

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

RENAN FERNANDES DUARTE

**OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PRESERVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

**FRANCA
2018**

RENAN FERNANDES DUARTE

**OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PRESERVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Sistemas normativos e fundamentos da cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Presotto Pereira Netto.

FRANCA

2018

D812r Duarte, Renan Fernandes
Os riscos psicossociais no trabalho e as políticas públicas de preservação da saúde mental do trabalhador / Renan Fernandes Duarte. -- Franca, 2018
143 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Juliana Presotto Pereira Netto

1. riscos psicossociais. 2. saúde mental. 3. condições de trabalho. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

RENAN FERNANDES DUARTE

**OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PRESERVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do Título de Mestre em Direito. Área de Concentração: Sistemas normativos e fundamentos da cidadania.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dra. Juliana Presotto Pereira Netto

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, ____ de _____ de 2018

Dedico esta pesquisa aos meus
pais, por todo o apoio recebido

“A moral capitalista, lamentável paródia da moral cristã, lança um anátema sobre a carne do trabalhador; toma como ideal reduzir o produtor ao mínimo mais restrito de necessidades, suprimir todas as suas alegrias e as suas paixões e condená-lo ao papel de máquina que produz trabalho sem trégua nem piedade.”

Paul Lafargue

DUARTE, Renan Fernandes. 142f. **Os riscos psicossociais no trabalho e as políticas públicas de preservação da saúde mental do trabalhador**. Dissertação de Mestrado em Direito. Área de concentração Sistemas normativos e fundamentos da cidadania – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

RESUMO

Com um mercado cada vez mais competitivo, crescem as pressões e as demandas que recaem sobre o trabalhador, que podem desencadear uma crescente variedade de adoecimentos, dentre os quais os transtornos mentais e comportamentais. Tais transtornos vêm aumentando nas últimas décadas, influenciando a concessão de benefícios previdenciários e requerendo novas medidas para tornar o meio ambiente do trabalho um local saudável e equilibrado, posto sua influência na saúde mental do trabalhador. Nesse sentido, o presente trabalho objetiva não só discorrer sobre os riscos psicossociais no meio ambiente de trabalho, mas também levantar dados a respeito de tal tema que ainda é pouco pesquisado nacionalmente e discorrer sobre formas de prevenção ao adoecimento mental do trabalhador. Como método de procedimento, foi empregado o de levantamento por meio da técnica de pesquisa bibliográfica – tanto da seara jurídica como da área da saúde – nacional e internacionalmente; bem como o método da pesquisa jurisprudencial, onde buscou-se elucidar o entendimento dos tribunais nacionais; e, como método de abordagem, foi adotado o método dedutivo, buscando, através da análise doutrinária geral, a construção de um modelo a fim de se extrair conclusões a partir de reflexões acerca da realidade focalizada pelo objeto dessa investigação. Ao longo da pesquisa conclui-se que não há, ao menos nacionalmente, pesquisas suficientes sobre os riscos psicossociais de modo que o material produzido nacionalmente não é comparável ao material encontrado de fontes internacionais – principalmente provenientes da Europa; adicionalmente, que os riscos psicossociais são praticamente ignorados pelo Estado e pelas empresas, demonstrando que o Brasil é altamente tolerante com o intolerável – apesar do reconhecimento por parte da Previdência Social dos transtornos mentais causados pelo trabalho, não há um movimento preventivo no sentido erradicar ou ao menos diminuir significativamente tais riscos. Dessa forma, nota-se a adoção de uma postura pós-violatória, e indenizatória de danos. Portanto, participação do trabalhador na organização do seu meio ambiente do trabalho mostra-se medida urgente a ser tomada.

Palavras-chave: riscos psicossociais. saúde mental. condições de trabalho.

ABSTRACT

With an increasingly competitive market, pressures and demands on the worker increase, which can trigger a growing variety of illnesses, including mental and behavioral disorders. Such disorders have been growing in recent decades, influencing the granting of social security benefits and requiring new measures to make the work environment a healthy and balanced place. Therefore, there is a growing need to understand how the work environment influences the mental health of the worker. Thereby, the present study aims not only to discuss psychosocial risks in the work environment, but also to collect data on this topic that is still not much researched nationally and to discuss ways to prevent mental illness of the worker. As methods of procedure, the survey will be guided through the technique of bibliographical research in materials already published - both in the legal and in the health area - nationally and internationally; as well as the method of jurisprudential research, where it was sought to elucidate the understanding of the national courts; and as a method of approach, the deductive method will be adopted, seeking, through general doctrinal analysis, the construction of a model in order to draw conclusions from reflections about the reality focused by the object of this investigation. Throughout the research it is concluded that there isn't - at least no nationally - sufficient research on psychosocial risks, so the material produced nationally is not compatible with material found from international sources - mainly from Europe; In addition, psychosocial risks are practically ignored by the State and by companies, demonstrating that Brazil is highly tolerant with the intolerable - despite Social Security's recognition of mental disorders caused by work, there is no preventive movement to eradicate or at least significantly reduce such risks. In this way, it is noted the adoption of a post-violation position, and compensation for damages. Therefore, employee participation in the organization of their work environment is an urgent measure to be taken.

Key-words: psychosocial risks. mental health. work conditions.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Os dez países da América Latina com maior prevalência de depressão - Em porcentagem da população total	39
Gráfico 2: Consumo anual de benzodiazepínicos-ansiolíticos (Em milhões de DDD) por país em 2015.	50
Gráfico 3: Consumo anual de Clonazepam (Em milhões de DDD) por país em 2015.	51
Gráfico 4: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do TST por meio da Consulta Unificada.	65
Gráfico 5: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do CJF por meio do sistema de busca unificada de jurisprudência.	66
Gráfico 6: Número de Auxílios-Doença Previdenciários por Transtornos Mentais e Comportamentais Concedidos, Ativos e Cessados entre 2008 e 2016 (CID-10 Cap. V).	78
Gráfico 7: Número de Auxílios-Doença Acidentários por Transtornos Mentais e Comportamentais Concedidos, Ativos e Cessados entre 2008 e 2016 (CID-10 Cap. V).	79
Gráfico 8: Valor gasto entre 2008 e 2016 com o pagamento de Auxílio-Doença por Transtornos Mentais e Comportamentais, em reais. (CID-10 Cap. V)	80
Gráfico 9: Número de Aposentadorias por Invalidez por Transtornos Mentais e Comportamentais Concedidas, Ativas e Cessadas entre 2008 e 2016 (CID-10 Cap. V).	81

Gráfico 10: Valor gasto entre 2008 e 2016 com o pagamento de Aposentadorias por Invalidez por Transtornos Mentais e Comportamentais, em reais. (CID-10 Cap. V)..... 82

Gráfico 11: Auxílios-Doença concedidos nas categorias F32 e F33 da CID-10 entre 2012 e 2017 83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sintomatologia do Burnout.....	45
Quadro 2: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do TST por meio da Consulta Unificada.	65
Quadro 3: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do CJF por meio do sistema de busca unificada de jurisprudência.....	66
Quadro 4: Ocorrência de termos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais na jurisprudência do TST por meio da Consulta Unificada.	67
Quadro 5: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do CJF por meio do sistema de busca unificada de jurisprudência.....	68
Quadro 6: Concessão de auxílios-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado empregado por transtornos mentais e comportamentais (capítulo V da CID-10) entre 2012 e 2016.	84
Quadro 7: Impactos de investimentos prevenção e tratamento de depressão.....	96

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades
CJF	Conselho da Justiça Federal
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
DC	Diretoria Colegiada
DDD	Defined Daily Dose (Dose Diária Definida)
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	International Labour Organization
INCB	International Narcotics Control Board
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
ISTAS	Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
mhGAP	Mental Health Gap Protection Programme
MPT	Ministério Público do Trabalho
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PRIMA-EF	Psychosocial Risk Management Excellence Framework
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization (OMS)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO MEIO AMBIENTE DO TRABALHO	19
1.1 A alteração da concepção do trabalho: da escravidão forçada à escravidão voluntária	19
1.2 O direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado como Direito Fundamental	20
1.3 O trabalhador como parte do meio ambiente do trabalho e parte da sociedade....	24
1.4 Os riscos psicossociais no trabalho: Conceito	26
1.5 Classificação dos Riscos Psicossociais no Trabalho de acordo com a OIT	28
1.6 Classificação de acordo com o ISTAS	31
1.7 Os Riscos Psicossociais de acordo com o INSS	32
1.8 A relação entre trabalho e doença.....	34
1.9 Transtornos mentais relacionados ao meio ambiente do trabalho	37
1.9.1 Depressão	37
1.9.2 Síndrome de Burnout	43
1.10 Além da doença: A sociedade do <i>dopping</i>	47
1.10.1 O caso das benzodiazepínicos	49
2 A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM XEQUE	53
2.1 Proteção jurídica à saúde do trabalhador	53
2.2 A questão do Nexo Causal	55
2.2.1 Nexo causal no ordenamento jurídico brasileiro	59
2.2.2 Concausalidade	61
2.2.3 O nexo técnico epidemiológico.....	63
2.3 Os Riscos Psicossociais na Jurisprudência.....	64
2.4 A questão pericial	69
2.4.1 Perícia e incapacidade	69
2.4.2 Perícia psiquiátrica	70

2.5 O Fator Acidentário de Prevenção (FAP)	75
2.6 A Contradição Estatística	76
3 - POLÍTICAS DE PRESERVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR	87
3.1 O papel do Estado na prevenção dos riscos psicossociais	87
3.2 A economia por trás da prevenção	93
3.3 Prevenção e combate aos riscos psicossociais	97
3.3.1 <i>Modelo proposto pela OIT</i>	97
3.3.2 <i>Modelo de intervenção proposto pela EU-OSHA</i>	101
3.3.3 <i>Os programas mhGAP e PRIMA-EF propostos pela OMS</i>	104
3.4 O quadro das políticas públicas de saúde mental no Brasil	105
3.4.1 <i>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</i>	105
3.4.2 <i>Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)</i>	108
3.4.3 <i>Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde</i>	110
3.5 O papel dos sindicatos	112
3.6 A chave para o sucesso: dar voz aos trabalhadores	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	125

Introdução

Riscos psicossociais no trabalho, saúde mental do trabalhador, assédio moral, intensificação do trabalho, proteção jurídica do trabalhador. A cada dia aumenta o número de termos utilizados para qualificar as “novas formas” de violentar o trabalhador. Com a crescente virtualização do trabalho, as preocupações do Direito não podem mais se limitar apenas a verbas devidas ou a acidentes sofridos por seus trabalhadores.

Além de novas formas de trabalhar, os avanços nas tecnologias mostram novas formas de adoecer: em uma sociedade onde a tendência é que os trabalhos sejam feitos por máquinas ou dentro de escritórios, a maior preocupação do Direito deve ser a saúde mental do trabalhador.

As relações humanas têm a capacidade de irradiação, criando múltiplos círculos distintos, porém entrelaçados, suscetíveis a interferências e interações recíprocas. No entanto, não apenas as relações humanas têm essa capacidade; os ambientes e setores da vida em que o ser humano se insere também possuem reflexos uns sobre os outros.

Os múltiplos ambientes que atuam sobre o ser humano de maneira sucessiva ou paralela se expõem a interinfluências. Isso quer dizer que a degeneração de um “círculo” repercute nos demais, afetando as relações interpessoais contidas dentro deles. Um ambiente familiar deteriorado pode ser devastador para o ambiente de trabalho, bem como um ambiente de trabalho desequilibrado influenciará a vida familiar de determinado trabalhador (PINTO, 2013, p. 793-794).

O meio ambiente do trabalho interfere além da produtividade do trabalhador, ao passo que as ramificações existentes na *psique* humana carregam possíveis agressões para os mais variados círculos de existência, afetando a saúde mental do trabalhador tanto na questão subjetiva como na questão fisiológica. Significa dizer que, na esfera da saúde, não há consequências apenas para a integridade mental da vítima, mas existem também consequências físicas ao se exigir que o organismo reaja às agressões psicológicas sofridas.

Na perspectiva previdenciária, a Lei nº 8.213 de 1991, traz a definição legal de acidente de trabalho, cujo instituto jurídico deve ser entendido como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade laborativa.

Importante ressaltar que há o reconhecimento da depressão como doença do trabalho no Decreto nº 3.048/1999 apenas nos casos de exposição a agentes químicos e tóxicos. Contudo, consoante ao previsto no parágrafo segundo do art. 20 da Lei nº 8.213/91, o rol apresentado

pelos incisos I e II não é taxativo; outros fatores, contanto que desencadeados pelas condições em que o trabalho é executado, são reconhecidos como causadores de doença do trabalho. Nesse sentido, a depressão causada por comportamentos humanos poderá ser classificada como doença do trabalho, desde que evidenciado o nexo causal entre as agressões sofridas no trabalho e a doença.

No entanto, um dos elementos mais proeminentes em relação aos afastamentos por “transtornos mentais e comportamentais”, ao contrário de outras categorias de afastamento, está no processo de recuperação dos sujeitos afetados. Além da complexidade diagnóstica e da demora em procurar ajuda adequada, as dosagens medicamentosas precisam ser personalizadas e ajustadas a cada situação particular, demandando um tempo relativamente mais longo e menos previsível do que aquele estabelecido para o controle sintomatológico em outros cenários de adoecimento.

A política de saúde mental não fornece condições para a atenção aos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho. Tal política prioriza o atendimento de casos graves e/ou agudos – que deve ocorrer nos CAPS e nos hospitais – e a atenção aos casos "leves" – que deve se dar nas equipes de saúde da família, com suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Entretanto, em casos "intermediários" – que incluem a maioria daqueles de saúde mental relacionada ao trabalho – não contam, em geral, com um sistema estruturado para seu atendimento.

De acordo com dados da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2004, 6,3% do orçamento de Saúde era destinado para saúde mental, enquanto, dez anos depois, correspondia a 1,8% (ZIEGLER, 2014, online). Entretanto, tal redução não condiz com o número de casos de depressão no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil são mais de 10 milhões de pessoas que sofrem com a enfermidade (LUCENA, 2014, online). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão ocupa o segundo lugar dentre as doenças que causam incapacidade no trabalho, e a estimativa é que até 2020 esteja em primeiro lugar. Ainda de acordo com a OMS, a média de faltas no trabalho de uma pessoa com depressão é de sete dias por mês, enquanto a média geral é uma vez por mês (LUCENA, 2014, online).

Mais do que entender o problema, é necessário analisar o contexto jurídico em que tal relação ocorre: como o Estado regulamenta a prevenção e o combate aos riscos psicossociais no meio ambiente de trabalho? Tendo em vista que o mercado obedece às demandas do capital, o Estado tem o dever de intervir nas relações de trabalho, protegendo a saúde de seu polo mais fraco – o trabalhador.

Sendo assim, percebe-se, no âmbito jurídico, que o conceito de “riscos psicossociais no trabalho” não é devidamente tratado pelas normas que compõem o ordenamento jurídico brasileiro, demonstrando que apesar de se intitular Estado democrático “de direito”, o Brasil é altamente tolerante com o intolerável – apesar do reconhecimento por parte da Previdência Social dos transtornos mentais causados pelo trabalho, não há um movimento no sentido de prevenir o problema.

Dessa forma, apesar da criação de leis de proteção ao trabalhador, o Estado não cumpre integralmente o seu papel enquanto agente fomentador de inclusão social. Mais do que uma legislação destinada a um objetivo comum, o papel estatal como guia para a implantação de políticas públicas também está em realizar o devido investimento dos seus recursos de acordo com as necessidades práticas da sociedade.

O Ministério da Fazenda divulgou em 2017 um estudo sobre os benefícios concedidos devido a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Segundo tal estudo, no período analisado 668.927 trabalhadores foram afastados devido a transtornos mentais e comportamentais, de modo que tal motivo foi responsável por 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, online).

Não apenas uma questão de direito trabalhista, previdenciário, ou sanitário, os transtornos mentais que acometem os trabalhadores são um problema econômico. Mensalmente são concedidos milhares de benefícios acidentários e previdenciários para trabalhadores afetados por tais males. Os transtornos mentais e de comportamento ocupam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos pela Previdência Social, sendo que 80% destes são casos de depressão (AMBROSIO, 2013, p. 203)

A pesquisa tem por objetivo analisar e entender as condutas e situações que podem causar ou contribuir para o aparecimento de transtornos mentais – denominadas riscos psicossociais - levando em conta o nexos causal e a concausalidade, além de conceitos de origem na psicologia ambiental. A compreensão da origem de tais disfunções é fundamental para a sua prevenção e para a adaptação do meio ambiente de trabalho para acolher novamente o trabalhador afastado.

Também se faz necessária a análise do atual ordenamento jurídico brasileiro, para a compreensão da sua eficácia considerando que a legislação é um forte instrumento para a aplicação de políticas públicas, para que o Estado e a sociedade atinjam o objetivo comum do bem-estar social.

A pesquisa parte do entendimento de que há um novo conceito de saúde, que abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que

afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene do trabalho. Partindo de tal ponto, faz-se necessário estudar em que medida as políticas públicas contribuem para a manutenção da saúde mental do trabalhador e, principalmente, quais são as medidas adotadas após o adoecimento.

Doenças mentais são enfermidades multifatoriais, ou seja, causadas por um conjunto de fatores atuando de forma simultânea, tornando árduo o diagnóstico e principalmente o tratamento. Sendo assim, deve-se examinar quais medidas são tomadas para o tratamento do trabalhador e particularmente, as condições em que tal trabalhador será reinserido em seu ambiente de trabalho.

Em um sistema de previdência onde existe a figura da “alta programada”, o retorno do trabalhador ao seu posto de trabalho é objeto relevante para análise, tendo em vista que talvez o trabalhador esteja voltando sem as devidas condições mentais para que possa conciliar as suas funções laborais, seu bem-estar e a sua saúde mental. Portanto, é indispensável a análise das formas com que o trabalhador é diagnosticado, tratado, periciado e as condições de seu ambiente de trabalho quando do seu retorno

Desta forma, pretende-se ter um panorama claro, sistematizado e ao mesmo tempo crítico do sistema jurídico referente ao Direito Previdenciário e à Seguridade Social, nesta seara.

Toda pesquisa deve ser embasada por padrões científicos, particulares de cada área do conhecimento, que se encarregam de definir formas para se buscar a mais adequada interpretação dos seus resultados.

Assim, o método adotado em nosso trabalho é predominantemente o de abordagem dedutivo, isto porque se buscou, através da análise doutrinária geral, a construção de um modelo. É forçoso reconhecer, porém, que a pesquisa não se restringe somente a esse método de abordagem, sendo que, muitas vezes nos socorreremos do método comparativo, muito importante dentro da pesquisa jurídica, pelo qual se buscam semelhanças e diferenças para o aperfeiçoamento dos objetos estudados.

A análise crítica dos casos particulares se mostra fundamental na construção teórica deste campo da responsabilidade, permitindo agregar um conhecimento prático deste mecanismo, eminentemente pragmático e de grande aplicação, em virtude, principalmente, das inúmeras possibilidades de se averiguar, no cotidiano, os principais transtornos que afetam os trabalhadores, bem como as políticas públicas e privadas adotadas para a prevenção e o combate de tal situação.

Nota-se, portanto, o caráter sincrético em relação ao uso dos métodos na presente investigação, não se podendo esquecer a análise interpretativa das diversas teses, livros e ensaios que foram lidos para a confecção do trabalho.

Por fim, devemos ressaltar que os métodos de procedimento empregados foram o da pesquisa bibliográfica, com consultas a escritores nacionais e estrangeiros, compõem a base bibliográfica do presente estudo, bem como o método da pesquisa jurisprudencial, onde buscou-se, quantitativamente, demonstrar a ocorrência dos riscos psicossociais na jurisprudência pátria.

1 – OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO MEIO AMBIENTE DO TRABALHO

O primeiro capítulo da pesquisa tem por objetivo a apresentação da problemática proposta. Nele são apresentados os conceitos e algumas classificações dos riscos psicossociais, bem como alguns dos seus impactos na saúde do trabalhador.

1.1 – A alteração da concepção do trabalho: da escravidão forçada à escravidão voluntária

Ao analisar a estrutura do trabalho desde o início da escrita e conseqüentemente dos registros históricos, nota-se um padrão: um grupo detentor de poder – político ou econômico – força ou convence um grupo sem poder a usar seu tempo produzindo riqueza. Inicialmente, tal exploração era realizada através da escravidão, passando por diversos estágios como a suserania e vassalagem, períodos de industrialização e, recentemente, trabalho remunerado – mesmo que ainda haja vestígios de trabalho escravo, nacionalmente e internacionalmente.

Durante o século XX, Hannah Arendt (ARENDR, 2010) argumentou a constante diminuição do Homem, que deixou de ocupar seu papel de ser político para tornar-se *homo faber* (aquele que cria) e finalmente atingir seu status de *homo laborans* (que apenas reproduz). Em tal período, com o avanço de modelos produtivos como o Taylorismo, Fordismo e Toyotismo inicia-se a sociedade do consumo, onde tudo é descartável – inclusive o próprio homem.

Entretanto, em que pese ainda vivermos em uma sociedade de consumo, o *homo laborans* traçado por Arendt sofreu uma nova mutação: a sociedade do século XXI não é mais uma sociedade de obediência; a terciarização da economia transformou o sujeito de obediência em sujeito de desempenho – o trabalhador tornou-se o prisioneiro e o vigia, a vítima e o agressor (BYUNG-CHUL, 2015, p. 23).

Nas palavras de Paul Lafargue, em sua obra "O Direito à Preguiça", publicada em 1980, "a paixão cega, perversa e homicida do trabalho transforma a máquina libertadora em instrumento de sujeição dos homens livres: a sua produtividade os empobrece" (LAFARGUE, 2012, p. 39).

O *homo laborans* tornou-se prisioneiro de sua liberdade, foi educado a reproduzir um discurso sobre a meritocracia, foi estimulado a produzir sem limites, foi seduzido a comprar produtos que não precisa. E as conseqüências de tais estímulos são devastadoras: além da exploração involuntária, o trabalhador passa a se autoflagelar de formas inimagináveis, como

ingerindo medicamentos estimulantes (tais como a Ritalina) vivendo em uma verdadeira sociedade do *dopping*. Nesse sentido:

A carreira da depressão começa no instante em que o modelo disciplinar de controle comportamental, que, autoritária e proibitivamente, estabeleceu seu papel às classes sociais e aos dois gêneros, foi abolido em favor de uma norma que incita cada um à iniciativa pessoal: em que cada um se comprometa a tornar-se ele mesmo. O depressivo não está cheio, no limite, mas está esgotado pelo esforço de ter de ser ele mesmo (BYUNG-CHUL, 2015, p. 26).

Dessa forma, conforme será abordado no presente e no próximo capítulo, a violência mudou a sua forma, mas não a sua brutalidade. Apesar da constante alteração em modelos de trabalho, uma característica persiste: a violência contra o grupo sem poder (trabalhador), nas suas mais variadas formas. O chicote usado em épocas de escravidão mudou sua forma: tornou-se a tuberculose epidêmica durante a revolução industrial e nunca parou sua mutação. Embora hoje ainda seja possível encontrar a violência em seu estado primitivo, ela vem se refinando, atingindo menos o corpo do trabalhador e passando a destruir sua mente.

1.2 - O direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado como Direito Fundamental

Segundo a Lei n. 6.938 de 1981 entende-se por meio ambiente o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas (BRASIL, 1981). Entretanto, o entendimento trazido por tal lei não é completo o suficiente para descrever o meio ambiente do trabalho, já que ignora dentre outros fatores, o fator humano.

Segundo Norma Sueli Padilha, o meio ambiente é tudo aquilo que cerca um organismo - no caso, o homem-, seja o físico, social ou psíquico:

O meio ambiente é tudo aquilo que cerca um organismo (o homem é um organismo vivo), seja o físico (água, ar, terra, bens tangíveis pelo homem), seja o social (valores culturais, hábitos, costumes, crenças), seja o psíquico (sentimento do homem e suas expectativas, segurança, angústia, estabilidade), uma vez que os meios físico, social e psíquico são os que dão as condições interdependentes necessárias e suficientes para que o organismo vivo (planta ou animal) se desenvolva na sua plenitude (PADILHA, 2011, p. 241).

No que tange ao meio ambiente do trabalho, Victor Hugo de Almeida (2013) trabalha com a conceituação trazida por Daniel Stokols que sugere a construção do meio ambiente do trabalho por meio de I) Fatores Pessoais (aspectos biogenéticos, comportamentais e psicológicos) e II) Fatores Ambientais (aspectos geográficos, arquiteturas-tecnológicos e

socioculturais). Adicionalmente, o autor sugere a adição dos Aspectos Organizacionais (rotina, procedimentos, regulamento da empresa, normas coletivas, estrutura hierárquica, penosidade, jornada de trabalho, intervalos, pausas, etc) (ALMEIDA, 2013, p. 110).

Tal questão sobre o aspecto organizacional ganha relevância no presente estudo, pois são exatamente os fatores organizacionais do trabalho que farão com que os riscos psicossociais se manifestem, deteriorando a saúde mental do trabalhador. Portanto, filia-se o presente trabalho a tal entendimento, de que os aspectos organizacionais compõem e são parte relevante do meio ambiente do trabalho.

Nesse sentido, manual relacionado às doenças relacionadas ao trabalho publicado pelo Ministério da Saúde em 2001 corrobora o entendimento de que os aspectos organizacionais do meio ambiente do trabalho são fatores determinantes para o processo de promoção da saúde do trabalhador:

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 17).

Leciona Raimundo Simão de Melo que o meio ambiente de trabalho seguro é um direito fundamental do **cidadão trabalhador** (*lato sensu*), não sendo apenas um direito trabalhista com origem em um contrato de trabalho. Ao declarar no art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e incluir a saúde no art. 6º, entre os direitos sociais, a Constituição de 1988 induz à ideia de que a saúde constitui um bem coletivo: na verdade, um direito da comunidade. Ainda segundo Raimundo Simão de Melo:

[...] a proteção do meio ambiente do trabalho está vinculada diretamente à saúde do trabalhador enquanto cidadão, razão por que se trata de um direito de todos, a ser instrumentalizado pelas normas gerais que aludem à proteção dos interesses difusos e coletivos. (MELO, 2010, p. 34)

Ou seja, apesar de as regras do Direito do Trabalho regulamentarem a relação privada entre empregador e empregado, as normas relativas à saúde, higiene e segurança transpõem tal contrato individual, pois protegem toda a coletividade. Assim, a tutela disponibilizada pelo Direito do Trabalho é mais reduzida que a proposta pelo Direito Ambiental. A proteção do meio ambiente do trabalho está vinculada diretamente à saúde do trabalhador, razão pela qual se trata de um direito de todos. (THOME, 2010, p. 357).

Adicionalmente, da seguinte forma estabelece o art. 7º, inciso XXII da Constituição Federal:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988)

O direito ao meio ambiente do trabalho saudável é direito previsto constitucionalmente, o que lhe confere não só o referido status em forma, mas sobretudo toda a gama de proteção que lhe é cabível (ROCHA, 2015, p. 1523). Compõe o Direito Ambiental valor de Direito Fundamental, pois, nada mais razoável que proceder a sua aplicação irrestrita nos contratos trabalhistas, com valorização do ser humano pelo ser humano (ROCHA, 2015, p. 1526).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 é clara em seu artigo 200, inciso VIII, que dispõe que uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) é zelar pelo meio ambiente do trabalho:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...]

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, *online*).

Não apenas em nível federal, o meio ambiente do trabalho saudável também é previsto em legislação de nível estadual, como previsto por exemplo na Constituição Federal do Estado de São Paulo:

Artigo 223 - Compete ao sistema único de saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

[...]

VI - a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir:

a) o acesso dos trabalhadores às informações referentes a atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas;

b) a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho (SÃO PAULO, 1989).

No mesmo sentido é o entendimento de Arion Sayão Romita, que entende o direito ao meio ambiente de trabalho saudável como fundamental, conforme expõe:

No ambiente do trabalho, a concepção político-social da saúde não pode sofrer a influência reducionista de feição egoísta e puramente material que vincula a produtividade do sistema econômico à saúde dos trabalhadores. Ao contrário do que assoalha dada corrente doutrinária, a saúde e a segurança do trabalhador não podem ser vistas como objeto de uma visão imediatista, menor, a serviço de interesses econômicos dos empresários. Como direito fundamental, merecem o destaque que lhes é devido por imperativo de justiça. (ROMITA, 2007, p. 393)

Segundo Sebastião Geraldo de Oliveira (2011), o Direito Ambiental encontra maior receptividade na sociedade do que o Direito Trabalhista. Segundo o autor, ao contrário do que ocorre com as normas trabalhistas, são raras as ocasiões em que alguém defende a flexibilização dos direitos ambientais. A justificativa seria a abrangência de tais regulações: enquanto o Direito do Trabalho oferece uma proteção apenas aos trabalhadores, o Direito Ambiental (nele incluso o Direito Ambiental do Trabalho) estende-se para todos. “Em síntese, o Direito Ambiental tem como objetivo a ‘salvação’ de todos, enquanto o direito à saúde do trabalhador fica restrito aos problemas de alguns.” (OLIVEIRA, 2011, p. 142).

Particularmente quanto à saúde mental do trabalhador, esta é muitas vezes tratada de maneira implícita e generalizada. Dessa forma, não é difícil encontrar lacunas na legislação brasileira, principalmente em relação a condutas ofensivas. Nesse sentido:

Frente a uma total lacuna jurídica no ordenamento jurídico brasileiro, a busca de uma proteção ao trabalhador contra os diversos tipos de assédio moral, inclusive o assédio moral institucional, somente é possível pela ótica neoconstitucionalista moderna dos Direitos Fundamentais. O assédio moral viola, pelo menos dois princípios fundamentais da República Federativa do Brasil: a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho (art. 1º, incisos III e IV da Constituição Federal de 1988) (CALVO, 2009, p. 16)

Nota-se, portanto, que as lacunas legais existentes relativas a determinados assuntos, como o assédio moral, acabam por expor os trabalhadores. Nesse caso, por exemplo, não existe uma norma em âmbito federal que combata tal conduta, ilustrando as lacunas citadas.

A saúde mental do trabalhador foi ignorada durante muito tempo, inclusive pelos sindicatos. Segundo José Guilherme Purvin de Figueiredo, a própria saúde física, muito mais palpável, permaneceu muito tempo longe das críticas do Direito Previdenciário e do Direito do Trabalho (FIGUEIREDO, 2007, p. 19).

Não apenas uma falta de tutela por parte do Poder Público, a saúde mental é alvo de grande preconceito dentro da sociedade – inclusive entre os próprios trabalhadores. Muitas vezes trabalhadores são vítimas de preconceito em seu ambiente de trabalho, pois, “nem sempre

a comunidade em que trabalha e vive, bem como a própria sociedade reconhecem a seriedade e a gravidade da depressão como verdadeira doença” (GARCIA, 2009, p. 134).

Segundo Luciana Veloso Baruki,

A serviço desse preconceito está um discurso que é rotineiramente reproduzido pelos que dele se beneficiam. Trata-se do **discurso de culpabilização da vítima**, que nada mais é do que se convencionou de chamar de “lógica de personalização dos problemas, ou seja, ela atribuirá o problema experimentado à própria pessoa, a sua fragilidade, sua natureza, seu temperamento e suas preocupações pessoais. (BARUKI, 2015, p. 112)

Em acidentes envolvendo danos físicos era comum o uso do termo “ato inseguro” para responsabilizar o trabalhador que se feria, alegando que seus ferimentos foram culpa de desatenção ou erro do trabalhador. Embora tal termo não seja mais utilizado, ele certamente ainda está presente na mentalidade de empregadores: a organização do trabalho tenta persuadir o trabalhador a acreditar no discurso da culpabilização individual, fazendo com que ele acredite que é incapaz, um mau empregado. O trabalhador é induzido a acreditar que tal situação decorre de sua incompetência.

O Estado participa de tal processo, visto que trata o problema da saúde mental do trabalhador como se fosse um problema fora de seus deveres. Tal discurso de culpabilização das vítimas também é empregado por agentes públicos, perpetuando, assim, a impunidade nos acidentes de trabalho e a injustiça social (BARUKI, 2015, p. 113). “No Brasil, aponta para a insuficiência da ação do Estado no campo da saúde do trabalhador atestada pelo grande número de acidentes de trabalho notificados” (BARUKI, 2015, p. 115).

1.3 O trabalhador como parte do meio ambiente do trabalho e parte da sociedade

Sob uma perspectiva labor-ambiental, é leviano acreditar que a relação entre ambiente e pessoa é de fluxo único, onde o ambiente exerce influências positivas e negativas sobre a pessoa sem receber influência desta.

Segundo Victor Hugo de Almeida (2013) tal influência bilateral é denominada de Princípio da Bidirecionalidade:

O Princípio da Bidirecionalidade pessoa-ambiente parte da premissa de que a pessoa é parte integrante e inseparável do ambiente e não apenas nele se encontra. Pessoa e ambiente se relacionam e se influenciam recíproca e continuamente.

Ignorar que o trabalhador é parte constitutiva do meio ambiente do trabalho é descartar toda interação entre a pessoa e seu meio, desprezando todos os aspectos pessoais (comportamentais e psicológicos) que influenciam na maneira como o trabalhador enxerga, vivencia e negocia com o contexto laboral onde passa grande parte do seu dia (ALMEIDA, 2013, p.91).

Um exemplo clássico a respeito da influência humana em seu ambiente de trabalho é o caso do assédio – tanto moral quanto sexual – que depende exclusivamente da conduta humana. Não existe trabalhador sem meio ambiente de trabalho e não há meio ambiente de trabalho sem trabalhador, mas ainda que houvesse, hipoteticamente, um meio ambiente de trabalho perfeito e sem trabalhadores, a partir do momento que fossem adicionados os fatores humanos, tal ambiente estaria sujeito às influências humanas.

Portanto, assim como o meio ambiente pode adoecer o trabalhador, é igual verdade que o trabalhador pode deixar seu ambiente de trabalho insalubre. Ainda conforme Victor Hugo de Almeida, a “noção de meio ambiente do trabalho, à luz desse princípio [da bidirecionalidade], deve considerar o trabalhador como parte constitutiva e inseparável do *locus* laboral (2013, p. 96).

Além de parte do seu ambiente de trabalho, é necessária também a compreensão de que o trabalhador possui seu papel fora dali. Embora o trabalho tenha grande importância na vida do ser humano, seu papel é de meio e não de fim – em uma sociedade capitalista o trabalho é o meio encontrado para ganhar dinheiro, e conseqüentemente alimentar-se, divertir-se e poder suprir necessidades e desfrutar de suas vontades.

Além de tais interações, há a interação entre diferentes ambientes, como o a Justiça (sistema jurídico) influencia aspectos internos da empresa, como os aspectos organizacionais, ou até mesmo interações em que aspectos arquiteturais influenciam a organização ou aspectos psicológicos, ou seja, diferentes dimensões de um mesmo ambiente exercendo influência mútua entre elas.

Tal fluxo contínuo de interferências entre ambientes ou até mesmo entre esferas diferentes do mesmo ambiente podem ser denominadas como o Princípio da Interdependência, conforme expõe Victor Hugo de Almeida:

O Princípio da Interdependência pressupõe a existência de uma interação entre as diversas dimensões ambientais (natural, artificial, cultural e do trabalho) e dos fatores inerentes a cada uma delas (sociais, econômicos, políticos, jurídicos, etc.), que dialogam entre si e influenciam tanto no meio ambiente do trabalho como na maneira em que o trabalhador enxerga, experimenta, negocia e dialoga com o meio em que ele se atua. Significa dizer que o trabalhador é influenciado tanto por aspectos de outras dimensões ou contextos ambientais, nas quais também se encontra ou não,

como por fatores macrossistêmicos, mediatos e mais distais (sociais, econômicos, políticos, jurídicos, etc.), que embora não sejam atributos imediatos do meio ambiente do trabalho, influenciam no seu equilíbrio, pois refletem na organização da atividade e nas políticas públicas que afetam o campo do trabalho (ALMEIDA, 2013, p. 97).

Portanto, ao analisar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho é sempre importante ter em mente que talvez tais riscos não são exclusivamente no trabalho e seus impactos também não serão apenas em aspectos laborais da vida do trabalhador.

Os riscos psicossociais podem ser justamente um conflito entre diferentes dimensões do mesmo ambiente, um desajuste entre esferas que pode gerar um desconforto psicológico no trabalhador. Entretanto, antes de apresentar os possíveis riscos e suas classificações é necessária uma apresentação prévia do conceito e entendimento doutrinário a respeito do tema.

Para Eric Sundstrom (1987), a relação entre meio ambiente de trabalho e satisfação individual do trabalhador, em geral, sofre considerável influência do ambiente físico laboral e suas características específicas, em razão da interdependência entre os aspectos físicos ambientais e os aspectos psicológicos do trabalhador, que interagem e se modificam constantemente. Por isso, parece ser impossível discutir as causas de adoecimento dos trabalhadores sem considerar a relação entre saúde e meio ambiente do trabalho, incluindo a inter-relação trabalhador-ambiente.

1.4 - Os riscos psicossociais no trabalho: Conceito

Os riscos psicossociais no trabalho são as condições de trabalho, principalmente no aspecto organizacional, que podem afetar a saúde das pessoas atingidas, principalmente psicologicamente. Segundo Liliana Guimarães, os riscos psicossociais no trabalho são

[...] aquelas características do trabalho que funcionam como ‘estressores’, ou seja, implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas. [...] podem também ser entendidos como as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho. (GUIMARÃES, 2006, p. 99)

Nota-se, portanto, que o entendimento de riscos psicossociais no trabalho vai além apenas das características de determinado ambiente de trabalho. Mais do que apenas a forma com que o trabalho é organizado, é necessária a atenção para o caráter subjetivo, a interação entre o trabalhador e seu ambiente de trabalho. Na mesma linha de pensamento posiciona-se o Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS). Para tal entidade

Os riscos psicossociais são condições de trabalho, derivadas da organização do trabalho, para as quais temos estudos científicos suficientes que demonstram que prejudicam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. PSICHO porque eles nos afetam através da psique (conjunto de atos e funções da mente) e SOCIAL porque sua origem é social: certas características da organização do trabalho. (ISTAS, 2006, p. 11)

Dessa forma, são visíveis dois polos em constante interação: de um lado existe o meio ambiente de trabalho, composto pelo conteúdo do trabalho e por seu aspecto organizacional. Do outro, vislumbram-se as habilidades, necessidades e circunstâncias pessoais de cada trabalhador, que, por meio de suas experiências e percepções resultará em uma interação, influenciando não só a saúde, mas também seu desempenho e sua satisfação no trabalho (BARUKI, 2015, p.35)

Segundo Luciana Veloso Baruki, o equilíbrio entre os dois polos previamente citados resulta em uma situação psicossocial no trabalho que influencia a saúde do trabalhador positivamente. Entretanto, nem todas as interações entre as condições do ambiente ocupacional e os fatores humanos são positivas – um desequilíbrio entre tais relações refletirá negativamente na saúde do trabalhador, bem como em sua satisfação no trabalho e em seu desempenho.

É em tais casos que podem aparecer distúrbios emocionais, problemas comportamentais, mudanças bioquímicas e neuro-hormonais, além de riscos adicionais de que o indivíduo venha a desenvolver doenças físicas e/ou mentais em um momento posterior. Podem-se esperar também efeitos adversos no desempenho, bem como na satisfação percebida com o trabalho. [...] o risco psicossocial aparece quando a natureza da interação social mediada pelo ambiente de trabalho é do tipo negativa. (BARUKI, 2015, p. 36)

Portanto, os fatores psicossociais no trabalho, principalmente os que tangem às interações humanas com seu ambiente são tão importantes quanto as características físicas de determinado ambiente (máquinas, posto de trabalho e equipamentos). Tais interações quando negativas diminuem a motivação do trabalhador e contribuem para o desenvolvimento de enfermidades como a Síndrome de *Burnout* e, não são apenas prejudiciais ao trabalhador – um trabalhador desmotivado ou doente prejudica a organização como um todo: diminuição da produção, absentismo e aumento de acidentes de trabalho são consequências negativas para o outro polo da relação de trabalho.

Os fatores psicossociais afetam o comportamento. Por exemplo, pessoas frustradas ou irritadas são muito mais passíveis de usar uma grande força mecânica desnecessária ao executar uma tarefa, ao invés de trabalhar

pacientemente de uma maneira mais fácil na execução da tarefa. Pessoas mais controladas podem utilizar esforço intelectual para encontrar formas mecanicamente mais fáceis de executar tarefas. Em tarefas repetitivas, a diferença pode ser o desenvolvimento de um fator de risco psicossocial no trabalho entre aqueles que fazem uma análise do momento de desenvolver maneiras ergonômicas corretas de executar a tarefa, e aqueles que não. Novas habilidades ou participação de decisões da organização podem ser fatores de risco psicossocial específicos que incluem as dimensões de controle no trabalho. (GUIMARÃES, 2006, p. 101)

Importante ressaltar que o termo “risco” é utilizado para referir-se a uma exposição que pode acarretar danos. Sendo assim, é necessário saber diferenciar os riscos de seus efeitos – danos à saúde física, mental e/ou social. Ainda quanto aos riscos, cabe destacar que o que faz com que um risco para a saúde seja psicossocial, não é a sua manifestação, mas sim a sua origem, logo, os riscos psicossociais “são definidos como os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelas condições de trabalho e por fatores organizacionais e relacionais” (COSTA, SANTOS, 2013, p. 43).

Ademais, os riscos psicossociais não derivam unicamente da percepção do trabalhador ou de impressões subjetivas dele. Ao contrário de outros riscos, “visíveis”, os riscos psicossociais podem estar presentes mesmo sem a percepção do trabalhador, segundo Daniel Alves (ALVES; RAMOS; FUGAS, 2015):

É importante ter em conta, contudo, que as percepções dos trabalhadores não são o único fator preditor do seu comportamento; os indivíduos podem não agir em conformidade com a forma como percebem a realidade. Além disso, as percepções de exposição nem sempre são um espelho fidedigno dos riscos (reais) intrínsecos ao local de trabalho porque: (i) Pode ocorrer um desajustamento entre a percepção e a realidade; (ii) Uma subavaliação vs. sobreavaliação dos riscos e dos potenciais efeitos negativos sobre a saúde; (iii) Existem riscos invisíveis e ilegíveis à percepção dos trabalhadores; outros já são considerados e ‘familiares’, devido a rotinas, automatismos, estratégias de regulação definidas com base na experiência de exposição ao risco; (iv) Os trabalhadores estabelecem diferentes limites de tolerância face aos riscos; (v) Quanto mais baixos forem os níveis de percepção de exposição ao risco, maior será a probabilidade dos trabalhadores sofrerem um acidente de trabalho ou desenvolverem doença profissional e tendem, também, a adotar menos comportamentos de prevenção (ALVES et al., 2015, p. 96).

Dada uma noção prévia do entendimento atual dos riscos psicossociais no trabalho, faz-se necessária a apresentação de como tais riscos são classificados atualmente.

1.5 Classificação dos Riscos Psicossociais no Trabalho de acordo com a OIT

Segundo Baruki (2015), os riscos psicossociais do trabalho eram divididos em quatro grupos: I) sobrecarga quantitativa; II) carga qualitativa insuficiente; III) falta de controle sobre o trabalho; IV) falta de apoio social em casa e por parte da chefia e dos colegas de trabalho. Entretanto, segundo a mesma autora, tal entendimento foi atualizado pela OIT, expandindo-se para seis grupos: I) sobrecarga quantitativa; II) carga qualitativa insuficiente; III) falta de controle sobre o trabalho; IV) estressores físicos; V) papéis/funções conflitantes; VI) falta de apoio social em casa e por parte da chefia e dos colegas de trabalho.

A **sobrecarga quantitativa** tem grande relação com as pressões impostas pela produção em massa e pelas políticas de metas. Trata-se de uma grande quantidade de trabalho a ser feito, muitas vezes de forma repetida – muito comum não apenas em linhas de produção, mas também em trabalhos realizados dentro de escritórios.

A **sobrecarga qualitativa insuficiente** diz respeito à variedade do trabalho executado, ou seja, se o trabalho realizado é limitado e/ou monótono. Em tais situações o trabalhador não é estimulado a usar sua criatividade ou a solucionar problemas. Além disso, enquadra-se nessa situação trabalhos em que a interação social do trabalhador é altamente limitada (BARUKI, 2015, p. 38).

Tal falta de estímulo vem aumentando com a automação das linhas de produção, onde os trabalhadores utilizam de maquinário limitado e computadores. Embora inicialmente a “falta de problemas” possa parecer uma situação proveitosa, a falta de diversidade na rotina do trabalhador é uma situação a ser combatida, devido aos impactos negativos que tal rotina pode oferecer à psique do trabalhador.

Os **estressores físicos** são os fatores que possuem poder para afetar o trabalhador física e quimicamente. Segundo Luciana Veloso Baruki:

[...] é possível a ocorrência de efeitos secundários psicossociais cuja origem resida no contato com substâncias que produzem cheiros, luzes brilhantes, extremos de temperatura, ruído ou umidade, dentre outros. Esses efeitos também podem resultar do fato de o trabalhador estar consciente, suspeitar ou simplesmente temer a possibilidade de estar exposto a perigos químicos que possam comprometer a sua vida de forma direta (adoecimento) ou indireta (provocando acidentes). (2015, p. 39)

O **conflito de papéis e funções** ocorre devidos aos variados papéis que um indivíduo possui, tanto dentro como fora da empresa. Não são raras as situações em que um chefe também é subordinado a outra pessoa, ou até mesmo situações fora do trabalho, como ser pai, mãe ou membro de sindicato. Tais funções exercidas podem eventualmente gerar um conflito, como

ter que faltar ao trabalho devido à doença de um filho ou, no caso de conflitos internos, um trabalhador pode encontrar um dilema de lealdade entre seus superiores hierárquicos e seus colegas de trabalho.

Quanto à **falta de controle sobre a situação**, tal quadro ocorre quando não é o trabalhador quem decide o que fazer, quando fazer e como fazer. Segundo Luciana Veloso Baruki (2015), tal situação instala-se em relação aos calendários e métodos de trabalho, quando o trabalhador não tem qualquer tipo de influência sobre as decisões tomadas. Ou ainda quando o padrão de trabalho não é evidente, gerando incertezas sobre como deve ser realizado.

No mesmo sentido corroboraram os estudos de Rejane Galvin (2015), sustentando que o controle sobre o trabalho executado colabora para a satisfação do trabalhador e conseqüentemente previne a depressão.

O controle sobre o trabalho exercido esteve associado à depressão como fator de proteção para a sintomatologia depressiva [...] O alto controle sobre o trabalho executado ajuda a aumentar os níveis de satisfação no trabalho e propicia oportunidades de se envolver em tarefas desafiadoras, incrementando o repertório de habilidades do trabalhador. Segundo a hipótese do efeito protetor, um nível alto de controle sobre o trabalho executado impediria que a demanda psicológica aumentasse o risco de adoecimento. (GALVIN, 2015, p.7).

A **falta de apoio social** em casa e por parte da chefia e dos colegas de trabalho são, como o próprio nome diz, aquelas situações que o trabalhador passa em seu ambiente de trabalho que demandam certo apoio de seus familiares - ou determinadas situações familiares que necessitam de certa compreensão no ambiente de trabalho. Nos casos em que há um desequilíbrio, ou uma deficiência nesse esquema de solidariedade, ocorre uma interação negativa, ocasionando um desequilíbrio psicossocial do indivíduo.

Em estudo realizado por Rejane Galvin (2015, p. 7) o apoio social foi considerado fator relevante para a proteção do trabalhador quanto ao desenvolvimento de depressão.

A dimensão apoio social no trabalho associada à depressão evidenciou que essa característica laboral confere proteção para a sintomatologia depressiva, sendo que as chances de apresentar depressão diminuem à medida que aumenta o escore de apoio social para a amostra em questão. O apoio social manteve o nível de significância estatística na análise múltipla, sendo que o Odds Ratio aumentou no modelo com múltiplas variáveis. Esse achado afirma que, ao ser analisado em conjunto, o apoio social constitui-se em uma característica psicossocial do modelo de estresse com relevada importância para o desenvolvimento de depressão, entre os trabalhadores estudados (GALVIN, 2015, *online*)

Tais classificações apresentadas, tem seu fundamento no capítulo “Fatores Psicossociais, Estresse e Saúde” da Enciclopédia da Saúde e Segurança no Trabalho da OIT, escrito por Lennart Levi (1998). Entretanto, são diversas as classificações apresentadas pelos mais variados órgãos internacionais de proteção à saúde mental do trabalhador.

1.6 Classificação de acordo com o ISTAS

A classificação feita pelo Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS, 2006) apresenta apenas quatro divisões: I) excesso de exigências psicológicas no trabalho; II) falta de influência no desenvolvimento do trabalho; III) falta de suporte social e baixa qualidade da liderança; IV) baixa remuneração do trabalho.

Excesso de exigências psicológicas no trabalho: pode ocorrer de diversas formas, como, por exemplo, em casos em que há um excesso de demandas, uma pressão por produções aceleradas ou por tomadas rápidas de decisões, causando uma exaustão mental do trabalhador.

Falta de influência e de autonomia no desenvolvimento do trabalho: ocorrem em situações em que o empregado não possui autonomia para escolher as formas com que executará suas atividades, quando poderá realizar sua pausa ou ainda, quando o trabalho executado não oferece oportunidades para que o trabalhador empregue as suas habilidades em suas tarefas.

Falta de suporte social e baixa qualidade da liderança: são aquelas situações em que o empregado deve executar as suas funções sem suporte interno da empresa. Ocorre em situações em que o trabalhador deve trabalhar sozinho, sem apoio de seus superiores hierárquicos ou de colegas, sem ser instruído devidamente.

Pouca compensação do trabalho: fruto da baixa segurança contratual, o trabalhador recebe um tratamento injusto, desrespeitoso, seu trabalho não é reconhecido – seja por meio de baixos salários ou por meio de condutas de seus superiores. A troca constante de postos contra a vontade do trabalhador também se enquadra nesta categoria

[...] na vida real, as condições enfrentadas no trabalho ou fora dele geralmente envolvem uma combinação de exposições variadas (tempo e intensidade) a riscos psicossociais diversos, conforme demonstram as sete categorias que não são excludentes entre si. ‘A gota que faz o vaso transbordar pode ser decorrente de um fator bastante trivial, mas incidente sobre um indivíduo que já suporta uma carga ambiental anterior considerável’. (BARUKI, 2015, p. 39)

Dessa forma, as possibilidades existentes dentro do meio ambiente de trabalho são inúmeras, podendo o trabalhador ser exposto a riscos sinergicamente associados, ressaltando a importância da necessidade de prevenir a existência dos riscos psicossociais no trabalho.

Apesar da relevância da classificação proposta pelo ISTAS, a presente pesquisa filia-se ao entendimento da OIT, pela completude da classificação apresentada e pela importância do órgão, que possui influência em nível global.

1.7 - Os Riscos Psicossociais de acordo com o INSS

Em meio ao estudo do conceito e das classificações dos riscos psicossociais no trabalho, é necessário também apresentar o entendimento do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) sobre o tema, o qual ocorre através de Instrução Normativa.

A Instrução Normativa n. 98, de 5 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003), trata da atualização clínica das lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), ou seja, os riscos psicossociais são trabalhados em um contexto de lesões físicas, e não como possíveis desencadeadores de transtornos mentais e comportamentais.

Segundo a referida Instrução Normativa, as crescentes demandas do mercado fazem com que o ritmo de produção em determinados setores suba, (sobrecarga quantitativa, conforme classificação da OIT previamente apresentada) tornando o trabalhador suscetível ao adoecimento:

A alta prevalência das LER/DORT tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas. Estas têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades, particularmente a qualidade dos produtos e serviços e competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais (BRASIL, 2003).

Ainda de acordo com a Instrução Normativa n. 98, o problema do adoecimento dos trabalhadores se deve a aspectos organizacionais, ou seja, a empresa prefere que o trabalhador se adeque às mudanças propostas do que reformular sua forma de produção para que o trabalhador possa ter um ambiente de trabalho mais confortável e menos insalubre:

Há uma exigência de adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, com intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos, impossibilitando qualquer manifestação de criatividade e flexibilidade, execução de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade

de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, exigência de informações específicas, atenção para não errar e submissão a monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto (BRASIL, 2003).

Embora seja uma Instrução Normativa voltada a lesões físicas como LER/DORT, é inegável sua importância sob o ponto de vista dos riscos psicossociais, já que durante a elaboração da presente pesquisa não foi encontrada nenhuma outra referência aos riscos psicossociais no ordenamento jurídico brasileiro. Dessa forma, apesar de fora do contexto desejado, ainda se torna útil a análise do entendimento do INSS sobre os riscos psicossociais.

O desenvolvimento das LER/DORT é multicausal, sendo importante analisar os fatores de risco envolvidos direta ou indiretamente. A expressão "fator de risco" designa, de maneira geral, os fatores do trabalho relacionados com as LER/DORT. Os fatores foram estabelecidos na maior parte dos casos, por meio de observações empíricas e depois confirmados com estudos epidemiológicos.

Os fatores de risco não são independentes. Na prática, há a interação destes fatores nos locais de trabalho. Na identificação dos fatores de risco, deve-se integrar as diversas informações.

[...]

Os grupos de fatores de risco das LER podem ser relacionados com:

[...]

h) os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho. Os fatores psicossociais do trabalho são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho. Como exemplo de fatores psicossociais podemos citar: considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho. A “percepção” psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho (BRASIL, 2003).

Ou seja, de acordo com o INSS os riscos psicossociais são “as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho” (BRASIL, 2003). Embora seja uma conceituação muito próxima à trazida até o presente momento na pesquisa, torna-se uma definição frágil sob a perspectiva labor-ambiental, já que considera o trabalhador como algo passivo, sem influência no seu ambiente de trabalho. Desse modo, ao considerar que os riscos são percepções subjetivas o legislador desconsiderou os princípios da bidirecionalidade e da interdependência (ALMEIDA, 2013) já elencados e introduzidos no início deste capítulo.

A Instrução Normativa n. 98 do INSS, também traz em sua redação a atenção que os aspectos organizacionais do meio ambiente do trabalho devem receber:

Um programa de prevenção das LER/DORT em uma empresa inicia-se pela criteriosa identificação dos fatores de risco presentes na situação de trabalho. Deve ser analisado o modo como as tarefas são realizadas, especialmente as que envolvem movimentos repetitivos, movimentos bruscos, uso de força, posições forçadas e por tempo prolongado. Aspectos organizacionais do trabalho e psicossociais devem ser especialmente focalizados (BRASIL, 2003).

Mais uma vez é importante esclarecer que tal norma do INSS embora se refira aos riscos psicossociais, versa sobre doenças osteomusculares. Portanto, em que pese o reconhecimento estatal dos riscos psicossociais, até o presente momento não foram encontrados materiais de órgãos relacionados ao governo que liguem tais riscos no meio ambiente do trabalho ao adoecimento mental do trabalhador.

1.8 - A relação entre trabalho e doença

É inquestionável a interferência do trabalho na saúde mental do trabalhador, tanto positiva quanto negativamente: os múltiplos ambientes que atuam sobre o ser humano de maneira sucessiva ou paralela se expõem a interinfluências. Isso quer dizer que a degeneração de um “círculo” repercute nos demais, afetando as relações interpessoais contidas dentro deles. Um ambiente familiar deteriorado pode ser devastador para o ambiente de trabalho, bem como um ambiente de trabalho desequilibrado influenciará a vida familiar de determinado trabalhador (DUARTE, ALMEIDA, 2015, p. 8)

Estudos de alta qualidade foram realizados, mostrando que os riscos psicossociais e o estresse relacionado ao trabalho precedem o início da depressão. Dada a carga desta doença, não é surpreendente que a maioria dos estudos sobre riscos psicossociais, estresse relacionado ao trabalho e problemas de saúde tenham examinado sua ligação com a depressão. Um grande número de estudos descobriu que problemas de saúde mental e depressão estão associados à carga de trabalho (incluindo longas jornadas de trabalho e altas demandas físicas, psicológicas ou emocionais), baixa latitude de decisão, baixo apoio, desequilíbrio entre esforço e recompensa, insegurança no emprego e reestruturação organizacional.

Outros fatores psicossociais associados à depressão incluem desequilíbrio entre trabalho e vida comprometida, insatisfação no trabalho, conflito de papéis, relacionamentos ruins no trabalho, excesso de comprometimento, baixos salários, foco no desenvolvimento de carreira e falta de justiça no trabalho. Vários estudos também descobriram que a exposição ao bullying ou assédio moral são fatores de risco para sintomas depressivos e ansiedade. [...], o gênero também representa um determinante crítico dos transtornos mentais, como depressão, ansiedade e queixas somáticas. Os fatores de risco específicos de gênero para transtornos mentais comuns que afetam desproporcionalmente as mulheres incluem violência baseada no gênero, desvantagem socioeconômica, baixa renda e desigualdade de renda, status

social e hierarquia baixos ou subordinados e responsabilidade incessante pelo cuidado de outros (ILO, 2016, *online*, tradução nossa).

No mesmo sentido é o posicionamento de Christophe Dejours, que afirma que um meio ambiente de trabalho comprometido pode trazer consequências negativas para a psique do trabalhador, principalmente quando este não tem controle sobre a execução de seu trabalho, nas palavras do autor, "o defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas" (DEJOURS, 1992).

Estudo realizado em uma agência do INSS com trabalhadores requerentes de auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais levantou dados sobre a convivência de tais trabalhadores com os riscos psicossociais. Os fatores psicossociais elencados majoritariamente foram: a percepção de executar um trabalho de alta exigência, ou seja, com alta demanda e baixo controle (56,5%); haver baixo apoio social (52,7%); situação de desequilíbrio esforço-recompensa, ou seja, alto esforço e baixa recompensa (55,7%); e o alto excesso de comprometimento (87,0%) (SILVA JÚNIOR, 2015, p. 741).

Quando há situação de alta exigência com baixo apoio social, há um aumento da probabilidade de longo absenteísmo-doença por transtornos mentais quando comparado a outros agravos.

O desequilíbrio esforço-recompensa é descrito como associado ao absenteísmo de longa duração e o elevado excesso de comprometimento é fator de risco tanto para depressão, quanto para a incapacidade laborativa (SILVA-JUNIOR, 2015, p. 741).

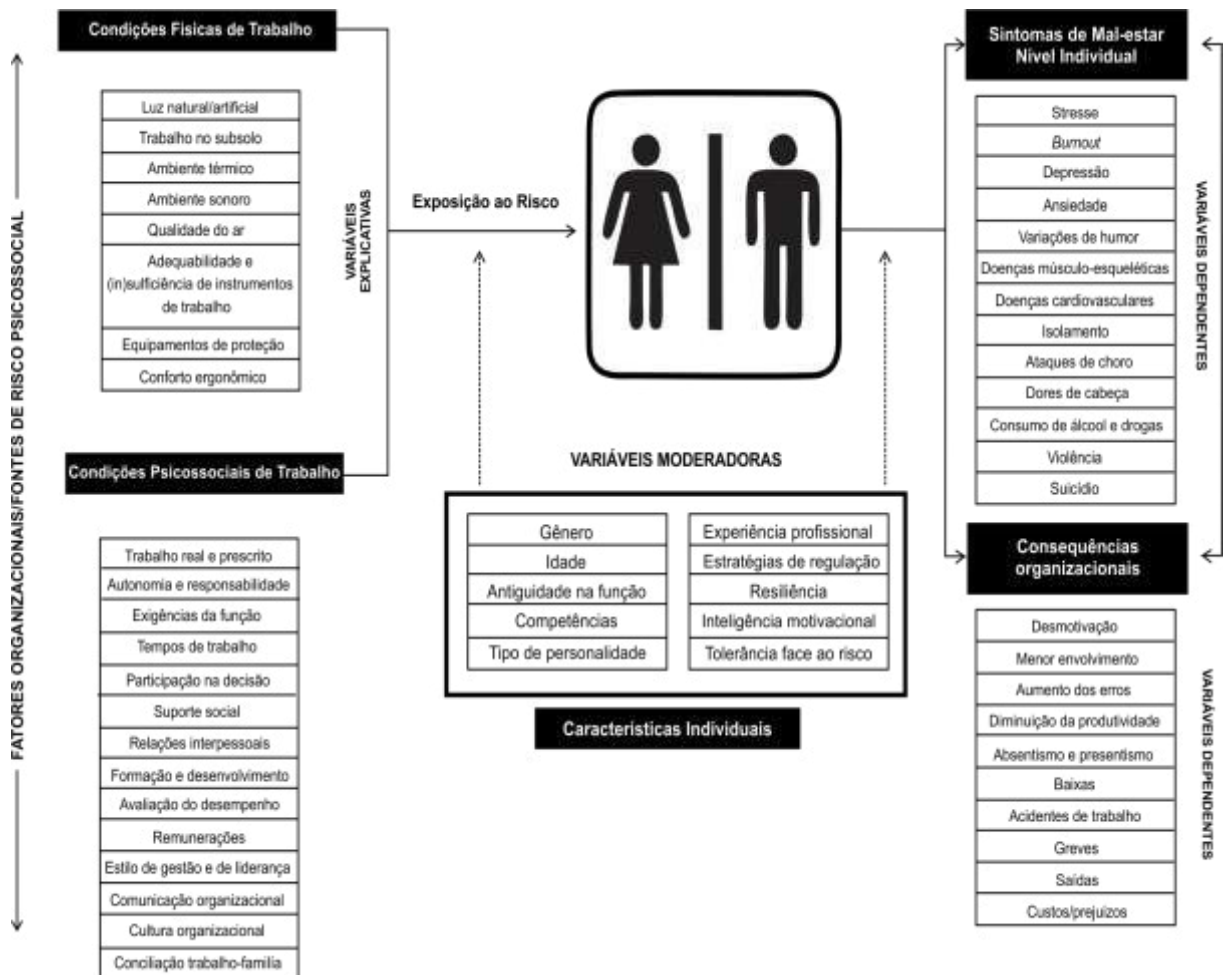
Sendo assim, apesar do pouco número de estudos na área dos riscos psicossociais, já é possível observar o nexos causal sendo estabelecido entre tais riscos e o adoecimento mental do trabalhador. Segundo Daniel Alves (ALVES, RAMOS; FUGAS, 2015), não há uma ligação causa-efeito simples e direta entre a exposição aos riscos psicossociais e o adoecimento do trabalhador, segundo tais autores, os riscos são:

- a) Moderados pelas características dos trabalhadores (e.g., sexo, idade, antiguidade na empresa e na função, experiência profissional, função exercida, habilitações escolares, tipo de personalidade, inteligência emocional, estratégias de coping, entre outras)
- b) Mediados por variáveis como a satisfação profissional, o desempenho, a motivação e o envolvimento organizacional. Este pressuposto sugere que, no plano estatístico, seja testado o efeito combinado de fatores organizacionais e individuais na explicação da frequência de sintomas de mal-estar, acidentes de trabalho, absentismo e baixas. (ALVES, RAMOS; FUGAS, 2015, p. 85).

Ademais, os riscos psicossociais, conforme já dito anteriormente, interagem entre si e influenciam-se mutuamente. Tal rede de interações aumenta o risco “total” ao qual o trabalhador está exposto, podendo inclusive aumentar os efeitos negativos do trabalho sobre a saúde. Além disso, segundo Daniel Alves, trabalhadores com características pessoais semelhantes (como gênero, função e idade) podem responder aos riscos a que são expostos, de maneira distinta e inesperada.

Para ilustrar o exposto acima, os autores trazem em seu trabalho uma figura explicativa, que se encontra abaixo:

Figura 1: Fatores de risco, características dos trabalhadores e sintomas de mal-estar.



Fonte: ALVES *et al*, 2015, p. 86.

Em estudo publicado em 2017, o Ministério da Fazenda alerta para os riscos psicossociais no trabalho e as suas consequências além do adoecimento mental:

É essencial ter em mente que os riscos psicossociais e os transtornos mentais e comportamentais não se encerram no adoecimento psicológico do indivíduo, mas podem ter repercussões ainda mais drásticas. [...] uma saúde mental acometida é negativamente relacionada a práticas de trabalho seguras, aumentando a probabilidade de acidentes típicos no local de trabalho. A organização indica, ainda, que o adoecimento mental aumenta os riscos de surgimento de diversos agravos, como eventos cardiovasculares e distúrbios musculoesqueléticos (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

Desse modo, é relevante a observação de que os riscos psicossociais não limitam seus impactos à saúde mental do trabalhador, já que um trabalhador mentalmente enfermo está mais propenso a sofrer acidentes típicos em seu local de trabalho, além de ter mais chances de sofrer de distúrbios em seu sistema cardiovascular.

Embora o foco da presente pesquisa seja o adoecimento mental do trabalhador, é relevante salientar que os riscos psicossociais impactam diretamente em outras áreas da saúde humana. Problemas cardiovasculares são a maior causa de morte mundialmente e, segundo a OIT, o stress no trabalho aumenta em 50% as chances de uma pessoa sofrer de problemas cardiovasculares (ILO, 2016, p. 6).

1.9 – Transtornos mentais relacionados ao meio ambiente do trabalho

Embora sejam diversos os transtornos mentais que possam acometer a saúde do trabalhador, alguns apresentam a incidência muito baixa ou seunexo causal com o trabalho é muito abstrato, de modo que a pesquisa abordará apenas dois transtornos: a depressão e a Síndrome de *Burnout* por questões de incidência populacional e semântica, respectivamente.

Conforme será melhor exposto em seu próprio tópico, a depressão é o transtorno mental com maior incidência na população mundial, sendo uma das doenças mais incapacitantes para o trabalho. Dessa forma, abordar tal distúrbio é de extrema relevância para o presente estudo, já que os impactos de tal transtorno transcendem as barreiras da saúde, atingindo a previdência social e os cofres públicos.

Quanto à Síndrome de *Burnout*, sua relevância está contida na origem da doença: conforme será exposto adiante, a Síndrome de *Burnout* é conhecida também como a Síndrome do Esgotamento Profissional, ou seja, sua nomenclatura foi dada justamente com base em sua origem: o trabalho. Dessa forma, considerando que o *Burnout* é um transtorno com origem exclusiva no trabalho, sua abordagem não poderia ser desprezada.

1.9.1 Depressão

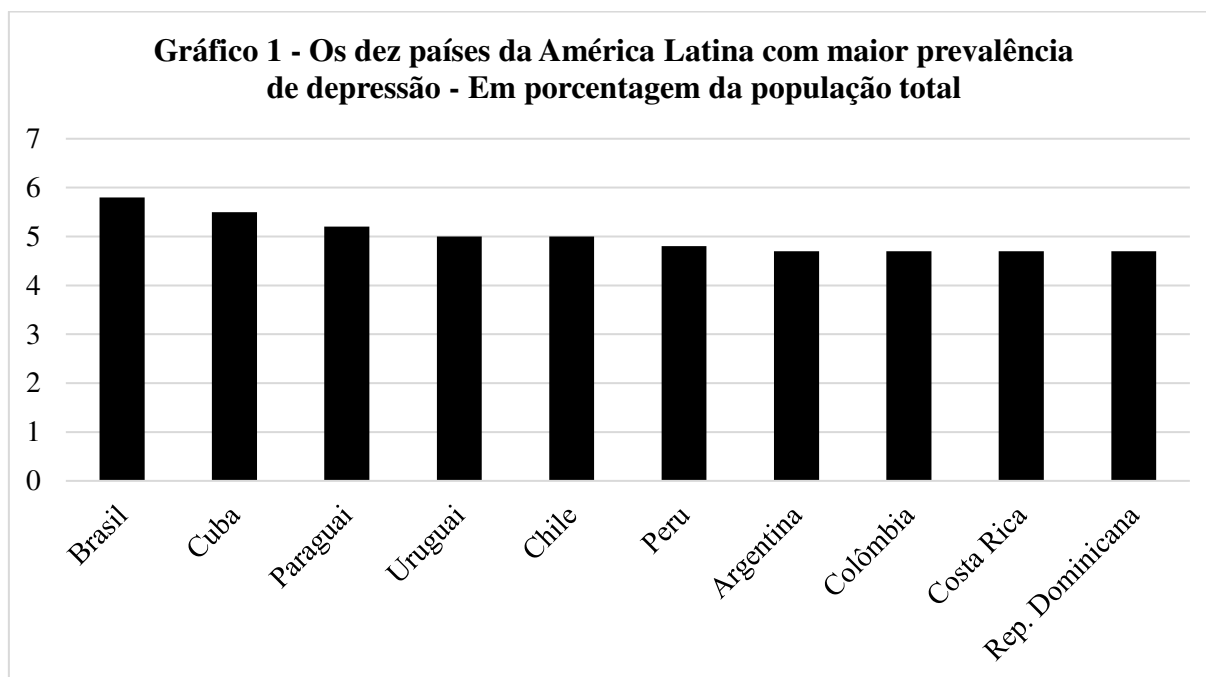
Segundo o Ministério da Fazenda (2001, p. 178) a depressão caracteriza-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. A pessoa se queixa de dificuldade de concentração, pode apresentar baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos suicidas. O sono encontra-se frequentemente perturbado, geralmente por insônia terminal. Há a queixa de diminuição do apetite, geralmente com perda de peso sensível. Sintomas de ansiedade são muito frequentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Pode haver lentificação do pensamento. Os episódios depressivos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 178)

Estimativas indicam que quatro em cada dez pessoas têm depressão mundialmente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013 haviam 11,2 milhões de pessoas com depressão no Brasil (IBGE, 2014, *online*). Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão ocupa o segundo lugar dentre as doenças que causam incapacidade no trabalho, e a estimativa é que até 2020 esteja em primeiro lugar. Adicionalmente, a OMS afirma que a média de faltas no trabalho de uma pessoa com depressão é de sete dias por mês, enquanto a média geral é uma vez por mês (LUCENA, 2014, *online*).

Segundo relatório publicado pela OMS em 2017, a depressão é a maior causa de morte por suicídio, quase atingindo a marca de 800.000 mortes anuais mundialmente e 11.000 mortes anuais no Brasil (WHO, 2017a, p. 14). Segundo a pesquisa, o suicídio foi a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade. Ainda segundo o mesmo estudo, 4,4% da população mundial tinha depressão em 2015, um número aproximado de 332 milhões de pessoas (WHO, 2017a, p. 5).

A ligação entre o suicídio e os transtornos mentais (em particular, depressão e transtornos associados ao abuso de substâncias) está bem estabelecida. Frequentemente, vários fatores de risco agem cumulativamente para aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida, incluindo aqueles no nível do indivíduo (por exemplo, tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais, uso nocivo de álcool ou drogas, perda financeira, dor crônica e histórico familiar de suicídio). No entanto, as intenções de suicídio também podem surgir devido a riscos psicossociais associados a crises legais, discriminação, isolamento, relacionamentos conflitantes, abuso físico ou psicológico e problemas acadêmicos ou relacionados ao trabalho. (ILO, 2016, *online*, tradução nossa).

Segundo o mesmo estudo, entre 2005 e 2015 houve um aumento mundial da população com depressão em 18,4% (WHO, 2017a, *online*).



Fonte: WHO, 2017a, *online*.

Segundo o relatório publicado em 2017, o Brasil é o país da América Latina com maior prevalência de depressão em sua população – aproximadamente 5,8% da população total, correspondendo a um total de casos no valor de 11.548.577 (WHO, 2017a, *online*).

Estudos realizados pelo (IBGE) foi estimado que 7,6% dos brasileiros acima de 18 anos receberam diagnóstico de depressão por profissional da saúde mental (IBGE, 2014, *online*). Tal estudo, a maior prevalência da doença é na área urbana (8%) em relação a área rural (5,6%), também constatou maior prevalência no sexo feminino, 10,9% contra 3,9% no sexo masculino. Adicionalmente, trouxe a informação de que a prevalência é maior nos extremos da educação: pessoas com ensino superior completo e pessoas sem instrução ou ensino fundamental incompleto possuíam índices acima da média nacional, 8,7% e 8,6% respectivamente (IBGE, 2014, *online*).

Estudo também realizado pelo IBGE constatou que a prevalência de depressão em pessoas ocupadas era de 6,2%; para as desocupadas era de 7,5% e para as fora da força de trabalho era de 10,2% (IBGE, 2016, *online*). Entretanto, a pesquisa não é muito clara quanto às definições de pessoa ocupada, pessoa desocupada e pessoa fora da força de trabalho:

Pessoa fora da força de trabalho: Pessoa que não é classificada como ocupada nem como desocupada na semana de referência da pesquisa, mas encontra-se em idade de trabalhar.

Pessoa na força de trabalho: Pessoa classificada como ocupada ou desocupada na semana de referência da pesquisa.

Pessoa não ocupada: Pessoa que não é classificada como ocupada na semana de referência da pesquisa.

Pessoa ocupada: Pessoa que tem trabalho durante toda ou parte da semana de referência da pesquisa, inclusive a pessoa que não exerceu o trabalho remunerado que tem nessa semana por motivo de férias, licença, greve etc. (IBGE, 2016, *online*)

Em busca complementar no endereço eletrônico do IBGE, a seguinte interpretação foi dada: pessoa ocupada é aquela que trabalhou na semana da pesquisa ou que não trabalhou por motivos como licença ou férias (exemplo: pessoa empregada). Pessoa desocupada é aquela que tinha disposição para trabalhar naquela semana, vem tentando trabalhar nos últimos trinta dias, mas naquela semana não conseguiu trabalho (exemplo: desempregados em busca de emprego). Já a pessoa fora da força de trabalho é aquela que não trabalhou nem queria ou tinha disposição para trabalhar naquela semana (exemplo: desempregado que não está buscando emprego ou aposentados).

Sendo assim, conforme a pesquisa feita pelo IBGE (2016) o trabalho exerce importante papel na saúde mental do ser humano. Portanto, não apenas fonte de doenças e infortúnios, ao apontar que a população ocupada sofre menos de depressão, o IBGE demonstra que sob certo ponto de vista o trabalho faz bem ao homem. Ao contrário das outras espécies de animais o homem criou dentro de si o sentimento de necessidade de utilidade. Justamente por isso um dos riscos psicossociais elencados é a carga qualitativa insuficiente do seu trabalho, a sensação de ser útil faz bem ao ser humano, nesse sentido destaca Gabriela Cavalheiro:

Trabalho pode ser entendido como fonte de prazer e realização; representa o que de mais humano existe no homem, a capacidade de expressar sua “marca essencial” – a subjetividade –, fator fundamental ao equilíbrio e desenvolvimento humano (CAVALHEIRO, TOLFO, 2011, p. 242).

Ainda sobre a depressão, uma pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) revela que 48,8% dos trabalhadores que se afastam por mais de 15 dias do trabalho sofrem com algum transtorno mental, sendo a depressão o principal deles (IZAC, 2008, *online*).

Segundo Ana Maria Benevides Pereira, a depressão é diferente da síndrome de *burnout*, pois há uma maior entrega à letargia, aos sentimentos de derrota e de culpa, enquanto no

Burnout há a prevalência dos sentimentos de tristeza e desapontamento e ele sempre será causado pelo trabalho (PEREIRA, 2002, p. 47).

A Resolução DC (Diretoria Colegiada) n. 10 de 23 de dezembro de 1999, do INSS, no Protocolo de procedimentos médico-periciais n. 5 VII, tópico doença “episódios depressivos relacionados com o trabalho”, seção I, item I define a depressão como:

Humor deprimido, perda do interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída, sendo comum uma sensação de cansaço acentuado após esforços leves. Também podem estar presentes uma redução da concentração e atenção; da autoestima e autoconfiança; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos auto lesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído. Manifestações atípicas são relativamente comuns, fazendo com que em alguns casos, surjam ansiedade, angústia, e agitação motora (INSS, 1999, *online*).

Uma duração dos sintomas de pelo menos duas semanas é usualmente requerida para o diagnóstico, mas períodos mais curtos podem ocorrer se os sintomas são muito graves e de início rápido. Os sintomas listados pelo Protocolo de procedimentos médicos do INSS são: significativa perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis; falta de reações emocionais a eventos ou atividades que normalmente produzem uma resposta emocional; levantar pela manhã 2 horas ou mais antes do horário usual; depressão pior pela manhã; evidência objetiva de retardo ou agitação psicomotora marcante (observado ou relatado por outras pessoas); marcante perda de apetite; perda de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês) e marcante perda da libido.

Ainda no referido Protocolo, há a classificação da doença em cinco níveis, desde o nível 1, onde não se nota deficiência¹ ou disfunção², ao nível 5, em que ocorre disfunção ou deficiência extremas: os níveis de deficiência impedem *totalmente* as funções sociais úteis, entendendo-se como funções sociais úteis as atividades da vida diária, o exercício das funções sociais, a concentração, a persistência, o ritmo e, por fim, a deterioração ou descompensação do trabalho.

¹ O termo “deficiência”, na Resolução mencionada, é considerado como redução permanente e irreversível em grau variado de uma função ou sistema que não impede a execução de atos funcionais.

² O termo “disfunção”, na Resolução mencionada, é considerado como qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, podendo ser temporária ou permanente, não contribuindo necessariamente para a execução de atos funcionais.

Também a depressão é um tipo de doença que está, quase sempre, relacionada às comorbidades, uma vez que o depressivo, muitas vezes, abusa do álcool, gerando um quadro de alcoolismo crônico, desenvolve problemas cardíacos, diabetes, etc., estando ligada com outras doenças psíquicas constantes do grupo do anexo II, tais como estresse pós-traumático e síndrome de *burn-out* (THOME, 2009, p. 100).

Algo grave e relevante sobre a depressão é o preconceito sofrido pelas pessoas acometidas por tal doença. Assim como qualquer outra doença psíquica, a depressão possui difícil diagnóstico e pode ser considerada uma doença “invisível”. Sendo assim, tal enfermidade é considerada muitas vezes pelos leigos como “frescura”. Em outros casos, mesmo com o diagnóstico correto, há o preconceito no sentido de considerar as pessoas depressivas como fracas ou indignas de reconhecimento.

Em 1952 a Associação Americana de Psiquiatria elaborou um manual classificando diversos transtornos mentais, conhecido pela sigla DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Com base nessa classificação a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) os transtornos mentais como entidades mórbidas.

Atualmente, a CID-10 traz os transtornos mentais e comportamentais em seu Capítulo V, compreendidas as espécies entre os códigos F00 – F99. A depressão, especificamente, encontra-se classificada como transtorno de humor, tendo suas modalidades dispostas nos códigos F30 – F39.

A caracterização da depressão é feita por meio da análise dos seus sintomas característicos. Para tanto, é necessário que se tenha o conhecimento dos elementos presentes na descrição dos episódios depressivos (F32), vez que esse é utilizado preponderantemente pela legislação previdenciária (MIRANDA; NETO; CAVALCANTE, 2012, p. 1415).

O Ministério da Fazenda disponibiliza em seu site a quantidade de auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos em determinado período de tempo segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Tais dados serão utilizados no próximo capítulo para a elaboração de gráficos com o intuito de analisar as estatísticas da concessão de benefícios previdenciários.

Conforme apresentado no início do presente capítulo, abandonou-se o modelo de uma sociedade disciplinar para a adoção de um modelo de sociedade de desempenho, onde o trabalhador não é mais necessariamente submetido a um vigia, ao controle de outra pessoa, mas

passa a ser controlado por forças invisíveis – metas, cotas, dentre outros nomes utilizados para tornar o trabalhador seu próprio vigilante.

Ela [a depressão] irrompe no momento em que o sujeito de desempenho não pode mais *poder*. Ela é o princípio de um *cansaço de fazer e de poder*. A lamúria do indivíduo depressivo de que *nada é possível* só se tornar possível numa sociedade que crê que *nada é impossível*. Não-mais-poder-poder leva a uma autoacusação destrutiva e a uma autoagressão. O sujeito de desempenho encontra-se e guerra consigo mesmo. O depressivo é o inválido dessa guerra internalizada. A depressão é o adoecimento de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade. Reflete aquela humanidade que está em guerra consigo mesma (BYUNG-CHUL, 2015, p. 29).

Sendo assim, nota-se que a sociedade de desempenho produz um trabalhador que muitas vezes explora a si mesmo, de modo que o adoecimento mental do trabalhador é uma manifestação patológica de uma liberdade paradoxal.

1.9.2 Síndrome de Burnout

O *Burnout* tem sua origem em um estresse crônico, em uma tensão permanente, que cria uma sensação de “queima interna”, no sentido de esgotamento de energias. Para o português tal expressão foi traduzida como “síndrome do esgotamento profissional”, embora o emprego da expressão em inglês ocorra em nossa legislação.³

Para a OIT, Burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental, resultado do envolvimento a longo prazo em situações de trabalho emocionalmente exigentes. A Síndrome de Burnout pode ser descrita como uma resposta prolongada à exposição crônica a riscos psicossociais emocionais e interpessoais no trabalho. É caracterizada por exaustão emocional, cinismo (negativo, atitudes desumanizadas e insensíveis em relação às pessoas que são os destinatários de seus serviços), despersonalização, falta de envolvimento no trabalho, baixo nível de realização pessoal e ineficiência. O burnout pode ocorrer quando há uma desconexão entre a organização e o indivíduo no que diz respeito às principais áreas da vida profissional: valores, justiça, comunidade, recompensa, controle, e carga de trabalho (ILO, 2016, p.7).

Para a literatura médica, o *Burnout* é um estado de estresse crônico, ou seja, o organismo humano reage aos primeiros sintomas prejudiciais e busca meios de combate ou compensação, mas, quando em certos casos, não oferece a resistência necessária, cronifica-se o estresse, tornando-o uma síndrome que poderá desembocar em doenças físicas, psicossomáticas, psíquicas (depressão) ou sociais (psicopatias). (MINARDI, 2010, p. 144)

³ A Lei n. 3.048/99 utiliza em sua redação o termo em inglês e em português.

O *Burnout*, embora seja originado no estresse, não pode ser confundido com tal, visto que o estresse não é algo incomum no ambiente de trabalho, podendo ser fruto de uma adaptação e ser passageiro. Por outro lado, o *Burnout* é um estágio avançado do estresse, incompatível algo passageiro ou corriqueiro. Ele traz consigo o esgotamento das forças do trabalhador e, ao contrário do estresse, não há mais vontade de combatê-lo.

De acordo com o “Manual de Procedimentos para os serviços de saúde”, editado pelo Ministério da Saúde, o *Burnout* pode ser identificado mediante os seguintes sintomas:

História de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão;
Sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo (exaustão emocional);
Queixa de reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente (despersonalização);
Queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho. Geralmente estão presentes sintomas inespecíficos associados, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 192).

Doutrina especializada nos informa que a maior ocorrência dessa Síndrome está entre os trabalhadores mais jovens, sendo mais prevalente entre aqueles que ainda não atingiram os 30 anos de idade; e é comumente atribuída à falta de experiência, que gera insegurança ou até mesmo um choque de realidade no momento em que o trabalhador percebe que tal atividade não garantirá a realização de seus anseios (TRINDADE, LAUTERT, 2012, p. 63). Tal idealização, comum entre trabalhadores jovens, cria altas expectativas quanto ao próprio futuro, que muitas vezes não serão concretizadas. Logo, quando um trabalhador com altas expectativas é exposto a um ambiente de trabalho hostil, sua vulnerabilidade ao *Burnout* aumenta.

Com a finalidade de uma melhor compreensão, apresenta-se a seguir o Quadro Sintomatológico da Síndrome de *Burnout* (Quadro 1), proposto por Rúbia Zanotelli de Alvarenga (2012, p. 961):

Quadro 1 - Sintomatologia do Burnout.

Aspectos Físicos	Aspectos Comportamentais
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbios do sono	Irritabilidade
Cefaleias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças
Imunodeficiências	Perda de iniciativa
Transtornos cardiovasculares	Aumento no consumo de substâncias
Distúrbios respiratórios	Comportamento de alto risco
Disfunções sexuais	Suicídio
Alterações menstruais	
Aspectos Psíquicos	Aspectos Defensivos
Falta de atenção e concentração	Tendências ao isolamento
Alterações de memória	Sentimento de onipotência
Lentidão do pensamento	Perda de interesse pelo trabalho
Sentimento de alienação	Absenteísmo
Impaciência	Ironia, cinismo
Sentimento de insuficiência	
Redução da autoestima	
Labilidade emocional	
Dificuldade de auto aceitação	
Astenia, desânimo, depressão	
Desconfiança, paranoia	

Fonte: ALVARENGA, 2012, p. 961.

Tal problema de saúde pode ser entendido como o resultado de uma interação negativa entre o ambiente de trabalho e os profissionais ali atuantes. A Organização Internacional do Trabalho reconhece que a síndrome de *Burnout* e o estresse não são fenômenos isolados: eles foram transformados em um risco ocupacional relevante (BOYNARD, FREITAS, 2012, p. 72).

A síndrome de *Burnout* é hipótese de acidente de trabalho, conforme disposto no anexo II do Decreto n. 3.048/99 no grupo de transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho:

Doença: XII – Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-out”, “Síndrome do esgotamento profissional”) (Z73.0)

Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional: 1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)

2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6) (BRASIL, 1999)

Além do Decreto n. 3.048/99, o *Burnout* é equiparado a acidente de trabalho também na lista de doenças relacionadas ao trabalho, disposta pela Portaria n. 1.339/GM aprovada pelo Ministério do Trabalho, em 18.11.1999.

Apesar da ausência de legislação no tocante ao combate e à prevenção do Burnout no âmbito nacional, é possível encontrar legislações municipais que abordam o assunto. No Município do Rio de Janeiro há o Projeto de Lei nº 596/2010, de autoria do vereador Becardino, que disponibiliza assistência médica e psicológica na rede municipal para professores portadores da Síndrome de Burnout (RIO DE JANEIRO, 2010). Além do Rio de Janeiro, há também em São Paulo a Lei nº 15.206/2010, de autoria do vereador Penna, que institui a “Semana de Combate e Conscientização da Síndrome de Burnout” (SÃO PAULO, 2010). Anualmente, na semana do dia 15 de outubro, a prefeitura realiza palestras ministradas por especialistas no assunto, além de exposições de painéis e dinâmicas (BOYNARD, 2012, p. 66).

Assim como a depressão, os casos de *Bunout* são mais comuns em mulheres, conforme aponta estudo da OIT:

A incidência de burnout e seu reconhecimento aumentaram substancialmente nos últimos anos e vários estudos foram realizados em muitos países para examinar suas causas, sendo a mais significativa delas o estresse relacionado ao trabalho. Além disso, um número crescente de estudos mostra que o sexo feminino está associado ao aumento do risco de burnout. Isso pode ser explicado pelo fato de que vários fatores psicossociais relacionados ao burnout e ao estresse no trabalho podem ser mais frequentes para as mulheres (por exemplo, o duplo papel que desempenham em casa e no trabalho; os papéis de gênero da sociedade e a influência de expectativas sociais; o risco de assédio sexual no trabalho e violência doméstica; e discriminação baseada no gênero refletida em salários mais baixos e maiores exigências de trabalho (ILO, 2016, *online*, tradução nossa).

Apesar de serem males diferentes, os números maiores de depressão e *burnout* em mulheres podem ter a mesma explicação: seu duplo (ou triplo) papel exercido, o risco maior de sofrer assédio sexual no trabalho bem como salários menores e exigências maiores para ter o mesmo destaque que homens.

Adicionalmente, segundo a OIT, o *bunout* tem relação íntima com o alcoolismo e problemas cardíacos como a hipertensão e infarto do miocárdio, de modo que o adoecimento mental é apenas o primeiro passo para o desenvolvimento de outros problemas de saúde (ILO, 2016, p. 7).

Entretanto, no que pese o aumento no número de discussões a respeito do tema, pouco é pesquisado na área, tornando dados e estatísticas sobre a Síndrome de *Burnout* escassos. Sendo assim, a maior parte das estatísticas presentes na presente pesquisa serão relacionadas à depressão, mal mais conhecido e pesquisado nacional e internacionalmente.

1.10 Além da doença: A sociedade do *dopping*

Ao pensar nos riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho e seus impactos na saúde mental do trabalhador a primeira ideia recorrente é sobre o possível adoecimento, o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, conforme previamente discutido. Entretanto, a doença não é a única forma de prejudicar a saúde do trabalhador: o uso e o abuso de drogas psicotrópicas (depressores ou estimulantes do sistema nervoso central), álcool e outras drogas também causam impactos na saúde do usuário.

Estudos (GALVIN 2013 e 2015) sugerem que trabalhadores exposto a riscos psicossociais estão mais sujeitos a desenvolver problemas com o uso de álcool como forma de lidar com a sua frustração.

Em estudo transversal realizado com trabalhadores da coleta de lixo, salientaram que as fontes estressoras, tais como odor do lixo, falta de reconhecimento ou incentivo, carga horária excessiva e discriminação social são fatores relacionados às condições de trabalho e fatores psicossociais precursores e responsáveis pelo incentivo do consumo de bebidas alcoólicas. [...] quando o enfrentamento de determinada situação ou problema está centrado nas emoções, o indivíduo procura por métodos que visam à redução da emoção negativa, sendo que muitos, com o intuito de manejar essa situação estressante, recorrem ao uso de substâncias psicoativas, tais como o uso de álcool. (GAVIN, 2013, p. 69).

Não apenas antes do adoecimento, Galvin também defende que pessoas com depressão estão mais suscetíveis ao uso de álcool, em uma tentativa de lidar melhor com a sua situação, nesse sentido:

O uso de álcool por pessoas com depressão pode ser considerado uma estratégia de enfrentamento, sendo utilizado concomitantemente com outras

medicações numa tentativa de melhor lidar com a situação (GALVIN, 2015, p. 8).

Além de problemas com o álcool, a pressão pelo alto desempenho faz com que alguns trabalhadores desacreditem do seu potencial e se convençam de que a única forma de corresponder às expectativas do seu trabalho é consumindo drogas estimulantes, como o metilfenidato – popularmente conhecido como Ritalina.

Trata-se de um fármaco estimulante leve do sistema nervoso central, comumente utilizado por pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (ORTEGA, et al, 2010, p. 499). Entretanto, apesar da sua destinação inicial, o medicamento vem sendo usado por adultos saudáveis para a melhora de funções cognitivas.

Entre 1990 e 2006 houve um aumento na produção mundial de metilfenidato superior a 1200% (ORTEGA et al., 2010, p. 500). Segundo o estudo realizado por Francisco Ortega, há um grande grupo de adultos saudáveis, que conseguem a droga por meio de redes sociais e grupos na internet para usá-la como forma de melhorar sua performance no trabalho.

A pressão social para atuar foi o tema mais mencionado. Em vários momentos, foi ressaltada a necessidade de realizar muito bem um grande número de tarefas em pouco tempo, o que exige das pessoas um comportamento sobre-humano, além do limite. Um participante lembrou que, mesmo havendo uma pressão social para ter bom desempenho, as pessoas podem fazer outras escolhas, e não apenas trabalhar incansavelmente. Outro participante questionou sobre a origem da necessidade de aumentar a capacidade cognitiva da pessoa. Apesar desses dois argumentos, quase todos os integrantes entenderam que o bom desempenho nas tarefas e atividades profissionais é a principal fonte de reconhecimento social, o que justifica tanto esforço e investimento no desempenho cognitivo (ORTEGA et al., 2010, p. 506).

Apesar do aperfeiçoamento cognitivo causado pelo uso do metilfenidato, seus efeitos colaterais extensos. Por ser uma lista de efeitos colaterais muito grande, serão trazidos à pesquisa apenas as reações adversas muito comuns e as reações adversas comuns:

Algumas reações adversas são muito comuns (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

Dor de garganta e coriza; diminuição do apetite; nervosismo; dificuldade em adormecer; náusea, boca seca.

Algumas reações adversas são comuns (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

Angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação; dor de cabeça, tonturas, sonolência; movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor); alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações; tosse; vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal, indigestão, dor de dente; alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de

cabelo; transpiração excessiva; dor nas articulações; diminuição do peso; sentir-se nervoso [...] (NOVARTIS, 2017, *online*).

Mediante os dados apresentados, cabe aqui uma reflexão sobre quanta pressão o trabalhador recebe em seu trabalho para que simplesmente ignore os efeitos colaterais de uma medicação controlada para que consiga corresponder às expectativas impostas a ele.

Não apenas a automedicação ou o uso ilícito de estimulantes do sistema nervoso central, é preocupante o aumento no consumo de fármacos utilizados no auxílio ao tratamento da depressão e outros transtornos mentais e comportamentais correlatos, como as benzodiazepinas.

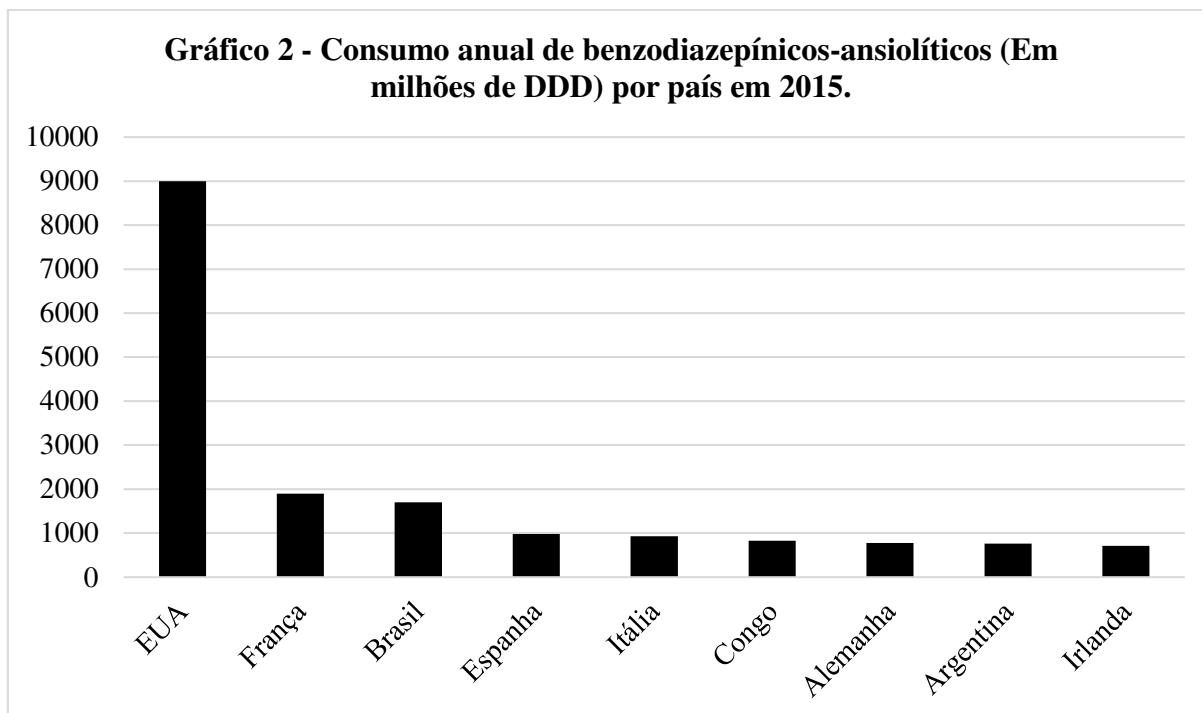
1.10.1 – O caso das benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são fármacos prescritos como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares ou anticonvulsivantes (MENDONÇA, 2005, *online*), utilizados amplamente no auxílio ao tratamento da depressão. Ao contrário do caso do metilfenidato, os benzodiazepínicos são usados por trabalhadores já afetados por transtornos mentais e comportamentais como a depressão ou a Síndrome de *Burnout*.

Entretanto, segue o mesmo caminho do que o metilfenidato: sua produção e consumo crescem exponencialmente. A INCB (International Narcotics Control Board), órgão criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) com a finalidade de monitorar a implementação das Convenções Internacionais da ONU de controle de drogas, elabora relatórios anuais sobre a produção, importação e exportação de drogas – lícitas e ilícitas.

Com base em tais relatórios será possível analisar algumas informações sobre o consumo de tais fármacos principalmente no Brasil. Nesse sentido, é importante ressaltar que o relatório elaborado pela INCB sobre o consumo é feito em DDD – Dose Diária Definida. De acordo com a ONU, um DDD corresponde à dose diária de determinado medicamento para um adulto em seu uso mais comum (ONU, 2017, *online*).

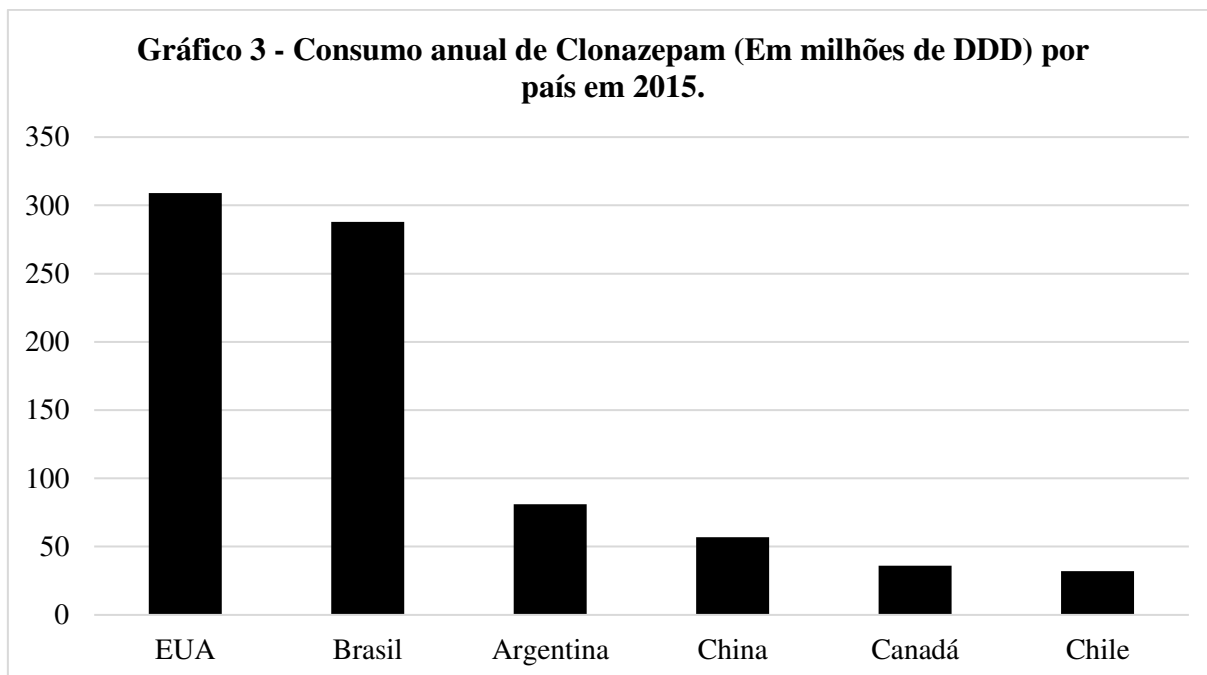
Tal relatório traz posição de destaque para o Brasil em diversas categorias, principalmente quanto ao consumo de benzodiazepínicos. O primeiro destaque a ser trazido é que o Brasil ocupa o terceiro lugar no consumo de benzodiazepínicos-ansiolíticos. Nesta categoria estão previstos medicamentos como Bromazepam (Lexotan) e Diazepam (Valium), drogas comumente associadas ao tratamento de sintomas causados pelos transtornos mentais e comportamentais já elencados no presente capítulo.



Fonte: ONU, 2017, online.

Atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA) e da França, o Brasil teve em 2015 um consumo anual de 1,7 bilhão de DDD de benzodiazepínicos-ansiolíticos. Embora o alto consumo de tais fármacos não seja habitual em países em desenvolvimento (talvez pelos preços e dificuldades ao acesso) o Brasil coloca-se em posição elevada, acima de quase toda a União Europeia.

Outro benzodiazepínico que merece destaque é o Clonazepam (Rivotril): o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países com maiores estoques da droga com 1,8 tonelada do medicamento, atrás apenas da Suíça, que possui 4,6 toneladas (ONU, 2017, *online*). Quanto ao consumo de tal droga, o Brasil também ocupa o segundo lugar, atrás apenas dos EUA, conforme dados coletados:



Fonte: ONU, 2017, online.

Ao contrário do gráfico 02, em que os EUA possuíam larga vantagem sobre o Brasil no consumo de benzodiazepínicos-ansiolíticos, no gráfico 03 é notável a proximidade de consumo entre os dois países e a disparidade que apresentam mediante a Argentina, demonstrando um altíssimo consumo de clonazepam em território nacional. Importante ressaltar que tal droga, popularmente conhecida como Rivotril, é prescrita em casos de ansiedade e depressão, conforme indicação constante na bula (ROCHE, 2016, *online*).

A série de relatórios da INCB teve início em 2011, publicando dados coletados sobre 2010 e a sua última edição foi lançada em 2017 com os dados referentes a 2015. Na análise de tais dados, é notável o posicionamento do Brasil mundialmente quanto ao consumo de benzodiazepínicos, principalmente Clonazepam (Rivotril), Diazepam (Valium) e Bromazepam (Lexotan). Quando analisado o consumo mundial de tais drogas, o Brasil está sempre entre os três primeiros colocados – algumas vezes inclusive em primeiro lugar.

No ano de 2014 o Brasil foi o país com o maior consumo de Clonazepam: consumiu 336 milhões de DDD (ONU, 2016, *online*). Já em 2013, além de Clonazepam, o Brasil também foi líder mundial no consumo de Diazepam, consumindo respectivamente 451 milhões e 626 milhões de DDD dos referidos fármacos (ONU, 2015, *online*). Em 2012 o Brasil apresentou um consumo de 734 milhões de DDD de Diazepam, também ocupando o lugar de país com o maior consumo de tal droga (ONU, 2013, *online*).

Ao contrário das informações trazidas sobre a Ritalina, não foram encontrados estudos sobre o consumo de benzodiazepínicos por pessoas saudáveis, de modo que o alto consumo de tais medicamentos estão provavelmente ligados ao aumento no diagnóstico de pessoas com transtornos mentais e comportamentais.

Entretanto, embora os benzodiazepínicos sejam úteis para tratar sintomas relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, existem problemas relacionados a eles, como o alto custo dessa categoria de medicamentos, deixando trabalhadores de menor poder aquisitivo reféns da disponibilidade de tais fármacos na rede pública de saúde. Além do custo financeiro, é necessário também refletir sobre o custo de saúde no consumo – ainda que receitado – das referidas drogas.

Assim como destacado no caso da Ritalina, os benzodiazepínicos apresentam diversos efeitos colaterais como dependência, perda de memória, insuficiência respiratória e cardíaca, alucinações (NEOQUÍMICA, 2015, *online*), vertigem, crises convulsivas, perda de libido, perda de apetite (NOVARTIS, 2017, *online*) dentre outras reações adversas possíveis.

Sendo assim, é evidente que embora haja tratamento para os transtornos mentais e comportamentais previamente elencados, talvez haja apenas uma troca de problemas: o trabalhador flagelado pelo seu trabalho se vê em situação complicada, sacrificando sua saúde física para recuperar a saúde mental, eternizando um ciclo.

2 – A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM XEQUE

Enquanto no primeiro capítulo foram discutidas as conceituações e classificações dos riscos psicossociais, bem como alguns dos seus desdobramentos, principalmente quanto às doenças possivelmente causadas por tal desarranjo no meio ambiente do trabalho, o segundo capítulo versará sobre a saúde mental do trabalhador e alguns aspectos relacionados à legislação pertinente ao assunto.

2.1 Proteção jurídica à saúde do trabalhador

A Constituição Federal de 1988 traz em seu art. 6º a consagração da saúde como um direito social e o assegura em seu art. 196, clamando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, *online*).

Já o art. 225 reconhece o direito ao meio ambiente equilibrado, e o art. 200 em seu inciso VIII dispõe sobre a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, demonstrando a preocupação do legislador em relação à proteção do meio ambiente do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 1990) traz em seu art. 3º que a saúde tem como determinantes e condicionantes “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990, *online*).

A Convenção n. 155 da OIT estabelece em seu art. 3º, alínea *e* que “a saúde, em relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene do trabalho” (BRASIL, 1994, *online*).

A saúde, atualmente, é considerada como um bem a mais a ser possuído, mais um produto de consumo, a ser obtido e consumido a preços altíssimos, e a mera condição de não ter doenças não é mais suficiente. [...] a sociedade atual, de consumidores, mais do que saúde, exige aptidão dos empregados, definindo saúde como o estado próprio e desejável do corpo e do espírito humanos e o “estar apto” como um estado de ter um corpo flexível, absorvente e ajustável (THOME, 2009, p.91).

Segundo José Augusto Rodrigues Pinto, quanto à saúde mental do trabalhador, especificamente, existem duas vias de proteção: a administrativa e a jurisdicional, e três vias de alcance: preventivo, repressivo e reparatório.

As vias estão abertas ao trânsito em órgãos executivos de regulação e fiscalização de condutas, repressão de comportamentos ilícitos, prevenção de causas (sociais e/ou profissionais) e tratamento de transtornos diagnosticados, independentemente da sua classificação como *intra* ou *extraindividuais*. Os níveis estão abertos ao trânsito em órgãos jurisdicionais de solução de dissídios jurídicos oriundos, ou não, do cotidiano (PINTO, 2011, p. 659 e 660).

No sentido preventivo, a adoção de programas internos em empresas principalmente com o intuito de orientação, poderia reduzir a ocorrência de alguns riscos psicossociais relacionados a fatores humanos, como o assédio moral (HIRIGOYEN, 2006, p. 325). Quanto à via repressiva, pode-se considerar tal método como uma segunda etapa; quando a prevenção falha, o empregador deve impor medidas coercitivas como advertências, consultas regulares com orientadores ou até mesmo perda de emprego (PELI, 2006, p. 64). Importante ressaltar que tais vias de alcance são obtidas por meios administrativos. Quanto à via reparatória, trata-se de via obtida judicialmente, onde a parte ofendida procura no judiciário uma reparação do dano sofrido.

Apesar de as normas protetivas da saúde do trabalhador estarem dispersas no ordenamento jurídico brasileiro em diversos regramentos de diferentes hierarquias normativas (Constituição Federal, decretos, leis, convenções e normas regulamentadoras), o bem-estar físico e mental do trabalhador integra o direito fundamental à saúde, sendo, portanto, um direito essencial à vida humana, cabendo a todos os atores sociais efetivá-lo. A Justiça do Trabalho ou Federal deve evitar a rigidez clássica do positivismo jurídico, conforme ensina Bobbio:

Hoje, estamos acostumados a pensar no Direito em termos de codificação, como se ele devesse necessariamente estar encerrado num código. Isto é uma atitude mental particularmente enraizada no homem comum e da qual os mais jovens que iniciam seus estudos jurídicos devem se livrar (BOBBIO, 1995, p. 63).

Segundo Norberto Bobbio, uma das maiores dificuldades do jurista não é na criação de direitos ou de legislações, mas sim a efetivação da norma já positivada (BOBBIO, 1995). Conforme demonstrado ao longo da pesquisa, principalmente no presente capítulo, no que tange à saúde do trabalhador, o Estado já possui diversas normas que garantem a integridade da saúde do cidadão. Entretanto, faltam políticas públicas de efetivação de tais normas.

Exemplo a ser citado é a Constituição do Estado de São Paulo (1989), que dá ao Estado a responsabilidade de avaliar fontes de risco no ambiente de trabalho, garante que o Estado garantirá a saúde e segurança do trabalhador no ambiente de trabalho e dá aos sindicatos poderes de intervenção, conforme disposição legal:

Artigo 229 - Compete à autoridade estadual, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no ambiente de trabalho e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

§1º - Ao sindicato de trabalhadores, ou a representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou a saúde dos empregados.

§2º - Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

§3º - O Estado atuará para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

§4º - É assegurada a cooperação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho (SÃO PAULO, 1989).

Entretanto, conforme será observado ao longo deste estudo, a efetivação da norma positivada não é tarefa fácil, esbarrando constantemente em interesses econômicos, falta de recursos para a implementação de políticas e a falta de interesse em implementar as políticas sugeridas por órgãos relacionados à saúde. Portanto, embora em alguns momentos a pesquisa aponte a falta de legislação pertinente a determinados assuntos (principalmente em relação aos riscos psicossociais), também há a consciência do problema relativo à efetivação – tanto das normas já existentes quanto das normas desejadas.

2.2 A questão do Nexo Causal

A Lei n. 8.213 de 1991 traz na redação do seu art. 19 a definição legal para acidente de trabalho. O acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 da mesma lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade laborativa (BRASIL, 1991).

Em complemento, o art. 20 da mesma lei considera também acidente de trabalho as seguintes hipóteses:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.(BRASIL, 1991).

O § 2º do referido artigo prevê que há a possibilidade de reconhecimento de doença de trabalho mesmo em ocasiões nas quais a enfermidade não esteja prevista nos incisos I e II, desde que seja resultado das condições especiais em que o trabalho é executado.

Importante ressaltar que há o reconhecimento da depressão como doença do trabalho no Decreto nº 3.048 de 1999 apenas nos casos de exposição a agentes químicos e tóxicos (BRASIL, 1999). Contudo, consoante ao previsto no parágrafo segundo do art. 20 da Lei nº 8.213/91, o rol apresentado pelos incisos I e II não é taxativo, outros fatores, contanto que desencadeados pelas condições em que o trabalho é executado, são reconhecidos como causadores de doença do trabalho. Nesse sentido, a depressão causada pelos riscos psicossociais poderá ser classificada como doença do trabalho, desde que evidenciado o nexo causal entre tais riscos e a doença (BRASIL, 1991).

O Ministério da Saúde ao relacionar o trabalho aos episódios depressivos ressalta que tal ligação pode ser sutil e causada por diversos fatores do ambiente de trabalho:

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 179).

Provar a existência de uma patologia mental não é uma tarefa fácil, até mesmo dentre os teóricos não há um consenso estabelecido que crie uma relação direta entre a depressão e o trabalho. Parte de tal dificuldade ocorre justamente pela origem da doença, que pode ter sua gênese em fatores genéticos, psicossociais e/ou biológicos. Sendo assim, o estudo de tal relação deve levar em conta diversos fatores, como a personalidade do trabalhador, a capacidade de resiliência, as condições de trabalho e as formas como tal sujeito enfrenta o estresse (AMBRÓSIO, 2013, p. 195).

O psiquiatra, psicanalista e ergonomista francês Christophe Dejours afirma que o trabalho não é agente causador de doenças mentais, com exceção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Segundo ele, as enfermidades mentais se explicam pela estrutura da personalidade do trabalhador.

[...] contrariamente ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses de trabalho, nem neuroses do trabalho. Até os maiores e mais

ferrenhos críticos da nosologia psiquiátrica não conseguiram provar a existência de uma patologia mental decorrente do trabalho. [...] As descompensações psicóticas e neuróticas dependem, em última instância, da estrutura das personalidades, adquiridas muito antes do engajamento na produção (DEJOURS, 1992, p. 122).

Desta feita, conforme o recorte acima exposto, para Christophe Dejours o trabalho não pode ser considerado como fonte de doença mental, sendo a estrutura mental do trabalhador a responsável pelo desenvolvimento da enfermidade. Em outras palavras, “as doenças somáticas aparecem, sobretudo, em indivíduos que apresentam uma estrutura mental caracterizada pela pobreza ou ineficácia das defesas mentais” (DEJOURS, 1992, p. 122).

Segundo Christophe Dejours, (1992), o trabalhador deve buscar um labor que atenda às suas necessidades e aptidões pessoais, um trabalho que se identifique com a estrutura da sua personalidade. Em seu entendimento, o trabalho deve estar de acordo com a “economia psicossomática” de cada trabalhador.

Na mesma corrente de pensamento encontra-se Emílio Mira y López, que considera a personalidade como fator decisivo no desenvolvimento ou não de doenças mentais, excluindo o ambiente de trabalho como causador de tais doenças.

A personalidade é constituída de tendências determinantes que desempenham papel ativo no comportamento do indivíduo. Dois indivíduos não fazem os mesmos ajustamentos ao meio e, portanto, não têm a mesma personalidade. A personalidade é, portanto, algo de capital importância funcional ou adaptativa. Ainda que as condições de trabalho sejam idênticas para os dois trabalhadores, cada um fará uma apreensão diferente da realidade em razão da individualidade de sua personalidade. A realidade exterior elaborada pelo trabalhador é fruto de seu subjetivismo, na medida em que os indivíduos interpretam os fatos de acordo com suas tendências afetivas (MIRA Y LOPES, 2011, p. 144).

Ou seja, segundo Emílio Mira y López, a realidade efetiva nem sempre coincide com a realidade psíquica de cada pessoa, dando um valor subjetivo à realidade e tornando-a relativa. Dessa forma, a realidade é um fenômeno deformado pela psique de cada indivíduo.

Todavia, em que pesem as contribuições de Christophe Dejours e Emílio Mira y López, pessoa e ambiente devem ser abordados conjuntamente a medida que são constitutivos um do outro, isto é, não existe ambiente laboral sem pessoa, nem pessoa sem ambiente laboral. Assim sendo, as relações pessoa-meio são compreendidas como mutuamente constitutivas, evidenciando que pessoa e meio se constroem e se transformam recíproca e dialeticamente (ALMEIDA, 2013). Significa dizer que “o entendimento do meio ambiente do trabalho estabelece-se com a percepção do espaço do trabalho e, mais ainda, do próprio trabalhador, na

medida em que não existe tal ambiente sem o ser humano” (ROSSETTI-FERREIRA; AMORIM; SILVA, 2004, p. 26), pois as condições internas do trabalhador influenciam e são influenciadas pelas condições externas, evidenciando, pois, uma interação (ALMEIDA, 2013).

A depressão é uma doença multifatorial, ou seja, ela é causada por um conjunto de fatores atuando de forma simultânea. Assim sendo, mesmo que o trabalho exerça uma influência negativa no bem-estar do trabalhador, é necessário analisar até onde o trabalho e as vulnerabilidades pessoais foram elementos decisivos para a existência da doença mental.

A formação psicanalítica de Christophe Dejours é o principal alvo das críticas relativas à sua teoria. Para a psicanálise, “o paciente é responsável por seu sintoma, o homem é o autor de sua própria história, tal definição, para muitos teóricos, é um parâmetro muito simplista para explicar e justificar os verdadeiros impactos do ambiente de trabalho na mente do indivíduo” (AMBRÓSIO, 2013, p. 196).

Adicionalmente, o próprio Christophe Dejours reconheceu, em suas pesquisas, que o ambiente de trabalho exerce influência no equilíbrio psicossomático do trabalhador, conforme observa-se no seguinte excerto:

A organização do trabalho pode ser causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. [...] é provável que uma parte não negligenciável da morbidade somática observada entre os trabalhadores tenha a sua origem numa organização do trabalho inadequada (DEJOURS, 1992, p. 192).

Assim, seus estudos chegaram à conclusão de que a organização do trabalho precisa colaborar com o “livre jogo” do funcionamento mental, evitando que o trabalhador tenha seus sistemas defensivos desorganizados. O que abriria uma brecha para o desenvolvimento de doenças mentais e somáticas.

Louis Le Guillant, também psicólogo francês, considerado um dos criadores da Psicologia do Trabalho adota um posicionamento divergente de Christophe Dejours. Segundo Louis Le Guillant, a organização do trabalho pode favorecer a eclosão de quadros neuróticos ou psicóticos, conforme seus estudos sobre distúrbios mentais em certas categorias profissionais. Louis Le Guillant não ignorava as características de cada indivíduo e a relativização da realidade, mas enfatizava o papel da organização do trabalho no desencadeamento dos distúrbios mentais (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

A principal crítica direcionada à teoria psicossociológica (teoria adotada por Louis Le Guillant), é a importância exagerada dada aos fatores sociais. Tem-se a visão de um trabalhador

psicologicamente frágil e vitimizado, determinado por forças sociais externas. Considerando os fatores externos como únicos causadores de doenças mentais, a análise deverá estender-se a outros ramos da vida do trabalhador: convivência familiar, educação, lazer, dentre outros fatores. Somente tal análise completa poderá possibilitar a aferição do impacto do ambiente laboral na vida do trabalhador (SOUZA, ATHAYDE, 2006).

Ninguém nega que o empregador é responsável direto pela organização e pelo meio ambiente do trabalho, no entanto, a grande questão é saber até que ponto a empresa deve ser responsabilizada por doenças psíquicas dos seus trabalhadores. Em outras palavras, ainda que se admita que certas condições adversas de trabalho causem ou possam favorecer o aparecimento da doença mental, a questão do nexo causal entre a moléstia psíquica e o trabalho não resta resolvida, pois é preciso saber em que medida essa causalidade se estabelece para fins de verificação da responsabilidade da empresa (AMBRÓSIO, 2006, p. 197).

Mesmo considerando que as doenças mentais dependem da estrutura da personalidade do trabalhador, não se pode ignorar a tendência global de aumento das cobranças do mercado de trabalho, onde conforme já exposto anteriormente, há a cobrança de produtividade, a necessidade de flexibilidade por parte do trabalhador e a pressão exercida por clientes e chefes.

2.2.1 Nexo causal no ordenamento jurídico brasileiro

Na perspectiva do direito pátrio, o ordenamento jurídico brasileiro tendia a adotar a Teoria da Responsabilidade Subjetiva, tanto no art. 159⁴ do Código Civil de 1916 (BRASIL, 1916) quanto no art. 186⁵ do Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002), cujos dispositivos sacramentaram a responsabilidade civil do empregador. Porém, tal tendência foi alterada com a introdução do parágrafo único⁶ do art. 927 do Código Civil (BRASIL, 2002), em que foi positivada no ordenamento jurídico brasileiro a Teoria da Responsabilidade Objetiva, fazendo com que bastasse a prova do dano e da relação de causalidade para caracterizar o dever de reparação.

⁴ Art. 159: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.

⁵ Art. 186: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

⁶ Art. 927: Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Assim, em *atividades de risco* para a saúde do trabalhador, ou para a sua integridade física, ou seja, onde o risco de doenças ou de acidentes sejam mais acentuados que o normal, considerando-se o padrão médio da sociedade e as probabilidades de ocorrência de sinistros, a responsabilidade do empregador é objetiva, bastando um fato ou uma conduta ilícita, o dano e o nexo de causalidade, prescindindo-se da imputabilidade de culpa ao agente causador do dano (AMBRÓSIO, 2013, p. 197).

Para Raimundo Simão de Melo, dependendo do caso concreto, a responsabilidade do empregador será objetiva, ou seja, ele responderá pelos danos independentemente de dolo ou culpa, bastando que haja o dano para a existência da sua responsabilidade. Porém, se for do entendimento do magistrado que a responsabilidade em questão é subjetiva, é prudente que haja a inversão do ônus da prova para o empregador, que deve preservar a integridade física e mental dos seus empregados, cabendo-lhe provar que cumpriu a sua obrigação adotando medidas de segurança e higiene (MELO, 2004, p. 424).

No mesmo sentido, deve-se entender as disposições do art. 7º da Constituição Federal como uma proteção mínima ao trabalhador e, particularmente ao analisar o inciso XXVIII do referido artigo, pode-se observar que, embora adote a responsabilidade subjetiva, não há antinomia entre o disposto na Carta Magna e o parágrafo único do art. 927.

Há também quem defenda que a responsabilidade contratual objetiva deve ser aplicada com a finalidade de proteger a saúde do trabalhador. Tal posicionamento se embasa na dificuldade em provar a culpa do empregador em caso de acidente de trabalho e de doença ocupacional. Dessa forma, a ilação é a de que a culpa do empregador pelos prejuízos de acidente de trabalho é presumida pela força do próprio contrato, não havendo que se falar em inversão do ônus da prova. Dessa forma, o posicionamento defendido é de que nos casos elencados, a responsabilidade do empregador será objetiva (SILVA, 2008, p. 188).

Tanto para a teoria da responsabilidade objetiva quanto para a da responsabilidade subjetiva, é importante ressaltar que o nexo causal é elemento indispensável em qualquer espécie de responsabilidade civil: admite-se responsabilidade sem culpa, mas não se admite responsabilidade sem nexo causal.

Outros doutrinadores, como Sérgio Cavalieri Filho, adotam a teoria da causalidade direta e imediata, onde o agente causador do dano só se responsabiliza pelos danos decorridos diretamente do ato por ele praticado. Por essa teoria, o trabalho deve ser uma causa direta e imediata do transtorno mental (CAVALIERI FILHO, 2003, p. 67).

Assim, se as condições de trabalho forem a causa necessária a provocar um transtorno depressivo no trabalhador, essa doença mental será atribuída ao empregador, por guardar com a conduta empresarial uma relação causal direta

e imediata. [...] Falar em *contribuição mínima* do trabalho como causa suficiente para o estabelecimento do nexo de causalidade da doença com as condições laborais é impor pesado ônus à empresa, imputando-lhe responsabilidade que a lei não lhe outorga, pois não cabe ao empregador assumir a responsabilidade exclusiva pela saúde mental dos trabalhadores (AMBRÓSIO, 2013, p. 199).

Existem algumas normas relativas à medicina do trabalho que regulamentam como a perícia médica deve ser realizada em casos de diagnóstico das doenças mencionadas neste capítulo, como por exemplo a Resolução n. 1.488 de 1998 do Conselho Federal de Medicina que, dentre outros tópicos, trata do estabelecimento do nexo causal das doenças do trabalho pelos médicos.

Segundo essa resolução, para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal, o estudo do local de trabalho, o estudo da organização do trabalho, os dados epidemiológicos, a literatura atualizada, a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas, a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros, o depoimento e a experiência dos trabalhadores assim como os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

De acordo com Fernanda Moreira de Abreu, quanto à dificuldade da configuração do nexo causal nas doenças psíquicas do trabalho:

Havendo dúvida quanto à caracterização do nexo causal, ou seja, quanto à verdadeira origem ou natureza do processo mórbido incapacitante, cuja fisionomia científica não possa excluir o concurso causal de circunstâncias laborativas, esta deve ser desatada sempre em benefício do trabalhador, amparando, dessa forma o mais fraco [...], desde que haja ação de elementos nocivos como fatores desencadeantes ou agravantes da doença de que padece o trabalhador (ABREU, 2005, p. 58).

Conforme observado, o trabalho pode ter a sua contribuição para o desenvolvimento da enfermidade, mesmo que não seja o único fato causador. Assim, faz-se necessária a exposição sobre concausalidades.

2.2.2 Concausalidade

As doenças ocupacionais podem ter sua origem em mais de uma causa, ligadas ou não ao trabalho da vítima. Será considerada concausa quando, além de fatores extralaborais, haja

ao menos um fator causador relacionado à execução do contrato de trabalho, e que tal causa tenha contribuído diretamente para o acidente ou adoecimento (OLIVEIRA, 2013, p. 1033).

O conceito de acidente do trabalho trazido pela Lei n. 8.213/91 suporta a possibilidade de concausas no seu inciso I do art. 21, ou seja, o acidente de trabalho não precisa ser a única causa de incapacidade ou morte para que sejam deflagradas as proteções trabalhistas e previdenciárias.

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

Conforme observado do referido dispositivo, existe uma grande abrangência da lei quanto aos fatos que podem ser entendidos como acidente de trabalho. Partindo dessa margem que a legislação concede, o assédio moral deve ser considerado como agente causador de doença ocupacional.

A concausa, de acordo com a definição dada por Cavalieri Filho “[...] é outra causa que, juntando-se à principal, concorre para o resultado. Ela não inicia nem interrompe o processo causal, apenas o reforça, tal como um rio menor que deságua em outro maior, aumentando-lhe o caudal.” (CAVALIERI FILHO, 2003, p. 62).

Levando em conta o art. 21, I, da Lei n. 8.213 de 1991, a Previdência Social não requisita que determinada causa seja a causadora da doença. De acordo com ela, basta que tal causa tenha contribuído de forma direta, ou seja, há a necessidade de contribuir diretamente, mas não a de contribuir decisivamente.

Entretanto, alguns autores acreditam que o conceito de concausalidade não se aplica ao desenvolvimento de doenças mentais, visto que elas possuem origem multicausal. Além disso, há a dificuldade em compreender a contribuição do trabalho no desenvolvimento da doença, levando em conta que o trabalhador é influenciado por toda a realidade que o permeia, conforme expõe Graziella Ambrósio:

Assim, acreditamos não ser recomendável a comparação, para fins de classificação como concausa preexistente [aquela em que a ocorrência só gera danos devido a uma condição de saúde já existente], de uma predisposição orgânica e psicossocial a transtornos psíquicos com outras predisposições patológicas como hemofilia, diabetes, problemas cardíacos, fragilidades ósseas congênitas etc., pois na doença mental não existe uma relação palpável ou proporcional entre o momento depressivo e as eventuais vivências causadoras (AMBRÓSIO, 2013, p. 200).

Considerando a natureza complexa das doenças mentais, torna-se difícil afirmar o conhecimento de sua causa. Além disso, elas são causadas por diversos fatores, tornando a questão da concausalidade um tópico de pouco consenso, em relação ao qual os doutrinadores divergem, tanto entre si quanto com a jurisprudência atual.

2.2.3 O nexu técnico epidemiológico

Devido ao alto número de subnotificações de CAT, criando uma cifra negra para a previdência social, o INSS estabeleceu o Nexu Técnico Epidemiológico (NTEP), método que identifica quais doenças estão mais propensas a atingir trabalhadores de determinada profissão. O art. 21-A da Lei n. 8.213 de 1991, que foi alterada para dar origem ao NTEP, dispõe o que segue:

Art. 21-A. A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexu 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.

§ 1º A perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexu de que trata o caput deste artigo.

§ 2º A empresa ou o empregador doméstico poderão requerer a não aplicação do nexu técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso, com efeito suspensivo, da empresa, do empregador doméstico ou do segurado ao Conselho de Recursos da Previdência Social. (BRASIL, 1991).

Na prática o INSS faz um cruzamento de informações entre a CID-10 e o CNAE da atividade exercida pelo trabalhador. Se estatisticamente a doença apresentada pelo autor for comum naquela categoria de CNAE, automaticamente estará caracterizado o acidente de trabalho, cabendo à empresa comprovar o contrário.

Sendo assim, o Decreto n. 3.048 de 1999 traz em seus anexos a “Lista B”, onde constam as doenças e respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional, os quais são exemplificativos e complementares e a “Lista C”, onde são indicados intervalos de CID-10 em que se reconhece Nexu Técnico Epidemiológico, na forma do § 3º do art. 337, entre a entidade mórbida e as classes de CNAE indicadas, nelas incluídas todas as subclasses cujos quatro dígitos iniciais sejam comuns.

Art. 337. O acidente do trabalho será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do INSS, mediante a identificação do nexo entre o trabalho e o agravo. § 3º Considera-se estabelecido o nexo entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID em conformidade com o disposto na Lista C do Anexo II deste Regulamento (BRASIL, 1999).

Dessa forma, embora a lista B não reconheça os riscos psicossociais como potenciais causadores de episódios depressivos, a lista C reconhece atividades estressantes como causadoras de tal enfermidade. Por exemplo, os códigos 8411 e 6422, correspondentes à atividade de administração pública e atividade bancária respectivamente. Embora seja um reconhecimento implícito, sem citar os riscos psicossociais, trata-se de uma proteção concedida aos trabalhadores constantemente expostos a determinadas situações. Nas palavras de Pereira:

Exatamente pela identificação da correlação técnica entre determinados fatores de risco e os transtornos mentais, a instituição do NTEP, através da Lei n. 11.430, de 26-12-2006 (a qual acresceu o art. 21-A à Lei n. 8.213/1991), consistiu, dentro do sistema previdenciário brasileiro, em verdadeiro avanço social enquanto instrumento de tutela à saúde da pessoa vitimada por tal espécie de enfermidades, destacando-se sua relevância quando tais danos provêm dos riscos psicossociais ocupacionais (PEREIRA, 2016, p. 57).

Importante salientar que mesmo que o NTEP não seja estabelecido entre a enfermidade apresentada e a atividade exercida, ainda será possível a caracterização de acidente de trabalho através da perícia realizada pelo INSS.

Além da proteção ao trabalhador, o NTEP é importante ferramenta de combate às subnotificações de CAT, de modo que sua aplicação influencia diretamente os valores do Fator Acidentário de Prevenção (FAP), variável utilizada como ferramenta de prevenção de acidentes de trabalho, conforme será abordado adiante.

2.3 Os Riscos Psicossociais na Jurisprudência

O presente tópico tem a intenção de levantar a ocorrência de determinados termos na jurisprudência da Justiça do Trabalho e Justiça Federal, com a intenção de comparar as aparições dos possíveis riscos presentes na Norma Regulamentadora n. 9 (apresentada no próximo capítulo) em relação à aparição dos riscos psicossociais.

Assim, cabe aqui uma explicação sobre o modo como tal pesquisa foi realizada: foram utilizados os sistemas de busca de jurisprudência do Tribunal Superior do Trabalho (TST) e do

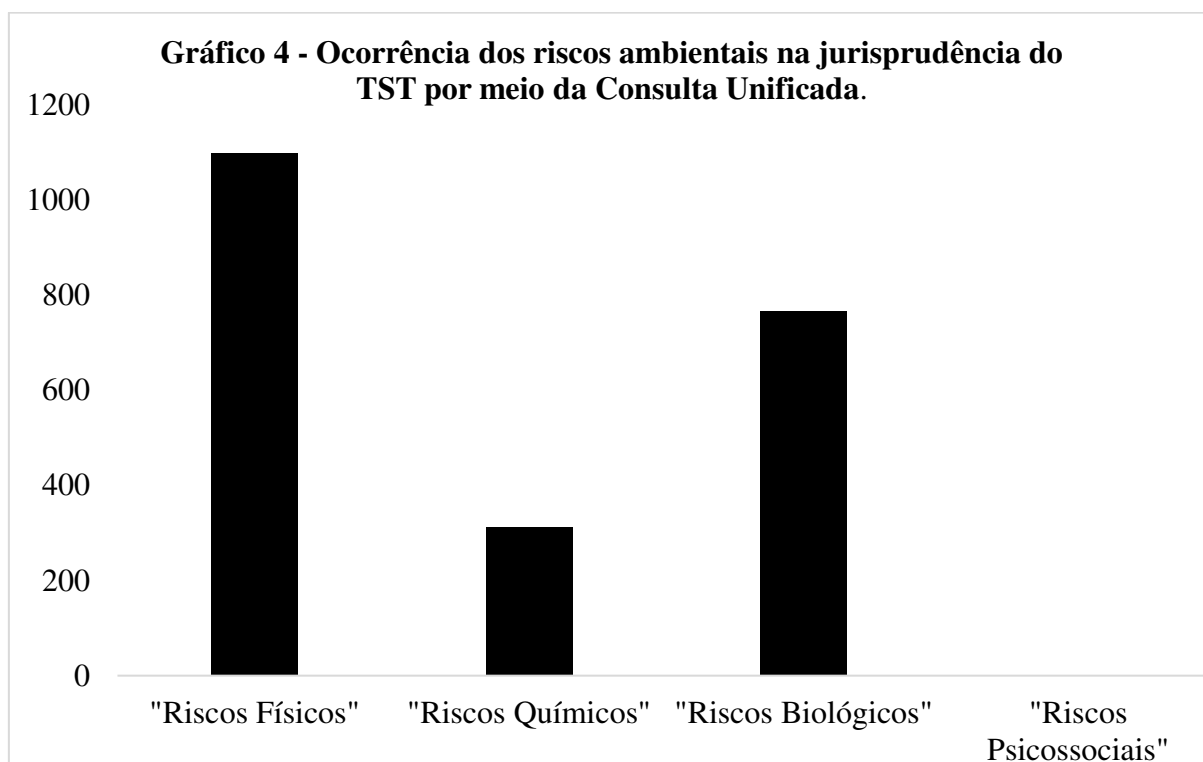
Conselho da Justiça Federal (CJF). Em ambos os casos foram procuradas quatro expressões, sempre contidas dentro de aspas duplas para que fosse buscado o termo exato.

As expressões utilizadas foram: “riscos físicos”, “riscos químicos”, “riscos biológicos” e “riscos psicossociais”. Com os dados obtidos, foi possível confeccionar os seguintes quadros e conseqüentemente seus gráficos.

Quadro 2 - Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do TST por meio da Consulta Unificada.

Tribunal Pesquisado: TST			
Ferramenta de busca: Consulta Unificada			
Data da pesquisa: 23 de abril de 2018			
“Riscos Físicos”	“Riscos Químicos”	“Riscos Biológicos”	“Riscos Psicossociais”
1098	312	764	01

Fonte: TST, 2018, online.



Fonte: TST, 2018, online.

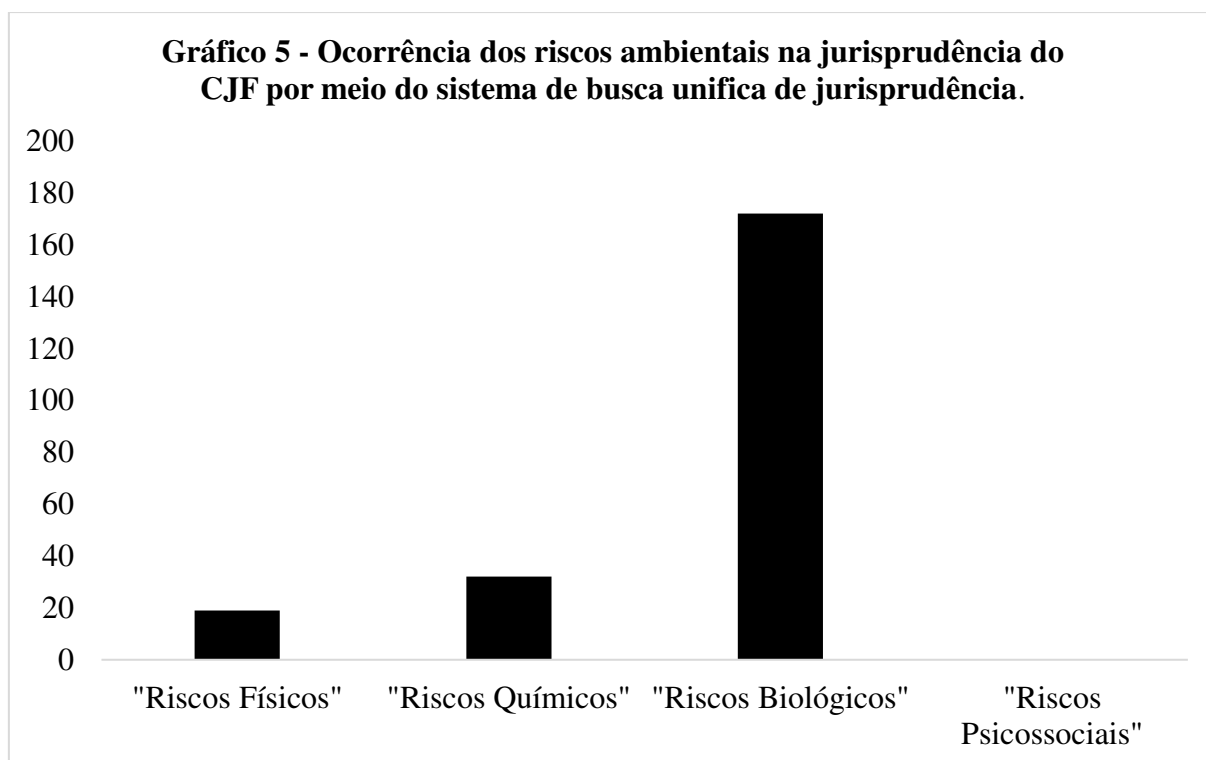
No caso do Portal da Justiça Federal, administrado pelo Conselho da Justiça Federal, a busca por jurisprudência unificada fornece a opção de escolher o órgão pesquisado bem como a opção de buscar por “todos” – que engloba todos os Tribunais Regionais Federais, Supremo Tribunal Federal, Supremo Tribunal de Justiça, Turma Nacional de Unificação e Turma Regional de Unificação.

Dessa forma, com a intenção de obter um dado de abrangência nacional – tal como obtido junto ao TST – a pesquisa foi feita utilizando a opção “todos”.

Quadro 1: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do CJF por meio do sistema de busca unificada de jurisprudência.

Tribunal Pesquisado: CJF			
Ferramenta de busca: Consulta Unificada			
Data da pesquisa: 24 de abril de 2018			
“Riscos Físicos”	“Riscos Químicos”	“Riscos Biológicos”	“Riscos Psicossociais”
19	32	172	0

Fonte: CJF, 2018, online.



Fonte: CJF, 2018, online.

Conforme levantamento feito na Justiça do Trabalho e na Justiça Federal, onde tramitam as ações trabalhistas e previdenciárias, respectivamente, é nítida a disparidade de ocorrências entre os riscos previstos na NR. n. 9 e os riscos psicossociais, que apresentam apenas uma ocorrência na Justiça do Trabalho e nenhuma ocorrência na Justiça Federal.

Tal dado demonstra o desconhecimento do Poder Judiciário de tais fatores de risco, já previstos pelo INSS em sua Instrução Normativa n. 98 de 2003 (BRASIL, 2003). Entretanto, apesar da falta de ocorrência do termo “riscos psicossociais” na pesquisa realizada, não são raros os processos em que são discutidos os transtornos mentais e comportamentais.

Nesse sentido, foi realizada nova pesquisa usando os mesmos instrumentos previstos anteriormente, entretanto buscando palavras-chave diferentes. Dessa forma, foi possível traçar uma comparação entre a quantidade de discussões envolvendo transtornos mentais e comportamentais e a ocorrência da associação de tais transtornos aos riscos psicossociais.

Os parâmetros de busca foram os seguintes: “depressão”, “episódios depressivos”, “Síndrome de *Burnout*”, “Síndrome do esgotamento profissional” e “transtornos mentais e comportamentais”. Assim como na busca anterior, os termos foram pesquisados dentro de aspas duplas para obter apenas resultados em que houvesse a ocorrência da expressão exata buscada.

O termo “depressão” foi buscado por ser a nomenclatura mais comum, popularmente utilizada e com maior probabilidade de ocorrência na pesquisa. O termo “episódios depressivos” foi utilizado por corresponder à nomenclatura presente na CID-10, mais precisamente no código F32.

Quadro 4: Ocorrência de termos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais na jurisprudência do TST por meio da Consulta Unificada.

Tribunal Pesquisado: TST				
Ferramenta de busca: Consulta Unificada				
Data da pesquisa: 24 de abril de 2018				
“Depressão”	“Episódios Depressivos”	“Síndrome de <i>Burnout</i> ”	“Síndrome do Esgotamento Profissional”	“Transtornos mentais e comportamentais”
6451	208	152	40	114

Fonte: TST, 2018, online.

Quadro 2: Ocorrência dos riscos ambientais na jurisprudência do CJF por meio do sistema de busca unificada de jurisprudência.

Tribunal Pesquisado: CJF				
Ferramenta de busca: Consulta Unificada				
Data da pesquisa: 24 de abril de 2018				
“Depressão”	“Episódios Depressivos”	“Síndrome de <i>Burnout</i> ”	“Síndrome do Esgotamento Profissional”	“Transtornos mentais e comportamentais”
2104	129	2	0	138

Fonte: CJF, 2018, online.

Ou seja, apesar do desconhecimento dos riscos psicossociais, a jurisprudência nacional está em constante contato com as consequências diretas de um meio ambiente laboral desequilibrado. A pesquisa retornou um grande número de ocorrências da palavra “depressão”, deixando claro que embora desconheçam a fonte do problema, os tribunais estão familiarizados com a sua principal consequência.

Tal contradição encontrada pode ser explicada de duas formas: uma delas é a simples diferença de vocabulário, pois procuradores, juízes e advogados não estão habituados ao termo “riscos psicossociais” e usam outros tipos de nomenclatura. Outra possibilidade é o desconhecimento entre os efeitos de causa e consequência entre os riscos psicossociais e os transtornos mentais e comportamentais.

Entretanto, devido aos métodos utilizados na presente pesquisa, torna-se impossível a obtenção de tal resposta, já que demandaria questionários ou entrevistas junto aos servidores do Poder Judiciário. Dessa forma, o presente tópico cumpre sua função de levantar a contradição existente na jurisprudência nacional.

Apesar de não gerar grandes conclusões, tais dados demonstram que o Poder Judiciário – conforme já discorrido anteriormente – mantém seu papel pós-violatório, julgando processos de trabalhadores doentes, com a saúde mental debilitada, e em busca de uma reparação de caráter econômico, já que não é possível restaurar a sua saúde por meio de processos.

Embora tais trabalhadores não estejam errados, a falta de ações envolvendo os riscos psicossociais demonstram a falta de ativismo de algumas entidades, como o Ministério Público do Trabalho (MPT) e os sindicatos, que não se apropriam do poder que têm.

Uma das formas de combate e prevenção aos males que acometem o meio ambiente do trabalho é o denominado Fator Acidentário de Prevenção (FAP), mecanismo criado em 2010 na tentativa de reduzir os acidentes relacionados ao trabalho. Entretanto, sua aplicação é comprometida por falhas em seu sistema de apuração, que depende das perícias realizadas pelo INSS.

Entretanto, antes de discorrer sobre o FAP é necessário um suporte teórico quanto à perícia médica realizada em trabalhadores acidentados ou acometidos por doenças. Dessa forma, é imperioso que o próximo tópico seja exatamente sobre a realização das perícias.

2.4 A questão pericial

A perícia, no sistema processual, é a medida técnica disposta à comprovação do fato, quando não haja meio de prova documental para revelá-lo ou quando se quer esclarecer circunstâncias factuais que não se achem perfeitamente definidas (OPITZ JUNIOR, 1996); importa sempre em exame a ser feito por *experts*, peritos ou pessoas hábeis, conhecedoras da matéria a que se refere.

Todavia, no campo da saúde do trabalhador, não bastasse a dificuldade de se verificar o liame causal de transtornos mentais e/ou comportamentais com o trabalho, encontra a perícia judicial outro obstáculo: a escassez de peritos especialistas em saúde mental, principalmente médicos psiquiatras, pelo fato de que a especialização formal do psiquiatra no país se volta, quase que exclusivamente, para aspectos terapêuticos (LOYOLA, 2014). Verifica-se, portanto, o seguinte cenário: psiquiatras com conhecimento clínico, mas sem noções periciais adequadas; ou peritos generalistas com experiência pericial, mas sem conhecimento técnico na especialidade de psiquiatria (LOYOLA, 2014).

2.4.1 – Perícia e incapacidade

Perícia é o procedimento técnico-científico realizado por agente profissional ou técnico legalmente habilitado, destinado a informar/auxiliar uma autoridade a julgar matéria alheia à sua competência (CAMBRAIA, 2008).

Já a perícia médica é o ato médico ou conjunto de procedimentos técnicos atribuídos aos médicos pela legislação, realizado por profissional da medicina, capacitado e legalmente habilitado, objetivando informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da justiça (TREZUB, 2015, p. 161).

No presente estudo, a abordagem será feita em tais perícias realizadas no âmbito previdenciário ou trabalhista, situações em que um perito será designado para que valere um dano corporal, emitindo pronunciamentos conclusivos sobre as condições de saúde e capacidade laborativa dos examinados.

Tratando-se de capacidade laborativa, faz-se necessária sua definição. Segundo Cláudio José Trezub (2015) o indivíduo é considerado capaz para exercer determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho.

Já quanto à incapacidade, Cláudio José Trezub traz dois grandes modelos conceituais:

Modelo médico: considera a incapacidade como um estado da pessoa, causado diretamente por doença, trauma ou qualquer outra condição de saúde, o qual requer cuidados médicos prestados por profissionais sob forma de tratamento individual. A incapacidade, segundo este modelo, requer tratamento médico ou qualquer outra forma de tratamento ou de intervenção, com vista a corrigir o problema existente.

Modelo social: considera a incapacidade como um problema de natureza social e de forma alguma como um atributo do indivíduo. A incapacidade exige uma resposta política, visto o problema decorrer da existência de um meio ambiente desajustado e criado por atitudes e outras condições do meio social. (TREZUB, 2014, p. 164)

Entretanto, segundo Cláudio José Trezub, tais modelos não são apropriados visto que a incapacidade é um fenômeno complexo. Para ele, a incapacidade é sempre uma interação entre as características de uma pessoa e as características que integram o contexto global no qual a pessoa vive. (TREZUB, 2014)

Segundo tal autor, o modelo a ser adotado deve ser o Modelos Biopsicossocial, que é uma síntese dos modelos médico e social, sem incorrer no erro de reduzir a noção global e complexa de incapacidade apenas a um de seus aspectos. Tal modelo é adotado pela Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), que através de tal síntese estabelece uma concepção coerente de diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social. (TREZUB, 2014, p.165)

2.4.2 Perícia psiquiátrica

Dentre as especialidades médicas, a psiquiatria é a que mais se depara com problemas éticos e legais. Tal conflito ocorre pois tal especialidade lida basicamente com o comportamento humano, enquanto as demais não se ocupam da conduta do paciente – a não ser subsidiariamente (TABORDA, 2007).

Por ser um conjunto de doenças complexas há a necessidade de um grande preparo técnico e experiência por parte do perito. A avaliação dos periciados com transtorno mental tem características próprias e podem resultar na concessão ou manutenção de benefícios por incapacidade ou indeferir benefícios a quem está psiquiatricamente incapaz para o trabalho (LOYOLA, 2014, p. 288).

Uma das grandes dificuldades relacionadas à qualidade das perícias psiquiátricas está no fato da formação dos psiquiatras no Brasil ser direcionada para aspectos terapêuticos, conforme aponta Loyola:

Os psiquiatras no Brasil são formados para clinicar, não periciar. Há incompatibilidade de psiquiatras com conhecimento clínico, mas sem noções periciais adequadas; ou peritos generalistas com excelente experiência pericial, mas sem conhecimento técnico na especialidade de psiquiatria (LOYOLA, 2014, p. 288).

O que ocorre, em grande parte dos casos, que os juízes não conseguem um número satisfatório de peritos para realizar tais perícias psiquiátricas. Além disso, dentre os peritos disponíveis, nota-se a falta de capacitação para temas específicos – são comuns os casos de médicos de determinadas especialidades periciando incapacidades diversas de seu segmento, ocasionando uma dificuldade para a averiguação da contribuição da causa laborativa no surgimento da doença, ainda que não seja a causa única (concausa); além disso, há um desconhecimento a respeito do grau de incapacidade que se deve constatar para efeito de indenização de danos de ordem trabalhista (ou civil), diferentemente do que se exige para o deferimento de benefício previdenciário específico, como a aposentadoria por invalidez. (SILVA, 2010, p. 7).

Segundo Silva, quanto à Justiça do Trabalho:

Há a necessidade de investimento em capacitação profissional dos peritos que prestam seus zelosos trabalhos à nossa Justiça, bem como a adoção de quadros próprios de peritos, para que os juízes não fiquem a depender do oferecimento do serviço por engenheiros ou médicos que se disponham a atuar como auxiliar do juízo. (SILVA, 2007, p. 8)

Importante ressaltar também, que nos casos de afastamento do trabalhador trabalho em razão de transtornos de humor e ansiedade é necessário um acompanhamento médico pois, assim como a ausência de afastamento, o excesso de tempo afastado do trabalho pode colaborar para o avanço de sua doença. Segundo Loyola (2015, p. 298), a linha que separa os efeitos positivos e negativos do afastamento é muito tênue: o afastamento que se prolonga pode passar

a prejudicar o paciente, já que este pode começar a estabelecer comportamentos vinculados ao “conforto com a ociosidade”. Nas palavras do autor:

Uma grande dificuldade social está relacionada ao ato do primeiro médico emissor de atestado de afastamento por sintomas de transtorno de humor e ansiedade, pois esse ato deve ser sempre associado à explicação clara e didática ao paciente, que não há intenção nem indicação clínica de afastamento prolongado para esses casos [...] reforçando a necessidade de manutenção de uma rotina minimamente ativa, ainda que em benefício auxílio doença. (LOYOLA, 2014, p. 298)

Além disso, nos casos das perícias previdenciárias, a estrutura administrativa não permite a realização de perícias em uma frequência adequada, criando um risco, abordado por Carlos Augusto Maranhão Loyola, de que muitos pacientes ao saberem que seu benefício será concedido e que não terão que realizar perícia novamente em um prazo de 12 ou 24 meses, abandonam o tratamento – seja por discernimento inadequado quanto à necessidade do acompanhamento médico, volição rebaixada em manter-se no tratamento, ou por traços psicopatológicos (LOYOLA, 2014, p. 299).

Já por parte das empresas, em muitas ocasiões o que se verifica é simplesmente o “descarte” dos funcionários que não conseguem mais alcançar a produção almejada, os quais são dispensados logo após a alta médica do INSS. Deixam, assim, as empresas de cumprir sua função social, sendo que poderiam readaptar o empregado para outra atividade que não o colocaria em tal situação que desgaste que ocasionou seu afastamento (SILVA, 2008).

Em outros casos, nota-se um verdadeiro “jogo de empurra”, pois que o trabalhador recebe alta do INSS e volta à empresa, mas não consegue trabalhar; a empresa o orienta a voltar ao Instituto, por vezes sem a documentação necessária, e o trabalhador fica “de um lado para o outro”, sem receber salário ou benefício previdenciário (SILVA, 2008).

Há ainda quesitos bastante complexos envolvendo causalidade e multifatorialidade, no primeiro caso, José Antônio Ribeiro de Oliveira Silva explica que:

É necessário, portanto, ter bem nítida a diferença entre nexos causal e etiológico, sendo que a Etiologia é a parte da Medicina que trata da causa das doenças. Ocorre que, para a caracterização da doença ocupacional, não há necessidade de que se descubra a verdadeira causa da doença, bastando que haja uma relação de causalidade – ainda que não seja única –, entre a doença e o trabalho. Por isso, a Lei n. 8.213/1991 prevê nexos causal indireto e até mesmo por ficção legal, pela simples circunstância de o acidente ter ocorrido durante o curso da atividade laboral. (SILVA, 2010, p. 11)

Já quanto à multifatorialidade, destaca-se a depressão, enquanto doença causada por um conjunto de fatores atuando de forma simultânea. Logo, mesmo que o trabalho exerça uma influência negativa no bem-estar do trabalhador, é necessário analisar até onde o trabalho, incluindo o meio ambiente do trabalho, e as vulnerabilidades pessoais foram elementos decisivos para a existência da doença mental.

Características específicas de trabalho ou a configuração de determinadas tarefas influenciam na manifestação de processos de adoecimento. Os transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho não são facilmente diagnosticados no momento da avaliação clínica. Essa dificuldade decorre de que as características sintomatológicas desses transtornos muitas vezes se confundem com quadros de alteração fisiológica manifestas por sintomas físicos como insônia, distúrbios alimentares ou distúrbios gástricos (CAVALHEIRO, TOLFO, 2011, p. 243).

Christophe Dejours em sua obra “A loucura do trabalho” alerta que a falta de controle do trabalhador sobre suas formas de realizar seu trabalho e as pressões que recebe em seu ambiente laboral são fatores que podem desencadear alto sofrimento psíquico no trabalhador, principalmente se este não souber lidar com tais sentimentos negativos (DEJOURS, 1992, p. 191).

Em estudo realizado em Campinas por Wilians Valentini *et al.* foi constatada a dificuldade existente no diagnóstico de pacientes com depressão. Em tal estudo, médicos clínicos-geral e pacientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região leste de Campinas responderam a questionamentos para avaliar a capacidade de diagnóstico de tais profissionais tratando-se de quadros depressivos, assim como averiguar o conhecimento dos médicos em questão sobre o assunto e suas capacidades de conduzir o tratamento da doença após o diagnóstico. (VALENTINI, *et al.*, 2004, p. 523)

O resultado encontrado em tal estudo é preocupante, não só na falta de capacidade de identificar a doença – os médicos falharam na constatação de mais de 40% dos casos – como também na ausência assumida de conhecimento por parte de tais profissionais em relação aos quadros depressivos – 88% dos médicos participantes do estudo consideraram não ter tido qualificação suficiente para diagnosticar a doença. (VALENTINI, *et al.*, 2004)

Ademais, tais médicos reconheceram que sentem dificuldade e desconforto em lidar com pacientes acometidos pela depressão. Já quanto às dificuldades relatadas, a principal foi a falta de tempo para o diagnóstico – indicada por 47% dos médicos participantes – além de relatos como a falta de conhecimento sobre a doença e os sintomas somáticos apresentados

pelos indivíduos acometidos pela depressão, confundindo o diagnóstico. (VALENTINI, *et al*, 2004)

Apesar da pequena amostragem utilizada em tal estudo, evidencia-se nos resultados a dificuldade que tem o profissional da medicina sem especialização na área da psiquiatria, em constatar e tratar a depressão, muitas vezes por sequer ter sido preparado no ambiente universitário para lidar com tal enfermidade. Consta-se que quando há treinamento sobre transtornos psiquiátricos, tais treinamentos ocorrem em ambiente hospitalar ou em ambulatórios destinados especificamente ao tratamento de tais doenças, cujos quadros pouco se assemelham com a rotina encontrada pelos médicos generalistas das UBS. (VALENTINI, *et al*, 2004)

De forma análoga pode-se aqui vislumbrar a realidade do médico perito sobre a abordagem realizada em casos de transtornos mentais como a depressão. Os perfis encontrados habitualmente entre os peritos, de clínicos-gerais, são expostos às mais variadas formas de incapacidade, tanto física quanto mental, cenário muito semelhante ao encontrado pelos médicos das UBS do estudo supracitado.

Não bastasse a complexidade e a dificuldade em diagnosticar os transtornos mentais, existem figuras que tornam o trabalho do médico ainda mais difícil: a simulação, a dissimulação e a metassimulação. (VILLAS-BÔAS, 2014, p. 216)

Simulação é a produção intencional ou a invenção de incapacidades ou sintomas. Ou seja, conscientemente o paciente finge apresentar sintomas que não são reais. Na classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a simulação tem seu próprio código: Z 76-5 – pessoa fingindo ser doente; simulação consciente; simulador com motivação óbvia. Além do código F 68.1 – produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas. (VILLAS-BÔAS, 2014, p. 216)

Segundo Carlos Augusto Maranhão Loyola (2014, p. 292), uma das técnicas para descobrir se o avaliado está simulando sintomas é “criar” sintomas para determinada doença, como por exemplo perguntar para uma pessoa que está apresentando sintomas de depressão se ela está ouvindo vozes – como se ouvir vozes fosse um sintoma de depressão grave. Caso o avaliado diga que apresenta tal sintoma, existem grandes chances de tratar-se de um “simulador”. (LOYOLA, 2014, p. 292)

Dissimulação ocorre quando a pessoa omite transtornos mentais ou perturbações que realmente existem. Alguns autores como Loyola (2014, p. 293) defendem que a dissimulação ocorre quando o avaliado tenta transparecer um quadro estável, sem intenções ocultas. Já para

outros autores como Villas-Bôas (2014, p. 216) a dissimulação ocorre apenas até o momento que o avaliado julgue oportuno exibir suas perturbações.

Metassimulação ou sobressimulação: as perturbações existem, mas são apresentadas pelo avaliado de maneira exagerada. Alcântara (2006) considera metassimulação a situação em que o indivíduo já está curado, mas continua intencionalmente exibindo os sintomas e dá o nome de supersimulação à circunstância em que o indivíduo junta aos sinais e sintomas de sua doença, sinais e sintomas de outras doenças que julgue poder estarem associadas.

Dessa forma, além dos próprios fatores da doença, o médico-perito deve atentar-se a possíveis sintomas distorcidos pelo avaliado, fazendo com que realmente um psiquiatra seja o melhor profissional a atender tais casos.

2.5 O Fator Acidentário de Prevenção (FAP)

A realização de uma perícia médica precisa, principalmente pelos médicos do INSS, tem desdobramentos além da saúde do trabalhador. Com a implementação do FAP em 2010, o número de benefícios previdenciários concedidos a funcionários de determinada empresa influencia diretamente os gastos tidos por aquela empresa com a Previdência.

A Lei n. 10.666 de 08 de maio de 2003 em seu art. 10 criou a possibilidade de que a alíquota de contribuição destinada ao financiamento do benefício de aposentadoria especial ou daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho poderia ser aumentada ou diminuída conforme a frequência, gravidade e custos dos acidentes de trabalho ocorridos na empresa.

Art. 10. A alíquota de contribuição de um, dois ou três por cento, destinada ao financiamento do benefício de aposentadoria especial ou daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho, poderá ser reduzida, em até cinquenta por cento, ou aumentada, em até cem por cento, conforme dispuser o regulamento, em razão do desempenho da empresa em relação à respectiva atividade econômica, apurado em conformidade com os resultados obtidos a partir dos índices de frequência, gravidade e custo, calculados segundo metodologia aprovada pelo Conselho Nacional de Previdência Social (BRASIL, 2003b, *online*).

Seguindo a possibilidade aberta, o Conselho Nacional da Previdência publicou em 2010 a metodologia de cálculo que possibilitava tal aumento ou diminuição de alíquota. Atualmente, vigora a metodologia divulgada na Resolução n. 1.329 de 25 de abril de 2015, divulgada pelo Conselho Nacional de Previdência por meio do Diário Oficial da União (BRASIL, 2017, p. 56).

Segundo a própria resolução vigente, o objetivo do FAP é incentivar a melhoria das condições de trabalho e de saúde do trabalhador, estimulando os estabelecimentos a implementarem políticas mais efetivas de saúde e segurança no trabalho (BRASIL, 2017, p. 56). Ainda segundo tal Resolução, na metodologia utilizada para calcular o FAP serão considerados três fatores: frequência, gravidade e o custo das ocorrências acidentárias em cada estabelecimento que, segundo a norma possuem as seguintes definições:

Frequência: Serão considerados os números de benefícios concedidos pela Previdência Social, como auxílio-doença por acidente de trabalho (B91), aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho (B92), pensão por morte por acidente de trabalho (B93) e auxílio-acidente por acidente de trabalho (B94) (BRASIL, 2017).

Gravidade: É considerada a intensidade de cada registro de benefício acidentário. Nesse sentido, benefícios como auxílio-doença e o auxílio-acidente têm peso 0,10 no cômputo enquanto a aposentadoria por invalidez tem peso 0,30 e a pensão por morte tem peso 0,50 (BRASIL, 2017).

Custo: Trata-se da dimensão monetária que a concessão de benefícios pela Previdência Social teve, ou seja, são considerados todos os valores pagos decorrentes de acidentes de trabalho (BRASIL, 2017).

Importante ressaltar que os dados usados pela Previdência Social excluem acidentes ocorridos no trajeto para o trabalho, já que a intenção do FAP é incentivar medidas protetivas no ambiente de trabalho.

Mediante o exposto fica evidente a importância da perícia médica feita pelo INSS para a melhora no meio ambiente do trabalho. O número de benefícios concedidos aos trabalhadores de determinada empresa tem uma influência direta em seus cofres. Desse modo, perícias realizadas de maneira equivocada com diagnósticos equivocados têm grande potencial de injustiça – não só com o empregador, mas também com os funcionários, que continuarão sujeitos a um meio ambiente do trabalho desequilibrado.

Sendo assim, foi criado um instrumento preventivo viciado, no qual o responsável pela elaboração e fornecimento dos dados (INSS) tende a controlar o número de benefícios concedidos por motivos econômicos, gerando determinadas contradições, conforme se poderá observar no tópico a seguir.

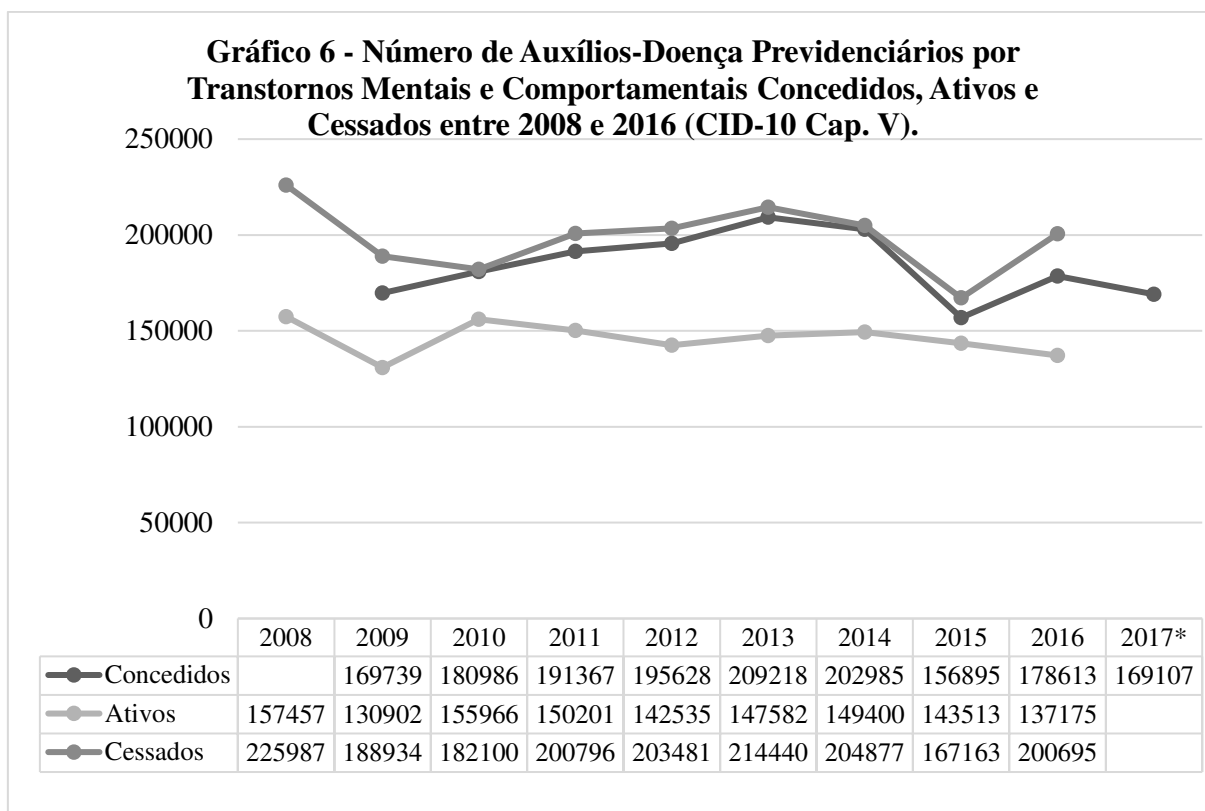
2.6 A Contradição Estatística

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Fazenda, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa mais incapacitante para o trabalho entre 2012 e 2016, levando em conta a concessão de aposentadorias por invalidez e auxílios-doença (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*)

Conforme exposto no primeiro capítulo, a depressão está em ascensão mundialmente, com aumento de 18,4% entre 2005 e 2015 (WHO, 2017a, *online*), enquanto no Brasil estima-se que 5,8% de toda a população sofra de tal mal. Entretanto, em que pese tais estatísticas, a concessão de benefícios previdenciários não vem acompanhando tais alterações, tendo inclusive uma redução nos últimos anos.

Os dois primeiros gráficos trazem os dados sobre o auxílio-doença, tanto previdenciário quanto acidentário. Para a confecção de tais gráficos foram utilizados os Anuários Estatísticos da Previdência Social fornecidos pelo Ministério da Previdência Social de 2010, 2013 e 2016 para coletar os dados entre 2008 e 2016; já para coletar os dados referentes a 2017 foi utilizado o acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários e acidentários concedidos segundo os Códigos da CID-10, também fornecidos pelo Ministério da Previdência Social.

Em análise aos gráficos é notável alguns padrões: inicialmente cabe ressaltar que as alterações no número de benefícios concedidos e cessados seguem um mesmo padrão de estabilidade entre 2009 e 2014 com forte queda em 2015. Já o número de benefícios ativos mantém-se praticamente constante, com leve queda entre 2010 e o fim do gráfico.

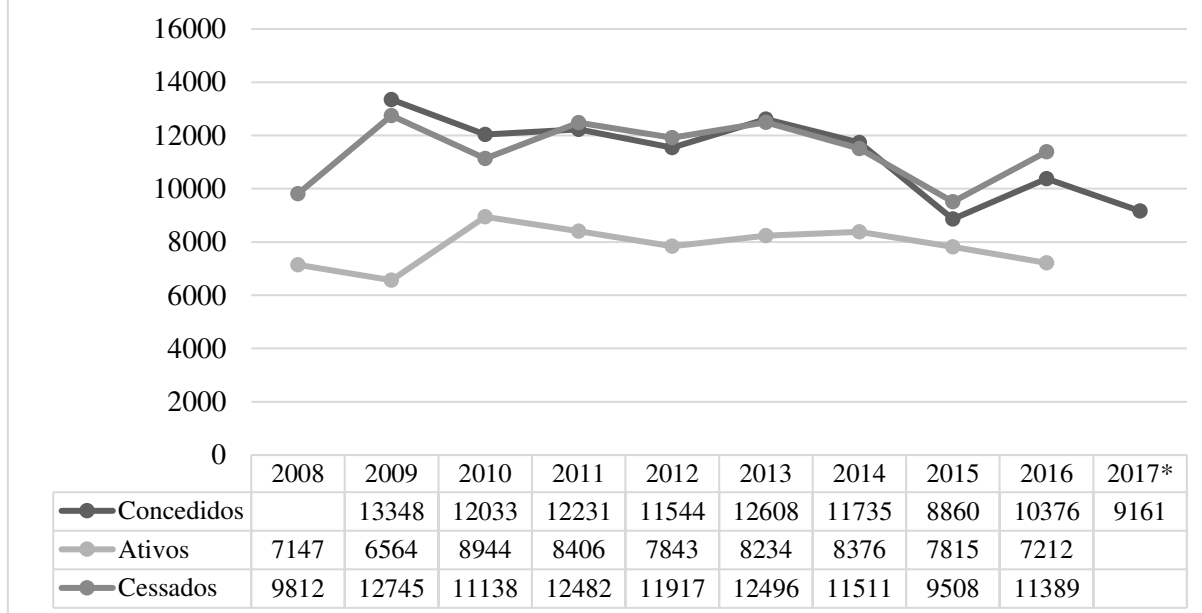


Fonte: DATAPREV, 2010, 2013 e 2016, online.

Na análise do primeiro gráfico, algo chama atenção: após constante crescimento entre 2009 e 2013, houve uma queda repentina no número de concessões. Entre 2013 e 2015 houve uma diminuição de aproximadamente 25% no número de concessões de auxílios-doença previdenciários por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10). Apesar do aumento nas concessões em 2016, o número voltou a cair no último dado, de 2017, demonstrando uma tendência à diminuição.

A longo prazo, o número de benefícios ativos também está em queda, os mesmos passaram de 155.966 em 2010 para 137.175 em 2016, uma queda mais sensível se comparada à queda das concessões, mas ainda assim, na contramão das estatísticas quanto ao aumento da prevalência da depressão. Em tal período houve uma queda de 12% no número de auxílios-doença previdenciários por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) ativos.

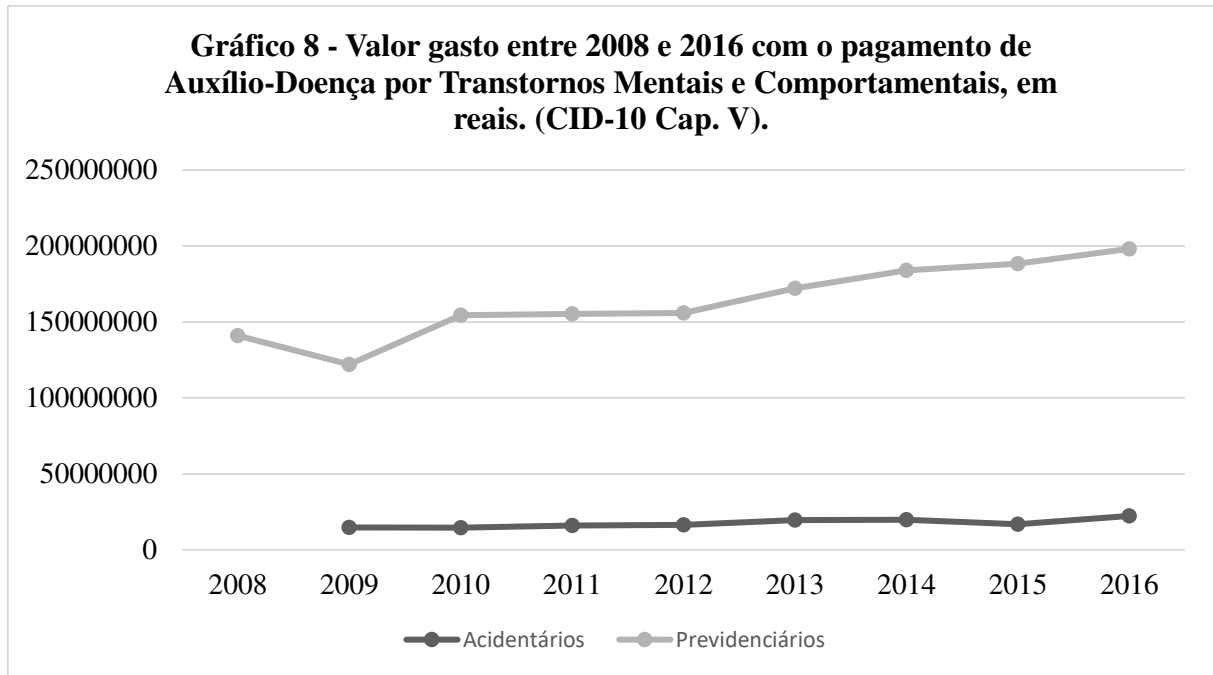
Gráfico 7 - Número de Auxílios-Doença Acidentários por Transtornos Mentais e Comportamentais Concedidos, Ativos e Cessados entre 2008 e 2016 (CID-10 Cap. V).



Fonte: DATAPREV, 2010, 2013 e 2016, online.

Ao contrário do gráfico anterior, quando o tema é a concessão de auxílio-doença acidentário, não houve um aumento inicial constante. Entre 2009 e 2017 a concessão de auxílio-doença acidentário por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) sofreu uma queda de aproximadamente 32%.

Assim como no gráfico anterior, o número de benefícios manteve-se na maior parte do tempo em queda constate, de modo que entre 2010 e 2016 o número de auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) diminuiu em 20%.

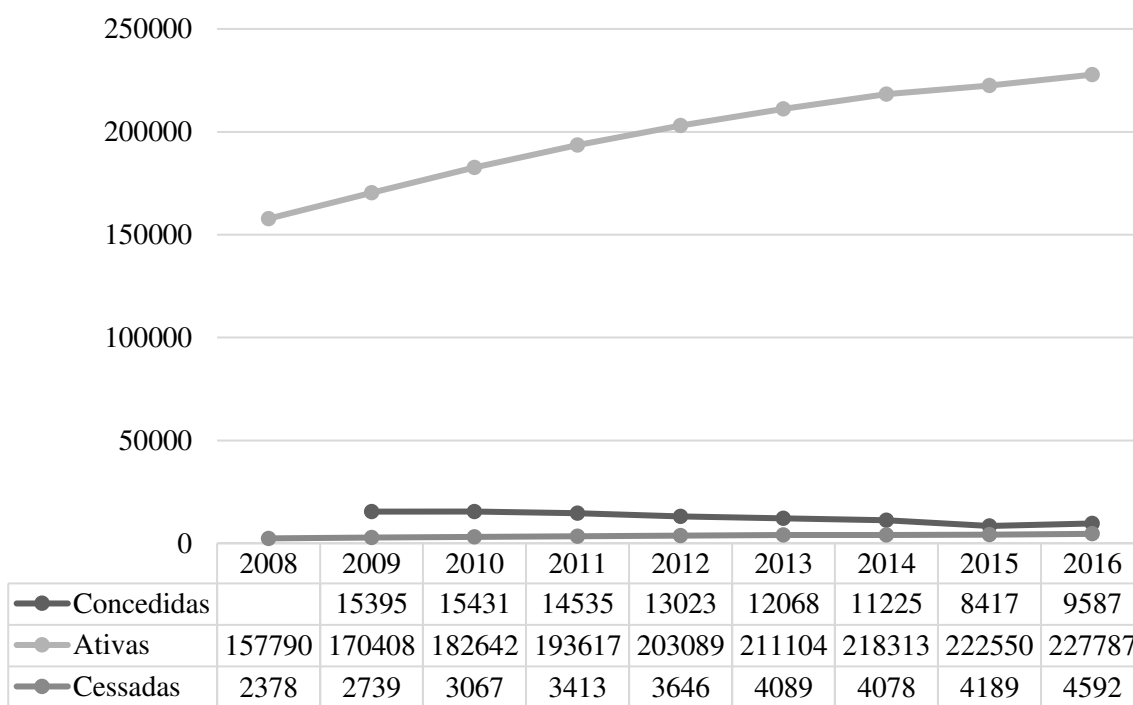


Fonte: DATAPREV, 2010, 2013 e 2016, online.

Embora a longo prazo a tendência na concessão de auxílios-doença tanto previdenciários quanto acidentários foi diminuir, por outro lado os gastos tidos com o pagamento de tais benefícios vêm crescendo de maneira constante. O gasto com o pagamento de auxílio-doença previdenciário subiu de R\$ 140.889.000,00 em 2008 para R\$ 198.069.000,00 em 2016; já em relação ao auxílio-doença acidentário, o valor gasto subiu de R\$ 14.707.000,00 em 2009 para R\$ 22.313.000,00 em 2016.

Assim como realizado com o auxílio-doença, também foram coletados os dados referentes à aposentadoria por invalidez previdenciária, com as informações sobre o número de benefícios concedidos, ativos e cessados, entre 2008 e 2016. Com base em tais informações foi possível elaborar o seguinte gráfico:

Gráfico 9 - Número de Aposentadorias por Invalidez por Transtornos Mentais e Comportamentais Concedidas, Ativas e Cessadas entre 2008 e 2016 (CID-10 Cap. V).



Fonte: DATAPREV, 2010, 2013 e 2016, online.

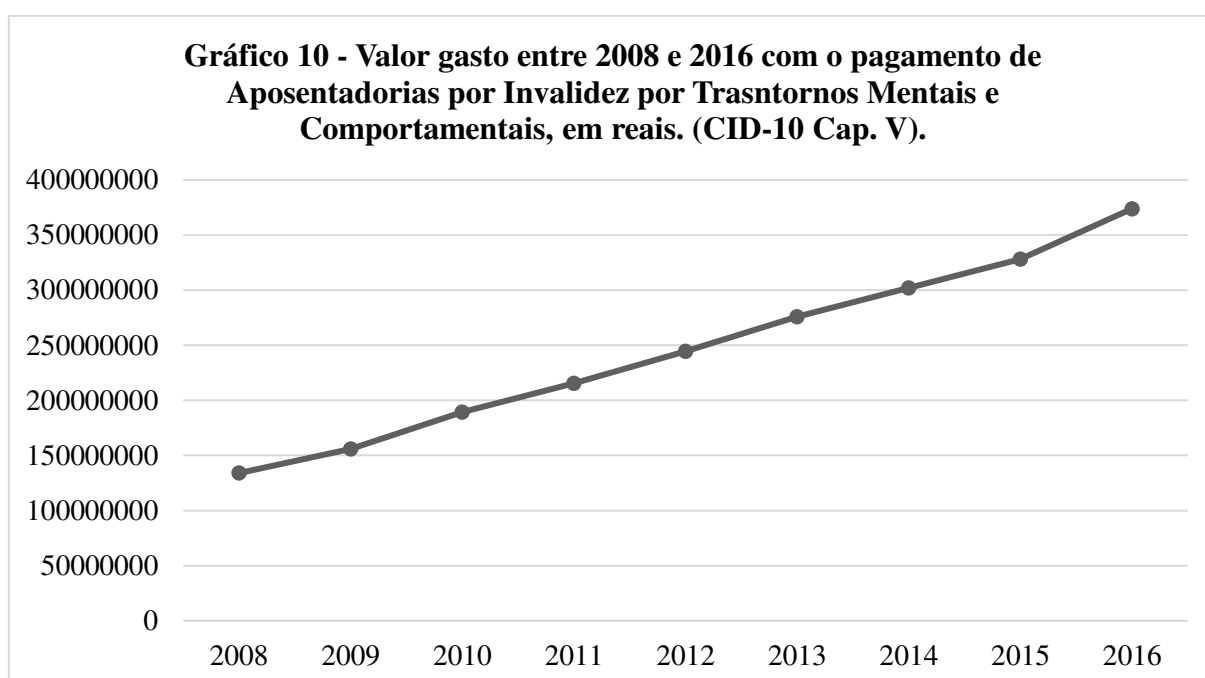
Conforme informações trazidas no gráfico, o caso da aposentadoria por invalidez previdenciária tem semelhança com o caso do auxílio doença: enquanto em 2009 eram concedidas 15.395 aposentadorias por invalidez previdenciárias por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10), em 2016 tal número caiu para 9.587, uma queda de aproximadamente 38% no número de concessões. Queda ainda maior do que a apresentada nos casos de auxílio doença.

Já o número de benefícios ativos manteve um aumento constante apesar da diminuição nas concessões, subindo aproximadamente 44% entre 2008 e 2016. Tal crescimento tem razão principalmente na natureza de tal benefício, que não possui caráter temporário como o auxílio-doença. Embora a aposentadoria por invalidez possa ser cessada em caso de cura ou melhora da doença, tais casos são raros, tornando o benefício vitalício.

Entretanto, ainda que a tendência da aposentadoria por invalidez seja de ser um benefício vitalício, nota-se um crescimento acentuado no número de benefícios cessados no prazo analisado. Em 2008 foram cessados 2.378 benefícios, enquanto em 2016 foram cessados 4.592, um aumento surpreendente superior a 90%. Tal número traz diversos questionamentos e possibilidades, principalmente quando comparado ao caso dos auxílios-doença – naquele caso

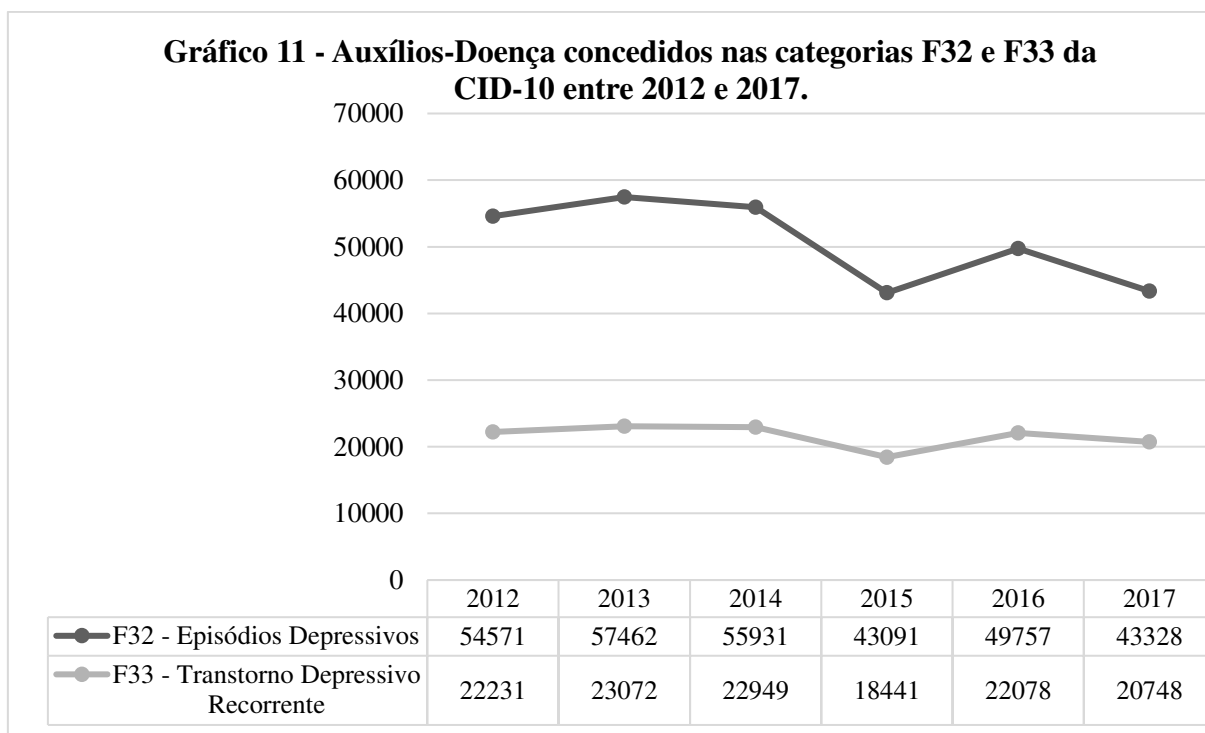
o número de benefícios cessados tinha uma tendência a seguir o número de benefícios concedidos.

Se por um lado o avanço das ciências biológicas possibilitou tratamentos mais sofisticados para a saúde humana possibilitando o tratamento de pessoas consideradas “inválidas”, por outro lado o mesmo avanço possibilitou também um aumento na expectativa de vida – reduzindo o número de benefícios cessados por morte. Portanto, os dados coletados não permitem muito além de suposições sobre os motivos pelos quais o número de benefícios cessados teve um aumento de 90% no período analisado.



Fonte: DATAPREV, 2010, 2013 e 2016, online.

Assim como o ocorrido com os auxílios-doença, os gastos anuais com o pagamento de aposentadoria previdenciárias por invalidez por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) manteve um crescimento constante, subindo de R\$ 134.034.000,00 em 2008 para R\$ 373.843.000,00 em 2016, um aumento de 178% nos valores gastos com o pagamento de tal benefício. Considerando o aumento no número de benefícios desta categoria ativos (um aumento de 44% conforme gráfico anterior), e os aumentos anuais de valores de salário mínimo, o crescimento apresentado é justificável.



Fonte: MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2018, 2017, 2016, 2015, 2014 e 2013, online.

Além das informações constantes no Anuário Estatístico da Previdência Social, o INSS também disponibiliza em sua página virtual os números de concessões de auxílios-doença por categoria da CID-10, possibilitando uma análise mais detalhada sobre quantos benefícios são concedidos por motivos como episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente.

O gráfico apresentado segue o padrão de benefícios concedidos por transtornos mentais e comportamentais: leve aumento até 2013, queda em 2015 e após um 2016 superior, queda novamente em 2017. Mais uma vez é notável o padrão de queda: ao analisar a concessão de auxílios-doença previdenciários por episódios depressivos (F32) constata-se uma queda de 24,5% na concessão de benefícios entre 2013 e 2017.

O Ministério da Fazenda divulgou em 2017 um estudo sobre os benefícios concedidos devido a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Segundo tal estudo, no período analisado 668.927 trabalhadores foram afastados devido a transtornos mentais e comportamentais, de modo que tal motivo foi responsável por 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

Ainda de acordo com tal estudo, 64,41% do número de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez foram concedidos a trabalhadores filiados como empregados, enquanto as demais filiações foram responsáveis pelas outras 35,59% concessões

(MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*). A referida pesquisa ainda traz dados sobre despesa total por benefício e duração média em dias, conforme organizado no seguinte quadro:

Quadro 3: Concessão de auxílios-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado empregado por transtornos mentais e comportamentais (capítulo V da CID-10) entre 2012 e 2016.

Benefício	Ocorrências	%	Despesa	Duração Média (em dias)
Auxílio-Doença Previdenciário	614.508	91,86%	R\$ 6.364.856.110,68	193
Auxílio-Doença Acidentário	52.974	7,92%	R\$ 784.263.304,73	211
Aposentadoria por Invalidez	1.374	0,21%	R\$ 92.689.322,51	1.087
Aposentadoria por Invalidez Acidentária	71	0,01%	R\$6.997.151,26	1238
Total:	668.927	100%	R\$ 7.955.861.655,53	196

Fonte: MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*.

Já em relação à divisão da concessão dos referidos benefícios por sexo, foram concedidos 381.166 (56,98%) benefícios a mulheres e 287.761 (43,02%) a homens. Entretanto, a depender do benefício avaliado – como por exemplo a aposentadoria por invalidez – o gasto tido com o pagamento de benefícios a homens é superior. Isso se deve ao fato da persistente diferença salarial: enquanto a média de valores gastos benefícios por transtornos mentais e comportamentais (capítulo V da CID-10) entre 2012 e 2016 concedidos às mulheres era de R\$ 10.686,26, a média do benefício masculino era de R\$ 13.492,53 (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

No período estudado, considerando apenas as categorias do Capítulo V da CID-10, a categoria com maior destaque foi a dos Episódios Depressivos (F32), responsável por 30,67% das concessões de auxílio-doença previdenciário, enquanto a categoria com maior destaque na concessão de auxílio-doença acidentário foi a F43 – Reações ao stress graves e transtornos de

adaptação, responsável por 31,05% dos benefícios concedidos (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

Após a análise de todos os gráficos apresentados no presente tópico nota-se um padrão quanto à concessão de benefícios por parte do INSS a trabalhadores acometidos por transtornos mentais e comportamentais, um padrão de queda. Conforme suscitado anteriormente, tal queda contradiz os dados da OMS sobre o contínuo aumento da depressão no mesmo período, tornando necessário o questionamento sobre as perícias realizadas pelo INSS.

Importante ressaltar que em 2015 houve uma greve geral dos servidores do INSS, o que de certa forma justifica uma queda na concessão dos benefícios em 2015 e um consequente aumento na concessão em 2016. Entretanto, em análise geral, tal greve não possui influência na tendência geral de queda nas concessões, já que em 2017 houve nova diminuição no número de concessões, atingindo número próximo àquele de 2015.

Sendo assim, quanto à diminuição na concessão de benefícios, a presente pesquisa propõe duas possibilidades: I) A primeira é de que os trabalhadores acometidos por transtornos mentais e comportamentais estão procurando menos o INSS para requerer benefícios. Em tempos de crise econômica e alta nas taxas de desemprego, tal teoria ganha força. Segundo o próprio Ministério da Fazenda, as empresas tendem a não emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho em tais casos:

É interessante ilustrar a já citada resistência ao reconhecimento do problema. Em torno de 76% dos casos de episódios depressivos e outros transtornos ansiosos, o nexos entre a doença e a atividade somente foi reconhecida pela perícia médica do Instituto Nacional de INSS, ou seja, não houve a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho por parte da empresa (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

A segunda possibilidade – à qual a presente pesquisa se filia – é a de que a perícia psiquiátrica feita pelo INSS é imprecisa. Em Juiz de Fora/MG foi realizada uma pesquisa a respeito das perícias médicas psiquiátricas realizadas pelo INSS, que consistia na análise documental dos registros. Tal estudo trouxe as seguintes constatações:

A especialidade do perito médico avaliador não estava especificada em 60,2% dos registros, nos quais constava apenas a rubrica Perícia Médica (dados não apresentados nas tabelas). Peritos com especialidade em psiquiatria realizaram 5,9% de todos os registros; os demais foram realizados por peritos com outras especialidades médicas (33,9%) (SIANO, 2009, p.54).

Apesar do grande número de perícias realizadas em que a especialidade do médico não foi registrada, tal pesquisa traz uma noção do tamanho do problema, trabalhadores acometidos

por transtornos mentais e comportamentais estão sendo periciados por médicos sem especialização na psiquiatria. Desse modo a contradição estatística entre o aumento da depressão e a diminuição de concessão de benefícios previdenciários passa a fazer sentido.

E, conforme abordado anteriormente, tal dado de concessões de benefícios será utilizado no cálculo do Fator Acidentário de Prevenção. Ou seja, uma das poucas ferramentas de proteção ao meio ambiente do trabalho possui um vício gravíssimo: os dados coletados e utilizados pela Previdência Social podem estar comprometidos devido a uma falta de qualidade na perícia realizada em trabalhadores mentalmente enfermos.

3 - POLÍTICAS DE PRESERVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

Esse capítulo aborda formas de proteção à saúde mental do trabalhador, principalmente medidas ao alcance do Estado para que tais meios de proteção sejam efetivados.

3.1 O papel do Estado na prevenção dos riscos psicossociais

Posto que o direito à saúde e ao meio ambiente de trabalho são direitos fundamentais, é obrigação do Estado realizar a proteção do trabalhador de forma séria, principalmente no que tange à saúde mental do trabalhador, ainda subestimada pela legislação brasileira.

A expansão do mercado de maneira rápida trouxe consigo o aparecimento de lacunas de governança. Houve um grande descompasso entre a ampliação das atividades econômicas e a criação de políticas para gerenciar as consequências negativas de tal crescimento.

Justamente, o diagnóstico da crise atual aponta para uma espécie de entropia ou desordem universal, causada por carência governativa, tanto no interior das nações quanto na esfera internacional. A ressurreição da ideologia liberal, representada agora em nova embalagem propagandística, levou a um enfraquecimento generalizado do poder de governação, com o desbridamento das forças do mercado e das velhas rivalidades étnicas e culturais. Os perdedores, como sempre, são fracos, os pobres, os humildes (COMPAROTO, 2007, p. 535 – 336).

Em países como o Brasil, o avanço econômico trazido pela globalização trouxe mudanças sem que tivéssemos atingido um estágio avançado de formalização de direitos sociais equivalentes aos dos países desenvolvidos, segundo Fabio Freitas Minardi o Brasil veio, nas últimas décadas, dando sinais de que pretende voltar a ser mínimo, “apenas guardião da segurança dos bens, das pessoas e dos contratos [...] no melhor estilo de Estado-Vigia, garantidor dos direitos liberais clássicos, de cunho individualista” (MINARDI, 2010, p. 178).

Segundo Luciana Veloso Baruki (2015, p. 121), “os países em desenvolvimento constituem um grupo no qual o amadurecimento e o desenvolvimento do poder regulamentar estatal pode ser mais necessário do que em outros”.

O Estado brasileiro ainda se encontra em grande atraso em relação à proteção contra os riscos psicossociais no trabalho, dessa forma, tal atraso reflete na realidade brasileira – um Estado inerte tolerante às mazelas relacionadas à saúde mental. Faz-se necessária uma atualização das Normas Regulamentadoras, principalmente no contexto dos riscos psicossociais.

São essas brechas que permitem sejam perpetrados atos criminosos, como a tortura psicológica no ambiente de trabalho, sem que haja na legislação uma qualificação adequada capaz de determinar a reação de agentes do Estado. **O conceito de “riscos psicossociais no trabalho” é absolutamente ignorado pelas normas que compõem o ordenamento jurídico brasileiro** (BARUKI, 2015, p. 124)

Apesar de determinados aspectos relacionados aos riscos psicossociais no trabalho aparecerem com mais frequência em decisões judiciais e debates jurídicos, tal tema ainda não foi devidamente tratado pela legislação. Dessa forma, a proteção à saúde mental do trabalhador encontra-se defasada perante a o Poder Judiciário.

Segundo Sebastião Geraldo Oliveira:

[...] boa parte da legislação em vigor ainda está impregnada da visão estreita de saúde, restrita ao aspecto físico, porém o intenso debate doutrinário, apontando os diversos agentes que afetam a saúde mental, em curto espaço de tempo levará o legislador a prescrever o “dever-ser”, ou no caminho da normalidade. Por outro lado, a demonstração, com mais nitidez, dos efeitos perversos das agressões psíquicas possibilita a releitura do direito positivo e dos princípios constitucionais, para agasalhar o conceito dinâmico de justiça (OLIVEIRA, 2011, p. 246)

A criação de normas específicas para combater os riscos psicossociais do trabalho não possui apenas um caráter preventivo. Mais do que apenas prevenir, ao ter certeza que determinadas empresas não cumpriram a norma, os órgãos fiscalizadores possuirão um instrumento a seu favor que regula a sanção a ser aplicada aos infratores.

Além disso, a normatização dos riscos oferece um embasamento legal para que o trabalhador enfermo possa procurar indenização pela via judicial. Sendo assim, o Poder Judiciário não precisará mais legislar sobre determinadas matérias envolvendo a saúde mental do trabalhador, até porque, legislar sobre tal matéria através de sentenças pode se tornar algo complicado. Não cabe ao juiz determinar o nexo causal entre os riscos psicossociais no trabalho e os transtornos mentais (BARUKI, 2015, p. 127).

[...] nas disposições contidas no texto consolidado e na legislação esparsa não existem dispositivos específicos que possam ajudar em questões relacionadas à presença de riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho. Existe um dispositivo da Norma Regulamentadora n. 17 que permite uma autuação com base na organização do trabalho, no entanto, a ementa relacionada a este item da norma não tem se mostrado suficiente para a modificação de ambientes em função da descrição genérica que adota. É nesse sentido que uma regulamentação dos riscos psicossociais enquanto entidade etiológica se faz necessária (BARUKI, 2015, p. 126).

Com a omissão do Estado, vê-se um aumento significativo do denominado “ativismo judicial”, que surge como um efeito colateral: a falta de legislação faz com que o Judiciário legisle com base nos casos que lhe são apresentados. Quanto maior a omissão, mais prejudicada fica a separação entre os Poderes da República.

Tratando-se de legislação ordinária, a omissão ocorre por parte do Poder Legislativo; em casos de Normas Regulamentadoras, a omissão ocorre por parte do Poder Executivo e, eventualmente, nos dois casos, o problema resultará em uma demanda para o Poder Judiciário.

Se por um lado não há uma legislação preventiva, por outro, existe a legislação previdenciária. Dispõe o Anexo II do Decreto n. 3.048/99, no que concerne ao Grupo de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho:

Doença: XII – Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-out”, “Síndrome do esgotamento profissional”) – Z73.0; Agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional: 1. Ritmo de trabalho penoso – Z56.3; 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho – Z56.6 (BRASIL, 1999).

Ou seja, é inegável o conhecimento do Estado quanto aos transtornos mentais desenvolvidos no trabalho, já que possui em sua legislação dispositivos que atendem às necessidades pós-violatórias.

Embora existam algumas leis municipais e estaduais para o combate ao assédio moral, é evidente que os riscos psicossociais no trabalho vão muito além do assédio. Inclusive, a organização do meio ambiente de trabalho é, em muitos casos, responsável pelo aparecimento de assédio moral.

A falta de normas concretas compromete a obtenção da justiça, tendo em vista que nem todos os envolvidos na promoção da saúde do trabalhador possuem os poderes conferidos aos magistrados, como explica Luciana Veloso Baruki:

Essa frustração também é compartilhada por auditores fiscais do Trabalho, que, diferentemente dos magistrados, somente podem lavrar autuações com base em um ementário, sendo que, o que lá não está previsto, em princípio, não se pode ser contestado (BARUKI, 2015, p. 135).

Outro aspecto relevante a ser tratado aqui diz respeito à Norma Regulamentadora n. 9: que torna obrigatória a implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA):

9.1.1 - Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1994, online).

Em um olhar inicial, tal norma apresenta um caráter amplo, inclusive tutelando os riscos ambientais que “venham a existir” no ambiente de trabalho. Entretanto, a forma com que a norma se desenvolve deixa a desejar, excluindo completamente os riscos psicossociais do trabalho:

9.1.5 – Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1994, online).

Em complemento, a norma especifica quais são os agentes físicos, químicos e biológicos aos quais se refere. Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar o organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou pela ingestão. Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

Observa-se, portanto, a total exclusão dos riscos psicossociais do trabalho. Nesse sentido, posiciona-se Luciana Veloso Baruki:

A qualidade do meio ambiente de trabalho transcende os aspectos químicos, físicos ou biológicos a este relacionados. Deve-se adotar uma visão mais ampla, que se preste a contemplar as múltiplas dimensões da vida social. A Segurança e Saúde do Trabalho é uma disciplina que é afetada por uma série de variáveis que circundam o mundo do trabalho e deve ser tratada como uma disciplina complexa e peculiar, influenciada por diversas outras. (BARUKI, 2015, p. 141).

Outra Norma Regulamentadora relevante para o presente trabalho é a NR-17. Tal norma traz em sua disposição que

As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007, online).

A relevância de tal norma encontra-se no fato de que até então, a organização do trabalho era “intocável”, podendo ser alterada apenas pela própria empresa. Entretanto, apesar da inovação da norma, vinte anos já se passaram e tal norma não apresentou uma evolução no sentido de dar maior concretude aos parâmetros genéricos adotados. Dessa forma, apesar do avanço representado à época, tal norma precisa ser complementada.

Entretanto, se por um lado o Estado aparenta desconhecer os riscos psicossociais, por outro já existem matérias do Ministério da Fazenda em que há referência a tais riscos, conforme observa-se no seguinte excerto:

A OIT relaciona os riscos vinculados ao adoecimento mental à organização, ao desenho, às condições e às relações do trabalho, apontando que a prevenção é o fator chave para lidar com riscos psicossociais no ambiente de trabalho. Para tanto, a instituição recomenda a adoção de diversas ações aos empregadores, incluindo as seguintes:

Implementação de medidas para identificação e gerenciamento de riscos coletivos, como feito a respeito de outras ameaças no ambiente de trabalho;

Adoção de medidas coletivas e individuais de prevenção e controle;

Aumento da habilidade de enfrentamento dos trabalhadores através do incentivo ao controle dos indivíduos sobre suas tarefas;

Melhora da comunicação organizacional.

Diante do exposto, espera-se que esta publicação colabore para maior conscientização da sociedade para o tema. Empregadores, trabalhadores, sindicatos, organizações e instituições que atuam no mundo do trabalho devem sempre se perguntar:

1 - As características disfuncionais que aumentam o risco de adoecimento mental relacionado ao trabalho estão presentes na minha atividade produtiva?

2 – Se estão presentes, o que pode ser feito para modificar essa realidade?

Para responder a essas perguntas é imprescindível a disposição para reconhecer e enfrentar o problema, realizando análise detalhada e profunda da organização e das condições de trabalho em todas as atividades da empresa. Feito o diagnóstico, há de se conjugar esforços para adotar as medidas necessárias à redução dos riscos, com melhoria contínua dos processos produtivos e busca de um ambiente de trabalho, efetivamente, Seguro e Saudável. (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*)

Ou seja, a questão talvez não seja o desconhecimento quanto ao tema, considerado relativamente novo, talvez seja apenas uma questão de morosidade do poder público quanto à atualização do seu sistema normativo vigente.

Já no âmbito repressivo, a forma com que ambiente de trabalho é fiscalizado deixa a desejar, tanto pela falta de normatização, como já exposto, como pela falta de proatividade do Poder Público em estimular a fiscalização.

No Brasil, a fiscalização não observa o princípio da prevenção, atuando, na maioria das vezes apenas em casos em que são denunciados ilícitos contra o meio ambiente do trabalho (PRATA, 2013, p. 171). Tal ineficiência talvez se dê devido ao número de fiscalizações realizadas: em 2009, foram efetuadas apenas 158.065 ações fiscais no Brasil. A título de comparação, no ano de 1979 foram registradas 350.000 visitas na Inglaterra (PRATA, 2013, p. 171).

Ainda segundo Prata, houve uma redução de empresas inspecionadas: foram 357.788 em 2007, contra apenas 282.377 em 2009. Tais dados tornam-se ainda mais preocupantes se comparados às fiscalizações ocorridas em 1988: de acordo com o autor, foram realizadas 449.977 fiscalizações por meio de 2.573 inspetores do trabalho (PRATA, 2013, p. 171).

Quanto ao número de auditores, estima-se que em 2008, o Ministério do Trabalho e Emprego possuía apenas 3 mil auditores, sendo que a quantidade ideal para o país seria de aproximadamente 4,5 mil. Segundo Prata, a defasagem é ainda maior, pois existem estudos que apontam que o número ideal de auditores é de um para cada 20 mil trabalhadores, resultando em um número de 7 mil auditores para o Brasil (PRATA, 2013, p. 171).

[...] ressalte-se que o governo ainda não percebeu que a ausência de investimentos numa fiscalização eficiente do meio ambiente do trabalho redundará em economia com o pagamento de benefícios previdenciários. Vimos acima que o Brasil despende R\$ 32 bilhões, ou seja, 4% do PIB com obrigações relativas a acidentes de trabalho (PRATA, 2013, p. 173)

Ou seja, além de graves problemas nas políticas de prevenção, a falta de fiscalização faz com que os empregadores se sintam à vontade para mercantilizar a saúde de seus trabalhadores.

Além do Ministério do Trabalho e Emprego, a responsabilidade de fiscalizar o meio ambiente do trabalho também é do SUS, conforme já abordado no segundo capítulo, entretanto, pesquisa realizada nos CEREST constataram fraca fiscalização por parte de tais órgãos.

Com relação às ações de inspeção para investigação de riscos psicossociais, observou-se tratar de ações tímidas, ainda, entre os CEREST, considerando que apenas metade dos centros as realizava. Isso pode ser explicado pela quase inexistência de documentos técnicos, tecnologias e pesquisas nessa área que envolve a saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador, sendo

encontrado apenas, bem recentemente, um estudo publicado na área (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 10).

Conforme apontado na pesquisa, uma das causas para a baixa fiscalização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) reside na falta de pesquisas na área dos riscos psicossociais. A questão da pesquisa será abordada ainda neste capítulo, quando forem tratados os modelos propostos por órgãos internacionais.

Entretanto, a existência dos riscos psicossociais e a expansão dos transtornos mentais e comportamentais não são responsabilidade exclusiva do Estado. Conforme já exposto no segundo capítulo, a Lei n. 8.213/91 define acidente de trabalho em seu art. 19. Além de tal definição, o referido dispositivo legal traz uma série de obrigações do empregador, do Estado e dos sindicatos assim elencadas:

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento (BRASIL, 1991).

Ao longo do presente capítulo serão discutidos alguns papéis fundamentais para a preservação da saúde mental do trabalhador, dentre eles o papel do empregador, do Estado e dos sindicatos.

3.2 A economia por trás da prevenção

Conforme observado anteriormente, a concessão de benefícios previdenciários gera gastos bilionários aos cofres públicos e tal despesa não traz retorno para o Estado, para a empresa ou para o trabalhador. Trata-se de uma forma de indenizar e ajudar o trabalhador após a perda de sua saúde. É provável que a maior partes dos trabalhadores que recebem auxílio-doença preferissem estar saudáveis em vez de receber uma quantia em dinheiro mensal.

Levando em conta que as questões pertinentes à saúde mental do trabalhador já foram discutidas anteriormente, este tópico tem como intenção unicamente discorrer sobre o lado financeiro, ou seja, como custa menos ao governo e às empresas prevenir o adoecimento dos trabalhadores.

Pesquisa realizada no Reino Unido entre 2011 e 2012 constatou que o estresse relacionado ao trabalho levou os trabalhadores a perder 10,4 milhões de dias de trabalho e que trabalhadores que têm o sentimento de estarem sob constante pressão estão cinco vezes mais propensos a sofrerem acidentes enquanto trabalham (EU-OSHA, 2014, p. 6). Quanto ao absenteísmo, entre 2012 e 2016, os trabalhadores brasileiros receberam auxílios do INSS relacionados aos transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) por 131.315.602 dias (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a depressão custa, anualmente à Europa cerca de 617 bilhões de Euros:

Na Europa, o custo estimado de depressão relacionada com o trabalho é de 617 mil milhões de euros por ano, o que inclui os custos para os empregadores de absentismo e presenteísmo (272 bilhões), perda de produtividade (€ 242 bilhões), custos com saúde (€ 63 bilhões) e custos de bem-estar social na forma de benefício por invalidez pagamentos (39 mil milhões de euros) (ILO, 2016, p. 10).

Estudo realizado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), constatou que os afastamentos devidos aos riscos psicossociais somam cerca de 40% do total de afastamentos no Reino Unido, gerando um custo de 174 libras esterlinas por trabalhador por ano (EU-OSHA, 2014, p. 13). Simultaneamente, o assédio moral custa cerca de 6,7 milhões de dólares anualmente às 500 maiores empresas dos EUA (EU-OSHA, 2014, p. 13).

De acordo com a mesma pesquisa, os setores mais afetados pelos prejuízos dos riscos psicossociais são: a administração pública, a área da saúde e a educação. Tal informação coincide com os dados brasileiros, onde a maior parte das despesas com concessões de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez são com profissionais da administração pública e de atendimento hospitalar (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, *online*).

Mundialmente, estima-se que a depressão e distúrbios ansiosos causem um prejuízo anual de 1,15 trilhões de dólares, 36% desse valor (595 bilhões de dólares) são por dias de trabalho perdidos. Anualmente 4,7 bilhões de dias são perdidos, ou seja, a cada ano que passa quase 13 milhões de anos são perdidos em dias não trabalhados. Considerando a população mundial atual é como se o mundo inteiro deixasse de trabalhar por mais de meio dia em decorrência de tais transtornos (CHISHOLM et al., 2016, p. 5).

Dados selecionados em estudos europeus apontam que cada euro gasto com programas de promoção e prevenção dos riscos psicossociais geravam uma economia líquida de até 13,62

euros em um ano. Um dos estudos diz respeito a um investimento de 3 milhões de euros durante quatro anos pelos Países Baixos para combater os riscos psicossociais em sua força policial. Observou-se nesse período uma diminuição de 3% no absenteísmo, acarretando em uma economia de aproximadamente 40 milhões de euros (EU-OSHA, 2014, p. 15).

Na mesma linha, alguns hospitais holandeses criaram comitês de direção, com ampla participação dos seus funcionários, com o intuito de identificar os riscos psicossociais ali presentes e discutir possíveis soluções. Tal medida reduziu o número de absenteísmos – os hospitais que não receberam tal programa não tiveram tal queda – de modo que a economia gerada (1,6 milhão de florins) fosse superior aos gastos com a implementação dos comitês (1,2 milhão de florins) (EU-OSHA, 2014, p. 16). Estudo semelhante foi feito junto a trabalhadores do setor de vendas:

O pessoal de vendas frequentou ações de formação sobre gestão do stresse e formou grupos de trabalho para identificar e reduzir os riscos psicossociais. Três meses após a intervenção, as medições do stresse percebido, dos sintomas depressivos e dos efeitos negativos eram mais baixas no grupo intervencionado do que no grupo de controlo. Acresce ainda que, entre os trabalhadores que foram alvo das intervenções, as receitas das vendas aumentaram 23 % (em comparação com 17 % no grupo de controlo) e o absentismo sofreu uma redução de 24 % (em comparação com 7 % no grupo de controlo) (EU-OSHA, 2014, p. 16).

Estudos semelhantes realizados nos EUA também gozaram do mesmo resultado: intervenções relativas à saúde mental no local de trabalho que custaram entre 29 e 61 dólares por trabalhador geraram uma economia média de 257 dólares por trabalhador após o prazo de dois anos (EU-OSHA, 2014, p. 17).

Segundo a EU-OSHA, existem sete aspectos que devem ser calculados para que se obtenha o custo dos riscos psicossociais para determinada empresa: ausência por motivo de doença relacionada com o stresse; reforma antecipada; custos de substituição do pessoal; custos decorrentes de queixas e de contenciosos/indenizações; danos no equipamento e na produção resultantes de acidentes e erros; desempenho/produktividade reduzidos; e perda de reputação e imagem favorável junto do público (EU-OSHA, 2014, p. 17).

De acordo com esta fórmula, pode obter-se uma estimativa conservadora dos custos do stresse para uma empresa através da soma dos seguintes custos (se aplicáveis): 19 % do custo do absentismo; 40 % do custo da rotatividade do pessoal; 55 % do custo dos programas de assistência ao trabalhador ou outros serviços de saúde/aconselhamento; 30 % dos custos das incapacidades de curto e longo prazo; 10 % dos custos do plano de cobertura dos medicamentos (psicoterapêuticos); 60 % dos custos totais dos acidentes de trabalho; e custo

total dos pedidos de indemnização e das ações judiciais provocadas pelo stresse (EU-OSHA, 2014, p. 17).

Desse modo, pelo menos para grandes empresas, é possível calcular o custo financeiro periódico tido em decorrência de um ambiente de trabalho desequilibrado, principalmente em aspectos psicossociais. Adicionalmente, estudo realizado mundialmente (CHISHOLM, et al, 2016) estimou a proporção de retorno em investimentos feitos na saúde mental, conforme exposto a seguir.

O estudo dividiu os países pesquisados por faixa de renda per capita⁷, pois seria desproporcional sugerir que países como Haiti e Senegal (com renda per capita média abaixo de U\$\$ 1.005,00) investissem a mesma quantidade por pessoa que países como Suíça e Alemanha (que possuem renda per capita acima de U\$\$ 12.236,00). Nessa divisão, o Brasil encontra-se classificado como país de média-alta renda com renda per capita U\$\$3,956 a U\$\$12,235, portanto, os dados apresentados serão de tal categoria – a pesquisa não apresentou dados individuais de todos os países.

Quadro 4: Impactos de investimentos prevenção e tratamento de depressão.

Impactos de investimentos prevenção e tratamento de depressão	
Investimento total	U\$\$ 20.338.000.000,00
Investimento anual por pessoa	U\$\$ 1,12
Número de casos revertidos	25.607.740
Anos de vida extra obtidos	11.414.429
Retorno econômico	U\$\$ 52.732.000.000,00
Valor do retorno em saúde	U\$\$ 56.435.000.000
Proporção entre ganho x investimento	2.6
Proporção considerando o retorno em saúde	5.4

Fonte: CHISHOLM, et al, 2016.

Conforme explicado no estudo, o retorno econômico considera os valores que deixariam de serem despendidos caso a pessoa volte a ficar saudável, como por exemplo benefícios pagos pela previdência social.

⁷ A Classificação dos países por renda é feita anualmente pelo Banco Mundial (WORLD BANK, 2017, *online*). Para a obtenção de tal média divide-se o PIB anual pela população do país.

Já o valor de retorno em saúde combina o aumento na sobrevivência com o aumento na produtividade, ou seja, quanto seria produzido monetariamente com a recuperação da saúde da pessoa em questão.

A proporção de retorno obtida de 5,4:1 deixa claro que além de uma questão de saúde, políticas de preservação da saúde mental também são um investimento econômico – talvez com retorno superior a muitos investimentos disponíveis no mercado financeiro.

Mesmo em relação a outras doenças é um retorno impressionante, já que em muitas delas a proporção é inversa, onde o valor gasto é superior ao retorno econômico. Por exemplo, usando o mesmo método, mas em relação à malária, tem-se um retorno de 1 para um investimento entre 28 e 40 (CHISHOLM, et al, 2016, p. 8).

Estimando a população brasileira em 200 milhões de habitantes e considerando o número indicado na pesquisa de 1,12 dólares anuais de investimento por pessoa, é possível estimar que seria necessário um investimento de aproximadamente 224 milhões de dólares – algo em torno de 780 milhões de reais anuais - número elevado, mas que corresponderia a um retorno econômico e de saúde superior a 4 bilhões de reais.

3.3 Prevenção e combate aos riscos psicossociais

3.3.1 Modelo proposto pela OIT

Em 2016 a OIT lançou uma obra denominada “Workplace stress: A collective challenge”, em tradução nossa, “Estresse no local de trabalho: um desafio coletivo”. Em tal obra a OIT aponta os riscos psicossociais como grande causador do stress e de outras doenças como a depressão, o *burnout*, doenças cardiovasculares e osteomusculares.

Adicionalmente tal estudo traz algumas legislações nacionais e internacionais a respeito de tema e o mais importante: aponta formas de prevenção e combate aos riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho. Portanto, o presente tópico será inteiramente baseado nas instruções sugeridas pela Organização Internacional do Trabalho.

A primeira medida sugerida pela OIT é a inclusão de doenças desencadeadas por fatores estressores em listas de doenças ocupacionais. Segundo o órgão, o reconhecimento de determinados transtornos mentais como decorrentes do trabalho é grande avanço na implementação de políticas de combate, assumir a ligação entre o trabalho e a doença é o primeiro passo a ser dado (ILO, 2016).

Segundo a OIT, boa parte dos países africanos e do oriente médio não possuem legislação que reconheça a ligação entre transtornos mentais e o trabalho, de modo que quando o trabalhador desenvolve doenças como a depressão há a necessidade de comprovar o nexo causal entre a doença e o trabalho judicialmente (ILO, 2016, p. 14).

No Brasil, como já discorrido anteriormente há o reconhecimento dos transtornos mentais e comportamentais como doenças ocupacionais. Cabe aqui ressaltar inclusive que tal reconhecimento é grande passo para estimular pesquisas como esta. O simples fato da previdência social adotar a CID-10 no momento da concessão dos benefícios, torna muito mais fácil a realização de pesquisa com base nos dados divulgados pelo INSS.

Outra medida sugerida pela OIT é o desenvolvimento de manuais técnicos por organizações relacionadas ao governo. Conforme a organização, a simples criação de leis não é suficiente para acabar com os riscos psicossociais, é necessário que o governo se empenhe em realizar estudos e criar manuais técnicos sobre formas de erradicação dos riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho (ILO, 2016, *online*).

No Brasil, é consideravelmente fácil a localização de estudos sobre a saúde mental do trabalhador, entretanto, aqueles divulgados por órgãos relacionados ao governo na maioria das vezes trazem apenas estatísticas. Conforme suscitado anteriormente, as estatísticas são relevantes, possibilitando pesquisas como esta. Entretanto, falta atividade por parte do governo para a elaboração de um manual específico para o combate e prevenção aos riscos psicossociais.

Nesse sentido, conforme já levantado no início do terceiro capítulo, os riscos psicossociais não estão previstos na Norma Regulamentadora que dispõe sobre os riscos ambientais no trabalho. Ademais, a Resolução Normativa n. 98 do INSS trata os riscos psicossociais como causadores de doenças osteomusculares, longe da interpretação aqui desejada de que também são causadores de adoecimento mental.

Por exemplo, existem diversos manuais divulgados pelo Ministério da Saúde sobre a prevenção e tratamento de certas doenças. Entretanto, tais manuais são obras genéricas como forma de combate às doenças. Embora sua elaboração seja importante, talvez esteja na hora de pensar um passo “atrás”, ou seja, lançar manuais técnicos sobre procedimentos que devem ser realizados antes da doença.

Na presente pesquisa, foram usados muitos materiais criados pelo Estado para a coleta de dados e estatísticas, para informações sobre doenças. Entretanto, ao chegar no capítulo em que é necessário o debate sobre formas de prevenção aos riscos psicossociais, a maioria das obras citadas foram elaboradas na Europa ou por órgãos internacionais como a OIT ou a OMS.

Sendo assim, embora o Brasil atenda a primeira sugestão da OIT (inclusão dos transtornos mentais como doenças ocupacionais), ainda há um longo caminho para que a segunda sugestão (elaboração de manuais técnicos sobre prevenção e manejo de riscos psicossociais) seja completamente seguida.

A terceira sugestão apresentada pela OIT é a elaboração de acordos coletivos, pelos quais representantes dos trabalhadores se reúnem com representantes das empresas para elaborar acordos de validade nacional com diretrizes para melhorar o ambiente de trabalho (ILHO, 2016, p. 15).

Embora teoricamente seja uma ideia interessante, tal medida possui traços utópicos para a realidade brasileira. O Brasil ainda é um país que luta contra o trabalho escravo e infantil em larga escala e sua legislação trabalhista vem sendo enfraquecida com “reformas”, de modo que a negociação entre particulares no Brasil ainda não oferece uma paridade de armas entre as partes.

Ainda no terceiro capítulo será discorrido sobre o papel do sindicato no processo de luta por um meio ambiente laboral mais equilibrado, portanto, tal questão não será abordada no presente tópico.

Desse modo, embora a publicação da OIT aponte vários casos de sucesso na Europa de acordos coletivos que para reduzir os níveis de estresse no trabalho, tal sugestão ainda não é completamente viável no cenário brasileiro.

Outro apontamento feito pela OIT diz respeito à fiscalização no trabalho. Segundo a organização, os fiscais devem ter um papel preventivo e também reativo, visitando empresas com altos números de absenteísmo, adoecimentos e acidentes de trabalho relacionados à saúde mental do trabalhador (ILO, 2016, p.16).

A pesquisa aponta que diversos países já adotam medidas de fiscalização dos riscos psicossociais há mais de dez anos:

Na Austrália, a jurisdição Queensland desde 2004 incluiu riscos psicossociais em sua estratégia de inspeção do trabalho. O foco inicial foi principalmente reativo, desenvolvendo procedimentos em resposta às reclamações de assédio. Em 2006, os inspetores psicossociais procuraram combater a percepção de que as questões psicossociais diziam respeito apenas assédio, através do desenvolvimento de um programa para abordar estresse.

Na França, o trabalho de inspeção elaborou várias listas de verificação para ajudar os inspetores a identificar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho, coletando indicadores potenciais de estresse, como o número de acidentes, a quantidade de licença médica, treinamento, horas extras, turnos e trabalho dia, a frequência das medidas disciplinares, reclamações ou pedidos, etc.

Na Alemanha, o Comitê Federal dos Estados Unidos para Segurança e Saúde Ocupacional (LASI), que coordena as políticas de fiscalização do trabalho dos estados federais (Länder), adotou diretrizes gerais sobre riscos psicossociais. Esses incluem um modelo para testar a adequação das avaliações de risco realizadas pelas empresas através de uma lista de verificação em três rubricas principais: (i) o conteúdo do trabalho e das tarefas; (ii) a organização do trabalho; (iii) Relações sociais. Além disso, o inspetor também é obrigado a analisar os indicadores de causas potenciais de estresse, como a taxa de absenteísmo, a evidência dos processos de trabalho (erros e reclamações), a saúde, o bem-estar dos trabalhadores (problemas de álcool, irritabilidade, demissões, etc.) o clima social (conflito, assédio. Nos Países Baixos, a inspeção do trabalho em serviços psicossociais riscos baseia-se na verificação direta dos riscos psicossociais no local de trabalho por um inspetor especializado. Esta verificação é feita usando um questionário básico de 12 perguntas sobre sintomas de estresse relacionado ao trabalho, ou outro método mais avançado que inclui 24 perguntas sobre sintomas de estresse, 14 sobre psicossociais riscos, 21 em problemas de saúde e 2 em absentismo (ILO, 2016, p. 16).

Conforme já levantado neste capítulo, a situação dos fiscais do trabalho no Brasil é extremamente delicada, posto que a falta de fiscais do trabalho vem se intensificando. Segundo notícia da Agência Senado (2018, *online*) um corte de 70% de recursos para inspeção fez com que doze estados interditassem os trabalhos em 2017. Segundo a mesma fonte, um terço do quadro de auditores do trabalho está vago.

Além das medidas já propostas, a OIT defende que as organizações internacionais têm papel relevante no combate aos riscos psicossociais. Em tal aspecto, a OIT ressalta sua própria importância, enquanto promotora de meios e materiais relacionados à saúde e segurança do trabalhador bem como ressalta a importância de programas desenvolvidos pela OMS (ILO, 2016, p. 17), destacando que além do Estado e dos particulares, as organizações internacionais têm grande papel no combate aos riscos psicossociais.

Ademais, segundo a OIT é necessário um massivo investimento em pesquisa, principalmente sobre quais são as formas mais recorrentes de riscos psicossociais, os principais sintomas apresentados por trabalhadores sob alto nível de estresse, profissões mais sujeitas aos riscos psicossociais bem como informações adicionais envolvendo gênero e faixa etária dos trabalhadores envolvidos em tais pesquisas (ILO, 2016).

Portanto, em síntese, sistematizando as medidas propostas pela OIT, cabe ao Estado reconhecer o trabalho como possível desencadeador de transtornos mentais, positivando tal possibilidade em sua legislação; desenvolver materiais técnicos sobre os riscos psicossociais, seus efeitos e formas de combate – nesse sentido a pesquisa indica a parceria com organizações internacionais como a própria OIT e a OMS; o Estado também deve investir na fiscalização dos ambientes de trabalho, para que as normas sobre segurança e higiene do meio ambiente sejam

cumpridas; além de também ser dever do Estado investir em pesquisa na área dos riscos psicossociais (ILO, 2016).

Já ao setor privado cabe seguir as diretrizes estipuladas pelo governo em seu material sobre os riscos psicossociais bem como empenhar-se na confecção de acordos coletivos junto aos trabalhadores e sindicatos para reduzir tais riscos no meio ambiente de trabalho. Importante ressaltar também o destaque dado pela OIT aos sindicatos, que devem ocupar seu papel de representantes dos trabalhadores e pressionar as entidades patronais para que melhorias no ambiente laboral sejam conquistadas (ILO, 2016).

3.3.2 Modelo de intervenção proposto pela EU-OSHA

A Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho propõe um modelo de intervenção dividida em três níveis: intervenções em nível primário (prevenção na fonte), intervenções em nível secundário (reforço individual) e intervenções em nível terciário (remediação) (EU-OSHA, 2014, p. 67).

Intervenção de nível primário: São ações preventivas com o intuito de identificar e eliminar potenciais riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho. Exemplos: orientações acerca de condutas reprováveis no ambiente de trabalho como assédio (moral e sexual); divisão de trabalho sem sobrecarga dos trabalhadores; esclarecer qual função será exercida pelo trabalhador, de modo a não deixar dúvidas quanto à sua função; estímulos à autonomia do trabalhador, para que possa alterar seu ambiente de trabalho e forma de executar as suas tarefas; treinamentos do trabalhadores para que saibam identificar riscos psicossociais, seus impactos negativos e o papel do empregador (EU-OSHA, 2014, p. 66).

A intenção deste tipo de intervenção é que o empregador consiga prevenir os riscos psicossociais e o empregado tenha responsabilidade sobre seus atos.

Intervenção de nível secundário: Ocorre quando os riscos já estão visíveis, quando já há indícios de adoecimento dos trabalhadores ou queixas. É uma forma de ajudar o indivíduo a lidar melhor com o ambiente laboral desequilibrado. Exemplos: treinamentos para gerenciamento de stress, ou seja, o trabalhador afetado precisa ser ajudado a aprender a lidar com as suas emoções e percepções quanto ao meio ambiente de trabalho; treinamentos para aprender a gerenciar o tempo; convites aos trabalhadores para participar das decisões quanto à organização do meio ambiente laboral; liquidar casos de assédio, investigando reclamações e pondo fim ao problema (EU-OSHA, 2014, p. 67).

Intervenção de nível terciário: são ações reativas por natureza e visam a reduzir ou minimizar os efeitos negativos para a saúde associados à exposição crônica a riscos psicossociais. Em particular, o objetivo destes tipos de intervenções é adaptar a situação no trabalho às circunstâncias e necessidades do funcionário. Isso é feito fornecendo sistemas adequados de reabilitação e retorno ao trabalho e melhores disposições de saúde ocupacional (EU-OSHA, 2014, p. 67). Ainda segundo o órgão em questão, são exemplos de intervenções de nível terciário:

Programas de assistência aos funcionários: são programas focados no local de trabalho que identificam e ajudam a resolver preocupações dos funcionários que podem afetar seu desempenho e bem-estar. Isso é feito oferecendo aos funcionários uma gama de suporte relacionado ou não ao trabalho (como gestão da dívida e aconselhamento jurídico), incluindo aconselhamento, treinamento de habilidades, aconselhamento de saúde e acesso a cuidados preventivos. Programas de retorno ao trabalho: procuram ajudar os trabalhadores que estiveram em licença relacionada ao estresse para se ajustar de volta ao trabalho. Medidas de reabilitação: fornecer apoio psicológico para lidar com qualquer trauma o funcionário possa sofrer, por exemplo devido ao assédio no local de trabalho (EU-OSHA, 2014, p. 67).

Intervenções multiníveis: Desenvolver iniciativas contínuas e sustentáveis para promover saúde e bem-estar dos funcionários e da organização por meio de prevenção e gestão de riscos psicossociais requer o desenvolvimento de estratégias que abordem os riscos psicossociais e seus efeitos associados na saúde. Isso obriga as organizações a ir além das intervenções de modelo único que praticam abordagens exclusivamente individuais ou organizacionais para intervenções multimodais que usam uma combinação dessas abordagens. Tais estratégias abrangentes atravessam todos os níveis intervenção. Segundo a recomendação da EU-OSHA, deve-se eliminar os riscos psicossociais no local de trabalho para reduzir e prevenir o estresse e o assédio (nível primário); onde os riscos psicossociais não podem ser eliminados, o treinar funcionários e fornecer-lhes recursos para otimizar suas habilidades de enfrentamento e estratégias de gerenciamento pessoal (nível secundário); para aqueles que já estão sofrendo com sintomas associados ao estresse relacionado ao trabalho, apoiá-los com recursos e reabilitação (nível terciário) (EU-OSHA, 2014, p. 67).

Um exemplo de uma intervenção psicossocial abrangente é o programa Healthy Working for Health realizado em um hospital holandês. Foi iniciado devido a taxas de absenteísmo superiores às médias nacionais. No nível primário, a rotação de trabalho forneceu aos funcionários uma variedade de tarefas, e o sistema de arquivamento foi redesenhado para facilitar o armazenamento e a recuperação de registros, que reduziu a carga de trabalho dos funcionários. Colegas foram encorajados a apoiar um ao outro e os

gerentes receberam treinamento de supervisão para serem mais favoráveis. No nível secundário, os funcionários recebiam cursos gestão do stress, enquanto departamentos específicos foram direcionados com treinamento adicional sobre como lidar com a morte, violência e agressão. No nível terciário, os supervisores foram incentivados a lidar diretamente com os trabalhadores doentes e ausentes, enquanto foram feitas mudanças nos cargos para aqueles em licença médica de longa duração, a fim de facilitar um retorno mais rápido ao trabalho (EU-OSHA, 2014, p. 68, tradução nossa).

Os métodos utilizados para o desenvolvimento de um meio ambiente do trabalho saudável, segundo a organização, devem partir de uma ideia holística, ou seja, considerar o trabalhador como um todo. Se os transtornos mentais e comportamentais possuem uma origem multifatorial, sua prevenção também deverá ser multifatorial. Portanto, as empresas não devem apenas focar alterações internas, mas sim o trabalhador como um todo – por exemplo apoiar a prática de atividades físicas ou estimular a adoção de uma alimentação saudável por parte dos seus funcionários.

Segundo a publicação (EU-OSHA, 2014, p. 82-83), tem sido demonstrado que as intervenções têm uma chance maior de ter um impacto sobre as condições psicossociais do trabalho e sobre a saúde e o bem-estar dos funcionários quando uma intervenção projeto é desenhada para seguir um processo estruturado. Um processo de intervenção de sucesso inclui várias fases.

A primeira é a fase de preparação, na qual, por exemplo, a prontidão da empresa para a mudança é discutida e construída. A fase de preparação também inclui o planejamento do projeto e como ele será comunicado para a empresa (EU-OSHA, 2014, p. 82-83).

A segunda fase é a de avaliação de risco e envolve a identificação de riscos que têm a possibilidade de prejudicar a saúde ou a segurança de empregados (EU-OSHA, 2014, p. 82-83).

A terceira fase é o desenvolvimento de um plano de ação. Nesta fase, os resultados da avaliação de risco são discutidos, os riscos identificados são priorizados e um plano prático de ação abrangente para enfrentar os riscos é desenvolvido. O plano de ação deve incluir as medidas a utilizar, o plano para a implementação das intervenções, e os planos de comunicação e avaliação. Uma abordagem participativa é altamente recomendada (EU-OSHA, 2014, p. 82-83).

A quarta fase é a implementação das soluções e intervenções (também chamadas de redução de risco) nas quais intervenções planejadas são realizadas (EU-OSHA, 2014, p. 82-83).

Na fase de avaliação, os resultados, a eficácia, e o processo de implementação deve ser considerado e avaliado. É crucial para o sucesso do projeto e futuras abordagens que as

organizações usem os resultados da avaliação para aprendizagem organizacional e contínua melhoria do ambiente psicossocial de trabalho (EU-OSHA, 2014, p. 82-83).

Já em âmbito governamental, o material disponibilizado pela EU-OSHA sugere medidas muito semelhantes às aquelas já apresentadas anteriormente sugeridas pela OIT, como o aperfeiçoamento da legislação trabalhista com a inserção dos riscos psicossociais como mal a ser combatido; a importância dos acordos de âmbito nacional envolvendo grandes sindicatos; o estímulo à fiscalização ao meio ambiente de trabalho; sugere também a criação de manuais ou guias para orientação de empregadores e empregados (EU-OSHA, 2014, p. 57-59).

3.3.3. Os programas mhGAP e PRIMA-EF propostos pela OMS

A OMS possui um programa denominado Mental Health GAP Protection Programme (mhGAP) que visa a ampliar os serviços para transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias químicas em países especialmente com renda baixa e média. O programa afirma que com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação, dezenas de milhões poderiam ser tratados para depressão, esquizofrenia e epilepsia, impedidos de se suicidar e começar a levar uma vida normal - mesmo onde os recursos são escassos.

A organização disponibiliza em seu endereço eletrônico (WHO, 2017b) manuais de treinamentos em modelo “cascata” com dois níveis: mestre formadores, que irão formar facilitadores, que por sua vez treinam profissionais da área da saúde.

Não se trata necessariamente de um programa de prevenção de riscos psicossociais ou de intervenções no meio ambiente de trabalho, mas merece a menção por ser um programa de nível mundial com material de treinamento gratuito disponível online.

Segundo a OMS, para aumentar a disponibilidade de serviços de saúde mental, existem 5 barreiras chave que precisam ser superadas: a ausência de saúde mental na agenda de saúde pública e suas implicações para o financiamento; a atual organização de serviços de saúde mental; falta de integração na atenção primária; recursos humanos inadequados para a saúde mental; e falta de liderança em saúde mental pública (WHO, 2017b).

Já quanto ao PRIMA-EF (Psychosocial Risk Management Excellence Framework), trata-se de um programa que aborda a gestão de riscos psicossociais ambiente laboral e apresenta os principais elementos do modelo europeu para gestão de riscos psicossociais. Em síntese, a gestão proposta pelo PRIMA-EF é a seguinte:

A gestão de riscos psicossociais incorpora cinco elementos importantes:

- I - Foco em um determinado grupo, local de trabalho ou conjunto de operações;
- II - Avaliação de riscos para compreender a natureza do problema e suas causas subjacentes;
- III - Concepção e implementação de ações elaboradas para remover ou reduzir os riscos;
- IV - Avaliação dessas ações;
- V - Gestão ativa e cuidadosa do processo. (PRIMA-EF, 2011 p.14).

Segundo o material apresentado, é necessário que as empresas desenvolvam Responsabilidade Social Empresarial, que consiste na movimentação voluntária das empresas no sentido de melhorar as condições de trabalho dos seus empregados, ou seja, as empresas precisam abandonar a ideia de fazer apenas o obrigatório e entender os impactos das suas ações no trabalhador e na comunidade (PRIMA-EF, 2011, p. 43).

Embora tal publicação não possua recomendações sobre políticas públicas, trata-se de um material detalhado de como empregadores devem proceder para lidar com os riscos psicossociais, fornecendo métodos de intervenção e de avaliação de resultados.

3.4 O quadro das políticas públicas de saúde mental no Brasil

Segundo dados publicados pela OMS em 2011, apenas 2.38% do orçamento da saúde era destinado à saúde mental e, deste valor, 32.29% era destinado à manutenção de hospitais psiquiátricos (WHO, 2011, p. 1), de modo que fica evidente a falta de atenção dada pelo Estado ao adoecimento da população como um todo – não por menos o Brasil é o país da América Latina com mais casos de depressão, conforme já registrado no primeiro capítulo.

3.4.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Instituída pela Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como ampliar e articular pontos de atendimento às pessoas com transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2011).

Segundo tal portaria, são objetivos da RAPS:

- Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:
- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
 - II - promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

Já o artigo 5º do referido dispositivo legal lista os componentes do RAPS, que são: I – Atenção Básica em Saúde; II – Atenção Psicossocial Especializada; III – Atenção de Urgência e Emergência; IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório; V – Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e VI – Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Para o presente estudo, são relevantes apenas os itens I e II, Atenção Básica de Saúde e Atenção Psicossocial Especializada, pois são os possíveis destinos de um trabalhador acometido por transtornos mentais e comportamentais como a depressão.

Nesse ponto cabe uma observação: quase todo o material encontrado relacionado ao RAPS ou às políticas públicas de saúde mental no Brasil são direcionados às pessoas com dependência química ou portadoras de transtornos permanentes. Salvo raras cartilhas sobre prevenção ao suicídio, a maioria do material disponibilizado pelo governo, sob certo ponto de vista, não dá a devida atenção a transtornos como a depressão.

Retomando a apresentação do RAPS, é necessário esclarecer que a sua porta de entrada habitualmente é pela Atenção Básica, onde, aqueles que têm necessidade de atendimento devido a transtornos mentais e/ou uso decorrente de álcool e outras drogas podem receber atendimento tanto nas Unidades Básicas de Saúde, como nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e

Consultórios na Rua. Isso permite um primeiro acesso ao sistema de saúde antes de um encaminhamento para os demais serviços que compõem a Rede de Atenção.

Em pesquisa realizada em 2014, pelo IBGE, com o intuito de constatar a prevalência de depressão na população brasileira, bem como levantar dados sobre as pessoas atingidas pela doença, as pessoas diagnosticadas com depressão foram questionadas sobre onde foi realizado o atendimento que resultou no diagnóstico:

Em relação ao local de atendimento, 42,3% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 33,2% em uma unidade básica de saúde; 9,2% em hospital público/ambulatório; 5,3% em Centro de Atenção Psicossocial; 3,5% em um centro de especialidades, policlínica pública ou posto de assistência médica; 3,0% em unidade de pronto-atendimento público ou emergência de hospital público; 1,4% em prontoatendimento ou emergência de hospital privado; e 2,1% em outro tipo de local (IBGE, 2014, *online*)

Conforme o dado apresentado, a maior parte dos diagnósticos recebidos através da rede pública de saúde foram realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sendo assim, apesar da existência de unidades de atenção psicossocial especializada o CAPS acaba sendo pouco utilizado por pessoas com os transtornos mentais mais prevalentes.

Segundo Mateus e Mari (2013), tal encaminhamento se deve às diferenças de abordagem existentes entre as duas unidades. O atendimento básico de casos envolvendo depressão tende a ser feito por equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Na rede desenhada, essa pessoa será atendida pela equipe de saúde da família, que pode ser supervisionada por psiquiatra e psicólogo do NASF. Eventualmente, os profissionais do NASF podem atender conjuntamente um caso com a equipe da AB, mas o NASF não deveria acompanhar a pessoa mesmo que por alguns meses, a não ser que destine parte do seu tempo na prática a um pequeno ambulatório (MATEUS, MARI, 2012, p. 47).

Os CAPS tendem a atender apenas casos mais críticos, onde o paciente já tentou suicídio ou encontra-se em crise. Entretanto, apesar dos CAPS possuírem a capacidade de consultas individuais periódicas com pacientes “fora de perigo”, frequentemente casos com quadros ansiosos ou depressivos são reencaminhados para as unidades de Saúde Básica por não possuírem o perfil para atendimento no CAPS:

Para evitar um número grande desses usuários [com quadros ansiosos ou depressivos], os CAPS definem com frequência que quadros ansiosos e depressivos, mesmo que graves, “não têm perfil” para o serviço e os reencaminham para a AB (no que deveria ser o processo de cogestão referido, mas que com grande frequência só alcança a simples troca de papeis de

encaminhamento e contraencaminhamento). Ainda no exemplo acima, mesmo que incorporada ao CAPS, uma parte dessas pessoas não se adapta à dinâmica das atividades do CAPS e abandona o tratamento, ou só procura o CAPS nos momentos críticos, ou ainda para elas é apenas reproduzido o ambulatório de má qualidade, onde se comparece para consultas rápidas (“para retirar o remédio”) e pouco efetivas (MATEUS, MARI, 2012).

Portanto, embora haja uma rede nacional de atenção à saúde mental, tal sistema ainda conta com problemas de organização, tendo suas atenções voltadas principalmente para casos de transtornos mentais graves e casos de dependência química. Entretanto, no caso do trabalhador enfermo, ainda existem outras alternativas como a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

3.4.2 Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, (RENAST), foi criada em 2002 com o intuito de disseminar ações para a promoção da saúde do trabalhador, passando a ser a principal estratégia de proteção à saúde do trabalhador no SUS. Sua função é integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A RENAST se constitui em uma complexa rede que se concretiza com ações transversais, que incluem a produção e gestão do conhecimento, e todos os níveis e ações definidas.

Art. 1º Dispor sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área.

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

§ 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo:

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;

- IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
- V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009).

Conforme mencionado do supracitado artigo, a implementação da RENAST será feita principalmente por meio da estruturação da rede de CEREST, que têm a responsabilidade de atuar como centros articuladores das ações intra e inter-setoriais em saúde do trabalhador em sua área de abrangência, assumindo funções de suporte técnico em ações que visem à saúde dos trabalhadores e ao apoio matricial aos serviços da Rede de Atenção à Saúde no SUS (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 2).

Pesquisa realizada em 2016 sobre as ações do CEREST (estaduais e regionais) relacionadas aos transtornos mentais levantou os seguintes dados: enfermeiros e médicos do trabalho eram os profissionais em maior número na composição dos recursos humanos dos CEREST; Pouco mais da metade dos CEREST estaduais (60,0%) e regionais (69,6%) informaram ter profissionais capacitados para atendimento na área de saúde mental, sendo na maioria psicólogo e médicos, tanto nos centros estaduais (80,0% e 46,7%) quanto regionais (88,2% e 31,2%) (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 5). Entre os CEREST estaduais, 8 (32,0%) referiram possuir ambulatório para diagnóstico enexo de agravos em geral na saúde do trabalhador; entre os regionais, 93 (68,4%) relataram realizar essa ação (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 5).

Na área da atenção à saúde do trabalhador, 20,0% dos centros estaduais realizavam ambulatório em saúde mental para avaliação diagnóstica e nexoda relação do sofrimento mental com o trabalho. Entre os regionais, esse percentual subiu para 51,9%. Quando analisadas as informações somente entre os centros que tinham equipe capacitada para atendimento em saúde mental, o percentual dos CEREST de âmbito estadual continuou em 20,0%, mas entre os regionais aumentou para 76,3% (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 7).

Ainda segundo a pesquisa, os trabalhadores com transtornos mentais relacionados ao trabalho eram encaminhados pelos CEREST para realizar tratamento nos seguintes serviços: CAPS (70,5% dos CEREST estaduais e 71,2% dos regionais), ambulatório em saúde mental da Rede de Atenção do SUS (35,2% dos estaduais e 50,0% dos regionais) e na atenção básica (aproximadamente 30% de todos os CEREST). O tratamento dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho era realizado pelo CEREST, em seus próprios serviços, em 23,5% dos centros estaduais e 28,8% dos regionais (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 8).

Adicionalmente, 44% dos CEREST estaduais informaram desenvolver ações informativas na área da saúde mental, enquanto a estatística dos CEREST regionais era 37,6% (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 8). O estudo também coletou dados a respeito de ações de vigilância:

Considerando as ações na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), 17 CEREST estaduais (68,0%) relataram realizar ações de inspeções em ambientes de trabalho, enquanto entre os regionais foram 110 (80,9%). Entre as ações de VISAT em saúde mental destaca-se que aproximadamente metade dos CEREST estaduais (58,3%) e regionais (52,3%) relataram realizar sempre ou frequentemente inspeções em ambientes de trabalho para investigação de exposição a fatores de riscos psicossociais. Quando analisadas as proporções de CEREST que realizavam essas ações apenas entre aqueles que tinham equipe em saúde mental percebeu-se um aumento nesses percentuais: 71,4% dos estaduais e 58,7% dos regionais (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 8).

Conforme já levantado no tópico 3.1, um dos motivos para que a fiscalização seja tão tímida é a falta de material técnico na área dos riscos psicossociais, limitando os métodos possíveis de investigação quanto a tal mal.

Entretanto, apesar da falta de fiscalização *in locu*, os CEREST são responsáveis por 71% dos casos registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre 2006 e 2012, enquanto os serviços de saúde básica e CAPS foram responsáveis por 8,4% e 6,2% respectivamente (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 12).

3.4.3 Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde.

Lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde, o manual “Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde” trata de diversas doenças desencadeadas pelo trabalho, separando-as por grupo da CID. Em tal manual é possível encontrar procedimentos a serem adotados caso o trabalhador seja diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais.

Tal manual foi criado com o objetivo de orientar os profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na atenção básica. Segundo tal manual, a prevenção dos transtornos mentais e comportamentais deve ocorrer da seguinte forma:

Reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença;

Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
Educação e informação aos trabalhadores e empregadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 162).

Ainda de acordo o manual, após o diagnóstico do transtorno mental o médico deverá orientar o trabalhador sobre se é um caso que necessita de afastamento; bem como comunicar o adoecimento ao sindicato e à Delegacia Regional do Trabalho. Adicionalmente, o manual sugere que seja feita uma inspeção na empresa para a identificação de riscos para a saúde do trabalhador e para que seja possível orientar o empregador quanto às adequações necessárias no ambiente de trabalho que causou o adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 163).

Na bibliografia pesquisada não foram encontrados dados ou relatos de tais medidas, principalmente no que tange à visitação das empresas por médicos ou profissionais da saúde para a inspeção das condições de trabalho.

Tal manual também propõe estratégias específicas de prevenção à depressão e à Síndrome de *Burnout*. Em ambos os casos é sugerido que o empregador verifique o conteúdo da tarefa executada pelo trabalhador, bem como o ritmo e intensidade em que essa tarefa vem sendo realizada; que verifique também a qualidade do relacionamento entre funcionários e entre o trabalhador e seus superiores hierárquicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em suma, a orientação é que a prevenção dessas enfermidades é feita através do diálogo, ou seja, procurar saber como o trabalhador se sente, qual a sua percepção sobre a competitividade interna na empresa dentre outros fatores já elencados como a carga (quantitativa e qualitativa) do trabalho executado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em que pese as considerações feitas por tal manual, trata-se mais de um manual médico, uma abordagem clínica às doenças apresentadas e formas de prevenção e tratamento, de modo que não faz (até porque aparentemente não era a intenção) apontamentos práticos sobre as possíveis melhoras no meio ambiente do trabalho.

Ainda neste capítulo, no tópico “Modelo proposto pela OIT” foram apresentadas sugestões, dentre elas a elaboração de manuais técnicos relacionado ao combate e prevenção dos riscos psicossociais. E naquele momento foi tecida uma crítica quanto ao conteúdo dos manuais brasileiros, com enfoque habitual às doenças e sua prevenção. O manual aqui apresentado é exemplo da crítica feita.

Em análise de sua equipe de colaboradores e revisores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 16) é nítida a falta de interdisciplinaridade: com a exceção de dois engenheiros, a

equipe é composta exclusivamente por médicos. Não há profissionais de enfermagem, assistência social, psicologia, fisioterapia ou até mesmo do direito. Portanto, se a intenção é prevenir doenças “multifatoriais” é necessário adotar medidas multifatoriais.

A integração entre equipes profissionais distintas profissionais é constantemente citada em textos sobre a RAPS e é denominada de “matriciamento”. Entretanto, apesar da constante promoção do termo e da prática, tal conduta não está presente no material aqui discutido.

3.5 O papel dos sindicatos

A luta pelos direitos dos trabalhadores não é individual; na maioria dos casos o trabalhador não possui força de barganha suficiente para reivindicar os seus direitos, já que é muito mais fácil para o empregador demitir seu funcionário do que adaptar seu método produtivo.

Aguardar que o poder público tome todas as medidas necessárias por vontade própria também não é a estratégia mais sábia a ser adotada, já que muitas vezes os governantes legislam seguindo os interesses do capital ou dos seus apoiadores financeiros. Portanto, cabe aos sindicatos o papel de luta pelas melhoras no ambiente de trabalho, nesse sentido cabe a citação da Constituição Federal e da Constituição do Estado de São Paulo:

Art. 8º É livre a associação profissional ou sindical, observado o seguinte:
[...]

III - ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas;

Artigo 229 - Compete à autoridade estadual, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no ambiente de trabalho e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

§1º - Ao sindicato de trabalhadores, ou a representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou a saúde dos empregados.

§2º - Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

§3º - O Estado atuará para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

§4º - É assegurada a cooperação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho (SÃO PAULO, 1989).

O papel do sindicato é constitucionalmente previsto e a sua atuação em épocas de desmonte de direitos sociais e trabalhistas é imprescindível. Entretanto, em muitos casos a

atuação do sindicato é tímida, de modo que o sindicato não se apossa do poder que possui, principalmente no que tange às ações coletivas (ALMEIDA, 2013, p. 210). Nesse sentido é o entendimento de Almeida:

As ações coletivas poderiam contribuir potencialmente na garantia de melhores condições de trabalho, na manutenção do equilíbrio do meio ambiente do trabalho e na instituição de medidas promotoras de saúde que possam garantir qualidade de vida dentro e fora do trabalho. Não se trata apenas dos casos em que deve o sindicato cobrar o cumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho quando ignoradas pelo empregador, mas também das circunstâncias em que deve a entidade sindical se utilizar desse instrumento processual para coibir o empregador a se abster de certas práticas que comprometam o equilíbrio do meio ambiente do trabalho e a saúde do trabalhador. Há empresas que regularmente são condenadas a indenizar trabalhadores submetidos a práticas abusivas ou assediadas, não havendo qualquer ação mais incisiva do sindicato, sobretudo por meio de ações coletivas, buscando melhorias das condições de trabalho sem reflexos econômicos diretos (ALMEIDA, 2013, p. 210).

Até mesmo na elaboração de convenções coletivas, os sindicatos não usam seu aparato jurídico para exercer seu poder de protetor do trabalhador. Ao analisar convenções coletivas, nota-se um enfoque em cláusulas econômicas, envolvendo aumentos salariais, adicionais, gratificações, reajustes, ou seja, dinheiro no bolso.

O trabalhador, principalmente aquele que ganha pouco, não tem uma visão a longo prazo de sua saúde, estando disposto a vendê-la a troco de uma porcentagem de aumento em seu salário. Exemplo disso são os (não raros) trabalhadores que preferem o turno noturno por seu adicional. Ou seja, esperar que parta do trabalhador a atitude de reivindicar melhorias psicossociais em seu ambiente de trabalho é na maioria das vezes utopia – (a maior) parte dos trabalhadores sequer sabe o que é um risco psicossocial.

Até mesmo quando o sindicato aborda a saúde do trabalhador nas convenções coletivas, na maioria das vezes é com o intuito de discorrer sobre Equipamento Individual de Proteção (EPI), riscos físicos e assuntos relacionados à saúde pós-violatórios, ou seja, após o adoecimento do trabalhador. Tal retrato é levantado pelo próprio Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE):

Nas negociações coletivas de trabalho, o tema da saúde ainda é abordado, majoritariamente, pelo aspecto das ameaças físicas à saúde do trabalhador, com destaque para as cláusulas que tratam de questões muito básicas, como água potável, uniformes, EPIs, primeiros socorros e manutenção de máquinas. Também foi observado que são muito frequentes cláusulas que tratam das consequências do adoecimento e dos acidentes de trabalho, além dos diferentes tipos de adicionais. Por outro lado, questões como o acesso à

informação e participação efetiva dos trabalhadores foi pouco observada (DIEESE, 2015, p. 9).

Sindicatos com amplo corpo jurídico, assistentes sociais e recursos para desenvolver medidas e propor inovações em acordos coletivos entregam-se à inércia, reivindicando apenas melhorias salariais e benefícios de natureza econômica, desprezando todo o potencial presente. Nesse sentido serão analisadas algumas convenções de sindicatos da região.

Em análise à Convenção Coletiva 2017-2018 do Sindicato da Indústria de Calçados de Franca (SINDIFRANCA, 2017), maior sindicato da cidade, não há menção a possíveis medidas para a melhora no meio ambiente de trabalho. A seção sobre “Saúde e Segurança do Trabalhador e Condições de Ambiente de Trabalho” traz apenas questões pertinentes ao uso de EPI, que o empregador deve emitir CAT em caso de acidente e que as empresas deverão seguir as NR 7 e 9 do Ministério do Trabalho e Emprego. Ou seja, o sindicato em questão não propõe qualquer tipo de programa de averiguação de riscos psicossociais no meio ambiente do trabalho.

Outro acordo coletivo analisado foi o a Convenção Coletiva de Trabalho 207-2018 da Federação de Comerciantes do Estado de São Paulo (FECOMERCIÁRIOS, 2017), e nela também não foram encontradas cláusulas de melhoria ao meio ambiente do trabalho. Importante ressaltar que a categoria “Comércio Varejista de mercadorias em geral”, CNAE 4711 possui NTEP entre o exercício da profissão e o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 1999). Inclusive, o CNAE 4711 ocupa o terceiro lugar em número de concessões de benefícios previdenciários relacionados aos transtornos mentais e comportamentais (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2017, p. 26).

No mesmo sentido é a Convenção Coletiva do Comércio Varejista de Ribeirão Preto 2016-2018 (SINCOMERCIÁRIOS, 2016). Também enquadrada na mesma categoria de CNAE e assim como a convenção da Federação dos Comerciantes, não possui disposições sobre melhorias ao meio ambiente do trabalho.

Já em análise à Convenção Coletiva dos Bancários 2015-2016 do Sindicato dos Bancários de Ribeirão Preto e Região (SEEBRP, 2015) é notável a presença de algumas cláusulas com o intuito de combater os riscos psicossociais, como por exemplo a proibição dos bancos expor publicamente o ranking individual dos seus empregados bem como a proibição do envio de mensagens por telefone relativas à cobrança de metas. Adicionalmente, tal convenção coletiva também dispõe que os bancos deverão adotar uma gestão ética, combatendo o assédio moral (SEEBRP, 2016).

Estudo publicado pelo DIEESE (2015) traz uma coletânea de cláusulas de acordos coletivos que trouxeram inovação em relação à saúde do trabalhador, com destaque às

implantações de novas tecnologias, intensidade de trabalho, ritmo de trabalho, assédio moral, assédio sexual e estresse.

Um dos destaques trazidos pela obra é uma cláusula sobre a disponibilização, por parte da empresa, de um local de lazer para que seus funcionários possam usufruir em seus horários de descanso e estímulo à adoção de um estilo de vida saudável:

Construção Civil – Candeias/BA

Cláusula nº 041 - vigência: 01/01/2012 a 31/12/2012

LOCAL DE LAZER

As empresas manterão nas obras, local adequado para o lazer dos empregados nos horários de descanso, colocando à disposição dos mesmos, gratuitamente, jogos, livros e promovendo outros tipos de eventos.

§ Único: A empresa concederá, a seu critério, o material esportivo quando seus trabalhadores inscritos participarem do campeonato laboral e das olimpíadas do SINDUSCON, desde que o trabalhador solicite formalmente, por escrito, comprovando a sua inscrição perante a entidade promotora.

Petrobras

Cláusula nº 121 - vigência: 01/09/2011 a 31/08/2013

Qualidade de Vida

A Companhia estimulará os empregados a adotarem modos de vida ativo e saudável que incluam atividades físicas e esportivas, inclusive em suas instalações (DIEESE, 2015, p. 21).

Tais cláusulas apresentadas demonstram um elevado nível de entendimento do conceito de saúde proposto pela OMS, ou seja, mais do que se preocupar com a doença dos trabalhadores, esse tipo de norma visa ao estímulo de um estilo de vida melhor, indo além da ideia habitual de saúde ser a ausência de doença.

Assunto destacado também é a questão relacionada à tecnologia, ou seja, quando a empresa passa a adotar uma nova tecnologia para a realização do trabalho e o empregado torna-se repentinamente “obsoleto”. Nesse sentido, alguns sindicatos convencionaram normas no sentido de obrigar a empresa a treinar seus funcionários e/ou dar estabilidade:

Petrobras

Cláusula nº 159 - vigência: 01/09/2011 a 31/08/2013

IMPLANTAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS

§ Único - A implantação de novas tecnologias que traga alterações substanciais será precedida de uma apresentação aos Sindicatos e as CIPAs, cujas bases forem abrangidas, dos objetivos, avanços e ganhos sociais que tais melhorias acarretarão.

Jornalistas - CE

Cláusula nº 030 - vigência: 01/09/2012 a 31/08/2013

NOVAS TECNOLOGIAS

As empresas que pretendem incorporar novas tecnologias obrigam-se a avisar ao Sindicato Profissional com 06 meses de antecedência e a manter os empregados do setor informados dos projetos em andamento.

§ 1º - As empresas deverão oferecer aos empregados do setor, onde se implantarem tais sistemas, a oportunidade de sua adaptação às novas técnicas e equipamentos, mediante aprendizagem e cursos externos, realizados dentro da jornada de trabalho, custeados pela empresa.

§ 2º - A reciclagem dos funcionários do setor deverá ocorrer até 02 meses antes da implantação dos novos equipamentos.

§ 3º - Para a realização da reciclagem, os funcionários serão liberados sem prejuízo de salários e vantagens.

§ 4º - A partir da incorporação de novas tecnologias, fica garantida a estabilidade de 02 meses para os funcionários não aproveitados no setor modificado (DIEESE, 2015, p. 11).

O avanço tecnológico é inevitável, modernizando a forma de trabalhar e trazendo dificuldades a alguns trabalhadores, principalmente aqueles com idade superior. Nesse sentido é extremamente importante não tratar o trabalhador como objeto ultrapassado e descartável, obrigando a empresa a ter responsabilidade social com seus empregados.

Adicionalmente o DIEESE também traz cláusulas relativas ao assédio moral, prática maligna no meio ambiente de trabalho com enorme potencial para devastar a saúde mental do trabalhador (DUARTE; ALMEIDA, 2015). Conforme já levantado anteriormente nesta pesquisa, a legislação pertinente ao assédio moral é extremamente escassa, tornando a atuação sindical extremamente relevante para o combate de tal conduta no meio ambiente do trabalho.

Plásticos - BA

Cláusula nº 052 - vigência: 01/11/2012 a 31/10/2013

ASSÉDIO MORAL E GÊNERO

As empresas não adotarão quaisquer práticas gerenciais e de organização de trabalho que possam caracterizar assédio moral aos seus empregados, entendidas como tais todas as formas de constrangimento, intimidação, humilhação e discriminação perpetrados em face dos seus empregados, desde que decorrentes da relação de trabalho, e de que possam resultar sofrimento psicológico para os mesmos com reflexos na saúde física, mental e moral.

As empresas ratificam seus compromissos em cumprimento da legislação relativa a quaisquer discriminações relativas a sexo, idade, cor, religião, estado civil, etnia, número de filhos, tanto para admissão como para preenchimentos de cargos.

Jornalistas - Belo Horizonte/MG

Cláusula nº 030 - vigência: 01/04/2012 a 31/03/2013

ASSÉDIO MORAL

Cada Empresa deverá, dentro do prazo de 30 dias, contados da data da assinatura da presente CCT, constituir uma Comissão de Ética, a ser composta no máximo por 04 pessoas, sendo 02 por ela indicadas e as outras 02 indicadas pelo sindicato profissional e que terá por objetivo apurar denúncias de assédio moral que venham a surgir dentro das redações. A Comissão, uma vez constituída, elaborará um Regimento Interno para suas atividades.

§ Único - Por assédio em um local de trabalho entende-se toda e qualquer conduta abusiva manifestada, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho.

Processamento de Dados Serpro

Cláusula nº 026 - vigência: 01/05/2012 a 30/04/2013

DISCRIMINAÇÃO, ASSÉDIO SEXUAL E ASSÉDIO MORAL

A Empresa implementará políticas de orientação, prevenção e combate a discriminação, ao assédio moral e sexual(...)

§ 2º - Quando forem comunicados ao Serpro situações de discriminação, assédio sexual e moral, que envolvam empregados do Serpro no âmbito de seus clientes, a empresa formalizará solicitação de apuração dos fatos ao cliente.

Professores - PE

Cláusula nº 024 - vigência: 01/04/2012 a 31/03/2013

DA CONDUTA DENTRO DO AMBIENTE ESCOLAR

Os estabelecimentos de ensino, por suas direções e professores, dentro das suas prerrogativas legais, deverão atuar no sentido de prevenir condutas dos discentes, de pais, responsáveis ou representantes, configuradoras de violência física, psicológica ou moral. (DIEESE, 2015, p. 115-16).

O assédio moral é uma conduta perversa praticada no ambiente laboral, tanto por superiores hierárquicos quanto por colegas de trabalho, com o intuito de causar isolamento e até mesmo a demissão. Na esfera profissional, o dano se exterioriza através da perda da produtividade, da ruptura das relações profissionais e, até mesmo, da relação jurídica de trabalho. Isso porque, com o isolamento profissional, o trabalhador passa a sentir-se desmotivado a trabalhar e a produzir, contribuindo para que o agressor alcance seus objetivos, incluindo a demissão da vítima (DUARTE; ALMEIDA, 2015). Portanto, considerando a lacuna legislativa existente relacionada ao tema, a atuação dos mencionados sindicatos demonstra-se exemplar.

Na publicação do DIEESE, existem duas cláusulas de acordos coletivos que se destacam. A primeira delas é de um sindicato de processamento de dados de Pernambuco:

Processamento de Dados - PE

Cláusula nº 053 - vigência: 01/09/2012 a 31/08/2013

REDUÇÃO DE STRESS

I. Recomenda-se a adoção das seguintes medidas para reduzir o estresse:

II. Música ambiente;

III. Plantas nos locais de digitação;

IV. Posicionamento do equipamento, possibilitando maior integração;

V. Reunião com frequência nos setores, para discussão dos problemas de cada equipe;

VI. Cores neutras, destacando-se a recomendação pelo verde e evitando-se o branco, o cinza e o preto;

- VII. Adoção de exames de saúde periódicos que levem em conta fatores específicos da função exercida pelo trabalhador, com o objetivo de diagnosticar, previamente, doenças profissionais;
- VIII. Proibição do ato de fumar no ambiente de digitação (DIEESE, 2015, p. 18).

A cláusula exposta, embora não utilize o termo riscos psicossociais, é um nítido exemplo de combate a tais riscos. O principal destaque de tal norma é a importância que ela dá para alguns aspectos organizacionais das empresas, possibilitando o rearranjo ambiental e possibilitando reuniões frequentes para a discussão de eventuais problemas. Em sentido parecido é a cláusula encontrada no acordo coletivo realizado pelo Sindicato dos Urbanitários do Pará:

Purificação e Distribuição de Água Cosanpa
 Cláusula nº 048 - vigência: 01/05/2012 a 30/04/2013
 DO COMITÊ DO MEIO AMBIENTE DE TRABALHO
 Fica mantido o trabalho do Comitê do Meio Ambiente do Trabalho, composto por 3 representantes do STIUPA e 3 da Empresa, com o objetivo de elaborar um Programa de Preservação, Conscientização e Melhorias do Ambiente no Trabalho, procurando objetivar a melhoria nas relações interpessoais, no espaço físico de suas dependências, visando reduzir as condições adversas às atividades sociais e econômicas, existentes nos locais de trabalho relativos a qualidade de vida dos trabalhadores e a preservação / manutenção do patrimônio da empresa (DIEESE, 2015, p. 20).

A norma citada segue aquilo que todas as fontes internacionais citadas no trabalho defendem: a participação ativa do trabalhador na organização do seu meio ambiente de trabalho. Tal cláusula defende um “Comitê do Meio Ambiente do Trabalho”, por meio do qual os trabalhadores poderão combater diretamente as adversidades presentes em seu espaço de trabalho.

3.6 A chave para o sucesso: dar voz aos trabalhadores

Segundo publicação já referida anteriormente da EU-OSHA, estudos realizados na Europa constataram que a participação do trabalhador no processo de organização da empresa acarretou uma melhora significativa no ambiente laboral. Em números: entrevistas realizadas em empresas europeias constataram que em 67% delas o trabalhador era encorajado a participar ativamente na implementação de medidas protetivas ao meio ambiente do trabalho. Nessas empresas, 91% dos gerentes afirmaram que houve melhora significativa no ambiente de trabalho. Por outro lado, empresas em que houve adoção de medidas protetivas sem a

participação efetiva dos trabalhadores registraram uma percepção de melhora de “apenas” 59% (EU-OSHA, 2014, p. 69).

Segundo Alves (2015):

Dar voz aos trabalhadores, conhecer os seus estados de saúde e de doença, surge, assim, como um elemento-chave do sucesso dos projetos em matéria de qualidade de vida no trabalho [...]

Os riscos psicossociais não podem ser entendidos, por parte da gestão e dos trabalhadores, como um tabu organizacional, um tema sensível e a evitar. Estamos perante um obstáculo ao diagnóstico e à intervenção. A formação técnica e comportamental sobre gestão de riscos psicossociais não produzirá os resultados pretendidos sem, em primeiro lugar, (i) melhorar a comunicação organizacional, (ii) construir uma cultura de confiança mútua entre chefias e subordinados e, não menos importante, (iii) convidar os trabalhadores a participar nas decisões que afetam o seu trabalho. Não basta apenas alocar recursos financeiros e humanos aos projetos de segurança & saúde no trabalho. A equação do sucesso depende, ainda, de um elemento decisivo: o envolvimento de toda a linha hierárquica na avaliação de riscos e no cumprimento dos planos de ação. Os custos de oportunidade são inferiores aos que resultam da inexistência de medidas de prevenção de riscos; as despesas com a promoção da qualidade de vida no trabalho são um inteligente investimento e com retorno intangível a curto, médio e longo prazo. Uma força de trabalho doente não produz; pelo contrário, gera prejuízo (ALVES, 2015, p. 96)

O trabalhador tem papel fundamental na criação de políticas que protejam a sua saúde mental. Não apenas dentro da empresa, a participação da comunidade é um dos pilares do SUS devendo ser garantida a participação dos trabalhadores na formulação, planeamento e avaliação das políticas públicas. Entretanto, a participação popular na formulação, planeamento e avaliação das políticas públicas vem diminuindo (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 10).

Os dados obtidos evidenciaram que essa participação tem diminuído ao longo dos últimos seis anos, com destaque para o conselho gestor nos centros regionais [dos CEREST], cuja proporção diminuiu pela metade quando comparado aos dados do 1º Inventário da Renast referente ao ano de 2008 (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 10).

Importante ressaltar que a criação do SUS foi consequência de movimentação social, fruto direto da Reforma Sanitarista iniciada na década de 1970, portanto, a participação dos movimentos sociais dos trabalhadores, aliados ao fortalecimento no movimento sindical à época foi fundamental para a obtenção das normas relativas à saúde existentes hoje.

Entretanto o cenário existente à época é contrastante ao atual no qual “se observa refluxo da participação social, com destaque para o fato dos movimentos sindicais estarem enfraquecidos e fragmentados, definindo um contexto de pouca participação social nos

processos decisórios” (CARDOSO, ARAÚJO, 2016, p. 10). Assim, é medida urgente e necessária o estabelecimento de estratégia para que a participação social retome a força tida outrora, com a participação ativa dos trabalhadores e principalmente dos sindicatos.

Considerações Finais

Durante séculos o trabalho foi visto como atividade vil, uma expressão da miséria humana, entretanto, tal pensamento adotado principalmente por gregos e romanos sofreu alterações com o tempo, uma sociedade que produzia apenas para sua subsistência se transformou em uma sociedade de estímulo ao consumo, onde o ser humano foi convencido a consumir para ser feliz e a trabalhar para consumir. Desse modo os modelos de produção individual foram descartados e modelos de produção em massa foram adotados, nos quais milhares de trabalhadores vendem seu tempo a um grupo diminuto de pessoas possuidoras dos meios de produção a troco de recompensa financeira – utilizada para sobreviver e saciar suas vontades.

Havendo remuneração ou não, há uma característica presente na relação de trabalho: a classe trabalhadora sempre sofreu e ainda sofre algum tipo de violência. Se um dia a violência foi exposta e defendida pelo Estado, com o passar do tempo ela passou a adotar uma forma mais velada, a violência deixou de ser aguda e passou a ser crônica, o trabalhador que morria aos vinte anos açoitado passou a morrer aos quarenta com tuberculose e posteriormente aos sessenta por problemas cardíacos.

Entretanto, chegamos a um ponto em que o trabalhador voltou a morrer aos vinte: o suicídio entre jovens é temática recorrente em discussões sobre a saúde mental e vem despertando preocupações sociais. Não apenas o suicídio entre jovens, dados expostos na pesquisa revelam que anualmente oitocentas mil pessoas encerram suas vidas voluntariamente por todo o mundo.

A partir da técnica da revisão bibliográfica e utilizando o método dedutivo, o presente estudo buscou, por meio de materiais nacionais e internacionais, da área do direito e da saúde, traçar um panorama da saúde mental do trabalhador atualmente. Quais são as causas que vem causando seu adoecimento mental, principalmente de doenças como a depressão e a Síndrome de *Burnout*.

Nesse sentido, foram descobertas “novas⁸” condutas nocivas, principalmente à saúde mental do trabalhador. Passou-se a entender que o adoecimento do trabalhador não decorre apenas de riscos físicos, químicos ou biológicos, é perfeitamente possível o adoecimento do

⁸ O termo foi utilizado entre aspas pois os riscos psicossociais não são novos. Apesar da nomenclatura recente, os riscos em si estão presentes na sociedade desde que a hierarquia no trabalho foi construída. O trabalhador sempre esteve exposto a altas cargas de trabalho, muitas vezes sem qualidade, repetindo o mesmo movimento por horas. Tal trabalho nem sempre foi remunerado e quando foi, tal remuneração não é necessariamente suficiente para a satisfação de todas as necessidades do trabalhador.

trabalhador mesmo em um ambiente onde todos esses riscos estão controlados – e, embora inicialmente a enfermidade seja mental, ela tem potencial de se espalhar para o corpo através de doenças cardiovasculares ou osteomusculares.

Órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho passaram a reconhecer os riscos psicossociais e conseqüentemente passaram a estudar o tema e propor medidas para o seu combate e prevenção. Foram elaboradas pesquisas com sugestões de políticas tanto para os Estados como para as empresas visando à preservação da saúde mental do trabalhador.

No Brasil, os riscos psicossociais são parcialmente ignorados pelo Estado. Embora seja possível encontrar menção a tais riscos em alguns materiais publicados pelo governo, a proteção desejada aos trabalhadores não passa perto de se tornar alguma norma ou pelo menos uma política específica que combata os riscos psicossociais.

Em que pese a ausência de legislação quanto aos riscos psicossociais, abundam normas relativas à saúde do trabalhador. A Constituição Federal defende a preservação da saúde e do meio ambiente do trabalho equilibrado, temas reincidentes em diversas legislações infraconstitucionais. Portanto, embora a positivação de leis que reconheçam os riscos psicossociais seja apenas o primeiro desafio, é apenas a criação de um equipamento de luta.

O segundo desafio, é a efetivação das normas positivadas, tanto as existentes quanto aquelas que possam ser criadas relacionadas ao tema. Conforme apresentado na pesquisa, o Estado brasileiro investe muito pouco na saúde mental e também tem uma concepção distorcida de transtornos mentais – as políticas governamentais quanto aos transtornos mentais são quase que completamente focadas em dependentes químicos e em casos de transtornos mentais severos.

É compreensível que tais grupos sejam priorizados, principalmente pelo maior risco, até de morte, que esses grupos correm. Entretanto, parece ser uma atitude irresponsável não dar a atenção necessária a casos menos severos – já que atendê-los após seu agravamento será mais difícil e custoso. Segundo indicado do estudo, pacientes depressivos são empurrados entre UBS e CAPS – não são atendidos nas UBS pela falta de estrutura e não são atendidos nos CAPS pela falta de gravidade do caso, ou seja, enquanto uma vida não estiver em risco, não há problema.

Adicionalmente, há um enorme prejuízo financeiro com a alta prevalência de transtornos mentais e comportamentais na população, tanto direto e indireto. Os gastos com o tratamento somados diminuição da expectativa de vida, absenteísmo no trabalho e perda de produtividade superam em muito o valor gasto com a prevenção. Estudos foram trazidos demonstrando que a taxa de retorno é de 5.4 para cada real investido.

Enquanto tal tipo de investimento não é feito perpetua-se um sistema pós-violatório instaurado, no qual o trabalhador não é protegido em seu meio ambiente de trabalho, adoce e procura a previdência em busca de reparação – embora o máximo que consiga seja descanso e dinheiro, que não necessariamente trarão sua saúde de volta. Nesse sentido, foi defendida na pesquisa a existência de um ciclo de ineficiência.: o trabalhador enfermo procura a previdência social e é atendido por um médico sem especialização na psiquiatria, aumentando as chances de receber um diagnóstico equivocado.

Tais diagnósticos equivocados são utilizados no cálculo do FAP das empresas, que passam a pagar valores talvez menores do que aqueles que realmente correspondem ao nível de cuidado tido pela empresa pela saúde dos seus funcionários.

Mas a questão pericial vai além de questões financeiras, a concessão de benefícios pela previdência social apresenta incongruências em relação ao aumento mundial de prevalência de depressão. Ou seja, se por um lado há um aumento mundial nos casos de depressão, por outro há uma redução drástica na concessão de benefícios relacionados aos transtornos mentais e comportamentais.

Conforme observado na pesquisa as quedas nas concessões de benefícios chegam a passar de 30%, nos últimos cinco anos. Embora os fatores que causaram essa queda sejam um tanto quanto nebulosos, existem hipóteses que podem ser levantadas, dentre elas a possibilidade de que existam orientações internas no sentido de se evitar a concessão de benefícios para a redução de gastos.

Embora o Estado tenha seu papel de protetor da saúde previsto constitucionalmente, ele não é o único responsável. As empresas possuem seu papel na gestão ética de pessoas. Assim como é econômico para o governo o investimento em prevenção, a economia também serve às empresas. Funcionários saudáveis e satisfeitos tem menores índices de absenteísmo e maior produtividade.

Ou seja, além de ético e humano, o zelo pela saúde do trabalhador também é economicamente proveitoso. Entretanto, a mentalidade adotada por grande parte do corpo patronal brasileiro é a de que o trabalhador é produto descartável, sendo mais fácil substituir o trabalhador enfermo do que alterar seu modo de organização do trabalho.

Nesse ponto entra outro grande responsável pela luta pela proteção à saúde mental do trabalhador: o sindicato. Com papel também previsto constitucionalmente, os sindicatos possuem em suas origens o papel de lutar pelos seus representados.

Em uma sociedade capitalista é impossível considerar que há paridade de armas entre os trabalhadores e seus patrões, de modo que são concedidos aos sindicatos poderes especiais (como as ações coletivas) para que possuam força para negociar.

Entretanto, salvo raras exceções apresentadas na pesquisa, os sindicatos dão preferência na negociação de cláusulas de proveito econômico imediato, ou seja, aumentos de salário, bonificações, adicionais dentre outros benefícios de retorno imediato para o trabalhador.

Se por um lado faltam medidas adotadas pelas empresas ou políticas públicas de combate e prevenção aos riscos psicossociais, por outro não faltam modelos de intervenção disponíveis: conforme dito anteriormente, órgãos internacionais, principalmente aqueles com origem na Europa possuem estudos em níveis muito mais avançados do que aqueles encontrados no Brasil.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial foi instituída há menos de dez anos, tendo um longo caminho a percorrer antes de poder contemplar todas as necessidades que a saúde mental do trabalhador possui. Por outro lado, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador já possuem algumas pesquisas relacionadas aos riscos psicossociais e, vêm entendendo a importância de um meio ambiente do trabalho equilibrado – realizando inclusive fiscalizações no ambiente de trabalho de pacientes enfermos.

Como conclusão final, o trabalho apresenta a necessidade da participação do próprio trabalhador na construção de um meio ambiente do trabalho saudável e equilibrado. Se por um lado ele não possui poderes para forçar seu patrão a alterar aspectos organizacionais da empresa, por outro ele tem o direito de compor órgãos ligados ao SUS, participar de movimentos sociais e lutar para que sejam feitas melhorias – não apenas para seu ambiente, mas para o de todos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Fernanda Monteiro de. **Depressão como doença do trabalho e suas repercussões jurídicas**. São Paulo: LTr, 2005.

AGÊNCIA SENADO, **A inspeção do trabalho no Brasil enfrenta falta de auditores fiscais e de recursos financeiros**. Brasília: 03 de abril de 2018. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/04/03/a-inspecao-do-trabalho-no-brasil-enfrenta-falta-de-auditores-fiscais-e-de-recursos-financeiros>>. Acesso em 05 de abril de 2018.

ALCÂNTARA, H. R. **Perícia médica judicial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

ALEVATO, Hilda. Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. **Revista da Rede de Estudos do Trabalho**. Rio de Janeiro, n. 02, nov 2011, ano V. Disponível em <<https://www.estudosdotrabalho.org/09revistaRET9.pdf>> Acesso em 20 de agosto de 2015.

ALMEIDA, Dayse Coelho de. A fundamentalidade dos direitos sociais. **Revista IOB Trabalhista e Previdenciária**, Porto Alegre, n. 207, ano 17, p. 86-96. set. 2006.

ALMEIDA, Victor Hugo de. **Consumo e trabalho**: impactos no meio ambiente do trabalho e na saúde do trabalhador. 2013. 241 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALMEIDA, Victor Hugo de. Meio ambiente do trabalho e saúde mental do trabalhador sob a perspectiva labor-ambiental. In: RAZZOUK, Denise; LIMA, Mauro Gomes Aranha de; CORDEIRO, Quirino (Org.) **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015. p. 109-122.

ALVARENGA, Rúbia Zanotelli. Assédio moral organizacional. **Revista LTr Legislação do Trabalho**. São Paulo, v. 08, p. 958 – 966, ago. 2012. Ano 76.

ALVES, Daniel; RAMOS, Sara; FUGAS, Carla. Condições de trabalho, stresse e sintomas de mal-estar físico e psicológico: exploração de uma cadeia de efeitos. **International Journal on Working Conditions**. Porto (Portugal). n. 10, p. 81 – 100, dez. 2015.

Disponível em:

<http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.10_Alves,Ramos&Fugas_p.81.100.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

AMBROSIO, Graziella. O nexo causal entre depressão e trabalho. **Revista LTr Legislação do Trabalho**. São Paulo, v. 02, p. 193 – 204, fev 2013. Ano 77.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Traduzido por Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. **Violência, saúde e trabalho**. São Paulo: Educ, 2006.

BARUKI, Luciana Veloso. **Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo**. São Paulos: LTr, 2015.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. v. 1, p. 21-91.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; GARBIN, Andréia De Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 36, n. 123, p. 103-117, Junho 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de Agosto de 2015.

BOBBIO, Norberto. **O positivismo jurídico**. São Paulo: Ícone, 1995.

BOYNARD, Carolina Braga; FREITAS, Claudio Victor de Castro. A Síndrome de Burnout: evolução social, doutrinária e jurisprudencial de uma doença ocupacional. **Revista de Direito do Trabalho**. São Paulo, v. 146, p. 47 – 74, abr – jun 2012. Ano 38.

BRASIL. Lei n. 6.938 de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências.

Planalto, Brasília, 31 de agosto de 1981. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6938.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Planalto**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 11 out. 2016

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, 24 jul. 1991. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 24 set. 2016.

BRASIL. Decreto n. 1.254 de 29 de setembro de 1994. Promulga a Convenção número 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos

Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981. **Planalto**, Brasília, 29 de setembro de 1994. Disponível em <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d1254.htm>. Acesso em 14 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, 6 maio 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Instrução Normativa INSS/DC n. 98, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Brasília: DOU de 10 de dezembro de 2003(a).

BRASIL. Lei n. 10.666, de 08 de maio de 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências. **Planalto**, Brasília, 08 mai. 2003(b). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/2003/L10.666.htm>. Acesso em: 16 de janeiro de 2018.

BRASIL, Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 11 de novembro de 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em 30 de abril de 2018.

BRASIL, Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 23 de dezembro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html>. Acesso em 30 de abril de 2018.

BRASIL, Resolução n. 1.329 de 25 de abril de 2017 do Conselho Nacional de Previdência. Altera a metodologia do cálculo prevista no Anexo da Resolução MPS/CNPS n. 3.316 de 31 de maio de 2010. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 27 de abril de 2017.

BUSSINGUER, Marcela de Azevedo. **Política pública e inclusão social**. 1. ed. São Paulo: LTr, 2013.

BYUNG-CHUL, Han. **Sociedade do cansaço**. trad. Enio Paulo Gianchini. Petrópolis: Vozes, 2015.

CALVO, Adriana. **O assédio moral institucional e a dignidade da pessoa humana: estudos do assédio moral institucional sob a ótica dos direitos fundamentais**. 2009. p. 1 -25. Disponível em:
<www.calvo.pro.br/media/file/arquivos/assedio_moral_institucional_tese2013.pdf>.
Acesso em 20 jun. 2016.

CAMBRAIA, F. R. Perícia médica judicial cível. *In: Perícias médicas: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAUJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 41, e. 7, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de abril de 2018.

CAVALHEIRO, Gabriela; TOLFO, Suzana da Rosa. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **PsicoUSF**. Campinas, v. 16, n. 2, p. 241-249, mai-ago 2011.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 4. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

CHISHOLM, et al. Scaling-up treatments of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **The Lancet Psychiatry**. Londres, v. 3, n. 5, p. 415 – 424. mai 2016.

Disponível em <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)30024-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)30024-4.pdf)>. Acesso em 22 de abril de 2018.

COMPAROTO, Fabio. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL, Consulta de Jurisprudência Unificada. Disponível em: <<https://www2.jf.jus.br/juris/unificada>>. Acesso em 24 de abril de 2018.

COSTA, Lúcia Simões; SANTOS, Marta. Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. **International Journal on Working Conditions**. Porto (Portugal). n. 05, p. 39 – 58, jun. 2013. Disponível em: <http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.5_LSCosta.MSantos_39.58.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016.

DATAPREV, Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, v. 19, p. 1-865, 2010. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf>. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

DATAPREV, Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, v. 22, p. 1-899, 2013. Disponível em: <www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/AEPS-2013-v.-26.02.pdf>. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

DATAPREV, Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, v. 23, p. 1-934, 2016. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/AEPS-2016.pdf>>. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira (trad.). 5. ed. e ampl. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Org. DIAS, Elizabeth Costa. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

DIEESE, **A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil.** São Paulo: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. 2015.

DUARTE, Renan Fernandes; ALMEIDA, Victor Hugo. O Assédio Moral como Causador de Doença Ocupacional. **R. Laborativa**, v. 4, n. 2, out. 2015, p. 04-25. Disponível em: <<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>>. Acesso em 20 jun. 2016.

EU-OSHA. **Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho.** Santiago de Compostela (Espanha): European Agency for Safety and Health at Work. 2014.

EU-OSHA. **Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention.** Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2014. Disponível em <<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view>>. Acesso em 30 de abril de 2018.

FECOMERCIÁRIOS. **Convenção Coletiva de Trabalho 2017-2018 da Federação dos Comerciários do Estado de São Paulo.** São Paulo, 2017. Disponível em <http://www.comerciariorp.org/?wpfb_dl=250>. Acesso em 25 de abril de 2018.

FELICIANO, Guilherme Guimarães. Meio ambiente do trabalho : aspectos gerais e propedêuticos. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, Campinas, SP, n. 20, p. 160-203, jul./set. 2002.

FIGUEIREDO, José Guilherme Puvim de. **Direito ambiental e a saúde dos trabalhadores.** 2. ed. São Paulo: LTr.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Meio ambiente do trabalho: direito, segurança e medicina do trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2009.

GAVIN, Rejane Salmoão; REISDORFER, Emilene; GHERARDI-DONATO, Edilaine Cristina da Silva; REIS, Leonardo Naves dos; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi.

"Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos".

SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 11, no. 1, 2015, p. 2-9. Editorial Universidade de São Paulo.

GAVIN, Rejane Salomão. **Depressão, estresse a ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

GUEDES, Márcia Novaes. **Terror psicológico no trabalho**. São Paulo: LTr, 2003.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães. Fatores psicossociais de risco no trabalho. In: Anais do **2º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho** – Artigos de Palestrantes. Goiânia, 2006, p. 99. Disponível em:

<http://www.prt18.mpt.gov/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Liliana_A.M.Guimaraes.pdf> Acesso em: 15 jun. 2016.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HOPPER, R. As concausas laborais e os graus de contribuição ao agravamento da enfermidade – uma necessidade urgente de aprimoramento do instituto. **Revista LTr Legislação do Trabalho**, São Paulo, a. 79, v. 12, p. 1464-1481, dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção de estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**.

Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em:

<<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 66 p. Disponível em

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97329.pdf>>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO AMBIENTE Y SALUD (ISTAS). **Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales**: Guía del delegado y delegada de prevención. Barcelona, Paralelo Edición, 2006. Disponível em: <<http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=2616>>. Acesso em 15 jun. 2016.

<<http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=2616>>. Acesso em 15 jun. 2016.

INTERNATIONAL LABOUR FORCE (ILO). **Workplace stress: A collective challenge**. Genebra, Suíça, 2016. Disponível em <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf>. Acesso em 14 de março de 2018.

IZAC, Jussara Dutra. Depressão é a segunda causa de incapacidade no trabalho. Programa de exercícios ajuda a combatê-la. **Conversa Pessoal**, Brasília, ano 8, n. 90, maio 2008.

Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/senado/portaldoservidor/jornal/jornal90/comportamento_carreira.aspx>. Acesso em: 23 jan. 2015.

LAFARGUE, Paul. **O Direito à Preguiça**. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 2012.

LEVI, Lennart. Factores psicosociales, estrés y salud. In: Stellman JM, directora de edición. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Organización Internacional Del Trabajo, v. 2, 1998.

LOYOLA, Carlos Augusto Maranhão. Perícia Psiquiátrica. In: SAVARIS, José Antônio (Org). **Curso de perícia judicial previdenciária**. 2. ed. Curitiba: Alteridade Editora. 2014.

LUCENA, Rodolfo. Depressão já é a doença mais incapacitante, afirma OMS. **Folha de São Paulo**, Londres, 17 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-a-doenca-mais-incapacitante-afirma-a-oms.shtml>> Acesso em: 20 de junho de 2016.

MATEUS, Mário Dinis; MARI, Jair de Jesus. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, Mário Dinis (Org.). **Políticas de Saúde Mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MELO, Raimundo Simão de. **Direito ambiental do trabalho e a saúde do trabalhador: responsabilidades legais, dano material, dano moral, dano estético, indenização pela perda de uma chance, prescrição**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2010.

MENDONCA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago. 2005. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v1n2/v1n2a09.pdf>>. Acesso em 25 de abr. 2018.

MINARDI, Fabio Freitas. **Meio ambiente do trabalho: proteção jurídica à saúde mental**. Curitiba: Juruá, 2010.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2012. Brasília, 28 de janeiro de 2013. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/compressed/1_130225-104359-300.zip>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2013. Brasília, 10 de fevereiro de 2014. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/2013.zip>>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2014. Brasília, 26 de maio de 2015. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Desktop1.zip>>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2015. Brasília, 09 de maio de 2016. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/2015_2.zip>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2016. Brasília, 01 de março de 2018. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/prevacid_2016.zip>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários Concedidos segundo os Códigos da CID-10** - janeiro a dezembro de 2017. Brasília, 01 de março de 2018. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Auxilio-Doen%C3%A7a-Previdenciario_2017_completo_CID.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA FAZENDA, **1º boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade**: adoecimento mental e trabalho, a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: Secretaria da Previdência. 2017. Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em 06 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Centro de Atenção Psicossocial**. Online. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em 25 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. NR 9 – Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais. Disponível em: <http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA44A24704C6/p_19941229_25.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

_____. NR 17 – Ergonomia. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MIRA Y LOPEZ, Emílio. **Manual de psicologia jurídica**. São Paulo: Vida Livros, 2009.

MIRANDA, Renato Marangoni A. de; NETO, Francisco Ferreira Jorge; CAVALCANTE, Jouberto de Q. Pessoa. A caracterização da depressão e o contrato de trabalho. **Revista LTr Legislação do Trabalho**, São Paulo, v. 12, ano 76, p. 1415-1420, dez. 2012.

NEOQUÍMICA. **Diazepam**. São Paulo, 2015. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8824822015&pIdAnexo=2882019>. Acesso em 21 de dezembro de 2017.

NOVARTIS. **Ritalina®**. São Paulo, 2017. Bula de remédio. Disponível em: <<https://portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/1518.pdf>>. Acesso em 21 de dezembro de 2017.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. Graduação das concausas nas indenizatórias decorrentes das doenças ocupacionais. **Revista LTr Legislação do Trabalho**, São Paulo, v. 9, ano 77, p. 1031-1040, set. 2013.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador**. 6. ed. São Paulo: LTr, 2011.

ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: Statistics for 2012 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971**. Nova Iorque: 2013. Disponível em: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2012/en/Eng_2012_PUBlication.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2018.

ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: Statistics for 2013 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971**. Nova Iorque: 2015. Disponível em: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2014/Tech_2014.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2018.

ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: Statistics for 2015 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in**

Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. Nova Iorque: 2017. Disponível em: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2016/Technical_Publication_2016.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2018.

ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: Statistics for 2014 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971.** Nova Iorque: 2016. Disponível em: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2015/Tech_PSY_2015.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2018.

OPITZ JUNIOR, João Batista. **Perícia médica na justiça do trabalho.** São Paulo: LTr, 1996.

ORTEGA, F. et al. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

PADILHA, Norma Sueli. O equilíbrio do meio ambiente do trabalho: Direito Fundamental do trabalhador e de espaço interdisciplinar entre o direito do trabalho e o direito ambiental. **Revista do TST.** Brasília, v. 77, p. 231 – 258, out-dez 2011.

PELI, Paulo. **Assédio Moral: uma responsabilidade corporativa.** 1 ed. São Paulo: Ícone, 2006.

PEREIRA, André Sousa. O nexo técnico epidemiológico entre os transtornos mentais e os riscos psicossociais relacionados ao trabalho. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região.** Porto Velho, v. 8, n. 1, p. 37-59, jan.-dez. 2016.

PINTO, José Augusto Rodrigues. A Justiça do Trabalho e a proteção da saúde mental do trabalhador. **Revista LTr Legislação do Trabalho**. São Paulo, v. 06, p. 656 – 662, jun. 2011. Ano 75.

PINTO, José Augusto Rodrigues. Contribuição do direito do trabalho para o combate do assédio moral nas relações humanas. **Revista LTr Legislação do Trabalho**, São Paulo, v. 7, ano 77, p. 787-794, jul. 2013.

PRATA, Marcelo Rodrigues. **O direito ambiental do trabalho numa perspectiva sistêmica**. São Paulo: LTr, 2013.

PRIMA-EF. **Orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais**: um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores. Tradução: Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. Brasília: SESI, 2011. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43966/9788577102488_por.pdf?sequence=7>. Acesso em 30 de abril de 2018.

ROCHA, Círlia Natasha Lucena da. Proteção ao meio ambiente do trabalho: uma opção pelo ser humano. **Revista LTr Legislação do Trabalho**, São Paulo, v. 12, ano 79, p. 1523 - 1531, dez. 2015.

ROCHE. **Rivotril®**. São Paulo, 2016. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=21121842016&pIdAnexo=3761915>. Acesso em 21 de dezembro de 2017.

RIO DE JANEIRO. (Município). Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Projeto de Lei n. 586/2010. Rio de Janeiro, 26 abr. 2010. Disponível em: <<http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro0711.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/e8af79bed1469adb032576db006e53b7?OpenDocument&Highlight=0,ASSIST%C3%8ANCIA,M%C3%89DICA>>. Acesso em: 24 set. 2016.

ROMITA, Arion Sayão. **Direitos fundamentais nas relações de trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2007.

ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde; AMORIM, Katia de Souza; SILVA, Ana Paula Soares da. Rede de significações: alguns conceitos básicos. In: ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde et al. (Org.) **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 23-33.

SÃO PAULO. Constituição (1989). **Constituição do Estado de São Paulo**. Diário Oficial do estado de São Paulo, São Paulo, 6 out. 1989.

SÃO PAULO (Município). Câmara Municipal de São Paulo. Lei n. 15.206 de 23 de junho de 2010. Altera a Lei n. 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir a Semana de Combate e Conscientização da Síndrome de Burnout, a ser realizada anualmente na semana do dia 15 de outubro, e dá outras providências. São Paulo, 23 jun. 2010. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=30062010L%20152060000>. Acesso em: 24 set. 2016.

SEEBRP, **Convenção Coletiva dos Bancários 2015-2016 do Sindicato dos Bancários de Ribeirão Preto e Região**. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em <<http://www.bancariosribeiraopreto.com.br/acordo-coletivo-e-aditivos/>>. Acesso em 25 de abril de 2018.

SETTE, André Luiz Menezes Azevedo. Do direito fundamental à Seguridade Social. **Revista IOB Trabalhista e Previdenciária**, Porto Alegre, n. 210, ano 17, p. 44-56. dez. 2006.

SIANO, Adriana Kelmer. **Influência de fatores sócio demográficos, clínicos e institucionais na concessão de benefícios por incapacidade laborativa pelo setor de perícias médicas dos INSS em Juiz de Fora-MG em requerimentos de segurados com diagnóstico de transtornos mentais**. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade

Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora/MG. Disponível em <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/2817/1/adrianakelmersiano.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2018.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. As perícias judiciais para a constatação de doença ocupacional: um gravíssimo problema a desafiar uma solução urgente, para a efetiva proteção à saúde do trabalhador. **Caderno de doutrina e jurisprudência da Escola de Magistratura da 15ª região**, Campinas, v. 6, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/32491?mode=full>>.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. **Acidente do trabalho: responsabilidade objetiva do empregador**. 1. ed. São Paulo: LTr, 2008

SILVA-JÚNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 735-744, dez. 2015.

SINCOMERCIÁRIOS, Convenção Coletiva do Comércio Varejista de Ribeirão Preto 2016-2018. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em <http://www.comerciariorp.org/?wpfb_dl=198>. Acesso em 25 de abril de 2018.

SINDIFRANCA, **Convenção Coletiva de Trabalho 2017/2018**. Franca, 2017. Disponível em <<http://www.sindifranca.org.br/noticia/convencao-coletiva-para-download-2415.html>>. Acesso em 25 de abril de 2018.

SOUZA, Paulo César Zambroni de; ATHAYDE, Milton. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da psicologia do trabalho. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 6/19, jun, 2006. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n1/v6n1a02.pdf>>

SUNDSTROM, Eric. Work environments: offices and factories. In: STOKOLS, Daniel; ALTMAN, Irwin. (Eds.). **Handbook of Environmental Psychology**. New York: Wiley, 1987. v. 1.

TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2007

THOME, Candy Florencio. **O assédio moral nas relações de emprego**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2009.

THOME, Candy Florencio. **Direito coletivo do trabalho: curso de revisão e atualização**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TREZUB, Cláudio José. Fundamentos para a perícia médica judicial previdenciária. In: SAVARIS, José Antônio (Org). **Curso de perícia judicial previdenciária**. 2. ed. Curitiba: Alteridade Editora. 2014.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n, 44, vol. 2.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO, Consulta Unificada. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/consulta-unificada>>. Acesso em 23 de abril de 2018.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C. T.; MELLO, A. A. F.; MELLO, M. F.; RAMOS, C. P. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 4, p. 523 – 528, 2004.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca. O nexos causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 150-162, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2016.

WALTON, Geoffrey R. T. et al. The Impact of Benzodiazepine Use on Mortality Among Polysubstance Users in Vancouver, Canada.” **Public Health Reports**. Vancouver: Canadá, v. 131, mai-jun. 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869089/pdf/phr131000491.pdf>>. Acesso em 25 de abr. 2018.

WORLD BANK, **New country classifications by income level: 2017-2018**. 2017. Disponível em <<http://blogs.worldbank.org/opendata/dmblog/new-country-classifications-income-level-2017-2018>>. Acesso em 02 de abril de 2018.

WHO, **Mental Health Atlas Profile: Brazil**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/bra_mh_profile.pdf?ua=1>. Acesso em 30 de abril de 2018.

WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017(a).

WHO, **mhGAP training manuals for the mhGAP intervention**. Geneva: World Health Organization, 2017 (b). Disponível em <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/>. Acesso em 30 de abril de 2018.

ZIEGLER, Maria Fernanda. **Depressão atinge 10% da população, mas saúde pública não consegue diagnosticar**. iG São Paulo. 26 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2014-08-26/depressao-atinge-10-da-populacao-mas-saude-publica-nao-consegue-diagnosticar.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.