coletivas que serviram de suporte para fortalecimento e orientação dos (as) trabalhadores (as) atuou enquanto resistência efetiva, conforme define Seligmann-Silva (1994), pois, se assim estivessem organizadas, estariam produzindo mudanças nos ambientes de trabalho a partir das denúncias apresentadas pelos (as) trabalhadores (as) que buscaram atendimento.

Estes coletivos, tanto de categoria quanto sindical, não implementam atuações quanto à saúde do (a) trabalhador (a), acompanhando e conhecendo estas implicações nos ambientes de trabalho, restringem-se somente a orientações individuais conforme a demanda apresentada.

4.2.7 Manifestações comuns quanto ao local de trabalho, despesas de saúde e reconhecimento após adoecimento

Vários (as) trabalhadores (as) referiram-se ao fato de não conseguirem mais sequer se aproximarem dos locais de trabalho onde adoeceram, bem como conseguir manter seu relacionamento com os colegas ou chefias.

Fato marcante para ela foi o de não conseguir passar sequer em frente ao seu local de trabalho durante seu afastamento, muito menos de conseguir manter contato com seus colegas e chefia. (Trabalhadora do comércio, 45 anos).

Desde seu afastamento, que já dura cerca de 2 anos, não consegue passar em frente ao banco, evita andar pela rua, tem receio de encontrar seus colegas de trabalho, seus clientes e especialmente o gerente. (Bancária, 35 anos).

Chegar ao hospital para trabalhar passou a se tornar um grande sacrifício, por mais que fora do hospital, em casa e no seu outro trabalho tudo estivesse bem, ao entrar no hospital sentia um peso, tudo ficava para trás. (Técnica de enfermagem, 58 anos).

Relata que passou a ser um sacrifício a chegada ao hospital e bater seu cartão, e ter que iniciar mais um dia de trabalho. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

Conforme aponta Patterson (2011), podemos analisar o local de trabalho enquanto espaço de trabalho, que engloba uma dicotomia conceitual, como espaço mental, representando o espaço subjetivo e espaço físico. Segue citando Lefebvre (1991), que une estes dois conceitos e designa para o espaço de trabalho “[...] como espaço da prática social com ênfase nas ações sociais das relações de produção incorporadas pelo espaço.” (LEFEBVRE, 1991, p. 170 apud PATTERSON, 2011).

Portanto, mais do que significar o ambiente físico onde se constitui o trabalho diário, ele está perpassado pelas relações sociais decorrentes deste trabalho, o que justifica as várias reações expressas pelos (as) trabalhadores (as), uma vez que a estrutura física do local os faz reviver todo o sofrimento que compôs o seu adoecimento mental. E, para evitar essas lembranças, evita-se o local e todas as pessoas com as quais foram dadas as relações durante este período.

Freire (2009), ao destacar o assédio moral, nomeia os prejuízos amplos sofridos pela vítima, pois afeta seu relacionamento familiar, seu círculo de amigos e suas relações sociais.

Destacamos neste estudo não somente as vítimas de assédio moral, mas todos com desgaste mental, cujas vivências culminaram em afastamentos do trabalho de meses ou anos, ou até mesmo aposentadorias por invalidez. “A vítima também poderá arcar com altos custos de tratamentos médicos, devido às suas incapacitações e dificuldades de se readaptar ao trabalho, trazendo-lhe uma diminuição de renda.” (FREIRE, 2009, p. 389).

Estes foram os relatos dos (as) trabalhadores (as) durante a entrevista, apontando justamente o comprometimento de renda para custeio do tratamento.

Custeia todo o seu tratamento, com consultas e medicação de uso contínuo, e passou a apresentar outras intercorrências de saúde, doenças físicas. Este tratamento por vezes compromete toda sua renda que advém da aposentadoria. (Trabalhadora de hospital, 56 anos – informações do diário de campo).

A restrição de acesso ao tratamento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS):

Durante todo seu período de adoecimento, foram muitas as consultas realizadas com psiquiatra, sempre pagando as consultas com recursos próprios, uma vez que não dispõem de convênio de saúde, nem mesmo acesso a este profissional através do SUS. Da mesma forma seguem as despesas com medicação de alto custo. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

E mesmo os (as) trabalhadores (as) que dispõem de plano de saúde, veem-se extrapolando os limites do plano e custeando o tratamento da mesma forma, sendo a discussão na justiça uma das possibilidades de cobrar da empresa o custo deste adoecimento.

Porém, na justiça, pelo perito médico nomeado para avaliá-la, este reconheceu que o seu adoecimento tem relação com o trabalho. O processo judicial movido contra o banco deu-se em função das despesas de saúde decorrente do tratamento, que ultrapassam os limites estabelecidos pelo plano de saúde, e ainda está em andamento. (Bancária, 35 anos – informações do diário de campo).

O mais grave é o relato dos (as) trabalhadores (as) que não dispõem de plano de saúde e nem de recursos financeiros para custear o tratamento que é contínuo e de longo prazo, agregando ao seu cotidiano de sofrimento, mais elementos para agravar sua condição:

Sem condições financeiras para adquirir a medicação buscou acesso através do SUS, cuja medicação estava em falta. Lembra que saiu da unidade de saúde chorando, sentou-se em uma calçada em meio a uma crise de choro, e permaneceu por um tempo ali, sozinha. Quando se recuperou procurou pelo Serviço Social do SUS que forneceu a referida medicação. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

As limitações de acesso ao tratamento adequado corroborando para a continuidade do adoecimento.

Tratava-se com profissional do SUS do município, não fazia acompanhamento psicológico, desejava realizar consultas com especialista, mas não tinha condições financeiras para custear esse acompanhamento. (Técnica de enfermagem, 58 anos – informações do diário de campo).

Como segue apontando Freire (2009), os custos sociais do adoecimento mental ultrapassam o campo individual, pois são custos que alcançam a sociedade e o governo, e, algumas raras vezes, a empresa, como no caso da narrativa da trabalhadora que discute judicialmente o custo do seu adoecimento e pode ter estes recursos pagos pela empresa, caso a justiça reconheça que seu adoecimento foi em razão do assédio moral ao qual foi submetida.

Não há o prejuízo somente do (a) trabalhador (a) adoecido (a) – relacionamentos social e familiar, custo econômico – que num primeiro momento é o que se coloca mais visível, mas há o custo para a Previdência Social que assiste esse (a) trabalhador (a) por intermédio de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez e do SUS por meio do tratamento de saúde, e até mesmo dos planos de saúde, como foi apontado nos relatos. Há,

também, o custo da empresa por perder um (a) trabalhador (a), que leva consigo todo o conhecimento e experiência. E todos estes custos impactam diretamente na sociedade.

O desgaste mental é um processo lento e constante, uma construção diária alimentada por vários fatores, que pode requerer um longo período para ficar insuportável e da mesma forma anos para que a pessoa volte a ficar bem, porém com sequelas definitivas, pois talvez ela nunca mais possa reconhecer-se.

Decorrido todo esse tempo, ainda se sente em período de recuperação, não voltou a reconhecer-se como era antes do adoecimento. Ainda necessita de medicação para conseguir dormir, relata que permanece em estado de alerta, qualquer barulho o assusta. Procura controlar-se, pois perde a paciência diante de coisas corriqueiras, sente-se ainda muito irritado, e os pensamentos imaginando estar novamente sendo insultado e humilhado estão cessando lentamente. A família sempre foi seu apoio e permaneceu ao seu lado, a exemplo da esposa que acompanhou a entrevista e disse que hoje procura manter o marido ocupado, convivendo com a família e com amigos, para não o perder novamente, isolado em seu quarto. (Motorista de ônibus, 60 anos – informações do diário de campo).

Tittoni e Nardi (2008) colocam a quebra da identidade pelo afastamento do trabalho, e o adoecimento em função do trabalho, como a expressão dos limites da estratégia de defesa do (a) trabalhador (a). O (a) trabalhador (a), especialmente o homem, em período de afastamento, é colocado na esfera privada do seu cotidiano, remetido para a rotina familiar.

De certa forma, o espaço doméstico ou *da casa* passa a ser o espaço da doença e da improdutividade, enquanto o trabalho representa um local em que a saúde e a possibilidade de ser produtivo se realizam (TITTONI; NARDI, 2008, p. 76).

O trabalhador que nos ofereceu este depoimento foi justamente um homem, que se viu inserido na rotina do ambiente doméstico e passou por muitas dificuldades para adaptar-se à realidade concreta do seu afastamento do trabalho e sua inserção na rotina da casa, comandada pela esposa, dentro de uma concepção tradicional de família e de papéis de gênero.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No capitalismo contemporâneo, a maior expressão da alienação do homem e da mulher que trabalham executando atividades sem sentido, estranhadas, sofrendo processos de gestão coercitivos é o adoecimento humano, especialmente o adoecimento mental, que está presente em todos os ambientes de trabalho.

Pois, o trabalho estranhado, sem sentido, pertence a outro que dita as regras, as normas e as metas, num processo repetitivo diário. “Nesse caso, a alienação humana é radicalmente perda de si, o que explica o crescimento significativo dos adoecimentos psicológicos no mundo social do trabalho.” (ALVES, 2011, p. 17).

Nos depoimentos, muitos (as) trabalhadores (as) vivenciaram esta experiência de sair de si, de não se reconhecerem mais, reduzindo sua vida somente à vivência do trabalho, que invadiu a vida pessoal, comunitária, de lazer, sem que fossem se dando conta disso, culminando no adoecimento mental.

Alves (2011) aponta outro aspecto que encontramos nas narrativas, quando o (a) trabalhador (a) mesmo fora do local de trabalho continua trabalhando, ao afirmar que na era do capitalismo manipulatório, o trabalho flexível é também caracterizado pela desterritorialização dos locais de trabalho, possível por meio das novas tecnologias informacionais de rede. Isso significa que o trabalho tem a capacidade de invadir todos os aspectos e espaços da vida do (a) trabalhador (a), em sua residência, nos seus relacionamentos, no seu lazer e período de férias, apropria-se de seu cotidiano.

Ainda constitui este cenário de adoecimento mental, decorrente do trabalho, o assédio moral, sendo este o aspecto mais recorrente nas narrativas, sem distinção de ambiente de trabalho, perfazendo desde o serviço público até as atividades privadas. É a institucionalização do assédio moral, da gestão pelo medo, desconsiderando as potencialidades e a subjetividade de cada trabalhador (a), valorizando a competitividade, o alinhamento do (a) trabalhador (a) aos objetivos da empresa, mesmo que em determinadas circunstâncias signifique uma afronta aos determinantes éticos e políticos do (a) trabalhador (a), submetendo-os a uma gestão por metas e produtividade.

Somam-se a isto outros aspectos importantes apreendidos nas análises das narrativas, evidenciados em vários pontos, como as cargas de trabalho excessivas; falta de apoio de colegas e chefias, principalmente, a ausência de uma atenção à saúde mental do (a) trabalhador (a), completamente esvaziado em todos os ambientes estudados.

Mesmo em locais de trabalho, onde estava presente a comissão interna de segurança do trabalhador – a saúde mental não é vigiada, os aspectos presentes nas relações de trabalho, que denotam este adoecimento não são considerados e acompanhados.

O contato direto com as pessoas e todas as implicações destes relacionamentos, inseridas no cotidiano de trabalho, também aparecem como fator decisivo do adoecimento mental, seja pela crescente complexidade que estas intervenções exigem, seja pela impotência no atendimento destas demandas, cujo desgaste mental foi evidenciado pelas trabalhadoras de hospital e pela Assistente Social.

Outro elemento ligado à precarização do trabalho remete a um fator de risco imbricado no desgaste mental, que são as longas jornadas de trabalho, associadas com espaços inadequados e insuficientes para descanso e repouso, que também implicam restrição de convivência familiar e comunitária. Fatores de risco que constituíram o adoecimento mental da trabalhadora de hospital e do motorista de ônibus.

A precarização e o assédio moral presentes no cotidiano de trabalho são fatores determinantes para o adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as), conforme demonstrado nas interpretações e análises das narrativas.

Estes dois contextos, a precarização e o assédio moral, bem como os fatores de risco que impactam no adoecimento mental dos (as) trabalhadores (as), estão ilustrados no Quadro 10, onde também inserimos o detalhamento destes processos, trazidos nas falas dos (as) trabalhadores (as).

Quadro 11 – Processos de trabalho e adoecimento mental

(Continua)

Precarização no trabalho	Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none"> - Ambientes precários - Falta de equipamentos de trabalho adequados - Equipes reduzidas - Ritmo intenso e sobrecarga de trabalho - Multiplicidade de tarefas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em executar as tarefas de acordo com a normatização da profissão ou com a exigência da chefia. - Não participa das decisões. - Responde pelas ações independente das condições.
<ul style="list-style-type: none"> - Baixos salários - Retiradas de direito - Longas jornadas de trabalho - Duplas jornadas de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de buscar novos vínculos de trabalho para complementar a renda. - Comprometimento do tempo necessário para repouso e descanso. - Restrição de convivência familiar, social e comunitária. - Comprometimento de tempo para formação/ educação.
<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento de metas 	<ul style="list-style-type: none"> - Desterritorialização do local de trabalho. - O trabalho presente no pensamento do (a) trabalhador (a) e invadindo seu cotidiano por meio das novas formas de comunicação.
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de uma política em saúde do (a) trabalhador (a) nos locais de trabalho e nos sindicatos das categorias para coibir essas práticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dos (as) trabalhadores (as) aos fatores de risco físicos e mentais.

Quadro 11 – Processos de trabalho e adoecimento mental

(Conclusão)

Assédio moral	Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none"> - Assédio enquanto prática de gestão. - Assédio do supervisor para o seu subordinado (assédio vertical) - Assédio entre colegas de trabalho (assédio horizontal) - Assédio para garantir o alcance de metas, os interesses institucionais ou políticos de grupo de gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos suicidas. - Permanece trabalhando mesmo adoecido. - Ignora seu desgaste mental. - Repercussão sobre o adoecimento físico. - Degradação das relações de trabalho. - Coação para realizar ações contrárias ao seu compromisso ético e político. - Falta de apoio de chefias e colegas.

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados nas entrevistas.

Neste quadro, apontamos os processos de trabalho que, de acordo com esta pesquisa empírica e com o referencial teórico expressam fatores de risco que levam ao adoecimento mental, conforme vivenciaram os (as) trabalhadores (as) ouvidos nesta pesquisa. Portanto, a crescente precarização do trabalho e o assédio moral são os dois principais fatores que competem para o adoecimento mental no trabalho. Os (as) trabalhadores (as) que experimentam esses processos tem como consequência o que definimos no quadro como fatores de risco, ou seja, ficam expostos a estes fatores, a estas inúmeras situações que podem levar ao adoecimento mental.

As repercussões deste adoecimento na vida cotidiana dos (as) trabalhadores (as) também expressaram questões importantes, como o fato de não conseguir mais aproximar-se do espaço físico, do local onde desenvolvia suas atividades, bem como as limitações financeiras para conseguir tratar de sua recuperação, realizar acompanhamento com especialistas e fazer uso de medicação, que, neste caso, requer medicação de uso contínuo e de longo prazo.

A invisibilidade do adoecimento mental nos benefícios previdenciários, tema central desta pesquisa, repercutiu tanto nas entrevistas, que confirmam este caráter intangível do adoecimento mental, quanto, e, principalmente, na análise dos dados estatísticos.

O estudo dos quadros estatísticos, cujos dados do INSS referentes à concessão de auxílio-doença no ano 2016 foram examinados, constatou o mesmo padrão dos resultados dos anos anteriores (2010, 2011 e 2012), onde o adoecimento mental referente ao trabalho não é considerado durante a concessão do benefício, pois, ao (a) trabalhador (a) adoecido (a) mentalmente em razão do seu trabalho, quando considerado incapaz pela perícia médica do INSS, é concedido auxílio-doença espécie 31, e não o auxílio-doença espécie 91, ao qual teria direito por reconhecer a relação do trabalho com o seu adoecimento.

A invisibilidade do adoecimento mental nos benefícios previdenciários, após comparação com a concessão destes mesmos benefícios em nível de país, mostrou-se uma realidade que não é inerente à região de Joaçaba/SC, mas perpassa todo o país.

O adoecimento mental em face do trabalho é uma realidade e o seu reconhecimento nos benefícios previdenciários significa revelar esta realidade no cenário nacional, justamente por isso é invisibilizado, existe, porém não é reconhecido, e assim mais essa face do trabalho permanece velada, protegendo o capital em detrimento da força de trabalho.

Está posto no cenário nacional, ditado pelo capitalismo mundial, o aprofundamento e desdobramentos destes fatores, em especial, o eixo da precarização, com repercussão na saúde mental dos (as) trabalhadores (as), materializado por meio da Lei n. 13.467, sancionada no dia 13 de julho de 2017, que altera as regras da CLT.

Como mostra Antunes (2001), a precarização, fundamentada num tripé que apresenta a desregulamentação, flexibilização e terceirização, como linhas mestres desse processo, expressam uma lógica de sociedade ainda mais perversa, em que o valor do capital é aprofundado e a força de trabalho permanece ainda mais subserviente enquanto motor que impulsiona o crescimento deste capital, podendo ser substituído e usufruído pela livre iniciativa e decisão do capital, concretizando a liberdade de mercado imprescindível para este desenho societário.

Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des)sociabilização contemporânea: destrói-se força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade do descartável”, que joga fora tudo que serviu como “embalagem” para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital. (ANTUNES, 2001, p. 38).

Com a precarização do trabalho que está legitimada e em contínuo aprofundamento, reforçando o predomínio do valor econômico em detrimento da força de trabalho – que o (a) trabalhador (a) dispõe para venda e como alternativa para a sua sobrevivência e de sua família – o que temos consolidado é um cenário de desproteção social, que impacta diretamente no comprometimento da saúde do (a) trabalhador (a), cuja expressão está posta na sociedade toyotista, segundo Alves (2011), como a denominada “captura” da subjetividade do trabalho.

Para fazer funcionar os novos dispositivos técnicos-organizacionais da empresa toyotizada, o trabalho vivo é obrigado não apenas a “vestir a camisa” da empresa, mas a “dar a alma” (corpo e mente) ao capital. Além disso, o sociometabolismo da barbárie, o precário mundo do trabalho, com o medo do desemprego constituem o

ambiente psicossocial capaz de emular o engajamento estranhado do trabalho vivo. (ALVES, 2011, p. 153).

Alves (2011) segue indicando que o espírito do toyotismo, que pressupõe esta nova e complexa reestruturação produtiva, requer não somente inovações tecnológicas, mas também novas posturas sociometabólicas, que implicam a necessidade de o (a) trabalhador (a) adaptar-se às mudanças, expectativas e utopias do mercado, neste precário mundo do trabalho.

Atinge, dessa forma, a subjetividade do (a) trabalhador (a), que é forjada para permanecer nestes ambientes e relacionamentos do mundo do trabalho, sendo um percurso cheio de incertezas, culminando no que Alves (2011) chamou de surto de estresse que atinge a civilização do capital, referindo-se a dados estatísticos e literaturas que denotam o avanço do adoecimento mental no mundo, sendo esta uma forte característica deste período histórico do desenvolvimento do capitalismo.

Finalizando, alguns apontamentos ficam latentes neste estudo e suscitam novas investigações à medida que o tempo passa e os processos de desenvolvimento do capital seguem em seus desdobramentos, pois vivemos tempos estranhos, com perspectivas nada positivas para a classe-que-vive-do-trabalho.

Face às questões analisadas, teremos um aprofundamento do cenário nacional referente aos processos de trabalho que competem para o adoecimento mental, ao considerarmos a Lei n. 13.467 de 2017 que alterou a CLT?

A invisibilidade do adoecimento mental nos benefícios previdenciários e sua relação com o trabalho tende a permanecer velada, uma vez que no horizonte se apresenta uma proposta de reforma da previdência, com previsão de fortes impactos no acesso dos (as) trabalhadores (as) aos benefícios previdenciários.

Esses e outros aspectos, cujo foco segue sendo a acumulação capitalista, denotam o endurecimento dos processos de trabalho que apresentamos no estudo como fatores determinantes do adoecimento mental?

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. O Fardo Mórbito do Tempo Histórico do Capital Global. In: LOURENÇO, E. A. S. (Org.). **Saúde do (a) trabalhador (a) e da Trabalhadora e Serviço Social: Estudos da Relação Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.
- _____. **Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. Desenhando a nova morfologia do trabalho e suas principais manifestações. In: MERLO, A. R. G.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do (a) trabalhador (a): sofrimento e transtornos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.
- _____. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era de precarização estrutural do trabalho? **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 107, 2011.
- _____. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (Org.). **A Cidadania Negada: Políticas de Exclusão e na Educação e no trabalho**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 35-48 .
- _____. (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil**. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2015.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 123, p. 407-427, 2015.
- BADESC pratica assédio moral como “instrumento político partidário, afirma MPT. **Farol Reportagem**. Disponível em: <<http://www.prt12.mpt.mp.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2017.
- BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D. A retomada do desenvolvimento e a regulação do mercado do trabalho no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p. 273-292, maio/ago. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BARRETO, M. **Assédio moral: trabalho, doenças e morte**. Seminário Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho. São Paulo. Fundacentro, 2013.
- BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- _____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRASIL. **Decreto n. 3.048**, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm>. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **Decreto n. 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. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm#art2>. Acesso em: 03 fev. 2017.

_____. **Lei 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213compilado.htm>. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **Lei 13.467**, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm>. Acesso em: 17 jul. 2017.

_____. Ministério da Fazenda. **1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por incapacidade 2017**. Adoecimento Mental e Trabalho A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília, DF: Secretaria de Previdência, 2017.

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

CASTEL, R. **A insegurança social**. O que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de. **Manual de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

CASTRO, F. G. **Fracasso do projeto de ser: *burnout*, existência e paradoxos do trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COELHO, M. T. A.; FILHO, N. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, set./nov. 1999.

DEJOURS. C. Organização do trabalho e saúde mental: Quais são as responsabilidades do *manager*? In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento**: uma visão interdisciplinar. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

DRUCK, G.; FRANCO, T.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do (a) trabalhador (a) e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (Org.). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 277 p.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, P. A. O assédio moral como corolário dos sistemas fordista/taylorista e toyotista e os danos à saúde mental do (a) trabalhador (a). **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, n. 25, 2009.

FREITAS, M, E. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 8-19, 2001.

FREITAS, M, E. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? **RAE–eletrônica**, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 6, n. 1, 2007.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOSDAL, T. C. Histórico das relações de trabalho e seu reflexo na organização e gestão do trabalho: Do assédio moral ao assédio moral organizacional. In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

HELOANI, R. Assédio moral no trabalho. **Seminário Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

KUMAR, K. **Da Sociedade Pós-Industrial à Pós-Moderna**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LARA, R. Saúde do (a) trabalhador (a): considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a09.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

LAURENTI, R. **Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10 revisão da Classificação Internacional de Doenças**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

LOURENÇO, E. A. S. Saúde do (a) trabalhador (a) e da Trabalhadora no Capitalismo Contemporâneo. In: _____ (Org.). **Saúde do (a) trabalhador (a) e da Trabalhadora e Serviço Social: Estudos da Relação Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos (as) trabalhadores (as). **Revista de Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 123, 2015.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Tradução Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Livro I, v. 2.

_____. **Trabalho Estranhado e Propriedade Privada**. Manuscritos Econômicos-filosóficos. Tradução Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MUROSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 364-373, maio/jun. 2005.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia & Saúde**, v. 19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 maio 2013.

NOGUEIRA, C. M. A produção de conhecimento no Serviço Social. O mundo do trabalho em debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 113, jan./mar. 2013.

NUNES, E. E.; MENDES, J. M. R. A Trajetória do (a) trabalhador (a) Portador de LER/DORT: Afinal Que Caminho é Esse? **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br>>. Acesso em: 27 maio 2013.

OLIVEIRA, M. H. B. de; VASCONCELOS, L. C. F. Política de Saúde do (a) trabalhador (a) no Brasil: Muitas Questões Sem Resposta. **CAD. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-156, abr./jun. 1992.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. A Prevenção de Doenças Profissionais. In: **Relatório para o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho**. Genebra, 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Riscos psicossociais e estresse relacionado ao trabalho**. Disponível em: <http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm>. Acesso em: 06 jun. 2017.

PATTERSON, C. B. Espaços de Trabalho. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011. p. 170-175.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social**. Versão 2. [2002?]. Disponível em: <[http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20\(1\).pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20(1).pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, I. V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RANIERI, J. Alienação e estranhamento: a atualidade de Marx na crítica contemporânea do capital. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL LA OBRA DE CARLOS MARX Y LOS DESAFIOS DEL SIGLO XXI, 3., 2006, Havana. **Anais...** Havana, 2006.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho. Exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 11-24, 2003.

SANTANA, M. A. A construção da sociedade do trabalho no Brasil: uma investigação sobre a persistência secular das desigualdades. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000300014>.

SANTOS, M. A. A reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do (a) trabalhador (a). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 82, p. 73-85, jul. 2005.

SANTOS, O. S. A vigência da centralidade da categoria trabalho: uma oposição às teorias do fim do trabalho vivo e do fim de sua centralidade. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 18, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do (a) trabalhador (a). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. O assédio moral no trabalho. **Seminário Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde Mental Relacionada ao Trabalho: As Visões Teóricas Sob a Pressão da Precarização. In: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SILVA, E. S. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do (a) trabalhador (a). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, 2010.

SILVA, L. F. S. C. **Percursos Desiguais**. Trajetórias ocupacionais dos (as) trabalhadores (as) no setor de telecomunicações no período pós-privatização. 2011. 241 f. Tese (Doutorado em Sociologia)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOARES, A. Assédio moral: o estresse das vítimas e das testemunhas. **Seminário Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 2013.

SORJ, B. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 43, p. 25-34, jun. 2000.

SOUZA, N. S. S. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev. Saúde Pública**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 25 maio 2013.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; PIZZI, C. R.; DINIZ, E. P. H. Nutrição e dor: o trabalho das merendeiras nas escolas públicas de Piracicaba – para além do pão com leite. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 362-373, 2010.

THOMÉ, C, F. O assédio moral nas relações de trabalho. **Seminário Compreendendo o assédio moral no ambiente de trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 2013.

TITTONI, J.; NARDI, H. C. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In JACQUES, M. G. C. et al. (Org.). **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 70-80.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFS**
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)***Saúde Mental e Trabalho: a invisibilidade da doença mental nos benefícios previdenciários na região de Joaçaba/SC***

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Desenvolvida por Marisa Magali Maieski Wames, discente do Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Erechim, sob orientação do Professor Dr. Luís Fernando Santos Corrêa da Silva.

O objetivo central do estudo é analisar junto aos (as) trabalhadores (as) adoecidos mentalmente e em benefício previdenciário – auxílio-doença/espécie 31 – na região de Joaçaba/SC se o trabalho influenciou no seu adoecimento, elucidando quais fatores ligados ao trabalho contribuíram para o seu adoecimento.

O convite a sua participação se deve ao fato de estar recebendo benefício previdenciário na região de Joaçaba/SC, especificamente auxílio-doença denominado espécie 31, cujo adoecimento é definido de qualquer natureza ou causa, ou seja, sem relação com o trabalho realizado, com o intuito de investigar se de fato o trabalho não influenciou o seu adoecimento.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, pois estará contribuindo para o estudo que pretende investigar se o trabalho contribui para o adoecimento mental do (a) trabalhador (a), e quais fatores deste trabalho influenciam o adoecimento do (a) trabalhador (a).

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Será registrado somente o primeiro nome do participante no instrumento de coleta de dados, não haverá identificação do participante na pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas realizadas pela pesquisadora de forma oral, enquanto a pesquisadora fará as anotações e registros das respostas.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

O local da realização da entrevista será na residência do participante, em dia e horário agendado com antecedência.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir com o estudo que pretende investigar se o trabalho adoece mentalmente o (a) trabalhador (a) bem como quais fatores deste trabalho podem influenciar o adoecimento do (a) trabalhador (a).

A participação na pesquisa poderá causar riscos de constrangimento durante a entrevista, risco de emocionar-se ao falar do seu adoecimento, ao lembrar de sua rotina de trabalho e de situações que possam ter causado sofrimento. Porém, a pesquisadora conduzirá a entrevista com calma, respeitando o seu momento e os seus limites, no ambiente da sua residência, para que fique mais à vontade. A pesquisadora estará sozinha, não haverá presença de outras pessoas, para garantir sua privacidade.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, o participante receberá uma cópia digital da pesquisa em sua versão final.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Joaçaba/SC, __/__/____

Marisa Magali Maieski Wames
Pesquisadora Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: 49 9156 0854

e-mail: marisamagali@yahoo.com.br

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=11

01&site=proppg

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rua General Osório, 413D - CEP: 89802-210 - Caixa Postal 181 – Centro - Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – As interpretações das narrativas

Interpretação 1: A trabalhadora no comércio e a cobrança cotidiana de metas

Mulher, ensino médio completo, 45 anos, viúva, dois filhos.

O retorno ao trabalho ocorreu acerca de cinco meses, depois de um período de afastamento de cerca de 3 anos e meio.

Deste período pré-afastamento, narra a pressão que vivenciava no trabalho, dirigida aos funcionários pela chefia, que exercia o papel de gerente, quanto ao cumprimento das metas de vendas.

Em razão dessa pressão diária, constante, começou a sentir desgaste mental, pois carregava essa cobrança consigo em todos os momentos, sem desligar o pensamento destes compromissos, o que começou a gerar sintomas, como insônia, falta de apetite e ansiedade.

Em meio a estes sentimentos e sofrimento, deparou-se com a morte do esposo e, após os dias de afastamento previstos em lei, apresentou-se ao trabalho totalmente abalada, sem coragem de apresentar atestado médico para novo afastamento, que já carregava na bolsa, usando medicação, pois sentia-se ainda mais pressionada em permanecer trabalhando, agora que assumiria sozinha a sua família. Vivenciou o aumento da intensidade de seus sintomas, bem como crises de choro e diarreias nervosas.

A ação do gerente, mesmo sendo visível o seu estado de desgaste, foi de motivá-la às vendas, com palavras do tipo “você consegue”, insensível à sua condição, e sem apoio de colegas de trabalho.

Como não conseguiu permanecer no trabalho, foi demitida pelo gerente, porém, precisou passar pelo médico do trabalho indicado pela empresa para o exame demissional, o qual constatou o seu adoecimento mental e a sua incapacidade de retorno ao trabalho, impedindo sua demissão. Sem apoio no local de trabalho, buscou orientação no seu sindicato, e decorridos os primeiros quinze dias de afastamento, foi agendada perícia médica no INSS.

Questionada sobre os pontos determinantes do seu adoecimento, se as condições do trabalho ou a morte do esposo, afirma que a perda do esposo intensificou seu sofrimento, cujas condições de trabalho, as cobranças excessivas, já haviam imprimido em seu cotidiano. E passou a deparar-se com novas exigências, de um lado a necessidade de permanecer trabalhando, atingindo as metas para aumentar as comissões, pelo compromisso de sustentar

sua família, de outro lado o sofrimento, a ansiedade e a depressão que a impediam de permanecer no local de trabalho.

Neste período relata duas internações hospitalares, em consequência de hipertensão, dificuldades para adaptar-se com a medicação, pois iniciou tratamento psiquiátrico com diagnóstico de depressão e ansiedade.

Passou a realizar perícias médicas no INSS em períodos de 3 a 6 meses, durante todo o período de afastamento, sempre com acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação, sentindo-se insegura, trêmula e receosa a cada perícia. Chegou a receber alta, ficando até três meses sem salário, até a realização de nova perícia e retorno ao benefício.

Lembra-se de em uma das perícias ter ouvido do perito que o seu adoecimento ocorreu em razão da perda do esposo, desconhecia a possibilidade de auxílio-doença relativo ao trabalho, e não recorda de ter sido questionada em relação a isso. Permanece até os dias atuais em tratamento com psiquiatra e psicóloga, bem como nutricionista.

Fato marcante para ela foi o de não conseguir passar sequer em frente ao seu local de trabalho durante seu afastamento, muito menos de conseguir manter contato com seus colegas e chefia.

Menciona que após receber alta no INSS, para retorno ao trabalho, contribuiu muito para sua permanência o fato de ter trocado a gerência, em virtude da política da empresa, bem como a equipe de vendas que também se alterou nestes anos.

Questionada sobre sua condição nos dias atuais, relata que as exigências no trabalho não mudaram, e que ainda imprime contra si uma cobrança constante para atingir os objetivos de venda, as metas. Menciona que se depara cotidianamente com pensamentos neste sentido, se cobrando, “sempre pensando em vender”, ideias que ainda perturbam o seu sono, causam-lhe ansiedade e lhe restringem o apetite.

Apesar de todos os dias precisar se preparar e se fortalecer para o trabalho, sente-se melhor, sente-se mais madura para lidar com essas condições, após tantos anos de trabalho no comércio, encontra nos filhos e na sua fé, a motivação para continuar no trabalho e tem planos de voltar a estudar...

Interpretação 2: A bancária e a vivência de assédio moral e pressão por metas

Mulher, ensino superior e pós-graduada, 35 anos, casada, sem filhos.

Trabalhadora no setor bancário há cerca de sete anos, exercendo cargo de gerente de empresas, durante um período informa que lidou bem com a sobrecarga de trabalho e de exigências que o cargo exigia, estava sempre comprometida, cumprindo 100% das metas estabelecidas pelo “*super-ranking*”, sendo esta uma das condições para permanência no referido cargo, com remuneração diferenciada. Seu trabalho exigia viagens para atender compromissos com clientes de outros municípios, almoços com clientes, uma rotina intensa.

A mudança de gestão foi o divisor de águas na sua carreira profissional, o novo gerente passou a conduzir a equipe com muita agressividade, não bastava mais o cumprimento de 100% da meta, isto era uma obrigação do cargo, todos tinham que ir além, inclusive, tendo que cumprir a meta daquele que fracassava.

Relembra que discutiu com o gerente quando este orientava que para alcançar e superar a meta, até vendas sem conhecimento e consentimento do cliente poderiam ser realizadas, questões estas que eram contrárias aos seus princípios.

Como prática organizacional, diariamente, no início do expediente, com a presença de toda a equipe, o gestor estabelecia individualmente a meta daquele dia, cartazes eram fixados na sala, com o nome e a respectiva meta do dia. Ao final do expediente, as metas eram cobradas e expostas para todos, e aí iniciou uma intensa rotina de assédio moral. Não bastava a exposição para o grupo daqueles que “fracassavam”, a exposição seguia via *e-mail* e mensagens de celular.

Ainda lhe causa sofrimento e permanecem em seu pensamento as palavras a ela dirigidas em vários momentos, diante do não cumprimento das metas: “indisciplinada”, “incompetente”, bem como palavras e frases ofensivas, de cunho sexual, enfatizando a questão de gênero.

O trabalho passou a tomar todo o seu tempo e o seu pensamento, e esta rotina passou a interferir no seu relacionamento com o esposo e sua vida social. Em momentos particulares, como idas a restaurante ou compras em supermercado, o casal era interrompido frequentemente por clientes do banco, solicitando informações, registrando uma insatisfação, que era percebida por ela como uma obrigação em responder em oferecer atenção, sendo que em razão disso o casal foi deixando de realizar estas atividades fora de casa, sempre que possível.

Brigas e discussões entre o casal passaram a ocorrer com frequência, sem contar o fato de necessitar relatar todas as situações para o companheiro, a rotina do banco invadindo a vida privada, “eu só pensava no banco”.

Começou a ter crises de choro e raiva com muita frequência, e mesmo com a atenção dispensada pelo companheiro, não se sentia bem, não se acalmava.

Consumia energéticos para manter-se ativa, as metas que anteriormente necessitava de 30 dias para serem cumpridas, agora eram exigidas em períodos cada vez mais curtos, 10 dias, 2 dias. Para dar conta das exigências, não bastavam 8 horas de trabalho, dessa forma, registrava o ponto para finalizar o expediente e retornava ao trabalho. Era a única mulher da equipe nesta função, sendo que os demais ocupantes homens tinham salários bastante superiores ao seu, mesmo ela batendo todas as metas.

Como apresentava um bom desempenho, recebeu proposta de uma promoção, mas para aceitá-la deveria assumir o compromisso de não engravidar nos próximos cinco anos. Relata que as gerentes que conhece, de fato não têm filhos.

O barulho começou a incomodá-la, os almoços com clientes foram ficando difíceis de executar, pois não tinha a sua hora de descanso, de alimentação, e sim mais um momento do dia que precisava estar mergulhada no trabalho, atenta ao cliente. E mesmo quando não tinha esse compromisso, não fazia uma hora de almoço, pois precisava retornar ao banco, na maioria das vezes consumindo somente lanches. Mesmo em casa, à noite, recebia mensagens ligadas ao trabalho, via *e-mail* e celular, no seu pensamento sempre a frase: “preciso entregar a meta”, não relaxava, não desligava, tinha insônia, sua vida era o banco.

Passou a ter pensamentos suicidas durante as viagens para outros municípios, planejava jogar o carro fora da pista, e relata que algumas vezes chegou a iniciar esta ação recuando a tempo.

Além da sobrecarga de trabalho, lembra o ambiente hostil, competitivo em que estava inserida, de concorrência, sem companheirismo, sem amizade, e como única mulher neste cargo era mais pressionada e ameaçada pelo gerente.

Começou a sentir-se mal, imaginando algum problema cardíaco, e após 5 noites sem dormir, precisou permanecer internada sendo encaminhada para atendimento com psiquiatra. Mesmo nestas condições, permaneceu trabalhando quando, finalmente, ocorreu uma crise durante o expediente, quando o gerente isolou-a em uma sala, e enquanto chorava ouvia frases como:

- Você tem que ser mais forte!
- Você está deixando isto acontecer com você!

Só após a intervenção de um colega de trabalho, que pertence ao sindicato, é que o esposo foi chamado para buscá-la, já que não conseguia nem mesmo caminhar.

Decorridos 15 dias de afastamento e com diagnóstico de síndrome do pânico, transtorno de ansiedade e depressão, medicada e sentindo-se muito mal, jogou fora o atestado e insistiu no retorno ao trabalho. Após alguns dias, ocorreu de não conseguir entrar no banco, uma nova crise foi desencadeada, mesmo assim, só aceitou voltar para casa depois de repassar para um colega todos os compromissos que tinha agendado com os clientes.

Só após esses episódios e sentindo ter ultrapassados seus limites é que se afastou do trabalho, passando por perícia médica no INSS. Segue em afastamento, em tratamento com psiquiatra e sessões com psicóloga semanalmente. Relata passar por perícia médica no INSS a cada 3 ou 4 meses, e que conhecia a existência de auxílio-doença cuja etiologia está relacionada ao trabalho, mas não foi questionada por nenhum perito quanto a um possível nexo, e mesmo o psiquiatra que a trata, não atestou esta ligação, não preencheu a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), alegando que “além do trabalho este adoecimento tem relação com o passado.”

Porém, na justiça, pelo perito médico nomeado para avaliá-la, este reconheceu que o seu adoecimento tem relação com o trabalho. O processo judicial movido contra o banco ocorreu em razão das despesas de saúde decorrente do tratamento, que ultrapassam os limites estabelecidos pelo plano de saúde, e ainda está em andamento.

Seis meses depois do seu afastamento, em uso diário de medicação, ainda muito estressada, acima do seu peso regular e tratando-se de hipertensão, descobriu que estava grávida do seu primeiro filho. Sentiu-se muito abalada e receosa, pelo momento em que engravidou, tinha medo de contar para as pessoas, ainda temendo suas perdas no trabalho.

A gravidez passou a ser acompanhada com cautela, pois ela estava muito fragilizada, e no 4º mês de gestação sofreu um aborto espontâneo.

Desde seu afastamento, que já dura cerca de dois anos, não consegue passar em frente ao banco, evita andar pela rua, tem receio de encontrar seus colegas de trabalho, seus clientes e, especialmente, o gerente. Não se sente confortável em falar de seu adoecimento para as pessoas, não realiza atividades de lazer com o esposo fora de casa. Caminhadas no seu bairro também são acompanhadas por receios de encontros com conhecidos, de julgamentos e constrangimentos, chega a temer ser seguida pelo gerente. A vida social e conjugal foi amplamente afetada. Somente nas oportunidades em que o casal desloca-se fora da cidade, distante de pessoas conhecidas é que se sente bem: “parece que tenho vida”.

Durante todo esse tempo de tratamento, prepara-se para a possibilidade de retorno ao trabalho no banco, relata que seu psiquiatra e psicólogo também apontam esta possibilidade, porém com algumas implicações importantes, pois não poderia voltar a submeter-se a um trabalho com cobranças de metas, e, preferencialmente, deveria ser com outro gestor.

Interpretação 3: Assistente Social, funcionária pública: sobrecarga de trabalho e assédio moral

Mulher, 49 anos, ensino superior e pós-graduada, em união estável e sem filhos.

São 24 anos atuando como Assistente Social, destes, houve uma curta experiência em outro setor ligado a empresas, por cerca de dois anos, restando, portanto, a maioria da atuação na mesma instituição pública. Durante todo o período de trabalho, a sobrecarga de atividades foi cotidiana, uma vez que o Serviço Social ainda carecia de estruturação e esta era uma característica explícita principalmente em pequenos municípios que contavam somente com um profissional Assistente Social para dar respostas a todas as políticas públicas.

Desse modo, foi obrigada a atuar nas políticas de Saúde, Educação, Assistência Social, Habitação, Criança e Adolescente, estruturação de Conselhos Municipais, enfim, como única profissional, sem equipe multidisciplinar para dividir atuação e responsabilidades, de uma população com demandas crescentes por serviços públicos nestas áreas.

Apesar da sobrecarga de trabalho, relata que neste período conquistou o reconhecimento da gestão pela sua atuação profissional, apesar de inicialmente ter sentido algumas dificuldades e restrições por diferenças políticas partidárias.

Deste tempo relembra as questões que impactavam sua vida pessoal, pelo fato de residir na cidade e de tratar-se de município pequeno onde todos se conhecem, assim, sentia-se controlada pela população em espaços de lazer, invadindo sua privacidade, sujeita a comentários sobre seu comportamento, o que acabou por diminuir, até fazer cessar seu lazer na cidade.

Somente nas férias, quando conseguia viajar e ficar distante da comunidade é que passava a desfrutar deste tempo livre.

Após cinco anos de atuação, já cansada, afastou-se sem remuneração por dois anos e trabalhou em outro espaço profissional, em outro município, sem atuação direta com a população, o que contribuiu para que retornasse à instituição com novo fôlego e disposição.

Apesar disso, em seu retorno, com nova gestão na administração, passou a sofrer intervenção direta de um dos cargos políticos, mesmo que sem atribuição para atuação no Serviço Social. Este detentor de cargo político, utilizando de seu poder, passou a questionar todos os encaminhamentos da área, desejando beneficiar as pessoas alinhadas politicamente com a gestão, em detrimento das pessoas supostamente em oposição, desconsiderando completamente os critérios de acesso e permanência a partir das situações de vulnerabilidade e risco social, definidos pelas políticas públicas. Ordens dadas sempre de forma verbal nunca escrita e registrada, o que significou o comprometimento de sua autonomia profissional.

Esta dinâmica gerou um embate direto entre ambas, o que significavam discussões, um estado de crise permanente, sendo que passou a sofrer agressões verbais, xingamentos e insultos. Estas situações de humilhação também ocorriam em reuniões com toda a equipe e com a presença do administrador responsável, que não interferia, e, ao não interferir, consentia.

A visita domiciliar é um dos instrumentos de atuação do Assistente Social, porém, era pressionada a realizar com a participação e acompanhamento deste gestor, e, diante das negativas, novas agressões eram proferidas:

- Não me respeita como autoridade.
- Não tira a bunda da cadeira.
- Não é uma pessoa de confiança.

E as testemunhas destas agressões eram todas as pessoas que poderiam estar circulando no ambiente, funcionários, população, enfim.

Relata que sempre reagiu a esses ataques, nunca se calou e sempre questionou estas imposições, chegando a ocorrer um episódio em uma reunião, em que, após ser chamada pela agressora de mentirosa, teve uma reação espontânea de violência contra a agressora, mas foi contida e lembra-se que esta foi uma reação extrema, uma vez que já se encontrava no limite da situação e sem apoio.

Houve um afastamento deste gestor, mas delegou a outro funcionário de suas relações, a continuidade do controle das ações executadas.

Os prejuízos contra a população continuaram, pois pela invasão que houve na área de atuação, eram comuns os comentários pejorativos e preconceituosos destinados às pessoas e famílias, por pessoas estranhas ao setor. Testemunhava quebra de ética, grave violação de direitos dos usuários, sendo que isso foi se somando à sua condição, o que acentuou seu desgaste mental.

Foi sentindo aprofundar seu sentimento de angústia, com dificuldades para dormir, tendo pesadelos, perda de apetite.

Não bastasse essa dinâmica, também passou a ser demandada por serviços na área do Serviço Social, por órgãos externos, com atuação no município, que por não contarem em seus quadros com estes profissionais, solicitavam os profissionais da instituição municipal, cujo gestor acatava e delegava que tais solicitações fossem cumpridas.

Precisou impor-se também contra isso, uma vez que não havia possibilidade de absorver mais esta demanda, e, por não ter acatado estas determinações, foi solicitada abertura de procedimento administrativo, passando novamente a conviver com abuso de autoridade, ameaças e humilhações. Somente quando conseguiu levar essa situação para instâncias superiores, após inúmeros conflitos e embates, é que a situação foi abrandada.

Neste período sua angústia foi crescente, os pesadelos se intensificaram, e passou a reagir com muita agressividade, como alternativa para impor-se e conseguir trabalhar.

Lembra-se de um episódio também muito marcante, durante o início do expediente, em conversa com alguns colegas de trabalho, gargalhou como sempre fazia, pois essa sempre foi uma característica sua espontânea e que a distinguia. Mas, nesse dia, foi tomada de surpresa pela repreensão que recebeu diante de todos, pelo secretário do gestor, que dizia estar falando em nome dele, proibindo que continuasse com seus sorrisos, com sua gargalhada.

Nunca foi de chorar, mas neste dia chorou muito, e, reservadamente, recebeu a solidariedade de alguns colegas, este episódio gerou comentários no trabalho, que passaram a utilizar a seguinte frase;

- Aqui pode chorar, mas não pode rir.

Apesar de frequentemente relatar sua situação profissional junto ao conselho da categoria, não contou com o suporte e intervenção deste órgão, sentindo-se sem apoio. Neste período, pela primeira vez, procurou atendimento médico, pois chegava bem no trabalho, e, ao iniciar suas atividades, apresentava episódios de diarreia nervosa, vômitos, alterações no ciclo menstrual, queda de pressão. Passou a apresentar atestados médicos para afastamentos curtos, já com diagnóstico de depressão e ansiedade, e fazendo uso de medicação.

Nova gestão administrativa, com a qual havia identificação política, porém a dificuldade de garantir atendimento adequado e de acordo com as diretrizes das políticas públicas permanecia, pela falta de clareza das atuações e pelas dificuldades de gestão. A sobrecarga de trabalho também permaneceu, passou a assumir muitas demandas, envolvendo-se cada vez mais para garantir o desenvolvimento de ações.

Sentimento de desgaste mental só aumentou, pois continuava sozinha em sua área de atuação, passou a apresentar problemas de voz, não sentia prazer em trabalhar, sofria muito para levantar da cama, devido à dificuldade para dormir, o que gerava muitos atrasos e, por conta disso, muitas cobranças. Os atestados para afastamentos curtos continuaram, passou a realizar consultas com vários especialistas.

No final do mandato foi formada uma equipe mínima de atuação, com divisão de funções. Neste período iniciou seu mestrado.

As recusas para convites sociais tornaram-se constantes, não sentia vontade em participar. Desenvolveu compulsão por compras, por consequência, gerando um endividamento pessoal recorrente.

Foi candidata à vereadora, não foi eleita, e ao seu desgaste mental somou-se um desgaste físico depois desta experiência, que também acarretou sentimentos de frustração. A mesma gestora que anteriormente a assediou moralmente, foi eleita para administrar a instituição.

Retornou ao seu cotidiano de trabalho, mas sua condição de saúde piorou muito, em consultas com neurologista e psiquiatra passou a ser tratada com diagnóstico de ansiedade em grau extremo e terror noturno. Sentia-se muito mal ao anoitecer, desenvolvendo pânico, pesadelos recorrentes, falta de ar, acordava com a sensação que estava se afogando.

Afastou-se e realizou perícia médica no INSS, totalizando um afastamento de 11 meses, em auxílio-doença denominado B31, sem relação com o trabalho desenvolvido. Nesse período relembra que de fato parou de sorrir, mesmo em dias quentes permanecia muito agasalhada, pois sentia frio. Desencadeou crises de choro, tristeza, sentimento de estar paralisada, e muita angústia, pois o tempo todo passou a imaginar que teria que voltar ao trabalho, ter que retornar para a mesma instituição e passar a conviver com a agressão moral já vivenciada anteriormente.

- Foram mais de 20 anos de trabalho que caíram na minha cabeça.

Desistiu do seu mestrado, porém passou a estudar para concurso público, ao final passou em dois concursos, um federal e um estadual.

Ao término de seu afastamento, retornou ao trabalho, mas já sabendo que em breve seria convocada para atuar em outra instituição, o que ocorreu em alguns meses. Novo trabalho, com carga horária diferenciada, com melhor remuneração, em outro município, trabalhando em equipe.

Segue vivenciando outra realidade, totalmente diferente da anterior. Já são 4 anos de tratamento, ainda em uso de medicação e com inúmeras intercorrências físicas sendo tratadas,

como alterações hormonais, lesão em ombro, artrite, varizes, patologias relacionadas à circulação, enfim. Menciona também a persistência de lapsos de memória, que já foi mais intensa, e ainda administra medicação para controlar a insônia.

Desde seu afastamento convive com um companheiro, com quem estabeleceu um relacionamento estável e com quem pode contar, neste período em que busca sua recuperação.

Interpretação 4: Motorista de ônibus, dedicação para a empresa e o adoecimento por assédio moral

Homem, 60 anos, ensino fundamental completo, casado, 03 filhos.

Aposentado por tempo de contribuição em 2003, depois de ter exercido atividade como motorista de caminhão e, em seguida, motorista de ônibus, sendo que nesta última atividade atuou por 21 anos. Após a aposentadoria, permaneceu trabalhando na mesma empresa como motorista de ônibus, e sua principal atividade eram as viagens de Joaçaba a Porto Alegre, no horário noturno, com duração de 8h nos registros da empresa, e de 8h30m às 9h na prática, sempre viajando em dois motoristas.

Uma das primeiras implicações desta atividade referia-se às escalas de trabalho que não eram definidas com antecedência, eram agendas diárias, sendo que o motorista fazia o seu descanso após as viagens, e, no início da tarde, já entrava em contato com a empresa para conhecer sua agenda do dia seguinte, além de permanecer à disposição para cobrir faltas de outros colegas.

Havia um comprometimento da sua vida pessoal e familiar, pois não era possível planejar atividades fora de casa com a família, uma vez que não conhecia sua agenda de trabalho com antecedência.

- Tudo era uma surpresa.

Além do descanso, teria direito a uma folga semanal, o que na prática não ocorria, usufruindo da folga somente uma vez por mês.

As viagens em dupla garantia o revezamento na direção do veículo, cerca de 2 horas de direção para cada motorista, e o outro motorista, durante essa pausa assumia a tarefa de cobrança de passagens, quando as rodoviárias estavam fechadas, bem como quando havia passageiros ao longo do caminho, o carregamento e entrega de bagagens dos passageiros, carregamento e entrega das encomendas, sendo este serviço também prestado pela empresa.

O primeiro episódio marcante de agressão verbal sofrida ocorreu justamente em razão

da entrega de encomendas. Quando o seu companheiro de viagem mencionou para os funcionários que deveriam mandar as encomendas daquela viagem pelo próximo ônibus que passaria pelo mesmo local, já que estavam com muitas bagagens, mas, como já estava tudo organizado, ele insistiu para que mantivessem o transporte, pois teriam que parar no local da mesma forma, ao que seu companheiro continuou argumentando contra.

Viagem encerrada, no dia seguinte foi convocado para comparecer junto ao escritório da empresa, lembra-se perfeitamente desta data, que ainda hoje permanece em suas lembranças.

Foi recebido pelo gerente com insultos e xingamentos, acusado de estar reclamando do transporte das encomendas, sem chances de esclarecer o episódio. Foi humilhado e ofendido, sem conseguir reagir às agressões, sentiu-se muito mal e afrontado com este fato, que não lhe saiu do pensamento.

Informa que esta era a conduta padrão do gerente, sempre grosseiro, mesmo diante dos passageiros, pois com frequência acompanhava o embarque dos passageiros e a organização das bagagens e encomendas, e verbalizava publicamente orientações desagradáveis:

- Fulano, pode se abaixar pra guardar a mala, não está com uma alavanca na barriga...

Diante de alguns erros ou falhas ou de alguma queixa registrada pelos passageiros a dinâmica adotada pelo gerente seguia um padrão. O motorista chegava de viagem e, ao chegar em casa, no amanhecer do dia, iniciava seu descanso, o seu sono para recuperar-se para o dia seguinte. No meio da manhã recebia uma ligação do gerente, que interrompia o seu sono e era chamado para deslocar-se de casa até o escritório, naquele momento.

Na presença do gerente, ouvia os fatos narrados por ele, sem conseguir explicar ou justificar, e, novamente, uma conduta de xingamentos era colocada em prática.

Essas condutas passaram a lhe causar muito desgaste mental, não conseguia reagir a elas, esses fatos e falas se instalavam em seu pensamento passando a acompanhá-lo de forma permanente.

Relata que tinha muito receio de demissão, pelos compromissos financeiros assumidos, entre eles, a construção da casa de uma das filhas.

Com o sentimento recorrente de que não estava bem, buscou atendimento médico com psiquiatra e passou a usar medicação, para acalmar-se, para diminuir os pensamentos ruins.

Desta época relembra os pensamentos suicidas:

- Quando dirigia o meu carro só pensava em me enfiar embaixo de um caminhão.

Este momento foi seguido de choro....

Em seguida, passou a ter que adaptar-se a uma nova rotina de trabalho, cumprindo um

novo itinerário e seu repouso ocorria em outro município, fora de casa, permanecendo um longo período em hotel.

Sua situação de saúde piorou, trocou de médico, trocou de medicação, passou a apresentar atestado no trabalho, e nestes períodos de afastamento, em casa, passou a isolar-se da família e dos amigos, todo o tempo deitado em um quarto nos fundos da casa, sem vontade para nada. Mesmo em dias muito quentes, permanecia no quarto, sem importar-se com o calor.

Lembra que nesse período a casa da filha estava sendo construída bem próxima à sua, mesmo com o barulho da obra permanecia na cama, não acompanhou a obra, não participou de nenhuma decisão sobre a casa, não realizou nem mesmo nenhuma pesquisa de preço para adquirir o material. Não tinha energia e motivação para nada.

Terminados os períodos de afastamento, retornava ao trabalho, que além de continuar dirigindo ônibus, seus turnos agora eram intercalados com plantões na garagem, onde, mesmo com pouca atividade para desempenhar, precisava cumprir o horário definido. Considerava isso um castigo dado pelo gerente àqueles funcionários que não eram seus protegidos.

Relata que alguns funcionários, que faziam parte da diretoria do sindicato, e por poder contar com essa organização coletiva, sentiam-se protegidos e reagiam a essas agressões, questionando inclusive a forma de gestão da empresa, visibilizada na conduta do gerente.

Passou a participar da gestão do sindicato, para sentir-se apoiado e fortalecido, passando então a ter alguma reação diante das agressões. Porém, apesar de estar em tratamento médico, seus sintomas pioravam, passou a sentir muita tontura, sensação de queda quando começava a caminhar, e até mesmo alteração do seu senso de lateralidade, acompanhado de hipertensão e emagrecimento. Já tinha dificuldade para manusear as bagagens e as malas, sentia-se enfraquecido e cansado.

Em um momento, somente quando precisou revalidar sua carteira de saúde, foi atendido pelo médico da empresa e pela psicóloga, esta última apenas sugeriu que como estava aposentado poderia parar de trabalhar, uma vez que estava adoecido.

Um episódio em particular, foi definitivo para decidir deixar de exercer sua atividade como motorista de ônibus. Em um trajeto que fazia diariamente, sendo que neste percurso contava com a presença de cobrador, pelo número elevado de passageiros, havia um trecho em particular, muito perigoso. Tratava-se de uma curva acentuada, cuja rodovia foi construída acima de uma ribanceira, e, pelo perigo, o local é sinalizado para limite máximo de 40 km por hora.

Ocorre que no dia seguinte ao episódio, o cobrador questionou se ele lembrava do

ocorrido na viagem do dia anterior, quando havia descido aquele trecho a 60 km por hora, o que obrigou o ônibus a passar extremamente próximo ao limite do asfalto, que separa a rodovia da ribanceira. Ficou muito assustado, pois não tinha qualquer lembrança deste fato.

Havia sofrido um apagão, um grave lapso de memória, que passou a ser frequente.

Em conversa com o gerente, tentou negociar sua saída, após apresentar um atestado médico com indicação de afastamento por tempo indeterminado. Não houve acerto, permanece afastado sem remuneração há mais de três anos.

Durante todo seu período de adoecimento, foram muitas as consultas realizadas com psiquiatra, sempre pagando as consultas com recursos próprios, uma vez que não dispõe de convênio de saúde, nem mesmo acesso a este profissional por meio do SUS. Da mesma forma seguem as despesas com medicação de alto custo.

Decorrido todo esse tempo, ainda sente-se em período de recuperação, não voltou a reconhecer-se como era antes do adoecimento. Ainda necessita de medicação para conseguir dormir, relata que permanece em estado de alerta, qualquer barulho o assusta. Procura controlar-se, pois perde a paciência diante de coisas corriqueiras, sente-se ainda muito irritado, e os pensamentos imaginando estar novamente sendo insultado e humilhado estão cessando.

A família sempre foi seu apoio e permaneceu ao seu lado, a exemplo da esposa que acompanhou a entrevista e disse que hoje procura manter o marido ocupado, convivendo com a família e com amigos, para não perdê-lo novamente, isolado em seu quarto.

Interpretação 5: Técnica de enfermagem, dupla jornada de trabalho, adoecimento por empatia e impotência

Mulher, 58 anos, ensino médio, divorciada, 03 filhas.

Mais de três décadas como funcionária da regional de saúde do Estado e mais de duas décadas como técnica de enfermagem em hospital, atuando na maternidade, trabalhos concomitantes, no Estado trabalho diário, das 8h às 13h, e no Hospital das 19h às 7h, com folga na noite seguinte.

Dormia uma noite e na outra trabalhava, e nas noites que trabalhava dormia algumas horas durante a tarde.

A sua primeira queixa foi justamente o cansaço em razão da falta de tempo suficiente para descanso. Quando dispunha desse tempo, tinha dificuldades para pegar no sono, sofrendo

de insônia e, em certo tempo, passou a ter pesadelos com crianças.

A dupla jornada foi necessária para garantir o sustento da família, pois em determinado período o esposo chegou a ficar desempregado por sete anos, período em que, por outro lado, cuidou da filha mais nova do casal, pessoa com deficiência, com síndrome de Down e deficiência mental/intelectual.

Porém, o esposo era alcoolista e violento com as outras duas filhas, e ela permanecia pouco tempo em casa, tinha pouco convívio com a família, e dependia do companheiro para a educação e cuidados das filhas, mesmo que nestas condições.

Sempre sentiu dor de cabeça e se automedicava, e, em razão do trabalho, também sentia dores no quadril e coluna.

O seu adoecimento mental ocorreu em consequência do trabalho no hospital, seu sofrimento foi decorrente das situações que presenciava em sua profissão, ligados aos partos com complicações, que geravam sofrimento para as mães e, em algumas situações, sequelas nos bebês e até óbitos. Em seu exercício profissional, auxiliava essas intervenções médicas.

Com mais de duas décadas de atuação, aprendeu muito com a prática e com alguns médicos com quem trabalhou na maternidade. Sentia orgulho de algumas intervenções que fez ao longo da sua atividade, onde ajudou muitas crianças a nascerem, quando as mães já chegavam ao hospital em trabalho de parto bem avançado e não havia tempo para a chegada do médico, que, na maioria das vezes, não estava na instituição.

Mas também presenciou muitas coisas que não considerava correto e que foram contribuindo para o seu processo de desgaste mental. Profissionais que demoravam a chegar ao hospital quando chamados, em situações em que o parto normal não era possível e necessitaria da intervenção urgente do profissional, que negligenciava tal situação. Profissionais que utilizavam de maneira recorrente o uso de fórceps para extrair a criança do útero, o que gerava traumas na mulher e na criança e violência obstétrica. Partos com complicações que poderiam ter sido evitados, crianças com deficiência advindas de intercorrências relacionadas ao parto.

- Eu vi muito sofrimento, a pressão destes momentos era muito forte.

Lentamente e de forma continuada passou a sentir o peito pressionado, muita tristeza e choro recorrente. Comovia-se muito com estas situações, com o sofrimento dessas pessoas que passavam por estas experiências.

- Pra mim as crianças tinham que nascer bem e as mães também ficarem bem.

Relembra relacionamentos difíceis com profissionais hierarquicamente superiores, desentendimentos, como em um parto de emergência, com complicações, em que o médico

responsável não chegou a tempo e o pediatra obrigou-a a realizar um procedimento que deveria ser assistido pelo médico responsável, sendo que a sua superior assistiu ao evento e ao final ameaçou-a.

Muitas vezes precisava posicionar-se, lutar por algumas coisas, fazer a sua defesa, informa que não se omitia, mas depois disso tinha muito sentimento de culpa, de medo, receando pelo seu emprego, sentimento de arrependimento.

Foram constantes a retirada de direitos, corte do pagamento da insalubridade, corte do pagamento de horas-extras e transferências dessas horas para o banco de horas, sem discussão com os (as) trabalhadores (as) ou acordo coletivo por meio do sindicato.

Foi um dos momentos que relembra que se posicionou, discutindo sozinha com o diretor da instituição, ameaçando recorrer para instâncias superiores, e, ao final, conseguiu o retorno do pagamento das horas-extras e foi muito comemorada pelos colegas.

A soma de todas essas condições foi lhe causando muito mal, passou a usar medicação para depressão e, mesmo assim, começou a ter pensamentos suicidas.

- Me escondo no hospital, me mato e ninguém me acha aqui dentro.

Chegar ao hospital para trabalhar passou a se tornar um grande sacrifício, por mais que fora do hospital, em casa e no seu outro trabalho tudo estivesse bem, ao entrar no hospital sentia um peso, tudo ficava para trás.

Em casa da mesma forma, os pensamentos quanto a atentar contra sua própria vida eram constantes, quando manuseava uma faca pensava em como seria fácil acabar com sua vida, bastaria cortar os pulsos.

Apesar de estar sempre em contato com profissionais de saúde e com seu desgaste mental crescente, permanecia trabalhando, diante da orientação de necessidade de atestados, recusava-se, e em dias em que a permanência no trabalho estava insuportável, trocava o plantão com algum colega para descansar um pouco.

Em meio ao agravamento da sua condição de adoecimento mental, não suportou mais a convivência com o esposo alcoolista, pedindo a separação e afastando-o de casa. Relata que foram tempos muito difíceis e chegou a se arrepender disso, pois a sua filha com síndrome de Down sofreu muito com a ausência do pai, e, em casa, quando precisava dormir, tinha que permanecer acalmando a filha que não compreendia tal situação.

Houve mudança de setor no hospital e passou a trabalhar no berçário, atendendo crianças doentes, o que lhe causava mais sofrimento, fazia atendimentos chorando.

Somente após sofrer um acidente de trabalho é que se afastou de suas atividades, quando ao se sentar em uma cadeira com rodízios, estes se moveram e ela acabou sentando no

chão, o que lhe causou uma lesão na coluna. Foi a primeira vez que se afastou do trabalho.

Ficou 20 dias sem sair da cama, não em razão da lesão de coluna, mas devido à depressão, dores no peito e muita tristeza. Não queria deixar o trabalho desta forma. Passou a realizar perícias médicas no INSS e permaneceu em auxílio-doença. Em nenhuma perícia o seu adoecimento mental foi mencionado, somente a lesão de coluna.

Em casa, além de todos os sintomas, passou a consumir muitos alimentos, ganhou muito peso. Em certa ocasião, abandonou o uso da medicação para depressão por sentir-se melhor. Mergulhou em uma crise, precisou retornar ao médico que prescreveu nova medicação. Sem condições financeiras para adquirir a medicação buscou acesso por meio do SUS, cuja medicação estava em falta.

Lembra que saiu da unidade de saúde chorando, sentou-se em uma calçada em meio a uma crise de choro, e permaneceu por um tempo ali, sozinha. Procurou pelo Serviço Social do SUS que forneceu a referida medicação.

Os pensamentos suicidas permaneciam:

- Vou me jogar da ponte, vou me jogar embaixo de um caminhão.

Após cerca de quatro anos em auxílio-doença, foi aposentada por invalidez há um ano. Ainda precisou lutar mais uma vez, pois os seus benefícios foram considerados pela perícia médica do INSS como decorrentes do trabalho, foi estabelecido o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário pela queda que gerou a lesão na coluna, porém, o hospital recorreu, não aceitou o nexo, e ela precisou buscar intervenção na área jurídica para confirmar tal vinculação.

Permanece em tratamento, fazendo uso inclusive de medicação para dormir. Sente que está melhorando, porém recentemente precisou passar por uma cirurgia de cabeça para retirada de tumor benigno, processo do qual ainda está em recuperação.

Interpretação 6: Trabalhadora de hospital, adoecimento por negligência das chefias

Mulher, 56 anos, ensino médio completo, 02 filhos, casada.

Trabalhou no hospital por sete anos, nas atividades da copa da pediatria e copa dos leitos particulares, era um trabalho que realizava com muita alegria e satisfação.

Tinha orgulho de ser chamada de "minha pupila" pela nutricionista responsável e chefe imediata. Procurava seguir todas as orientações, desde o seu vestuário, que cuidava para apresentar-se de forma impecável, mantinha separadas e higienizadas as roupas e calçados de

uso no trabalho, até o cuidado com o cabelo e com a maquiagem bem leve, seguindo as orientações.

A copa era de entrada exclusiva dos funcionários, regra respeitada pela equipe que era formada por três mulheres, que mantinham um bom relacionamento e são amigas até os dias atuais.

Depois de dois anos e meio de trabalho, sofreu uma convulsão em casa, ao ser atendida, foi constatada a presença de um nódulo, passou por procedimento cirúrgico e foi afastada do trabalho por seis meses.

Assim que se sentiu melhor, insistia para o esposo levá-la até o hospital para rever seu local de trabalho, seus colegas.

- De cabeça raspada e usando chapéu, eu fazia com que as colegas da copa me deixassem lavar a louça, de tantas saudades que sentia.

Após 05 meses de afastamento, solicitou alta médica para retornar ao trabalho, portanto 30 dias antes do previsto.

- Eu trabalhava cantando, as pessoas diziam pra mim: Nunca vejo você triste, sempre sorrindo e alegre, cumprimentando todo mundo.

Outro episódio ilustra o seu envolvimento com o trabalho.

Chegou para trabalhar com o dedo indicador quebrado, de um acidente que havia sofrido em casa. Foi levada para atendimento e precisou imobilizar o dedo, com indicação de atestado médico para permanecer em casa para recuperação. Não aceitou o atestado, chorou, insistiu que iria trabalhar, rasgou o atestado e chegou a assinar um termo de responsabilidade para permanecer no trabalho nestas condições. Informa que o responsável pelo setor administrativo chegou a abraçá-la e ficou emocionado com sua atitude. Hoje, o dedo apresenta uma seqüela decorrente desta sua conduta.

- Eu jamais vou sair daqui.

- Amava mais o hospital do que minha casa.

Não gostava das folgas, por vezes fazia trocas para permanecer trabalhando, vendia as férias para continuar no trabalho. Também reforça que no hospital não gostava de se envolver em nenhuma situação com os colegas, era sempre cautelosa e zelava por um bom relacionamento com a equipe.

- Era cega, surda e muda.

Um episódio começou a mudar sua vivência no trabalho, uma das colegas de equipe assumiu outro cargo em outro setor, e a outra colega resolver trocar de turno, trabalhando à tarde, o que significou a entrada de duas novas colegas.

Uma delas, em especial, começou a chamar sua atenção pela forma como se apresentava ao trabalho e pelas atitudes, totalmente contrárias ao seu modo de trabalhar.

Chegava ao trabalho com o capacete de sua moto e com a roupa da rua e se trocava na própria copa, sem usar os vestiários, e ainda deixava suas coisas no armário da copa, junto a alimentos, armários estes antes tão organizados, agora dividiam espaço com as roupas da colega. Os atrasos eram frequentes, e quando mencionou para a nova colega que essas atitudes não eram corretas, começou a ouvir as primeiras ameaças.

- Se a chefe souber foi você quem contou.

- Quero que você venha dar uma de chefe que até do elevador eu te jogo.

Segundo as regras do trabalho, era proibido que as funcionárias se alimentassem no ambiente da copa, sendo mais uma das regras quebrada pelas novas colegas.

Em uma situação, relata que a colega levou para um paciente uma dieta diferente da que tinha sido solicitada para a copa e preparada por ela, para levar em seguida. Gerou uma situação em que ela teve que se explicar para as chefias, e sentiu que estava sendo sabotada pela colega.

Essas situações passaram a lhe causar sofrimento, e, aos poucos, passou a ter perda de apetite e a dormir mal, chegava em casa e chorava muito. Não sentia vontade de se arrumar para ir ao trabalho o que começou a chamar a atenção dos colegas e da chefia:

- O que está acontecendo com você? Não usa mais batom, não pinta mais os olhos...

Porém, só desabafava com duas colegas, e com a chefia desconversava:

- Não deu tempo, depois eu me arrumo.

A família começou a perceber sua mudança, pois estava sempre pensando em como seria o dia seguinte. Passou a desinteressar-se de sua vida particular, queria sempre ficar em casa.

E as situações envolvendo a colega seguiam, passou a trazer acompanhantes dos pacientes para dentro da copa e trocava alimentos por cigarro.

- Eu dei um pedaço de bolo para ele e ele vai me dar uma carteira de cigarros.

- E se você contar eu te pego há 30 metros depois do hospital.

Entre o momento da alta dos apartamentos particulares e o fechamento da conta, a colega aproveitava para fazer ligações sem ter que pagar por isso.

Ela relata que a colega era mais alta e mais forte fisicamente do que ela e, de fato, sentia-se ameaçada.

De rotina, após sair do trabalho, a sua primeira ação ao chegar em casa era tomar banho, passou a perder essa vontade, não se cuidava mais. No hospital chorava escondido,

tentava não demonstrar, chegou a perder peso.

Relata que passou a ser um sacrifício a chegada ao hospital e bater seu cartão.

Apesar de ser aconselhada pelas suas colegas com quem desabafava, não procurou os responsáveis para relatar as situações:

- Não vou entregar ninguém, não quero confusão e fofoca.

Não concordava, mas não reclamava.

Por mais que tivessem alguns comentários, ela nunca foi chamada pela responsável pelo setor, nem pelo técnico de segurança no trabalho, colegas pelos quais sempre demonstrou muito afeto e admiração, para saberem de sua condição ou o que de fato estava causando esses adoecimento e mudança visível de humor e entusiasmo.

Informa que nunca reclamava no trabalho, mesmo quando não concordava com as regras e normas, em que cita como exemplos:

- Quando fazia plantão de 12 horas nos finais de semana, tinha que pagar pelas refeições.

- Em um dado período, deixei de receber o pagamento da insalubridade, sem explicações.

- Eu sempre fui muito forte.

Depois de muito sofrimento e crises de choro, por insistência de suas colegas de trabalho, procurou um médico de sua confiança e chegou ao consultório soluçando, sem conseguir falar. Passou a ser medicada e com afastamento inicial de 15 dias, e depois agendou perícia médica no INSS onde passou a receber auxílio-doença B31. Relata que foram mais de 10 perícias realizadas, pois várias vezes recebeu alta, mas não conseguia retornar ao trabalho.

Em uma das perícias foi aposentada por invalidez, e, em razão disso, foi chamada pelo setor de recursos humanos do hospital para realização de acerto, e neste dia passou por um episódio marcante do seu processo de adoecimento.

Era uma semana em que ocorreu muita chuva na região, assim, foi caminhando até o hospital, porém nesse percurso precisava atravessar uma ponte, e no meio da ponte parou e ficou observando o movimento violento das águas e pensando:

- Aqui é o canal para tirar a vida, eu me joga aqui e vou parar nas águas do rio Uruguai...

Foi interrompida de seus pensamentos por um desconhecido que se preocupou com ela, ofereceu ajuda, começou a perguntar sobre sua família e ofereceu-se para acompanhá-la até sair dali.

Somente após a sua aposentadoria é que seus superiores questionaram o que de fato

havia acontecido, sendo que para o responsável pela segurança no trabalho menciona ter conseguido apontar todas as situações, o que culminou com a demissão da colega mencionada, mas para a responsável pelo setor não sentiu vontade de concluir todo o relato, apesar de sua insistência, não queria mais tocar no assunto, tudo já era dolorido demais e não iria mais resolver o problema.

Custeia todo o seu tratamento, com consultas e medicação de uso contínuo, e passou a apresentar outras intercorrências de saúde, doenças físicas. Este tratamento por vezes compromete toda sua renda que advém da aposentadoria.

Recentemente, quando soube por meio de notícias vinculadas na imprensa, que o INSS estava revisando todos os auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, passou por nova crise nervosa, necessitando de atendimento médico, com temor de receber alta e ter que retornar ao trabalho no hospital.

- Meu sonho era me aposentar lá dentro, mas tudo desmoronou, tudo.

- Minha vida agora é só em casa.

Passou a frequentar a igreja com regularidade, e dedica-se às atividades domésticas, enquanto segue seu tratamento.

Interpretação 7: Agente de serviços gerais, excesso de trabalho e precariedade de condições

Mulher, 45 anos, união estável, 01 filho, ensino superior completo, funcionária pública.

Seu trabalho inicial no município de pequeno porte onde reside, após ser aprovada em concurso público, foi como agente de serviços gerais em uma escola de educação fundamental. Com carga horária de 40 horas, ela e mais três colegas eram responsáveis pela limpeza dos ambientes e, em alguns períodos, também pelo preparo de alimentos para 400 alunos.

Eram inúmeras as atividades diárias que tinham que executar, e para conseguir dar conta de tudo o ritmo tinha que ser intenso. A equipe se entendia, ambas trabalhavam juntas e dividiam as tarefas para concluir a jornada com a escola limpa e organizada.

Relembra que não sabe em que momento seu adoecimento iniciou, mas lembra de que primeiro começou a sentir-se incomodada com o barulho das crianças, com o choro dos menores, uma vez que também eram atendidas as crianças na educação infantil. Passou a ter

dificuldades para dormir e a ter pesadelos com esses sons.

Sentia-se ao mesmo tempo muito ansiosa em conseguir realizar diariamente todas as atividades que estavam sob a responsabilidade da equipe, e passou a ter sensações estranhas quanto ao seu batimento cardíaco cada vez que ficava nervosa devido às demandas cotidianas.

Relata que em algumas situações em que a pressão aumentava pela realização de muitas atividades ao mesmo tempo, sentia um tremor pelo corpo e batia o queixo como se estivesse com frio.

As colegas chegavam a orientá-la para ir procurar um médico, alertando que não estava bem.

- Como é que eu vou deixar vocês aqui com todo esse serviço para fazer...

Mesmo com todos os sintomas de desgaste mental, permanecia trabalhando, sem procurar orientação médica em relação a isso, precisou fazer um procedimento cirúrgico em função de tireoide, adiou a cirurgia para realizar em seu período de férias.

Da mesma forma, quando seu filho, ainda criança, também necessitou de um pequeno procedimento cirúrgico, realizou em período de férias, para não prejudicar o seu trabalho.

- Eu sempre fui preocupada em assumir o que tinha que fazer, pois era uma funcionária pública, preocupava-me com as colegas que estariam se ferrando sem mim...

Enquanto as professoras e direção da escola tinham horário e local para um descanso breve nos intervalos da aula, com lanche à disposição, elas cuidavam das crianças neste período, para que não se machucassem, não saíssem da escola. Para elas não havia pausa para descanso, nem mesmo local para isso. A equipe então utilizava um pequeno corredor, próximo ao banheiro, à lavanderia e ao depósito de materiais, e “se escondiam lá”. Traziam de casa um café e, quando podiam, sem que ninguém percebessem, descansavam alguns minutos no dia.

Alem de tudo que sentia, passou a ter crises de choro, estava nesta atividade por seis anos, e, neste período, ao retornar para casa no intervalo do meio-dia, atrasou por mais de uma hora, o que chamou a atenção da senhora que cuidava de seu filho, que foi em busca dela, percorrendo o caminho que ela fazia por um atalho de terra em meio à vegetação, e a encontrou desmaiada.

Somente após esse episódio é que foi atendida por um médico, relatou os seus sintomas de desgaste mental e passou a fazer uso contínuo de medicação em consequência de depressão e ansiedade. Não se afastou do trabalho, não aceitou apresentar atestado médico, e, então, orientada por este profissional, buscou junto à administração municipal, outro local para atuação, onde pudesse desempenhar outras funções, uma vez que deveria evitar as situações que causavam seu adoecimento no trabalho.

Esta sua condição de saúde foi considerada e passou a realizar atividades na unidade de saúde, auxiliando no setor de vigilância epidemiológica, especificamente, referente ao controle da dengue. Permaneceu por sete anos nesta atividade, sempre fazendo uso de medicação, mas sentindo-se melhor, pois realizava trabalho de campo, sem rotina, sem pressão de inúmeras atividades para serem realizadas ao mesmo tempo.

Ocorre que passou por nova mudança de gestão, e logo na primeira semana de mandato, mesmo sem consultá-la, foi comunicada que deveria tirar suas férias. Ao retornar das férias, foi novamente direcionada para seu local de origem, nas atividades de agente de serviços gerais na escola. Sem questionar, retornou ao seu trabalho, faltando apenas 12 dias para o início das aulas, ela, e duas novas colegas precisavam dar conta de preparar a escola para o início das atividades.

Apesar de neste retorno, decorrido todos esses anos em outra função, as três funcionárias não terem mais que realizar as atividades relacionadas à alimentação dos alunos, permanecendo somente na limpeza dos ambientes, relata que as condições de trabalho haviam piorado muito.

- Servente antiga deve ensinar as outras!

Passou a ter mais essa responsabilidade, e como as novas colegas tinham dificuldade para realizar todas as atividades, trouxe para si as tarefas que não conseguiam fazer dentro do prazo.

Sentia também discriminação por parte da direção, sua chefia imediata, pela sua posição política, por supostamente não ter votado na atual administração.

- Município pequeno é assim, tem perseguição e eu sentia isso.

Também não contavam com equipamentos adequados de trabalho, pois não havia, por exemplo, lavadora de alta pressão para lavar a quadra de futebol, tinha que ser tudo manual.

Seus sintomas pioravam, sentia-se isolada, decidiu assumir sozinha parte das atividades no trabalho, uma vez que o trabalho em equipe não acontecia como anteriormente, pois frequentemente havia desentendimento entre elas, e, para não ser acusada pelas colegas de escolher as coisas mais fáceis, optou por ficar com as mais difíceis, que eram salas de aula onde ainda era necessária a aplicação de cera no chão para manutenção do assoalho.

Cada vez mais sozinha e adoecida, só se queixava para a família, no ambiente de trabalho nunca houve preocupação com sua condição.

Relata que sempre convivia com a sensação de que algo ruim iria acontecer, não tinha paz, cada vez mais nervosa e ansiosa. Tratava-se com profissional do SUS do município, não fazia acompanhamento psicológico, desejava realizar consultas com especialista, mas não

tinha condições financeiras para custear esse acompanhamento.

E foi justamente numa das atividades que realizou sem auxílio em uma sala de aula, ao subir em uma carteira para colocar cortina em uma janela, a carteira escorregou e ela teve uma queda.

Mesmo com dores, e utilizando álcool no local lesionado, concluiu o seu dia de trabalho, sentindo inclusive náuseas em razão da dor. Só então comunicou a diretora da escola sobre o acidente, e chorando relembra da resposta:

- Lugar de doente é em casa, vai procurar o que você acha que deve...

E complementa:

- Doeu mais o jeito que me trataram do que a dor que eu estava sentindo.

Após consultar, repousou por três dias e voltou para a escola, aguardando consulta com especialista, uma vez que ainda tinha muitas queixas de dores na coluna. Após 30 dias realizou a consulta e exames que apontaram a existência de fratura. Foi então afastada do trabalho e encaminhada para realização de perícia médica no INSS, onde está em auxílio-doença desde então, cerca de quatro anos de afastamento.

Relata que em relação à sua lesão de coluna, nem mesmo as atividades domésticas consegue realizar, necessita de ajuda e tem previsão de realização de procedimento cirúrgico. Quanto ao seu adoecimento mental permanece em uso de medicação para dormir, para ansiedade e depressão e a sensação de que algo ruim vai acontecer ainda a acompanha.

Sente-se vigiada e evita sair em atividades de lazer na comunidade com o esposo, com receio de julgamentos.

- Sei que paguei o INSS e tenho direito agora que estou doente, mas as pessoas sempre comentam e não quero me incomodar.

Durante esse tempo afastada relata que foi esquecida, pois ninguém do trabalho procurou saber sua situação, conversar com ela, fazer uma visita.

Informa que voltou a estudar, pois tem formação em pedagogia, para atuar com ensino fundamental, mas não pretende atuar nesta área, com crianças pequenas, e cursa geografia, para atuar no ensino médio.

Interpretação 8: Estresse, ansiedade e sobrecarga de trabalho

Mulher, 41 anos, técnica de enfermagem, ensino médio, dois filhos.

Trabalhadora de hospital há cerca de cinco anos, atuando como técnica de

enfermagem, com pacientes de pré e pós-operatório, com carga-horária de 6 horas, de segunda a sexta e 12 horas no sábado ou domingo, conforme a escala de trabalho. Durante um ano e meio, além deste trabalho no hospital, também trabalhou como cuidadora durante o período noturno.

Relata que nos primeiros anos de trabalho, a equipe do setor era composta por sete funcionários responsáveis por 40 pacientes, média de 5 a 6 pacientes para cada um da equipe. Também menciona que a enfermeira responsável pelo setor, a supervisora, tinha muita afinidade com a equipe, e que apesar do trabalho difícil sentiam-se apoiados e respeitados.

Porém, com o passar do tempo esta supervisora foi substituída por outra, que se mostrou com um perfil muito diferente da anterior, autoritária e desrespeitosa, além disso, a equipe foi reduzida para 5 funcionários, sendo que cada um passou a ser responsável por 8 a 10 pacientes, esta medida foi usada para justificar contenção de despesas.

Seu relacionamento com a nova supervisora passou a ser muito difícil, a pouca autonomia que tinha foi retirada, e sempre que chamava atenção era na frente dos colegas.

Relatava também a forma como alguns médicos chamavam a atenção da equipe, na frente dos pacientes e dos acompanhantes, quando algum procedimento não estava de acordo com suas orientações. Nestas situações, algumas condutas eram de xingamentos, os mais variados, como burra e incompetente, também casos de profissionais que enquanto xingavam chegavam a atirar o material contra a auxiliar de enfermagem no momento em que estava refazendo o procedimento.

- Os técnicos são tratados como lixo, não são valorizados.

Com essa rotina de assédio, passou a sentir-se muito nervosa, ansiosa no trabalho, com insônia, pressionada, humilhada, além dos relatos de dores de estômago e pressão no peito.

Relembra que no passado, em razão de toda essa pressão, chegou a pedir demissão.

- Pedi a conta e sumi, não quis saber de nada, estava surtada...

Não conseguiu outro trabalho, e, decorridos 30 dias, o setor de recursos humanos do hospital ligou oferecendo vaga e ela retornou.

Estava novamente neste ponto e as colegas percebiam e se preocupavam com a sua situação e sua tristeza, quando indagada só chorava e não conseguia desabafar. Tinha dificuldades para entrosamento com os colegas.

As exigências da supervisora eram constantes, para ser mais rápida, mais ágil.

- Tudo tinha que ser feito no tempo dela, na hora dela e do jeito dela.

Em determinada situação, não suportou mais as chamadas de atenção da supervisora e discutiram na presença da equipe.

- Fiquei meses suportando calada, estourei com ela porque já estava no limite.

Já decidida em pedir demissão novamente, uma colega orientou para que procurasse um médico, pois havia adoecido por tudo que estava passando. Após consultas com psiquiatra, este profissional confirmou que ela estava com síndrome de *burnout* e depressão.

Afastou-se inicialmente por 15 dias do trabalho, foi medicada e menciona que não conseguiu adaptar-se à medicação, pois alterou o seu estado físico e mental, permanecendo sonolenta e indisposta todo o período. Decorridos 15 dias, agendou perícia no INSS para auxílio-doença, lembra-se que aguardou mais de 30 dias pela perícia e, portanto, sem remuneração salarial neste período.

No momento da perícia recorda que o perito mencionou que o INSS estava falido e que só poderiam conceder auxílio-doença para casos de câncer, cirurgia, casos extremos. Recebeu o benefício somente até o dia da perícia, estando, portanto, segundo a perícia médica apta para retornar ao trabalho no dia seguinte. Não marcou nova perícia, não solicitou nova avaliação, mencionou ter receio de nova avaliação, em virtude do que disse o perito, e mesmo sem sentir-se bem retornou ao trabalho, conseguiu acessar suas férias e permaneceu mais 30 dias fora.

No seu retorno, pediu para mudar de setor, mas como tem muito tempo de atuação neste posto, que trata de pacientes graves, não foi atendida, pois iria desestruturar a equipe.

A sobrecarga de trabalho é contínua, quando referem esta situação para a chefia, escutam que tem que entender a situação e que é melhor estar trabalhando no hospital do que estar internado ali. Relata ameaças, pois se não atenderem os pacientes serão acusadas de omissão de socorro.

- Não conseguimos atender o paciente como deve ser feito, como eles merecem.

Muitas das atividades precisam ser feitas em dupla e quando um colega solicita o apoio do outro, pela sobrecarga, acabam discutindo, pois são muitas atividades para serem realizadas ao mesmo tempo e poucos (as) trabalhadores (as) para executar.

Alem do desgaste mental, a realização do trabalho cotidiano apresenta outros riscos para a saúde destes trabalhadores, em consequência do contato direto com os pacientes, como o caso em que foi contaminada por uma bactéria, mas felizmente foi diagnosticada e tratada já nos primeiros sintomas. Mesmo sendo de conhecimento da chefia, de que se tratava de uma contaminação devido ao ambiente de trabalho, o hospital não aceitou pagar a medicação para que pudesse realizar o tratamento.

Fez parte da narrativa esta questão da falta de assistência diante do adoecimento em função do trabalho, relatou o caso de uma colega, que também em razão de uma bactéria

permaneceu por 7 dias deitada em uma maca, na emergência, porque não havia leitos no hospital.

Situações de pacientes internados em quartos coletivos, que só depois de decorridos alguns dias, após realização de exames, é confirmado que se tratam de pessoas com doenças contagiosas, porém, as trabalhadoras atenderam o paciente sem saber disso, correndo sérios riscos. Da mesma forma, um paciente com suspeita de possuir uma doença contagiosa, mas ainda sem confirmação, e internado em quarto coletivo, foi atendido pela equipe utilizando todos os recursos para evitar uma possível contaminação, sendo que foram chamados a atenção, pela supervisora, de estarem agindo com preconceito contra o paciente.

Além disso, os riscos advindos do atendimento aos pacientes são cotidianos, pois menciona já ter tido seus cabelos puxados, recebeu beliscões, soco no seio, bem como agressões verbais, pela situação de dor e *stress* dos pacientes que acabam agredindo quem está mais próximo e no momento da realização de procedimentos.

Menciona também os casos de insatisfação dos pacientes e acompanhantes, que registram imagens e áudio, e acabam sendo acusadas de situações, cujas decisões não dependem dos (as) trabalhadores (as).

Em virtude do grande esforço físico que a atividade também exige, no contato com os pacientes acamados, que não conseguem se mover sozinhos, pacientes obesos, que precisam ser erguidos, mudanças de decúbito, enfim, passou a sentir muitas dores nos ombros, e em consulta com especialista este recomendou que evitasse estas atividades. Porém, uma recomendação nem sempre possível de realizar, uma vez que dependia de outro colega para realizar esta atividade em seu lugar, e cada vez que isso ocorre precisa explicar sua limitação.

Como o desgaste mental dos (as) trabalhadores (as) é comum, uma enfermeira responsável pela realização de palestras, que faz parte de um programa de educação continuada, passou a alertar sobre a síndrome de *Bournout*, cujas informações eram desconhecidas pelos (as) trabalhadores (as). Ocorre que esta enfermeira confidenciou que foi proibida de tratar deste assunto nas reuniões.

Encontram algum apoio a partir das fiscalizações realizadas pelo COREN/SC, Conselho Regional de Enfermagem, onde denunciam essas condições de trabalho. Nestas reuniões, que são raras, as chefias estão presentes, o que inibe as falas, pois ao final desses encontros “inicia a caça às bruxas”, no sentido de descobrir quem fez denúncias ao COREN para que viessem fiscalizar.

- Perseguição para amedrontar, mas todos os setores estão sem funcionários, todos estão com excesso de trabalho.

Antes de trabalhar como técnica de enfermagem trabalhou em empresa como servente de serviços gerais, durante cinco anos.

- Pense na paz que eu tinha, mas fui inventar de fazer o curso técnico, hoje ganho um pouco mais, mas o incômodo e a pressão psicológica não valem a pena.

- Busco outro emprego, pois sinto muito angústia no trabalho, a hora que eu não aguentar mais vou me afastar de novo.