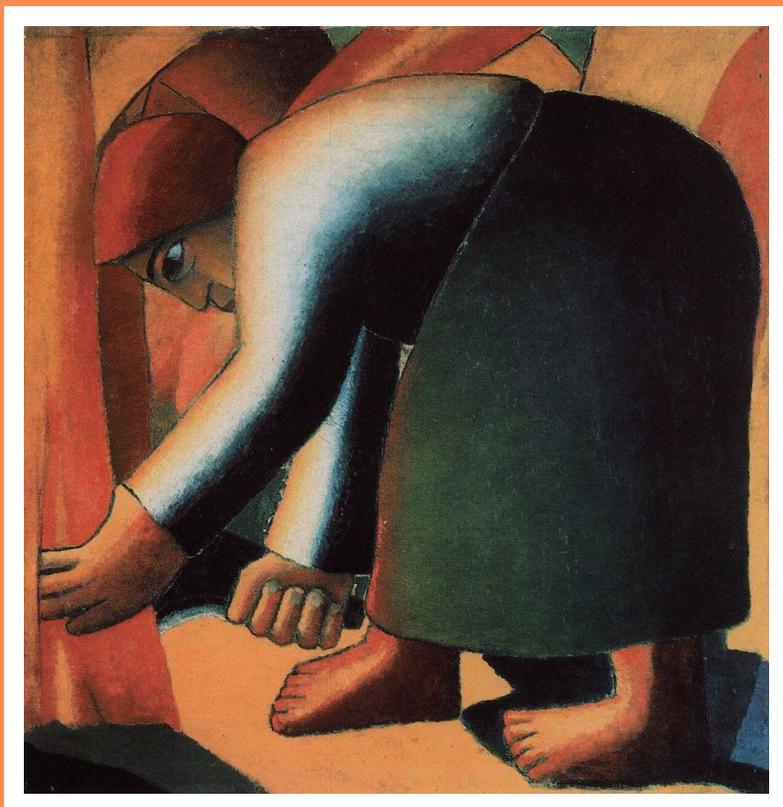


Saúde mental e trabalho



CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Saúde mental e trabalho

Denise Razzouk
Mauro Gomes Aranha de Lima
Quirino Cordeiro
(organizadores)

Saúde mental e trabalho

Saúde mental e trabalho

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910

Tel: (11) 3017-9300 – www.cremesp.org.br

Organizadores

Denise Razzouk, Mauro Gomes Aranha de Lima e Quirino Cordeiro

Elaboração

Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

Marcos Boulos

Revisão

Guilherme Salgado Rocha e Thaís Souto

Apoio editorial

Amanda Pereira, Fátima Barbosa, Gislene Pizzini, Janaina Santana, Marisa Martins,

Natália Farias e Tânia Cotrim

Apoio bibliográfico

Dinaura Paulino Franco e Ivete Rodrigues dos Anjos

Projeto gráfico/Diagramação

Moacir Barbosa

Capa: *Ceifadora*/Kazimir Malevitch

FICHA CATALOGRÁFICA

Saúde mental e trabalho / Organização de Denise Razzouk,
Mauro Gomes Aranha de Lima e Quirino Cordeiro.
São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de
São Paulo, 2015.
312 p

Vários colaboradores
ISBN n.º 978-85-89656-23-8

1. Saúde Mental 2. Psiquiatria 3. Ética médica 4. Trabalho I.
Razzouk, Denise (Org) II. Lima, Mauro Gomes Aranha de
(Org.) III. Cordeiro, Quirino (Org.) IV. Conselho Regional
de Medicina do Estado de São Paulo V. Título

Classificação: NLM

WM 105

Organizadores

DENISE RAZZOUK

Psiquiatra, Professora Afiliada do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Centro de Economia em Saúde Mental (CESM) da Unifesp. Mestrado e Doutorado em Medicina, Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Pós-doutorado em Economia e Saúde Mental King's College, Londres.

MAURO GOMES ARANHA DE LIMA

Mestrado em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Filosofia pela Faculdade de Filosofia do Mosteiro de São Bento de São Paulo. Conselheiro (2008-2016) e Presidente do Cremesp (2016-2017). Coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

QUIRINO CORDEIRO

Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Afiliado e Coordenador do Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Lista de autores

ALBERTO MONTEIRO BARROSO DE SOUSA

Administrador de Empresas (Escola de Administração Mauá/SP). Mestre em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pós-Graduação – *Lato Sensu* em Administração para Organizações do Terceiro Setor – FGV/SP; Pós-Graduação – *Lato Sensu* em Administração de Negócios – Mackenzie. Sócio Diretor da GPF Consultoria, Organização Pessoal e Planejamento Financeiro. Profissional Certificado pela Anbima – Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais CPA 10 e CPA 20.

ALESSANDRA GONZALES MARQUES

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Especialista em Saúde Mental pelo Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional.

ANA OLÍVIA DA FONSECA MONTEBELO

Especialização em Distúrbios Globais do Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo (USP). Especialização em Neuropsicologia pela Faculdade de Medicina da USP. Mestranda do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

ARLINDO DA SILVA LOURENÇO

Psicólogo na Penitenciária “José Parada Neto”, de Guarulhos. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Educação e Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Docente credenciado do Departamento Penitenciário Nacional (Depen-MJ) e da Escola da Administração Penitenciária de São Paulo (EAP-SP).

CAMILA SOARES

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Especialista em Saúde Mental pelo Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional.

CECÍLIA RIBEIRO DE FAISSOL ATTUX

Mestrado e Doutorado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Psiquiatra do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.

DENISE RAZZOUK

Psiquiatra, Professora Afiliada do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Centro de Economia em Saúde Mental (CESM) da Unifesp. Mestrado e Doutorado em Medicina, Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Pós-doutorado em Economia e Saúde Mental King's College, Londres.

EDILAINE MORAES

Psicóloga, Pesquisadora do Instituto Nacional de Políticas Públicas de Álcool e Drogas. Pesquisadora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutorado em Ciências da Saúde/ Saúde Mental da Unifesp.

FÁBIO GALLO

Doutor em Administração Financeira pela Eaesp/FGV e University of Texas at Austin; Doutorando em Filosofia na PUC/SP. Professor da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp/FGV) e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

FERNANDA VIEIRA DOS SANTOS LIMA

Especialista em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestranda do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

FRIDA MARINA FISCHER

Professora Titular do Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Presidente da *Working Time Society* e chair do Sub-Comitê da ICOH "Shiftwork and working time".

GABRIELA VIEGAS STUMP

Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Assessora da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência/São Paulo.

GERALDO MENDES DE CAMPOS

Psicólogo, Doutorando do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pesquisador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Unifesp; Professor da Universidade Paulista (Unip).

GETÚLIO BARROSO DE SOUSA JÚNIOR

Sócio Diretor da GPF Consultoria – Organização Pessoal e Planejamento Financeiro. Profissional Certificado pela Anbima – Associação Brasileira das Entidades dos

Mercados Financeiro e de Capitais CPA 10 e CPA 20. Pós-Graduação – *Lato Sensu* em Administração para Organizações do Terceiro Setor – FGV/SP. Graduado em Ciências Atuariais – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP (PUC- SP). Criador do *Coaching* Patrimonial, do Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro e do Índice de Vulnerabilidade Financeira e Pessoal – IVFP.

GRÁCIA ELISABETH FRAGALÁ

Assistente Social com MBA em Gestão de Pessoas e Negócios. Diretora Adjunta de Responsabilidade Social da Fiesp – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo.

HILDA CLOTILDE PENTEADO MORANA

Médica psiquiatra forense com Doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Perita do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC). Preceptora de Psiquiatria Forense da Residência em Psiquiatria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Psiquiatra do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR

Graduado em Medicina, Especialista em Medicina do Trabalho e Direito Previdenciário. Mestre em Ciências e Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Perito Médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do Ministério da Previdência Social. Coordenador adjunto e professor do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

JOSÉ FERREIRA BELISÁRIO FILHO

Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Pediatria pela UFMG. Doutor em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz/MG.

JÚLIO CÉSAR FONTANA-ROSA

Professor Doutor do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Responsável pela Disciplina de Psiquiatria Forense na Graduação e na Especialização em Medicina Legal e do Módulo de Saúde Mental e Trabalho na Especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

KÁTIA LIANE RODRIGUES

Terapeuta Ocupacional do S. S. Dr. Cândido Ferreira, Graduada pela PUC-Campinas. Pós-Graduação *Latu Senso* em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da UFSCar.

LAERTE IDAL SZNELWAR

Professor Associado do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da USP. Membro da “Association International de Specialistes en Psychodynamique du Travail”.

LARISSA CAMPAGNA MARTINI

Terapeuta Ocupacional pela Faculdade e Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado pela Universidade de Campinas (Unicamp). Pesquisadora do Projeto Esquizofrenia (Proesq) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

LEIKA GARCIA SUMI

Médica psiquiatra pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Pós-Graduada em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Supervisora de Perícias Médicas da Central de Saúde e Perícias Médicas da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo.

LEONARDO PENAFIEL PINHO

Presidente do Conselho Municipal de Drogas – Comuda-SP; Conselho Estadual de Direitos Humanos – Condepe-SP. Diretor da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Diretoria Unisol/SP.

LEONARDO SÉRVIO LUZ

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Psiquiatra pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre e Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Professor da Disciplina de Psiquiatria do Curso de Medicina da Faculdade Integral Diferencial (Facid/Devry).

LETÍCIA SAYURI KIKUCHI

Graduada em Administração de Empresas pela Facamp (Faculdades de Campinas). Pesquisadora no Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer.

LETÍCIA ALVES NASCIMENTO

Fonoaudióloga pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Comunicação Humana pela Universidade de São Paulo (USP). Fonoaudióloga da Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MARCELO DE ANDRADE PINHEIRO

Psicólogo clínico, Professor de Psicologia na Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV). Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pesquisador do Cesm (Centro de Economia em Saúde Mental) da Unifesp.

MARCO ANTONIO SILVEIRA

Doutor em Sistemas de Gestão (Unicamp). Pesquisador do CNPq DT-2. Pesquisador da Divisão de Gestão de Empresas do CTI/MCTI. Coordenador do Gaia/CTI.

MARIA BEATRIZ PETRECHE

Psicóloga supervisora do Programa Bem-Estar e do Programa Inserir do Programa de Esquizofrenia (Proesq) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

MAYRA FERNANDA FERREIRA SERACENY

Psicóloga e Mestranda em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Psicóloga da Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

MÔNICA KAYO

Psiquiatra, Mestrado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Doutoranda do Centro de Economia em Saúde Mental (Cesm), Departamento de Psiquiatria, Unifesp.

PATRÍCIA BARBOSA

Pesquisadora do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.

PATRÍCIA COELHO DE SOÁREZ

Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Saúde Pública, Harvard School of Public Health. Doutora em Ciências, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

PAULA BECKER

Terapeuta Ocupacional – Unesp. Especialista em Terapia Ocupacional e Reabilitação – Unicamp. Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação – Unicamp. Doutoranda do Centro de Economia em Saúde Mental (Cesm), Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora Técnico-Administrativa do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas do município de Rio Claro/SP.

PAULA CAROLINA CAMPOZAN

Psiquiatra Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Bacharel em Direito.

QUIRINO CORDEIRO

Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Pau-

lo. Professor Afiliado e Coordenador do Grupo de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

RAFAEL DIAS LOPES

Médico Psiquiatra pela Universidade de Campinas (Unicamp). Especializando em Psiquiatria Forense pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

RODRIGO AFFONSECA BRESSAN

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenador do Projeto Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.

ROSANE LOWENTHAL

Coordenadora da Unidade de Referência em Transtornos do Espectro Autista do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (Caism) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Mestrado e Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pós-doutorado em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

SEIJI UCHIDA

Professor Doutor da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Membro da “Association International de Specialistes en Psychodynamique du Travail”.

SELMA LANCMAN

Professora Titular de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Secretária da “Association International de Specialistes en Psychodynamique du Travail”.

VERA LÚCIA ZAHER

Graduada em Medicina e Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestre e Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do LIM 01 da Faculdade de Medicina da USP. Docente do Programa de pós-graduação *stricto sensu* de Bioética do Centro Universitário São Camilo. Diretora da Associação Paulista de Medicina do Trabalho. Membro da Câmara Técnica de Bioética do Cremesp.

VICTOR HUGO DE ALMEIDA

Professor de Direito do Trabalho na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp – Campus Franca. Doutor em Direito do Trabalho pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Mestre pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Membro Pesquisador do Instituto Brasileiro de Direito Social Cesarino Júnior, Seção Brasileira da “Société Internacionale de Droit du Travail et de la Sécurité Sociale”.

Sumário

Apresentação 15

Introdução 17

SEÇÃO 1 – Saúde mental, desenvolvimento econômico e desempenho competitivo: o trabalho sustentável e o capital mental

1. Índice de Bem-Estar, desenvolvimento e produtividade 31
FÁBIO GALLO
2. Aspectos psicossociais nas organizações:
desempenho competitivo com saúde para o trabalhador 45
MARCO ANTONIO SILVEIRA, LETÍCIA SAYURI KIKUCHI
3. Capital mental, custos indiretos e saúde mental 61
DENISE RAZZOUK
4. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para
compreender o trabalhar e suas relações com a saúde mental 71
SELMA LANCMAN, SEIJI UCHIDA, LAERTE IDAL SZNELWAR
5. O ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador 89
GRÁCIA ELISABETH FRAGALÁ
6. Meio ambiente do trabalho e saúde mental
do trabalhador sob a perspectiva labor-ambiental 109
VÍCTOR HUÇO DE ALMEIDA

SEÇÃO 2 – Mensuração e caracterização dos custos sociais e econômicos dos transtornos mentais: impacto nas organizações, na Previdência Social e na sociedade

7. Custo social do abuso e dependência do álcool 123
EDILAINE MORAES, GERALDO MENDES DE CAMPOS
8. Instrumentos para avaliação da perda de produtividade
relacionada à saúde 133
PATRÍCIA COELHO DE SOÁREZ
9. Síndrome de *burnout* em profissões não assistenciais 149
MÔNICA KAYO
10. Absenteísmo-doença por transtornos mentais
e comportamentais: fatores associados ao afastamento,
tempo para retorno ao trabalho e impacto na Previdência Social 157
JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR, FRIDA MARINA FISCHER

SEÇÃO 3 – Estratégias de inserção no trabalho e geração de renda para pessoas com transtornos mentais: promoção de saúde, inclusão social, reabilitação psicossocial e tratamento

11. Promoção de saúde mental no trabalho 169
DENISE RAZZOUK
12. Estratégias para a redução do impacto econômico dos transtornos mentais no ambiente de trabalho 179
MARCELO DE ANDRADE PINHEIRO
13. A organização financeira e pessoal na prevenção aos impactos do transtorno mental 191
ALBERTO MONTEIRO BARROSO DE SOUSA, GETÚLIO BARROSO DE SOUSA JÚNIOR
14. Parceria público-privada e reabilitação psicossocial: a intersectorialidade como estratégia de inclusão de pessoas com transtornos mentais no trabalho 203
PAULA BECKER
15. Limites e desafios para inclusão social pelo trabalho na saúde mental 213
KÁTIA LIANE RODRIGUES, LEONARDO PENAFIEL PINHO
16. Experiência clínica da inserção no mercado de trabalho de pacientes com transtornos mentais graves 225
LARISSA CAMPAGNA MARTINI, ALESSANDRA GONZALES MARQUES, CAMILA SOARES, ANA OLÍVIA DA FONSECA MONTEBÉLO, MARIA BEATRIZ PETRECHE, FERNANDA VIEIRA DOS SANTOS LIMA, PATRÍCIA BARBOSA, QUIRINO CORDEIRO, CECÍLIA RIBEIRO DE FAÍSSOL ATTUX, RODRIGO AFFONSECA BRESSAN
17. A inserção de pessoas com transtorno do espectro do autismo e deficiência intelectual no mercado de trabalho 235
ROSANE LOWENTHAL, GABRIELA VIEÇAS STUMP, JOSÉ FERREIRA BELISÁRIO FILHO, LETÍCIA ALVES NASCIMENTO, MAYRA FERNANDA FERREIRA SERACENY, QUIRINO CORDEIRO

SEÇÃO 4 – Aspectos éticos e jurídicos da saúde mental no trabalho

18. Bioética, saúde mental e trabalho 247
VERA LÚCIA ZAHER, JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR, LEONARDO SÉRVIO LUZ
19. Conceitos sobre perícias médicas psiquiátricas no mundo do trabalho 261
LEIKA GARCIA SUMI, RAFAEL DIAS LOPES, PAULA CAROLINA CAMPOZAN, HILDA CLOTILDE PENTEADO MORANA, QUIRINO CORDEIRO
20. Perícias em saúde mental e trabalho: algumas considerações 279
JÚLIO CÉSAR FONTANA-ROSA
21. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: a aplicação do nexa técnico epidemiológico previdenciário (NTEP) 289
JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR
22. Estigma e preconceito: reflexões sobre a saúde do trabalhador no cárcere 299
ARLINDO DA SILVA LOURENÇO

APRESENTAÇÃO

O trabalho há muito tempo é utilizado como parte do tratamento de pessoas com transtornos mentais. De acordo com algumas evidências, permitiria que o indivíduo reestruturasse seu cotidiano, organizasse seus processos psíquicos e se percebesse mais útil em seu meio social. Em que pese o impacto positivo na saúde mental das pessoas, o trabalho também pode ser fonte de importante sofrimento psíquico, podendo inclusive contribuir para o adoecimento mental. Diante dessa realidade ambígua é que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), organizou este livro com o objetivo de levar ao leitor discussões e reflexões sobre a saúde mental e o mundo do trabalho.

Os transtornos mentais transformaram-se, recentemente, em uma das principais causas de afastamento do trabalho e de aposentadoria por invalidez. Em muitos cenários, independentemente da presença ou ausência de transtorno mental, sabe-se que as condições laborais inapropriadas contribuem para manifestação de diversas morbidades. A tensão existente entre as demandas das empresas e as possibilidades de resposta por parte dos trabalhadores no aumento da produtividade, não raro expõe esses últimos à situação de risco físico e mental, propiciando conflitos que afetam sua saúde. Particularmente, no que tange às empresas, o absenteísmo e os afastamentos do trabalho decorrentes desse processo acabam impactando ainda mais negativamente na produção. No que diz respeito à sociedade, o desfecho da enfermidade psíquica ou não vem por meio de sobrecarga no sistema de saúde, na Previdência Social e na diminuição da força de trabalho. Desse modo, fato é que todos sofrem e perdem com o adoecimento dos trabalhadores.

Aspectos bioéticos relevantes aparecem nesse contexto conflituoso. No ambiente de trabalho surgem dilemas que merecem ser estudados, como autonomia do trabalhador versus autonomia da empresa; equidade na abordagem

das diferenças de competência entre os trabalhadores e suas vulnerabilidades individuais etc. Fora desse espaço estritamente produtivo, outras questões também se impõem. Por exemplo, a alocação de recursos voltados ao bem-estar do trabalhador deve ser destinada à prevenção ou ao tratamento?

Diante da realidade em transformação do mundo do trabalho, este livro, além de abordar aspectos dessa relação com a doença psíquica relacionada, traz à baila discussões sobre as alternativas de mudanças das condições laborais que contemplem a preservação da saúde das pessoas e não olvide aquilo que é uma das razões do viver, como já ensinava Aristóteles, ser feliz! Ou seja, a busca da felicidade não pode dissociar o *modus vivendi* do *modus operandi*. O Cremesp, com mais este lançamento, pretende lançar luz e contribuir para o debate no vasto e extraordinário mundo da saúde mental e trabalho.

Boa leitura a todos!

Bráulio Luna Filho
Presidente do Cremesp
(gestão 2015-2016)

INTRODUÇÃO

A temática da saúde mental no trabalho vem se tornando cada vez mais presente em vários setores da sociedade e nas agendas de políticas públicas no mundo inteiro. Isso se deve à crescente carga dos transtornos mentais e do seu impacto negativo no desempenho do indivíduo, nos custos para as empresas e nos gastos para o setor previdenciário. Os transtornos mentais estão entre as primeiras causas de afastamento no trabalho, de baixa produtividade laboral, de aposentadoria precoce e de acidentes.

Em uma abordagem mais ampla, a riqueza de um país é vista pela qualidade de seu capital mental. O investimento na qualidade técnica e na educação são fatores importantes no desempenho humano, porém, a saúde mental representa hoje um ponto crucial para a participação efetiva do indivíduo na sociedade e na geração de renda. Em outras palavras, um país terá maior capacidade de desempenho competitivo e inovação quanto maiores o investimento e cuidado da saúde física e mental do seu capital humano. Atualmente, se discute o que seria um ambiente de trabalho sustentável no que tange à promoção de saúde mental dos trabalhadores.

A ideia deste livro nasceu na ocasião do “II Workshop em Economia e Saúde Mental: impacto socioeconômico dos transtornos mentais no trabalho”, organizado pelo Centro de Economia em Saúde Mental (Cesm) do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, em parceria com o Cremesp, em 15 e 16 de maio de 2014, em São Paulo. O encontro teve como proposta discutir a repercussão dos transtornos mentais nos meios produtivos. Alertar para a dimensão dos custos provocados pelo adoecimento mental dos trabalhadores na sociedade e nas empresas, principalmente quando tratado de maneira inadequada. O evento teve como fio condutor a ideia de que a saúde mental é o pilar de sustentação para o Capital Humano, este por sua vez fundamental aos meios produtivos. Nesse evento, representantes das indústrias, hospitais, universidades, setor previdenciário e do governo federal e estadual, serviços

de saúde mental, centrais sindicais e trabalhadores estiveram presentes para debater as diferentes facetas que envolvem a promoção de saúde mental e a reabilitação para o trabalho. Foi dada ênfase às intervenções e medidas eficazes que podem ser implementadas no ambiente de trabalho para evitar ou mitigar o adoecimento mental, evitar o afastamento e promover uma readaptação laboral efetiva.

Em resumo, o objetivo deste livro é alertar para a necessidade de tratar e inserir no trabalho pessoas com transtorno mental e de promover um ambiente laboral adequado para a saúde mental dos indivíduos. Para isso, é importante que os atores de diferentes setores da sociedade (governo, empresários, profissionais de saúde, trabalhadores etc.) atuem de forma integral e intersetorial para a implementação de medidas eficazes para promover a saúde mental do trabalhador.

O livro divide-se em quatro seções temáticas:

Seção 1 – Saúde mental, desenvolvimento econômico e desempenho competitivo: o trabalho sustentável e o capital mental.

Seção 2 – Mensuração e caracterização dos custos sociais e econômicos dos transtornos mentais: impacto nas organizações, na previdência social e na sociedade.

Seção 3 – Estratégias de inserção no trabalho e geração de renda para pessoas com transtornos mentais: promoção de saúde, inclusão social, reabilitação psicossocial e tratamento.

Seção 4 – Aspectos jurídicos e forenses da saúde mental no trabalho.

Seguem os resumos dos capítulos.

SEÇÃO 1 – Saúde mental, desenvolvimento econômico e desempenho competitivo: o trabalho sustentável e o capital mental

O Capítulo 1, “Índice de Bem-Estar, desenvolvimento e produtividade”, de Fábio Gallo, apresenta as diferentes concepções de bem-estar e felicidade e pontua a necessidade da criação de um Índice de Bem-Estar como mensuração indireta do desenvolvimento econômico e social de um país. Apresenta a metodologia para o desenvolvimento do Índice de Bem-Estar Brasil, que foi criado em 2014, baseado em um estudo com dez indicadores que mensurou a satisfação da população da cidade de São Paulo. Os indicadores que traduziram a maior satisfação dos indivíduos foram os relacionados com a vida familiar e a rede social, sendo que a maior insatisfação se concentrou nos indicadores relacionados ao poder público, como a segurança, saúde, educação e transporte e mobilidade.

O Capítulo 2, “Aspectos psicossociais nas organizações: desempenho competitivo com saúde para o trabalhador”, de Marco Antonio Silveira e Leticia Sayuri Kikuchi, apresenta a relação entre o desempenho competitivo das empresas e os fatores que influenciam o desempenho dos trabalhadores, com ênfase aos fatores psicossociais. Ressalta a necessidade de inovação e sustentabilidade nas empresas pautadas nas condições otimizadas para o trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores, binômio considerado crucial para uma melhor produtividade. Destaca a necessidade de adequar os recursos, a política e as relações corporativas de tal forma a promover aprendizado, participação e melhor desempenho do trabalhador. Explora, ainda, quais os fatores psicossociais que contribuem para uma pior saúde mental do trabalhador.

O Capítulo 3, “Capital mental, custos indiretos e saúde mental”, de Denise Razzouk, apresenta o conceito de capital mental como um paradigma da sociedade moderna, em que a inovação e a criatividade são importantes para o desenvolvimento de um país. A saúde mental é um dos elementos cruciais para o melhor desempenho do capital mental. Discute as consequências sociais e econômicas da falta de tratamento e cuidado dos transtornos mentais. Dentre os impactos econômicos estão o pior desempenho no trabalho, o absenteísmo, o presentismo e a aposentadoria precoce. Apresenta o cenário nacional e internacional em termos do impacto dos transtornos mentais no trabalho. Relata as estratégias que auxiliam a prevenção, identificação e tratamento dos transtornos mentais no trabalho que apresentam um bom custo-benefício, tanto aumentando a produtividade como promovendo o bem-estar e melhor qualidade de vida para o trabalhador.

O Capítulo 4, “Contribuições da psicodinâmica do trabalho para compreender o trabalhar e suas relações com a saúde mental”, de Selma Lancman, Seiji Uchida e Laerte Idal Sznelwar, traz inicialmente os aspectos históricos que levaram ao surgimento da Psicopatologia do Trabalho. Na sequência, apresenta como ocorreu a constituição da Psicopatologia do Trabalho, com a consequente elaboração posterior da Psicodinâmica do Trabalho. Discutindo os conceitos relacionados ao trabalho e saúde mental, o Capítulo apresenta e discute uma pergunta central dessa relação, ou seja, o trabalho, que pode ser usado para a recuperação de doentes mentais, também pode levar ao adoecimento do trabalhador? O texto traz ainda rica e ampla apresentação histórica e conceitual da Psicodinâmica do Trabalho, passando pelos principais teóricos da área. Além de abordar os aspectos relacionados ao adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, o texto apresenta ainda possibilidades de intervenções diretas nas relações de trabalho, de modo a que o trabalho possa se prestar à prática de ações criativas e engenhosas, condição crucial para a construção de uma sólida identidade e da proteção da saúde mental no trabalho.

O Capítulo 5, “O ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador”, de Grácia Elisabeth Fragalá, discute questões relacionadas à gestão de segurança e saúde no ambiente de trabalho das empresas. A autora traça um percurso histórico das transformações nas condições e nos ambientes de trabalho, e como elas podem repercutir na saúde mental dos trabalhadores. Como resposta a essa situação, a autora relata que muitas empresas têm mudado o cerne do cuidado ao trabalhador, que antes era focado exclusivamente no ambiente físico do trabalho, para a inclusão de fatores psicossociais na abordagem e atuação das equipes de segurança e saúde nas empresas. Por fim, discute como esse novo cenário tem sido tratado pelas empresas, por meio de seus programas de atenção à saúde do trabalhador.

O Capítulo 6, “Meio ambiente do trabalho e saúde mental do trabalhador sob a perspectiva labor-ambiental”, de Victor Hugo de Almeida, mostra que o enfrentamento da questão da saúde do trabalhador, incluindo a saúde mental, é dependente do equilíbrio do meio ambiente do trabalho. Prova disso é que diversas mudanças ocorridas nas últimas décadas no universo laboral, em razão da globalização da economia, sobretudo quanto às formas de organização e de gestão das atividades produtivas, estão estreitamente relacionadas aos transtornos mentais. Sendo assim, o autor propõe que é de fundamental importância que a sociedade busque identificar aspectos desencadeadores de transtornos mentais e comportamentais presentes no contexto labor-ambiental, com o objetivo de encontrar meios de prevenção adequados para cada trabalho e categoria profissional. Assim, por meio de uma abordagem integrada entre Direito do Trabalho e Psicologia Ambiental, o presente Capítulo tem por objetivo abordar a saúde mental sob a perspectiva da inter-relação trabalhador e meio ambiente do trabalho, enfatizando a interdependência entre os fatores ambientais e pessoais do contexto labor-ambiental. O texto busca ainda enfatizar que o desequilíbrio do meio ambiente do trabalho pode operar mudanças na saúde do trabalhador e violar dois direitos fundamentais resguardados pela República Federativa do Brasil em sua Constituição Federal: a saúde e o meio ambiente do trabalho equilibrado.

SEÇÃO 2 – Mensuração e caracterização dos custos sociais e econômicos dos transtornos mentais: impacto nas organizações, na previdência social e na sociedade

O Capítulo 7, “Custo social do abuso e dependência do álcool”, de Edilaine Moraes e Geraldo Mendes de Campos, foca a descrição das consequências econômicas do uso e abuso de álcool para a sociedade, com especial ênfase ao cenário brasileiro. Os autores descrevem os estudos de custos sociais e de saúde

referentes ao uso de álcool em diferentes cenários e países. Traz especial destaque aos custos indiretos do alcoolismo, como a perda de produtividade e os acidentes de trânsito. Aponta ainda a necessidade de políticas públicas que visem a alguns grupos de alto risco, como os adolescentes, que têm iniciado o uso de álcool cada vez mais precocemente e apresentando comportamento de *binge* de álcool. Descreve os dados nacionais relacionados aos acidentes de trânsito e o uso de álcool. Os autores, também, apresentam os custos relacionados ao tratamento do alcoolismo e reforçam a necessidade de se considerar o tratamento como uma estratégia custo-efetiva na medida em que os custos sociais são extensos e impactantes. Destacam a necessidade de se conduzir estudos de custo-efetividade no Brasil e de aprimorar o sistema de informação e qualidade dos dados.

O Capítulo 8, “Instrumentos para avaliação da perda de produtividade relacionada à saúde”, de Patrícia Coelho de Soárez, introduz os principais conceitos da área de produtividade relacionados à saúde, apresenta os instrumentos de mensuração de produtividade (absenteísmo e presenteísmo) e os instrumentos traduzidos e validados no Brasil. No Brasil, os instrumentos disponíveis que medem o impacto da saúde na produtividade são *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) – General Health Questionnaire* (mede presenteísmo e absenteísmo) e o *Work Limitations Questionnaire – WLQ* (mede presenteísmo). A autora discute sobre a diversidade de conceitos acerca do absenteísmo e presenteísmo, as limitações metodológicas e a sua utilização na monetização da perda de produtividade.

O Capítulo 9, “Síndrome de *burnout* em profissões não assistenciais”, de Mônica Kayo, introduz o conceito de *burnout*, uma síndrome que ocorre em decorrência de fatores estressores no ambiente de trabalho, pautada na tríade exaustão emocional, cinismo e diminuição da eficácia profissional. Descreve os fatores de risco envolvidos no *burnout*: fatores relacionados à personalidade, fatores psicossociais e ocupacionais e fatores relativos às empresas. Apresenta os critérios diagnósticos e sinais para a identificação do *burnout* e as possíveis estratégias para o seu tratamento. Embora não haja evidências científicas de eficácia no tratamento do *burnout*, é esperado que o tratamento não esteja direcionado apenas para o indivíduo em questão, mas que também se implementem estratégias de mudanças organizacionais. Destaca que uma das medidas salutares é o afastamento do trabalho, seja por meio de períodos sabáticos, viagens ou afastamento propriamente dito. Essas estratégias podem ter algum efeito em determinados contextos. Porém, há uma escassez de estudos rigorosos para a avaliação das medidas terapêuticas para o *burnout*.

O Capítulo 10, “Absenteísmo-doença por transtornos mentais e comportamentais: fatores associados ao afastamento, tempo para retorno ao traba-

lho e impacto na previdência social”, de João Silvestre da Silva-Junior e Frida Marina Fischer, conceitua o absenteísmo por motivo de doença e apresenta a relação entre transtornos mentais e absenteísmo. Destaca os fatores de risco envolvidos e o perfil epidemiológico mais comum entre os afastamentos por motivo de transtornos mentais. Destaca a necessidade de identificação e tratamento precoce dos transtornos mentais, porque eles estão relacionados com afastamentos mais longos e correspondem à terceira causa de afastamento do trabalho junto à Previdência Social no Brasil, representando 9% de todos os benefícios concedidos no Brasil e 10% dos gastos com esses benefícios. Os afastamentos por transtornos mentais são os mais custosos para a Previdência Social. Os autores apontam, ainda, para a dificuldade de reinserção no trabalho e readaptação ocupacional, principalmente no grupo com transtornos mentais e comportamentais, e ressaltam a importância do papel do empregador na readaptação ao trabalho. Algumas medidas organizacionais e mudanças no ambiente de trabalho podem ser salutares na volta ao trabalho e na diminuição do risco de recidivas ou, pelo menos, minimizar o tempo de afastamento. Os autores alertam para a necessidade de uma política pública de promoção de saúde, em especial na saúde mental, principalmente pelo fato de um potencial aumento de casos de afastamento por transtornos mentais, levando-se em conta o aumento de expectativa de vida dos trabalhadores.

SEÇÃO 3 – Estratégias de inserção no trabalho e geração de renda para pessoas com transtornos mentais: promoção de saúde, inclusão social, reabilitação psicossocial e tratamento

O Capítulo 11, “Promoção de saúde mental no trabalho”, de Denise Razouk, apresenta os principais fatores de adoecimento mental e de como a saúde mental do indivíduo pode variar ao longo da vida, de acordo com o contexto. Enfatiza que é mais custo-efetivo para as empresas e sociedade identificar e tratar precocemente os transtornos mentais e prevenir os fatores de adoecimento mental do que demitir os trabalhadores que adoecem. Destaca duas estratégias de manejo do adoecimento mental: uma focada na prevenção e outra na reabilitação. A estratégia preventiva é direcionada para a diminuição dos fatores de risco de adoecimento mental e nas ações que promovem um melhor ambiente e condições de trabalho. Estas estratégias podem ser efetivas em diminuir o absenteísmo e presenteísmo ocasionados pelo adoecimento mental. A segunda estratégia está direcionada para tratar, reabilitar e incluir a pessoa com transtorno mental no ambiente de trabalho e, também, atuar para que se implementem mudanças no ambiente organizacional de modo a facilitar a adaptação e o desempenho do indivíduo. Finaliza o capítulo apresentando os manuais internacionais de boas práticas para prevenção de fatores psicossociais de risco para

adoecimento mental nas empresas. Conclui que esse conjunto de medidas leva a uma melhora global na saúde do funcionário que, por sua vez, impacta positivamente a organização, reduzindo acidentes, absenteísmo, presenteísmo, *turnover*, custos, e aumentando a produtividade, inovação e a retenção de talentos.

O Capítulo 12 “Estratégias para a redução do impacto econômico dos transtornos mentais no ambiente de trabalho”, de Marcelo de Andrade Pinheiro, apresenta os principais impactos sociais e econômicos dos transtornos mentais com foco na ansiedade e depressão, que são os transtornos mais prevalentes e responsáveis pelos afastamentos no trabalho. Enfatiza que a ação isolada no indivíduo não se mostra efetiva no trabalho e que as intervenções mais efetivas para melhorar a saúde mental nos ambientes de trabalho utilizam treinamento individual, mudanças nos processos organizacionais para favorecer a participação dos funcionários nas tomadas de decisão; elevação nos níveis de apoio social e processos de *feedback* e melhoria nos processos de comunicação no local de trabalho. Além disso, apresenta as estratégias específicas para a identificação e manejo da ansiedade e depressão e de seus fatores de risco. Dentre elas, destaca os programas de assistência ao funcionário.

O Capítulo 13, “A organização financeira e pessoal na prevenção aos impactos do transtorno mental”, de Alberto Monteiro Barroso de Sousa e Getúlio Barroso de Sousa Júnior, apresenta as estratégias para promover a prevenção e proteção do impacto negativo de fatos inesperados para pessoas e famílias em situação de risco, em especial quando há um parente com transtorno mental, desenvolvendo trabalho multidisciplinar de organização pessoal e planejamento financeiro, baseado no diagnóstico clínico, focado no cenário biopsicossocial da pessoa e da família envolvidas, para garantir a segurança familiar a médio e longo prazo. Apresenta o Programa GBS, cuja premissa é que o sucesso do tratamento de pessoas e famílias que passam pelo desafio dos transtornos mentais é algo incerto e que a organização pessoal e financeira trabalha a proteção material, necessária para contribuir com o processo de reinserção social. Descreve o método para identificar o grau de vulnerabilidade financeira e pessoal que traduz o grau de exposição da família diante de fatos inesperados, criando condições para o planejamento consciente do futuro com o mínimo de risco. Está composto pelos itens: *Organização pessoal* (verifica o nível de consciência de utilização de recurso financeiro), *Fontes de renda* (situa o grau de proteção pessoal para fatos inesperados e subsistência), *Proteção futura* (verifica o nível financeiro de proteção em longo prazo). Apresenta exemplos reais e estratégias para aumentar a proteção financeira em cada contexto.

O Capítulo 14, “Parceria público-privada e reabilitação psicossocial: a inter-setorialidade como estratégia de inclusão de pessoas com transtornos men-

tais no trabalho”, de Paula Becker, discute os modelos e estratégias de inserir pessoas com transtornos mentais no trabalho, destaca a criação de cooperativas a partir da Lei das Cooperativas Sociais, que institui essas cooperativas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, sendo que as pessoas com transtornos mentais ou dependentes químicos se enquadram nesse grupo. Essas cooperativas se norteiam pelos princípios da Economia Solidária, que representa o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizadas sob a forma de autogestão. Descreve as portarias que instituíram essas estratégias para a diminuição do impacto econômico dos transtornos mentais na sociedade e para o indivíduo. Apresenta a parceria entre um CAPS para dependentes químicos, a Ecosol – Economia Solidária, Prefeitura e uma empresa privada para a criação de uma padaria artesanal, como uma fonte de trabalho e geração de renda para dependentes químicos. Essa experiência apresentou resultados positivos e pode ser considerada um modelo de inserção social e econômica a ser replicado e testado em outros contextos.

O Capítulo 15, “Limites e desafios para inclusão social pelo trabalho na saúde mental”, de Kátia Liane Rodrigues e Leonardo Penafiel Pinho, apresenta um debate acerca dos desafios e limites colocados aos usuários da rede de atenção psicossocial no que tange à ampliação de sua contratualidade social e à afirmação de seus direitos, dando destaque ao direito constitucional ao trabalho. Descreve também as ações estruturantes para a consolidação de uma política pública voltada para a inclusão social pelo trabalho. Os autores apontam que a situação atual em que se encontram os usuários da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil demonstra que a maioria de projetos de inclusão social pelo trabalho é restrita a equipamentos de saúde mental e sem um registro legal, sem políticas efetivas de apoio e fomento.

O Capítulo 16, “Experiência clínica da inserção no mercado de trabalho de pacientes com transtornos mentais graves”, de Larissa Campagna Martini, Alessandra Gonzales Marques, Camila Soares, Ana Olívia da Fonseca Montebelo, Maria Beatriz Petreche, Fernanda Vieira dos Santos Lima, Patrícia Barbosa, Quirino Cordeiro, Cecília Ribeiro de Faissol Attux, Rodrigo Affonseca Bressan, traz a experiência do trabalho conjunto de duas instituições universitárias paulistas sobre a inserção de pacientes com transtornos mentais graves no mercado de trabalho. O texto apresenta detalhes do projeto, discutindo seus aspectos positivos e expondo as dificuldades que aparecem em sua condução.

O Capítulo 17, “A inserção de pessoas com transtorno do espectro do autismo e deficiência intelectual no mercado de trabalho”, de Rosane Lowenthal, Gabriela Viegas Stump, José Ferreira Belisário Filho, Letícia Alves Nascimento,

Mayra Fernanda Seraceny, Quirino Cordeiro, começa apresentando os aspectos legais que regulamentam o acesso de pacientes com insuficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo (TEA) no País. No entanto, em que pese a legislação existente, a realidade tem mostrado que não tem sido tarefa fácil o acesso dos pacientes ao mercado de trabalho. As razões estão relacionadas principalmente ao estigma que cerca o tema, bem como ao despreparo da sociedade em efetivar de maneira concreta projetos concretos de emprego para essa população de pacientes. Os autores apresentam, no entanto, no final do Capítulo, experiências exitosas sobre a criação de empregos para pacientes com insuficiência intelectual e TEA, mostrando ser possível e vantajosa sua implementação não somente para os pacientes e seus familiares, mas também para as próprias empresas.

SEÇÃO 4 – Aspectos éticos e jurídicos da saúde mental no trabalho

O Capítulo 18, “Bioética, saúde mental e trabalho”, de Vera Lucia Zaher, João Silvestre da Silva-Junior, Leonardo Sérgio Luz, aborda distintos e importantes dilemas bioéticos existentes no mundo do trabalho. Os autores, então, colocam que a bioética pode propiciar não só um espaço reflexivo para a discussão desses dilemas, mas também auxiliar a construção de referenciais organizadores do pensamento e amplitude do humano. Como são complexas todas as questões bioéticas envolvendo o trabalho, as respostas para elas também são complexas e desafiadoras. Desse modo, os autores enfatizam que é necessário um esforço conjunto para se eliminar ou minimizar ao máximo as consequências advindas do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores. Assim, reforçam que o papel da Bioética nesse campo reúne as diferenças e propicia que discussões e reflexões possam agregar na construção de melhores respostas para uma situação num certo momento possível.

O Capítulo 19, “Conceitos sobre perícias médicas psiquiátricas no mundo do trabalho”, de Leika Garcia Sumi, Rafael Dias Lopes, Paula Carolina Campozan, Hilda Clotilde Penteadó Morana, Quirino Cordeiro, apresenta e discute os principais conceitos relacionados às perícias nos diferentes campos envolvendo o trabalho. São detalhadamente colocados pelos autores os conceitos de perícia médica, perito médico, incapacidade laborativa, invalidez, alienação mental, incapacidade para a vida independente, assédio moral, dano psíquico, acidente de trabalho. Todos esses conceitos, que são fundamentais e cujo entendimento é de crucial importância para todos os profissionais que trabalham com perícias no mundo do trabalho, são contextualizados nos diferentes aspectos periciais, a saber, nas perícias trabalhistas, previdenciárias, administrativas e nas Forças Armadas.

O Capítulo 20, “Perícias em saúde mental e trabalho: algumas considerações”, de Júlio César Fontana-Rosa, apresenta reflexões sobre os mais distintos pontos das perícias envolvendo lides trabalhistas. O autor começa seu texto abordando a necessidade de formação específica para o profissional psiquiatra que tem interesse em trabalhar com perícias no mundo do trabalho. Apresenta a vida psíquica como um patrimônio mental do trabalhador, que merece ser indenizado quando é maculado devido às condições de trabalho. O autor apresenta ainda especificidades do trabalho do médico psiquiatra perito, que diferenciam-no do médico assistente, discutindo como esses pontos por vezes dificultam a prática pericial daqueles que não estão afeitos a elas. Como as necessidades por perícia psiquiátrica envolvendo o trabalho têm aumentado sobremaneira, o autor termina seu texto colocando o campo da Psiquiatria Forense do Trabalho como área promissora de atuação para os interessados.

O Capítulo 21, “Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: a aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)”, de João Silvestre da Silva-Junior, apresenta como foi criado esse conceito e como ocorre sua aplicação. Discute o NTEP nos casos de transtornos mentais no trabalho. O autor coloca que o importante aumento das concessões de benefícios acidentários após a implantação do NTEP pode influenciar na conscientização das empresas no que tange à prevenção de doenças e acidentes relacionados com o trabalho. Relata ainda que a correta aplicação do NTEP é essencial para garantir justiça social a cada trabalhador lesionado em decorrência do exercício do seu trabalho e impedido de ser produtivo para a sociedade em decorrência da incapacidade que o acometeu.

O Capítulo 22, “Estigma e preconceito: reflexões sobre a saúde do trabalhador no cárcere”, de Arlindo da Silva Lourenço, aborda aspectos de crucial importância sobre as condições de trabalho de uma classe profissional estigmatizada. O autor apresenta e discute o estigma e o preconceito aos quais os Agentes de Segurança Penitenciária estão submetidos, dentro e fora do cárcere. Tal situação apresenta-se, pois os profissionais executam suas funções no interior de instituições com características paradoxais, como são as prisões, tendo como “matéria-prima” ou “objeto-fim” de suas funções laborais a população de internos, a qual a sociedade excluiu de seus meios de convivência habituais em razão das atividades ou condutas contrárias à norma social. No decorrer do Capítulo, o autor traz reflexões extremamente pertinentes e inquietantes, como a que segue: “Naqueles espaços repletos de mecanismos de controle da população reclusa, perguntarmo-nos ‘quem é o pássaro preso no interior da gaiola?’, ‘quem é o rato contido na ratoeira?’ ou ‘quem é o peixe no interior do aquário?’ é inevitável, já que ambos, reclusos e funcionários, encontram-se integrados a uma rede nem sempre visível de controle que, embora para os

primeiros seja muito mais difícil escapar, também afeta sobremaneira os segundos”. Assim, segundo o autor, todos os envolvidos, direta ou indiretamente, com as pessoas privadas de liberdade e condenadas à prisão, estarão sujeitas a esse tipo de estigma social destinado a quem “cuida, trata ou intervém” junto a outros estigmatizados socialmente em razão de sua condição, neste caso, de pessoas que cometeram crimes e, julgadas culpadas, foram condenadas a cumprir pena em instituições asilares como são as prisões. Desse modo, o estigma, sofrido e suportado por funcionários e pessoas condenadas à pena de prisão, dá vazão a uma série de preconceitos sociais sem consideração prévia da não validade do pensamento preconceituoso por parte dos sujeitos sociais.

Denise Razzouk

Quirino Cordeiro

Mauro Gomes Aranha de Lima (Presidente do Cremesp – gestão 2016-2017)

Seção I

Saúde mental, desenvolvimento econômico e desempenho competitivo: o trabalho sustentável e o capital mental

1 Índice de Bem-Estar, desenvolvimento e produtividade

Fábio Gallo

A relação entre o nível de bem-estar das pessoas, o seu desenvolvimento, como ser humano e como integrante da sociedade, e a produtividade do indivíduo no campo de trabalho, embora pareça algo objetivo, é um tema que merece uma abordagem mais detalhada e melhor compreensão.

Na busca dessa resposta é preciso admitir de pronto que o termo bem-estar está sendo aqui utilizado como um estado de Felicidade da pessoa. Como felicidade é uma condição humana com alto grau de subjetividade, é preferível adotar o termo bem-estar, na expectativa de criar menor grau de ruído no momento de captar como as pessoas se sentem. Em termos muito mais diretos, como as pessoas se admitem em relação ao seu estado de felicidade.

É necessário, também, esclarecer que não estamos confundindo o estado de felicidade ou bem-estar com estado de alegria ou qualquer outro sentimento a este relacionado.

Assim, estamos prontos para uma primeira e importante pergunta:

1. Afinal, o que é Felicidade?

Algumas pessoas acham que discutir sobre a Felicidade é impossível por se tratar de algo de caráter pessoal e que adquire diferentes facetas conforme a pessoa.

Afinal, cada um tem a sua própria concepção de Felicidade!

Para muitos, ao refletir sobre as suas próprias histórias de vida, pode parecer estranho e até dicotômico ser proposto esse desafio. Para muitas pessoas não há bons motivos externos em sua vida para dizer-se feliz.

Mas, então, por que insistir em falar da Felicidade? Ou pior, por que insistir em ser Feliz?

Talvez não haja respostas efetivas para essas perguntas. Respostas racionais poderiam ser propostas, mas a proposta é buscar pensar na questão da Felicidade com a mente e o coração abertos.

Alguns se dizem felizes por estarem vivos. Outros atribuem à sua família, ao nascimento de um filho. Ou ganhar muito dinheiro. Ultrapassar um obstáculo muito difícil na vida, como curar-se de uma doença muito complicada.

Daí surge a questão: a (tal) Felicidade é um estado d'alma ou a junção de momentos de felicidade raros, muito intensos, de curta duração e que nos marcam profundamente? Ou, mesmo, um momento durável de satisfação?

Na verdade, nós vivemos de maneira dicotômica em relação a esse tema. Vivemos desejando Felicidade aos outros em diversas ocasiões. No entanto, há pessoas ricas e que têm tudo, mas se dizendo imensamente infelizes. Enquanto outras que vivem muitos e dolorosos problemas (álcool, drogas, pobreza) e se dizendo muito felizes.

O fato é que discutimos muito sobre a Felicidade, e isso porque a Felicidade é algo importante para todos nós.

1.1 Caminhos para a resposta

A busca da resposta sobre o que é a Felicidade pode ocorrer por vários caminhos. Ciências como a Filosofia, a Teologia, a Sociologia, a Antropologia, a Medicina, entre outras, sempre procuraram buscar respostas e apresentam a Felicidade de acordo com sua própria visão.

Alguns autores e estudiosos da Psicologia Positiva, embora em meio a muita controvérsia, admitem que a Felicidade depende mais de causas genéticas do que das circunstâncias da vida e da personalidade da pessoa. Um desses estudos em particular diz que a Felicidade depende de:

- 50% – causas genéticas
- 10% a 20% – dependem das circunstâncias da vida, como: idade, saúde, renda, ocupação, origem étnica, religião etc.
- 30% a 40% – como a pessoa pensa e age. Isso depende de nós.

1.2 Tradição filosófica

A discussão sobre a Felicidade sempre esteve presente na humanidade. Uma das tradições mais importantes começa com os filósofos gregos.

Mas antes, deixe-me dizer algo. Depois de muitos anos estudando e lecionando sobre finanças, resolvi entrar em novo campo de estudo e fazer outro doutorado, agora em Filosofia. Daí a minha busca pela origem dessa discussão também no mundo filosófico.

Aristóteles (384 a.C.), na *Ética de Nicômaco*, trata da *Eudamonia*, que traduzimos por Felicidade – termo que contém o prefixo “eu”, que significa “bom”, além do termo “daimon”, que pode ser traduzido por “espírito” ou “divindade” –, podendo ser entendida como manifestações genéricas do divino, espécie de protetores dos mortais, para vigiarem as suas decisões e, em alguns casos, distribuir riquezas. *Eudamonia*, portanto, é um estado de perfeição que encerra o divino.

Daí temos o “Eudaimonismo”, uma doutrina ética segundo a qual a Felicidade é a justificação fundamental da moralidade. Por isso os filósofos gregos, de maneira geral, começam os seus trabalhos sobre ética com uma descrição da Felicidade, para depois afirmar que a melhor maneira de alcançar uma vida feliz é justamente cultivando e exercitando a virtude.

A ética Aristotélica une-se aos conceitos fundamentais de sua Metafísica. Trata que cada Ser tem como próprio “uma certa” essência, que se expressa por certa atividade, que por sua vez é a exteriorização daquela essência. Atividade que é determinada e se endereça por um fim (telos). Mas a qual fim se refere Aristóteles? Esse fim é chamado de “Eudamonia”, a Felicidade que, para alguns filósofos, era o supremo bem; para Aristóteles, significava a essência do homem e a atividade que por sua essência lhe é adequada. Como o homem é um “ser racional”, sua atividade racional (do *nous*), o pensamento, é a expressão de sua essência, o meio para a realização de seu fim, de seu bem supremo.

Na *A Ética a Nicômaco* encontramos, ainda, algumas afirmações marcantes sobre a Felicidade:

A Felicidade tem que ser um bem perfeito e bastante por si.

O conceito da Felicidade tem que ser tirado do conceito da atividade humana em sua perfeição. Por isso, antes se põe como condição de Felicidade uma vida perfeita e realizada sob todos os aspectos.

Para Tales de Mileto, feliz é aquele que tem corpo são e forte, boa sorte e alma bem formada.

Sófocles já dizia que a Sabedoria é a parte suprema da Felicidade.

O pensar filosófico sobre a felicidade é encontrado, também, em Epicuro (307 a.C.), fundador do Epicurismo, que em sua carta a Meneceu, conhecida como *A Carta sobre a Felicidade*, escreve em seu início:

Epicuro envia suas saudações a Meneceu.

Que ninguém hesite em se dedicar à filosofia enquanto jovem, nem se canse de fazê-lo depois de velho, porque ninguém jamais é demasiado jovem ou demasiado velho para alcançar a saúde do espírito. Quem afirma que a hora de dedicar-se à filosofia ainda não chegou, ou que ela já passou, é como se dissesse que ainda não chegou ou que já passou a hora de ser feliz. Desse modo, a filosofia é útil tanto ao jovem quanto ao velho: para quem está envelhecendo, sentir-se rejuvenescer através da grata recordação das coisas que já se foram, e, para o jovem, poder envelhecer sem sentir medo das coisas que estão por vir; é necessário, portanto, cuidar das coisas que trazem a felicidade, já que, estando esta presente, tudo temos e, sem ela, tudo fazemos para alcançá-la. Prática e cultiva então aqueles ensinamentos que sempre te transmiti, na certeza de que eles constituem os elementos fundamentais para uma vida feliz.

O pensar sobre a felicidade continua nos Utilitaristas, como Jeremy Bentham e Stuart Mill, podendo ainda considerar as ideias de Locke e Hobbes, que, na tradição do pensamento aristotélico, afirmam que o fim da conduta do homem é a felicidade. Assim, as ações são corretas quando tendem a promover a felicidade e erradas se tendem a promover a infelicidade. Hobbes, em particular, manifesta como o axioma ético fundamental que a conduta correta é a que promove o nosso próprio bem-estar e que os códigos morais dominantes em uma sociedade só podem ser justificados se servirem ao bem-estar daqueles que os observam. Hume, por sua vez, após longa análise, chegou à conclusão de que a virtude e os méritos pessoais consistem naquelas qualidades que são “úteis” para nós mesmos e para os outros.

Na *Crítica da razão prática*, Kant admite que a Felicidade é condição do ser racional no mundo, para quem, ao longo da vida, tudo acontece com o seu desejo e vontade. Isso somente se dá no âmbito da satisfação dos desejos e por esse motivo excluiu o tema de suas reflexões sobre a ética.

Em nossos tempos, Dalai Lama diz que acredita que a proposta de nossas vidas seja a Felicidade. Vinda do momento do nascimento, cada ser humano quer a Felicidade e não o sofrimento. Isso não depende da condição social, educação ou ideologia.

Freud não admitia a Felicidade como uma obrigação de vida. Para ele a Felicidade não pode ser o objetivo de vida da pessoa. Ele acreditava que a essência humana era algo eminentemente ruim. A felicidade é um evento raro, único e intenso vivido, e isso contrasta com o restante da vida. A pessoa deve buscar um sentido para sua vida, deve ter uma proposta de vida. A felicidade que buscamos é a obtenção do prazer. A felicidade, como tal, é um ideal inatingível.

Goethe, por sua vez, dizia que não há nada mais insuportável que uma sucessão de dias felizes.

Não é possível discordar plenamente de Freud, particularmente quanto à necessidade de todos buscarem um sentido para suas vidas. Mas talvez seja preciso uma interpretação mais efetiva do que diziam os próprios filósofos antigos, embora a maioria considerasse a felicidade como o *fim* último que justificava as nossas ações, assim aparentando que as teorias éticas eram teleológicas. Em outros termos, a ação boa ou virtuosa que contribui para o bem ou para maximizá-lo. No entanto, isso é enganoso porque esses filósofos consideram a ação virtuosa como tendo também valor por si mesma e, portanto, constitutiva de Felicidade.

Neste pensar, podemos chegar a Alasdair MacIntyre, que cita que o homem virtuoso não é aquele que faz o bem por medo de ser punido por fazer o mal, mas sim, aquele que faz o bem pelo bem em si.

2. Indicador de Felicidade Brasil

Com esses e outros pensamentos em mente, em 2011, Wesley Mendes da Silva e Fabio Gallo Garcia criaram um núcleo voltado para estudos da Felicidade e do Comportamento Financeiro, dentro do Instituto de Finanças da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (Eaesp) da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Bem no início das atividades do Núcleo de Estudos foi estabelecida uma parceria muito importante com Mauro Motoryn, do Movimento Mais Feliz e presidente da *MyFunCity*, rede social privada criada para discutir interesses públicos no Brasil e premiada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco melhores aplicativos no mundo votados na categoria *m-government & participation* durante o *World Summit Award Mobile*, idealizado pela ONU.

O resultado dessa parceria nos levou a uma agenda de pesquisas que vem ao encontro do crescente pensamento acerca da necessidade e da conveniência da proposição de métricas dedicadas à mensuração do progresso econômico-social das Nações. A nossa intenção é a criação de uma metodologia que leve a um Índice de Bem-Estar próprio para o Brasil. Embora tenhamos exemplos internacionais, nós acreditamos ser necessária a criação de um índice que considere as características do nosso povo.

O nosso primeiro relatório, divulgado em janeiro de 2014, foi o Índice de Bem-Estar Brasil (*Well Being Brasil – WBB*), relativo à cidade de São Paulo, estudo focado no cidadão e sua interação com o poder público, produtos e serviços.

O relatório traz respostas a 68 questões que buscam avaliar a relevância e satisfação da população em relação a dez indicadores, a saber: Saúde, Educação, Segurança, Poder Público, Meio Ambiente, Transporte e Mobilidade, Família, Profissão e Dinheiro, Consumo e Redes de Relacionamento. Também foi alvo dessa primeira pesquisa a identificação da importância que tais aspectos de vida possuem para uma vida feliz. O conjunto de resultados permite conhecer a composição da população de São Paulo em termos socioeconômicos.

2.1 Quais são os objetivos para a criação do Indicador de Bem-Estar?

O Índice de Bem-Estar Brasil busca prover os responsáveis pela geração de políticas públicas e privadas com um conjunto de informações que visa à melhoria do nível de bem-estar dos cidadãos e culminará com um Índice de Bem-Estar para todo o país.

A pesquisa, realizada no município entre os dias 10 e 30 de novembro de 2013, comprova que o paulistano considera a família o seu maior indicador de bem-estar. Em segundo lugar, os cidadãos valorizam suas redes de relacionamento. Família e Redes de Relacionamento trazem mais bem-estar aos paulistanos do que indicadores como Vida Profissional e Financeira, ou Consumo,

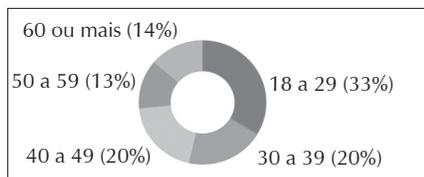
por exemplo. Já a maior insatisfação está no Poder Público e, dentro desse indicador, o descontentamento é maior em relação ao Legislativo e Judiciário. Os indicadores relacionados a Transporte e Mobilidade, Segurança, Educação e Saúde, nessa ordem, também apresentam níveis de descontentamento elevado.

2.2 Principais resultados da pesquisa

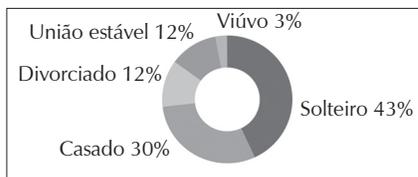
Os detalhes do Índice de Bem-Estar podem ser encontrados no site www.wbbindex.org.

O Índice de Bem-Estar Brasil (*Well Being Brasil – WBB*) relativo à cidade de São Paulo tem o seguinte perfil social:

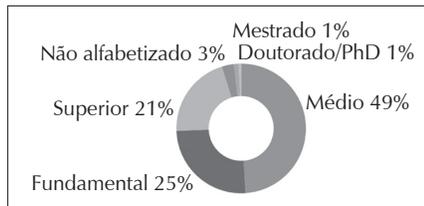
a) Segundo a faixa etária



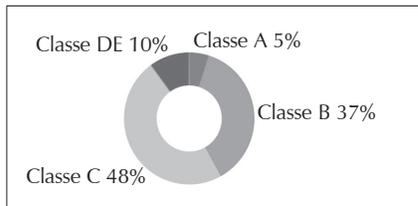
b) Segundo o estado civil



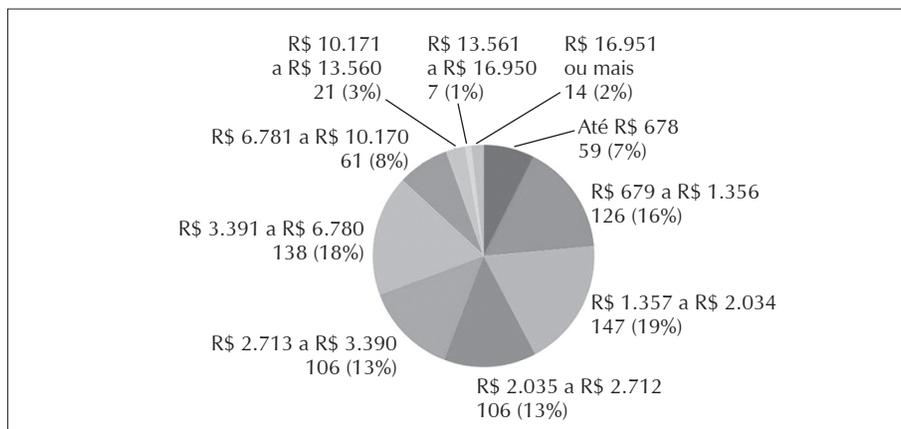
c) Nível de instrução



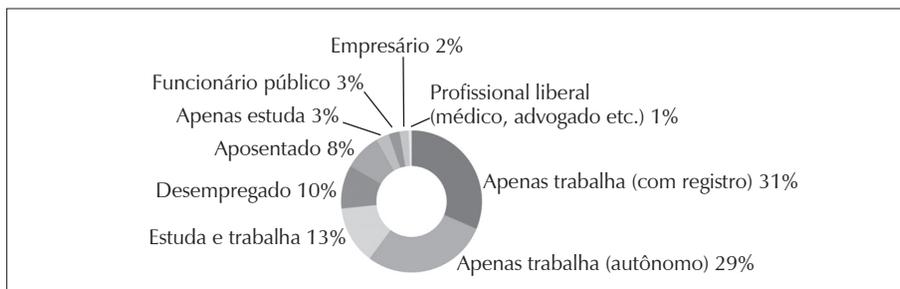
d) Classe social



e) Renda familiar

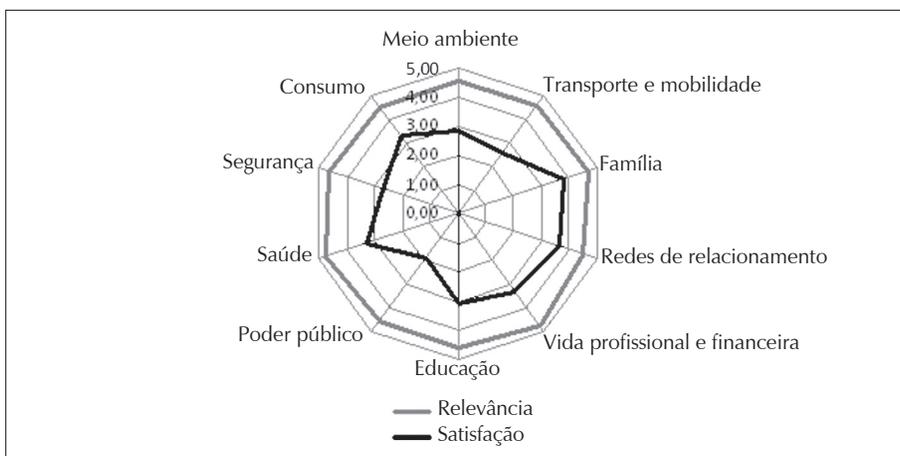


f) Ocupação

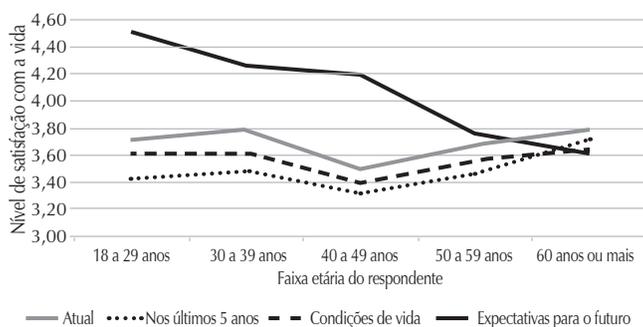


Os principais resultados obtidos foram:

a) Geral



b) Nível geral de satisfação com a vida



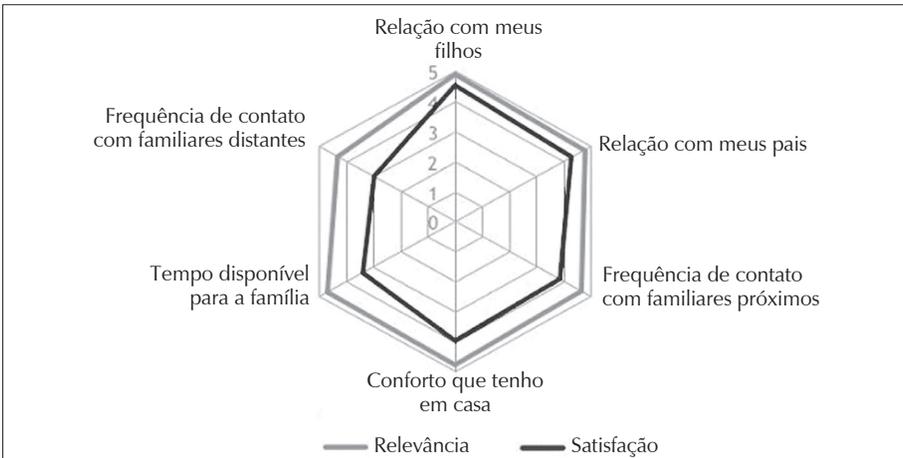
c) Meio ambiente



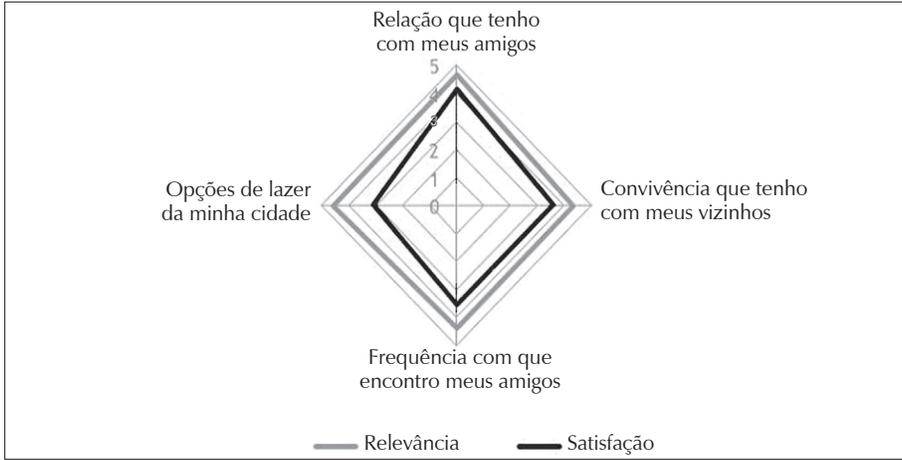
d) Transporte e mobilidade



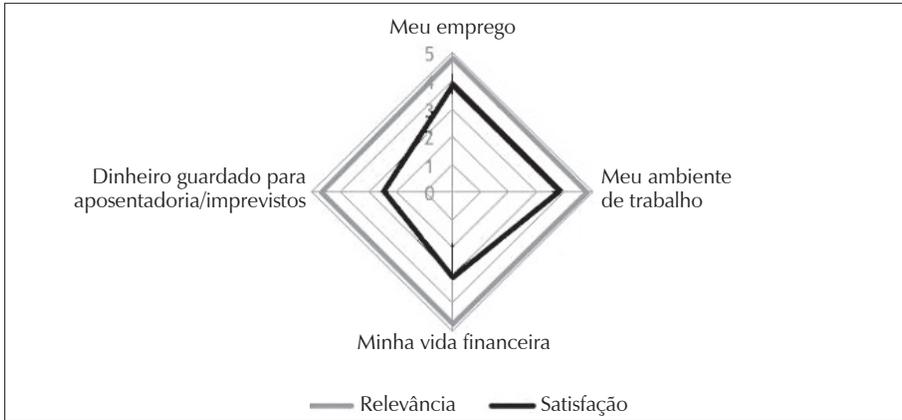
e) Família



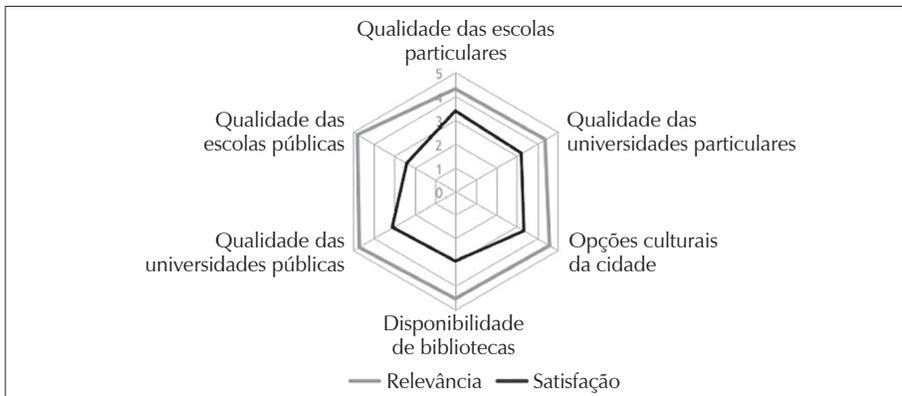
f) Redes de relacionamento



g) Vida profissional e financeira



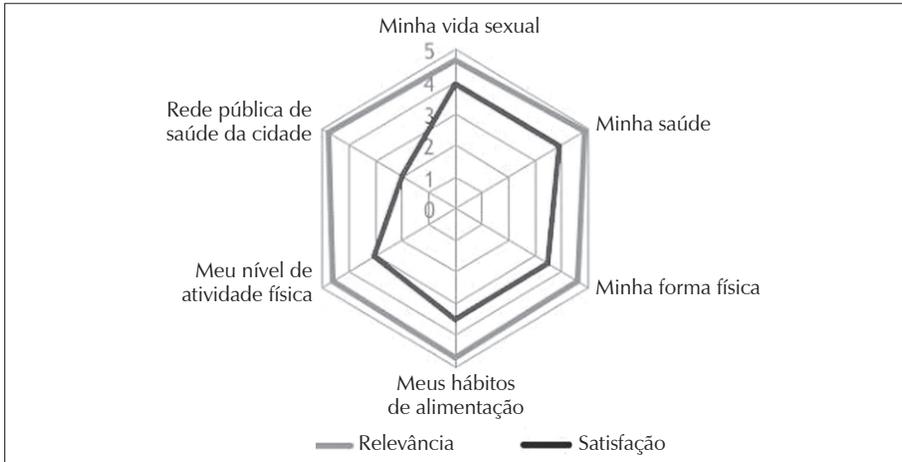
h) Educação



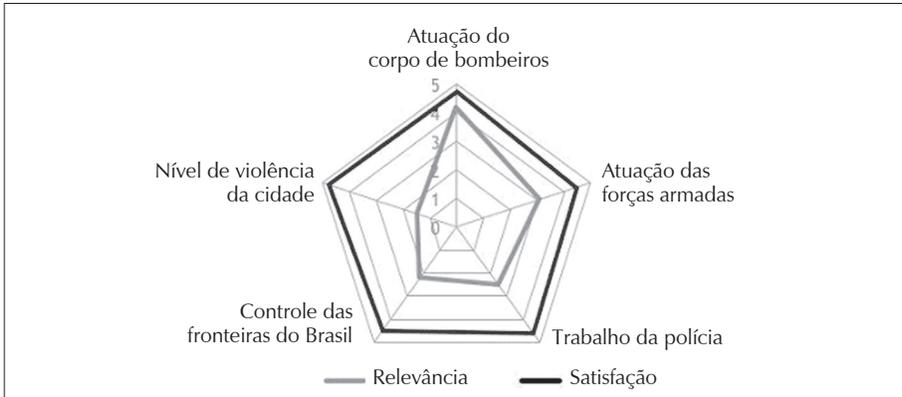
i) Poder público



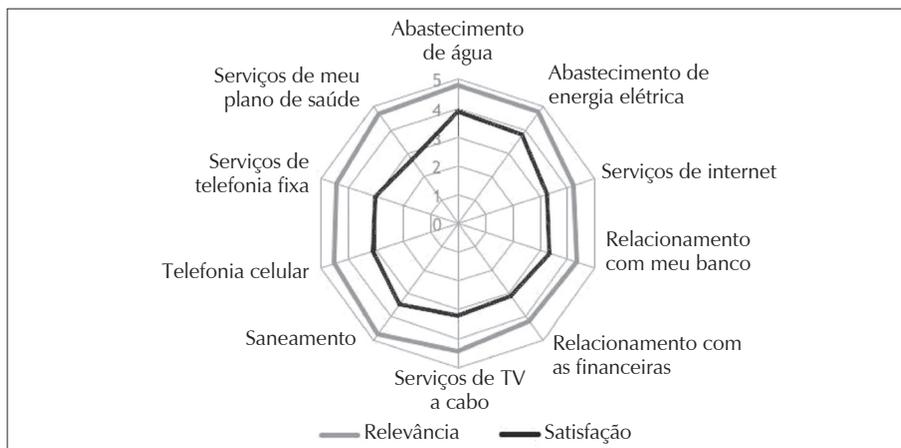
j) Saúde



k) Segurança



1) Consumo



3. É necessário medir a Felicidade do brasileiro?

Afinal, não somos um pouco felizes?

O fato é que o Brasil apresentou, ao longo de sua vida econômica, períodos de muita turbulência. Inflação alta, planos macroeconômicos de todos os tipos, mudanças de regras, enfim, toda sorte de alterações.

Por outro lado, a nossa sociedade, nas últimas décadas, dá mostras de melhoria generalizada de seus indicadores sociais, principalmente com relação à educação, saúde e condições gerais de seus domicílios. No entanto, quando observamos os números apresentados pelo IBGE, verificamos que a distância entre os extremos ainda é muito grande.

Em nossa sociedade há desigualdade de todos os tipos. A primeira notada é a de gênero: as mulheres têm menor grau de escolaridade e ganham menos que os homens, em todos os Estados brasileiros.

A melhora do nível educacional ainda não trouxe alívio para a desigualdade por cor, que é mais forte do que a por gênero. Existem diferenças sociais entre as regiões brasileiras, praticamente em todos os indicadores observados.

No entanto, importantes conquistas foram obtidas pelo Brasil, houve redução da desigualdade na década, como nos mostra o relatório do Centro de Políticas Sociais da FGV.

Entre 2001 e 2009 a renda *per capita*:

- 10% mais ricos – aumentou 1,40% ao ano
- 10% mais pobres – aumentou 6,79% ao ano

Outro dado significativo refere-se à redução da pobreza em nosso país, que foi reduzida no período do Plano Real até dezembro de 2010 em 67,3%, sendo 31,9% na era FHC e 50,64% na era Lula.

No entanto, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2012 (PNAD), ainda temos 6,5 milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza, ou seja, com renda abaixo de R\$ 75 mensais por pessoa da família, sendo que a população considerada pobre (até R\$ 150) é de 15,7 milhões.

4. Felicidade, índice de progresso?

O fato é que somos a 7.^a Nação no mundo em termos de PIB, mas estamos na 85.^a posição no IDH.

Daí surge uma pergunta: nós somos felizes?

Não temos ainda claramente essa resposta, mas temos certeza que devemos buscá-la. Buscar medir, analisar e entender o nível de bem-estar do nosso povo permite entender melhor como podemos aumentar a produtividade de nosso trabalhador e, dessa maneira, buscar o desenvolvimento de nossa Nação.

Medir a Felicidade é termos um índice de progresso e desenvolvimento de nosso povo.

5. Conclusão

O fato é que existem momentos na nossa vida em que paramos e nos olhamos no espelho e começamos a pensar: eu estou perdendo o tempo da minha vida.

E imediatamente decidimos fazer um monte de coisas, tais como:

- Vou ler os livros que não li.
- Vou esquiar na neve.
- Subir o Himalaia.
- Ver o Tio Joãozinho que não vejo há anos.
- Vou aprender a cozinhar.
- Vou conversar com Fulano e perdoá-lo.

Enfim, fazer tantas coisas. Como se fôssemos recuperar todo o passado. Queremos tirar do peito a angústia. E esses momentos são muitas vezes angustiantes porque estamos frente a encruzilhadas.

A vida sempre nos coloca frente a desafios, de forma a ter que decidir por onde seguir. Nesse ponto, falamos mais alto as nossas próprias premissas, a nossa base ética constituída de *Inteligência, Vontade, Liberdade e Responsabilidade*. Com essa base construímos o nosso caminho. Podemos decidir pelo caminho errado, do mal, ou seguir o caminho do Bem e sermos felizes.

A própria ação livre/intencional da pessoa é algo que constitui a felicidade do agente.

É interessante que entendamos e aceitemos que fazer o bem é o certo, afinal sofre mais quem faz o mal do que aquele que o recebe.

O que não dá para entender é que continuamos a cometer os mesmos erros. Por que não escolher outro caminho?

Precisamos perceber mais claramente: a humanidade é toda interligada. Assim, fazer o bem, praticar a virtude, é algo contagioso e que deve ser coletivo. Ser feliz significa também construir a felicidade dos outros. E o caminho para isso é o do amor.

Construir a felicidade não significa ser ingênuo ou mesmo alheio às mazelas humanas. Não podemos deixar de ver o que ocorre ao nosso redor. Mas, sim, buscar a sabedoria e o equilíbrio.

A busca do ser humano é atingir o seu fim ético, que é o da própria realização, sendo o limite para isso o da própria consciência.

Como dito anteriormente, podemos não ter respostas completas para definir a felicidade, mas algumas características das pessoas felizes podem ser identificadas:

- São pessoas que “insistem” em ser felizes.
- Atiram-se nas emoções sem paraquedas e não se preocupam se haverá alguma rede de proteção.
- Agem de acordo com a sua consciência.
- Fazem planos (ou não fazem planos), mas não têm medo de que algo dê errado.
- Entendem o dia a dia e seus problemas, sabem que as coisas nem sempre vão bem, mas após qualquer dificuldade voltam a acreditar na vida e dão a volta por cima.
- Aceitam a natureza humana.
- Não são somente otimistas, mas têm uma postura além do otimismo porque se enxergam como são. E como as coisas são.
- Praticam o bem. Vivem bem.

São felizes!

2 Aspectos psicossociais nas organizações: desempenho competitivo com saúde para o trabalhador

MARCO ANTONIO SILVEIRA
LETÍCIA SAYURI KIKUCHI

Na medida em que os mercados se tornam mais complexos, competitivos e dinâmicos, novos e maiores desafios são impostos às organizações, especialmente as empresariais. Com isso, aumenta-se a exigência de altos níveis de desempenho competitivo, os quais não devem ser buscados desconsiderando-se as externalidades negativas geradas, tendo em vista os prejuízos sociais e ambientais associados. E, entre as externalidades negativas associadas às atividades empresariais, se destacam tanto a degradação dos recursos naturais e do meio ambiente físico, como os impactos negativos na saúde física e mental dos trabalhadores.

As externalidades sociais negativas trazem sofrimento aos trabalhadores e às suas famílias, oneram os sistemas públicos de saúde e os sistemas previdenciários, além de impactar os sistemas do judiciário trabalhista, que se vê às voltas com um nível de demandas muito acima de sua capacidade de absorção. Seguem alguns dados ilustrativos da magnitude desses problemas:

a) os transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas de perdas de dias de trabalho no mundo. Os casos leves causam perda de quatro dias de trabalho/ano e os graves cerca de 200 dias de trabalho/ano, em média. Esses quadros são frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo ao absenteísmo pela doença e redução de produtividade;¹

b) os quadros depressivos e ansiosos são as principais enfermidades mentais que causam absenteísmo-doença ao redor do mundo e são uma importante fonte de custos para os sistemas de Previdência Social;²

c) dados da Previdência Social informam que no ano de 2010 foram concedidos mais de 2,2 milhões de novos benefícios auxílio-doença para uma população de aproximadamente 60 milhões de contribuintes. No ano de 2011 mais de R\$ 2 bilhões foram comprometidos para pagamento de novos benefícios previdenciários por incapacidade laborativa;³

d) dados recentes dão conta de uma incidência da ordem de 30% de pessoas com algum tipo de transtorno mental na região metropolitana de São Paulo, dos quais 10% são considerados transtornos graves;⁴

e) vários dados apontam para um volume crescente de processos trabalhistas, que sobrecarrega o Judiciário em níveis bem acima de sua capacidade de atendimento.^{5, 6, 7}

Os dados apresentados ilustram a importância de serem desenvolvidos modelos organizacionais que estejam alinhados com as fortes demandas socioeconômicas do momento atual. Os prejuízos gerados pelas externalidades sociais negativas, mesmo que alguns impactos sociais sejam de difícil identificação (como, por exemplo, sofrimentos emocionais e transtornos mentais potencializados pelas empresas), acabam sendo pagos pela sociedade, tanto na forma de custos financeiros nos sistemas de saúde, previdenciário e judiciário trabalhista como com a diminuição da capacidade produtiva dos trabalhadores afetados, os transtornos gerados na vida dos seus familiares, entre outras. Para tanto, os modelos organizacionais devem contemplar tanto o desempenho competitivo como também a qualidade de vida no trabalho.

Conceito criado em 1958, qualidade de vida veicula uma visão diferente das prioridades e efeitos dos objetivos econômicos de tipo quantitativo. Diante disso, as metas político-econômicas e sociais não deveriam ser focadas só em termos de crescimento econômico quantitativo e de crescimento material do nível de vida, mas sim de melhoria em termos qualitativos das condições de vida do ser humano. Isso só seria possível por meio de um melhor desenvolvimento de infraestrutura social, ligado à supressão das disparidades, tanto regionais como sociais, à defesa e conservação do meio ambiente etc.⁸ Qualidade de vida é o método usado para medir as condições de vida de um ser humano, que envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, relacionamentos sociais, como família e amigos, e também saúde, educação e outras circunstâncias da vida.*

Saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Isso não se limita a apenas saúde física e mental, mas sim que essas pessoas estejam bem consigo mesmas, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio.

Os modelos adotados, em sua maioria, não consideram adequadamente os aspectos subjetivos do trabalho e os fatores psicossociais relacionados, pre-

*A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um questionário para aferir a qualidade de vida. Esse questionário, denominado WHOQOL/*World Health Organization Quality of Life*, é composto por seis domínios: o físico, o psicológico, o do nível de independência, o das relações sociais, o do meio ambiente e o dos aspectos religiosos.

sentes em todo sistema organizacional. Houve certamente alguns avanços nas empresas ao longo do século anterior, mas a maioria deles resultantes mais de imposições e restrições legais – como limite à jornada de trabalho, redução de impactos ambientais e respeito às leis trabalhistas – do que de avanços significativos nos conhecimentos sobre a natureza dos sistemas organizacionais e de como aumentar a governabilidade sobre os mesmos.

O propósito deste capítulo é introduzir algumas reflexões sobre os aspectos psicossociais com maior potencial para promover, simultaneamente, a competitividade da organização e a qualidade de vida no trabalho.

1. Organização sustentável e subjetividade humana

As organizações como conhecemos são relativamente recentes, sendo que até o final do século XIX existiam poucas com algum porte ou importância.⁹ Isso ocorre porque nos dias de hoje os impactos das organizações na sociedade se dão em diferentes aspectos: os empregos gerados pelas organizações são responsáveis pelo sustento financeiro da maioria das famílias, as pessoas estão na maior parte do tempo em seus ambientes de trabalho (impacto nas *relações humanas*) e o trabalho exerce papel central na vida das pessoas, sendo importante fator de realização do potencial humano (impacto no *desenvolvimento pessoal*).

Ao longo das últimas décadas, vários autores têm alertado para os prejuízos causados pelas empresas, ponderando sobre a insustentabilidade do modelo industrial vigente, advertindo que “lucro de curto prazo significa destruição no longo prazo”,¹⁰ ou afirmando que “nossas empresas estão nos matando, adulterando comida, poluindo ambientes, submetendo pessoas a condições insalubres [...]”¹¹ O enfoque *Triple Bottom Line* para sustentabilidade, proposto inicialmente em 2000, se contrapõe a esses problemas ao prescrever uma harmonização, ou equilíbrio, entre o atendimento às demandas econômicas, sociais e ambientais. Constitui-se, portanto, no fundamento do verdadeiro desenvolvimento socioeconômico na acepção da palavra, isto é, a geração de riquezas econômicas integrada com benefícios sociais.¹²

Não se trata de tarefa fácil, com certeza, mas é possível. O CTI-Gaia* vem intensificando, nos últimos cinco anos, o desenvolvimento de estudos e projetos buscando a viabilização de modelos organizacionais sustentáveis que

*Trata-se do grupo ao qual os autores estão vinculados. O CTI-Gaia – Grupo de Apoio à Inovação e Aprendizagem em Organizações é um grupo de pesquisas aplicadas sediado na Divisão de Gestão de Empresas do instituto de pesquisas Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, pertencente ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

sejam aplicáveis às empresas brasileiras. O Projeto CTI-Abimo, desenvolvido de 2010 a 2013 com nove empresas fabricantes de equipamentos eletromédicos, é um exemplo ilustrativo de apoio a empresas de pequeno e médio porte, intensivas em tecnologia, para que elas possam desenvolver vantagens competitivas sustentáveis que lhes permitam enfrentar os múltiplos desafios existentes nos mercados nacionais e internacionais. A proposta previa a articulação de um grande número de variáveis multidimensionais relacionadas com os diversos agentes, aspectos e objetivos envolvidos, permitindo o gerenciamento integrado de fatores humanos e tecnológicos de interesse. Nesse projeto foi dada ênfase ao aproveitamento do capital intelectual como fator de produção, uma vez que o seu uso competente pode proporcionar os meios necessários para que se consigam as desejadas vantagens competitivas sustentáveis ao longo do tempo nos mercados atuais, de maneira integrada com a qualidade de vida no trabalho.¹³

Para viabilizar uma boa gestão nas organizações, o que requer conseguir entender os elementos organizacionais e suas principais relações, um instrumento útil é a construção de modelos que facilitem a lida com a complexidade organizacional. Uma proposta é modelar o sistema organizacional como sendo constituído de três dimensões (ou subsistemas) inextricavelmente integradas, como ilustrado na figura apresentada a seguir:*

i. *Dimensão físico-tecnológica*: é a dimensão visível da empresa, constituída por todos os artefatos físicos, mobiliários, equipamentos e ambiente físico-químico.

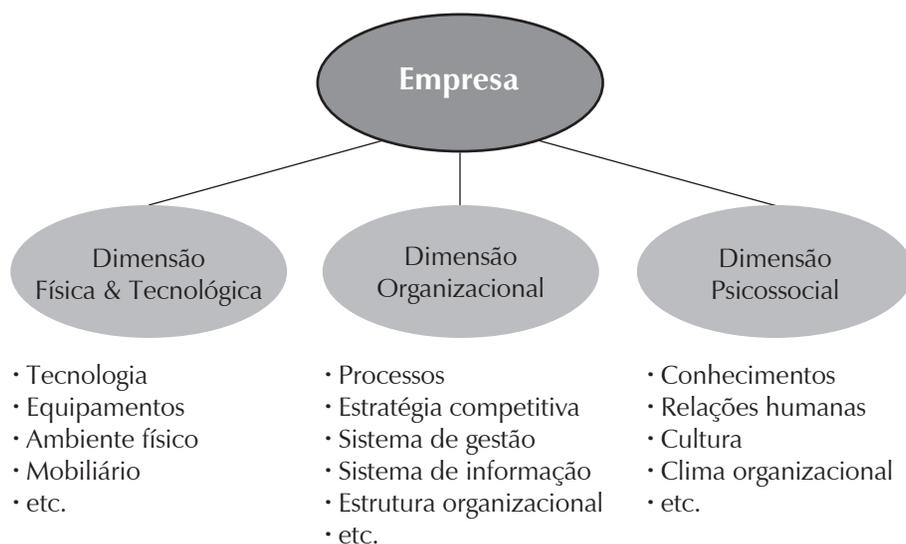
ii. *Dimensão organizacional*: ligada à concepção e estruturação da organização em si mesma, sendo essa dimensão constituída dos processos, estratégias, sistema de gestão, entre outros elementos organizacionais.

iii. *Dimensão psicossocial*: associada à dimensão subjetiva da vida humana, é nesta dimensão que se situam os conhecimentos e as competências individuais e na qual se forjam as relações que podem fortalecer (ou não) os processos coletivos.

O nosso postulado, que está sendo confirmado pelas observações de campo, é que uma grande parte dos problemas organizacionais deriva ou de falhas específicas nos elementos da empresa (especialmente naqueles pertencentes às dimensões organizacional e psicossocial), ou de incoerências entre as três dimensões da empresa. Essas observações são viabilizadas pela avaliação integrada da organização nas três dimensões acima postostas.

*Esse modelo foi desenvolvido por Silveira, um dos autores deste capítulo, e vem sendo utilizado em projetos do CTI-Gaia.

Figura 1 – Modelo da organização como sendo constituída de três dimensões



Fonte: elaboração própria

2. Desempenho competitivo: inovação e capital intelectual nas empresas

O processo de retomada do crescimento econômico no Brasil, após quase duas décadas consideradas perdidas, tem sido pautado pela busca de fortalecimento do parque industrial nacional e sua inserção competitiva nos mercados internacionais. Entre as prioridades para a consecução desses objetivos se destaca o aumento da capacidade de inovação do setor produtivo, diretriz explícita no Plano Brasil Maior – política brasileira para a indústria, C&T e comércio exterior, lançada ao final de 2011 –, que tem como foco central e síntese do programa a máxima “inovar para competir”.

Essa opção pelo foco na inovação deve-se ao fato de as empresas serem sistemas complexos em contínua interação com o seu ambiente externo, que muda rápida e incessantemente, sendo fundamental que mudanças internas apropriadas (isso é, as inovações) sejam continuamente implantadas. Nesse contexto dinâmico atual, é desejável que as contínuas inovações estejam integradas ao longo de toda a estrutura organizacional, e não apenas limitadas a alguns poucos setores da empresa, sob pena de não serem internalizadas com a agilidade e a organicidade requeridas.¹⁴

Para que se possam viabilizar relações simbióticas empresa-trabalhador, que promovam a desejada inovação por toda a empresa, é preciso entender

o *capital intelectual* como um ativo econômico e, assim, poder reconhecer o capital humano como um recurso estratégico fundamental para o sucesso das organizações nos ambientes atuais.

Na abordagem da teoria neoclássica, os recursos organizacionais restringem-se a capital, trabalho e terra. Porém, como consequência da dinâmica evolutiva dos mercados atuais, a teoria dos recursos expandiu a noção de recursos organizacionais, definindo-os como sendo “entidades tangíveis e intangíveis que a firma tem à sua disposição e que lhes permitem produzir com mais eficiência ou eficácia”¹⁵

O conjunto de recursos intangíveis é denominado por vários autores como *capital intelectual*, entendido como aqueles recursos que não possuem existência física, mas, que assim mesmo, representam valor para a organização.¹⁶ Isso inclui tanto a capacidade intelectual humana como outros ativos intangíveis decorrentes da aplicação do conhecimento, entre eles, marcas e patentes.

Sveiby, entre outros autores, identifica três conjuntos de fatores que compõem o capital intelectual: *capital humano*, representando os conhecimentos e as competências dos colaboradores, colocados à disposição da organização; *capital estrutural*, envolvendo tanto os softwares e sistemas de gestão, como os demais ativos organizacionais que possam ser relacionados na categoria de “propriedade intelectual” (marcas, patentes, entre outros); *capital de relacionamento*, correspondente à geração de conhecimento resultante das relações com outras organizações, como clientes e fornecedores.¹⁵

A inovação, portanto, é condição fundamental para o sucesso de organizações atuando nos mercados atuais, os quais mudam continuamente e exigem níveis de desempenho sucessivamente melhores. E a gestão competente do capital humano – componente fundamental na geração e consolidação do capital intelectual – é o fator que alavanca a inovação de produtos, de processos, de serviços e de outros aspectos de interesse para uma organização empresarial, como o design de produto, a estrutura organizacional, os métodos gerenciais, as relações no trabalho, entre outros aspectos.

3. Dimensão psicossocial das organizações

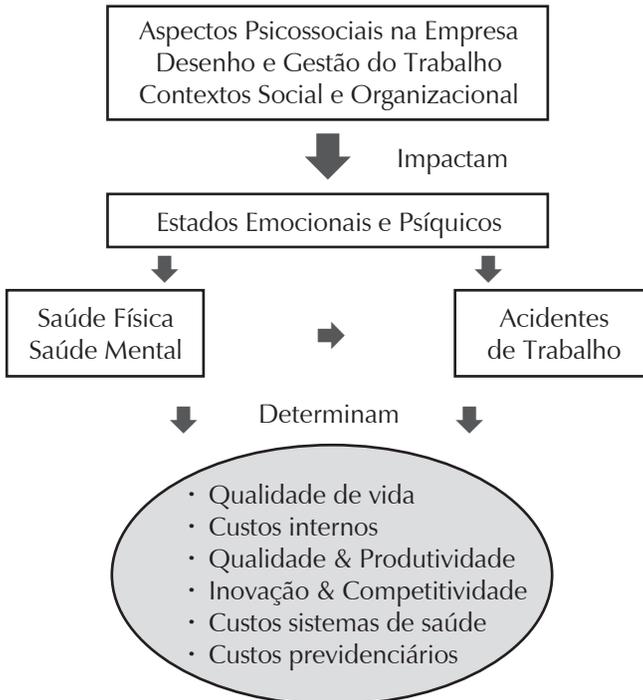
Vários especialistas em *teoria das organizações* enfatizam que toda organização, seja ela uma empresa, hospital, universidade ou qualquer outra modalidade, é, antes de mais nada, um sistema social e como tal deve ser tratada:

Organizações são entidades sociais dirigidas por metas, desenhadas como sistemas de atividades deliberadamente estruturados e coordenados, e são ligadas ao ambiente externo. [...] O principal elemento de uma organização não é um edifício ou um conjunto de políticas e procedimentos: as organizações são compostas por pessoas e seus relacionamentos. [...]¹³

As empresas estão inseridas em mercados que trazem uma gama imensa de desafios a serem superados. Num ambiente assim, é de se esperar que os gestores – que em sua grande maioria têm formação com viés tecnicista (engenheiros e técnicos) ou tecnocrático (administradores e economistas) – considerem prioritariamente os fatores mais evidentes, como aqueles pertencentes às dimensões física e organizacional. Assim, a dimensão psicossocial é aquela mais desconhecida e, portanto, ignorada e negligenciada. Isso é um grande equívoco que cobra um preço alto das organizações (na forma de desempenhos subótimos), dos seus trabalhadores (incluindo os gestores que também são submetidos a sofrimentos psíquicos e emocionais) e da sociedade, que arca com todos os ônus das mazelas socioeconômicas decorrentes dessa negligência.

Dentro dos aspectos do desenho e gerenciamento do trabalho, e os contextos social e organizacional, que têm potencial para causar dano físico ou psicológico, estão os *riscos psicossociais*.¹⁷ De nossa parte, entendemos que os aspectos psicossociais também têm potencial tanto para trazer benefícios aos trabalhadores como para afetar o desempenho competitivo da organização (de maneira positiva ou negativa). Isso está ilustrado na figura 2:

Figura 2: Relação simplificada de causalidades dos fatores psicossociais na empresa



Além dos impactos nas pessoas, a dimensão psicossocial tem uma grande importância para os resultados da organização. É nessa dimensão que se enquadram os conhecimentos e as competências individuais, que são base do capital humano, do capital intelectual e, portanto, da inovação.

Os aspectos psicossociais também são essenciais para se construir relações que podem fortalecer os processos organizacionais. Esqueçemo-nos que a organização é um sistema social, em que todo trabalho é coletivo: o sentido que damos para as relações humanas irá afetar diretamente os resultados dos processos em termos de produtividade, qualidade, prazos, custos e outros indicadores. Assim, trabalhar por ambientes com bom clima organizacional, no qual vicejam relações cooperativas, é uma maneira bastante efetiva de conseguir melhores resultados financeiros, promovendo simultaneamente a qualidade de vida.

Visando aprofundar o entendimento sobre como a dimensão psicossocial contribui com a inovação para sustentabilidade organizacional, foi desenvolvida pelo CTI-Gaia uma pesquisa exploratória com o objetivo de estudar os fatores organizacionais com maior potencial para promover, simultaneamente, a competitividade da organização e a qualidade de vida no trabalho. Para tanto, foi desenvolvido um modelo com 23 fatores organizacionais agrupados em sete indicadores.¹⁸

Os resultados do estudo acima sinalizam no sentido da viabilidade de organizar diversos desses fatores organizacionais – como bom clima organizacional, carga de trabalho adequada, acolhimento pelos colegas, informações integradas com acesso comum, enriquecimento cognitivo – de modo tal que contribuam para o desenvolvimento sustentável da organização, melhorando de forma integrada o desempenho competitivo e a qualidade de vida no trabalho.

4. Aprendizagem organizacional e enriquecimento cognitivo do trabalho

A inovação não acontece por acaso: é preciso ter um sistema que crie um clima organizacional adequado, busque a melhoria contínua, reconheça os bons colaboradores, aproveite oportunidades integradas com outras organizações (como nos mecanismos de *open innovation*) e cuide da inovação disruptiva.

Portanto, existe uma relação causal entre inovação e aprendizagem, sendo esta influenciada tanto por fatores organizacionais e tecnológicos, pertencentes à dimensão objetiva da organização, como por fatores sociológicos e psicológicos inerentes à subjetividade humana. Disso decorre a importância de o desenho organizacional considerar as organizações como entidades sociais⁹ e, portanto, sujeitas à influência dos fatores psicossociais que afetam o trabalho em suas dimensões social e subjetiva.¹⁹

Essas considerações reforçam a visão do capital humano como um recurso estratégico da maior importância em, virtualmente, todos os aspectos da organização, sendo ainda mais crítico naqueles processos cuja dependência do conhecimento é maior, como naqueles relacionados diretamente com os fenômenos da aprendizagem e da inovação.

O corolário dessas reflexões é que “saber aprender” pode ser considerada uma competência estratégica fundamental para as organizações atuais. Vários autores frisam isso, sendo Senge um dos mais conhecidos por cunhar a expressão *learning organizations*.²⁰ A capacidade de aprender permite à organização alcançar e manter um desempenho superior e, portanto, permite desenvolver vantagens competitivas sustentáveis ao longo do tempo, proporcionando melhores condições para melhorar qualidade, gerar inovação, gerenciar mudanças, criar uma força de trabalho comprometida e energizada, superar os limites aparentes, melhorar o ambiente, aumentar o prazer no trabalho, aprimorar a qualidade de vida, entre outras razões.²¹

5. Relações cooperativas na promoção do bem-estar social e da inovação

Como visto, numa perspectiva de recursos organizacionais, o trabalhador pode ser pensado como uma fonte de capital humano. Essa capacidade dependerá das suas capacidades intrínsecas e, também, do seu nível de integração (ou alinhamento) com os valores e interesses predominantes na organização.

Caso o trabalhador não compartilhe dos propósitos organizacionais, seus interesses irão divergir dos interesses dos demais indivíduos e, nesse caso, na melhor das hipóteses, ele se manterá alheio às necessidades da organização, podendo chegar até ao extremo de trabalhar contra os objetivos comuns da organização, inclusive de forma inconsciente. Por essa razão, o desenvolvimento das relações cooperativas, assim como dos processos cognitivos dos indivíduos (capaz de aumentar seu potencial de aprendizado) no ambiente de trabalho, se mostra fundamental para uma efetiva sustentabilidade no âmbito das organizações.²²

Durante décadas, as premissas que norteavam o campo da ciência e tecnologia tinham como base a ideia de que inovação era um processo linear, no qual as fases de desenvolvimento/pesquisa, produção e comercialização de novas tecnologias constituíam uma sequência de processos bem definidos ao longo do tempo. No entanto, estudos mais recentes sobre os fenômenos relacionados revelaram que interações e *feedbacks* contínuos são características intrínsecas aos processos inovadores.^{23, 24, 25, 26, 27}

A organização não pode criar conhecimento por si só, sem a participação ativa dos indivíduos e dos processos interativos que ocorrem dentro dos grupos. Tais processos de interação, no entanto, transpassam por uma infinidade

de processos psicológicos, que em sua grande maioria vão além da fronteira do consciente de cada um.

Entendida como ação coletiva essencial para a integração da sociedade, a cooperação ainda é um conceito analisado sob diversos ângulos. Considerando as premissas que divergem dentro das diferentes visões e autores, relações e processos cooperativos – principalmente no ambiente laboral – frequentemente admitem a existência de “conflitos de interesses”, mesmo com estudos/teorias preconizados em épocas diferentes.

Há um entendimento no campo dos estudos organizacionais que tanto características estruturais e culturais quanto psicológicas são fatores que influenciam o comportamento cooperativo.

O aprendizado individual e organizacional, considerado insumo importante e necessário ao processo inovativo, pressupõe a existência de um fluxo de conhecimento centrado na interação entre os conhecimentos tácito e explícito. O conhecimento tácito é visto como pessoal específico a cada contexto e com alto grau de dificuldade para ser formulado e comunicado; já o conhecimento explícito é objetivo e mais facilmente transmissível em linguagem formal e sistemática.²⁵

Partindo do pressuposto de que o conhecimento humano é criado e expandido por meio da interação social, Nonaka e Takeuchi focam sua análise no processo de criação e transformação do conhecimento dentro da organização, propondo uma abordagem inicialmente baseada na experiência de empresas japonesas, conhecida como “espiral do conhecimento”. O conceito de espiral advém do movimento associado ao fluxo do conhecimento, entendido como resultado de uma interação contínua e dinâmica entre os saberes tácitos e explícitos — principalmente do âmbito individual para o organizacional. Conforme trabalham os autores, a construção do conhecimento institucional é um processo em espiral, que começa no nível do indivíduo e vai se expandindo pelas interações que cruzam os limites entre seções, departamentos, divisões e organizações.^{25, 26}

A espiral do conhecimento ilustra o processo de transferência de conhecimento tácito individual para conhecimento tácito organizacional, revelando quatro fases de conversão (transformação) do conhecimento: Socialização, Externalização, Combinação e Internalização. Nessa perspectiva, a socialização é a fase que gera conhecimento compartilhado, a externalização transforma-o em conhecimento conceitual, a combinação dá origem ao conhecimento sistêmico e a internalização é momento em que se produz conhecimento operacional.²⁸

No nível empresarial, as redes sociais informais – sejam elas formadas por interações pessoais diretas ou mediadas por computador – se constituem fontes importantes para a promoção da atividade inovativa, pois mantêm canais e fluxos de informação em que a confiabilidade e o respeito entre os atores os aproximam e os levam ao compartilhamento do conhecimento Assim, para a

construção de relações fortes e cooperativas, um elemento central é a confiança estabelecida entre os interlocutores das informações veiculadas.²⁸

Um contexto organizacional que favorece a criação do conhecimento, como um espaço compartilhado em movimento, favorece “as situações relacionais que energizam as pessoas tornando-as criativas, dentro de uma interação positiva e dinâmica”,²⁶ e colabora com o comprometimento e cooperação do indivíduo no grupo. Esse espaço/contexto pode ser físico (como um escritório ou outros locais de trabalho), mental (experiências compartilhadas, ideias ou ideais), virtual (uso de recursos tecnológicos como grupo de discussão na internet e ferramentas colaborativas) ou a combinação deles, sendo o aspecto mais importante a condição de favorecer a circulação de ideias para criação do conhecimento (28).

Neste contexto, os incentivos fortemente destinados às práticas competitivas que visam melhorar a produtividade da organização estabelecem formas de reações descoladas do todo, da noção de grupo e de unidade da empresa, o que pode ser prejudicial ao rendimento profissional dos funcionários, assim como à sua saúde e relações pessoais.²⁹

6. Trabalho e saúde mental

O CTI-Gaia realizou em 2013 uma pesquisa exploratória baseada em entrevistas semiestruturadas com profissionais da área de saúde mental, visando aumentar o entendimento sobre as interações entre fatores psicossociais ligados à organização do trabalho e os trabalhadores, em especial nas influências exercidas sobre a saúde mental, a capacidade de desempenho e a qualidade de vida no trabalho.³⁰

Os resultados preliminares apontam para uma clara convergência em relação à forte influência da organização do trabalho nas condições de saúde mental, tendo em vista a importância do trabalho para a construção da personalidade do indivíduo e como um importante espaço de socialização, em especial, para os indivíduos que vivem em grandes cidades. No entanto, como era de se esperar, existem divergências entre os profissionais pertencentes às várias linhas teóricas das áreas da psicologia e da psiquiatria, em relação a vários aspectos: existem visões bastante distintas entre os profissionais entrevistados tanto em relação aos impactos do trabalho na saúde mental, como também sobre a importância de outras variáveis associadas ao trabalhador, como suas características genéticas, os primeiros anos de sua vida e sua história pessoal.

Um primeiro apontamento levantado pelas entrevistas foi sobre os diversos olhares dos atores entrevistados em relação à saúde mental, porém, algo em comum prevalece: a importância do trabalho para a saúde e a importância da saúde para a realização do trabalho.

Uma das questões colocadas é se o grau de influência do trabalho na saúde mental depende das características de cada indivíduo, como a importância que a pessoa atribui à sua vida profissional, em especial, à parte subjetiva, como por exemplo, ter sucesso profissional ou ter planos para a carreira. Outra característica pessoal investigada foi o nível de sensibilidade (ou suscetibilidade) da pessoa ao relacionamento humano, tendo em vista que a organização é um importante espaço de socialização. Investiga-se também se existem outros fatores da personalidade que podem modular a influência do trabalho na saúde mental.

Outra questão investigada e de especial importância pelo seu impacto na capacidade de inovação da empresa é o nível de exigência cognitiva (ou nível reflexivo) da tarefa. O nível de autonomia do trabalhador se refere ao grau de liberdade dada ao trabalhador para decidir questões ligadas ao seu trabalho e/ou da sua equipe. Tendo em vista que o nível de desafio de uma tarefa é relativo às capacidades de cada pessoa, procura-se verificar os aspectos referentes à exigência de reflexão do trabalhador, estimulando-o a pensar sobre questões das suas tarefas; é uma oposição a um trabalho mecânico ou repetitivo. O objetivo é identificar como o profissional vê a relação entre o nível de exigência cognitiva (imposto por metas ou pelas tarefas) e a saúde mental. Pede-se que sejam analisados tanto os níveis extremos – “nenhum desafio” ou “meta impossível” – como níveis baixo, moderado, alto e muito alto.

A percepção subjetiva do próprio trabalho pelo trabalhador está relacionada com o sentido do trabalho, significação do trabalho e, assim, sendo um bom indicador da não alienação. Busca-se identificar como a percepção do próprio trabalho (por si, isto é, independentemente das outras pessoas) influencia a saúde mental.

Sendo o ser humano um ser social, é interessante investigar a influência do senso de pertencimento à equipe do trabalho, que se reflete na percepção de acolhimento pelos colegas: o nível de socialização para o bom trabalho em equipe. O quanto o sentimento de pertencer a um grupo – seja do próprio departamento ou da empresa – influencia a saúde mental. O aspecto do trabalho cooperativo tem impacto significativo na geração de novos conhecimentos organizacionais, como proposto por Nonaka e Takeuchi, cujo ciclo de geração de conhecimento tem na socialização uma das etapas mais críticas.

Vários trabalhos mostram que a qualidade da gerência é um dos fatores mais importantes para o bom desempenho da equipe. Neste estudo busca-se investigar um outro aspecto relacionado à qualidade da gerência: como a percepção que o trabalhador tem de respeito e liderança participativa da chefia impacta o seu desempenho. Isso inclui a atenção com as suas necessidades, trato com cordialidade, atenção às suas opiniões, ouvi-lo nos momentos de decisão sobre os trabalhos em que está envolvido e outras formas de respeito.

Como o prazer com o trabalho atua sobre a saúde mental? Essa é uma das questões investigadas, com o propósito de pesquisar a relação de prazer com o trabalho em si mesmo, independentemente de fatores externos, o que inclui a predisposição para as tarefas a serem executadas e outros fatores associados. Autores como Dejours atribuem uma grande importância ao prazer no trabalho, ou ao menos ao “não sofrimento”, como fator de saúde e de externalização do potencial criativo do trabalhador, o que afeta positivamente a capacidade de inovação da empresa.

Existem muitos relatos sobre cargas de trabalho excessivas e seus impactos na vida do trabalhador, seja pela fadiga e estresse gerados, seja pelo afastamento provocado de outros aspectos de sua vida, como a família e questões de ordem pessoal em geral. Como as horas dedicadas ao trabalho atuam sobre a saúde mental? Quais seriam os limites máximos?

7. Organização saudável, desenvolvimento sustentável

Pensar as organizações como instrumento de desenvolvimento socioeconômico requer olhar para a pluralidade de efeitos provocados por sua atuação, que não se restringem às questões ambientais. As perturbações no meio ambiente físico e a deterioração dos recursos naturais são os efeitos mais visíveis e contundentes de modelos industriais, econômicos e políticos contrários ao bem comum, que vêm sendo adotados em larga escala há séculos.

A relevância de estudos sobre os fatores presentes numa organização com maior potencial para promover simultaneamente a competitividade da organização e a qualidade de vida no trabalho, se deve ao fato que o investimento em fatores que melhoram tanto os indicadores econômico-financeiros como os indicadores humanos-sociais tendem a gerar o desejável desenvolvimento socioeconômico da organização.

Como procuramos mostrar, os resultados obtidos em vários estudos sinalizam fortemente no sentido da viabilidade de organizar os fatores organizacionais de modo tal que possam contribuir significativamente para o desenvolvimento sustentável da organização, melhorando de forma integrada o seu desempenho. Nessa perspectiva, os resultados disponíveis na literatura são bastante significativos, destacando-se que ações bem planejadas, como o desenvolvimento de um ambiente organizacional adequado, podem favorecer simultaneamente o desempenho competitivo da empresa e os seus trabalhadores.

Outro aspecto importante destacado é o impacto positivo da promoção de mecanismos cooperativos, os quais possuem bom potencial para melhoria da empresa em seus múltiplos aspectos. A grande maioria dos mecanismos para promoção da cooperação interna possui uma relação custo/benefício bastante favorável para a empresa, uma vez que os custos para sua implantação são rela-

tivamente baixos quando comparados com os retornos potenciais para várias dimensões organizacionais. São exemplos desses mecanismos o estímulo ao trabalho envolvendo vários departamentos, a promoção de projetos multidisciplinares, o desenvolvimento de ambiente que contribua para o acolhimento e respeito aos trabalhadores e o reconhecimento ao desempenho em equipe (e não só ao desempenho individual).

Destaque-se também a importância de uma maior atenção das empresas para o desenvolvimento de tarefas que tenham um nível adequado de estímulo cognitivo aos trabalhadores, o que pode ser obtido também com soluções de custo muito baixo para a empresa.

Empresas que promovem a qualidade de vida no trabalho contribuem para integrar uma série de importantes benefícios para todas as partes interessadas, nos três níveis organizacionais: o indivíduo, a organização e a sociedade, como ilustrado na figura 3.

Figura 3 – Benefícios potenciais decorrentes da maior qualidade de vida e saúde no trabalho



Fonte: elaboração própria

Empresas com uma maior valorização do funcionário, com investimentos na geração de conhecimento e a contínua busca de inovação tecnológica e organizacional possuem seu lugar à frente dos concorrentes na corrida da vantagem competitiva e na promoção de benefícios sociais. São essas as organizações promotoras do efetivo desenvolvimento socioeconômico, e que devem ser cada vez mais valorizadas pelas várias instâncias públicas e privadas de nossa sociedade.

Referências

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004; 291.
2. Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Quevedo-Aguado L. Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders. *Gac Sanit*. 2013; 27.
3. Silva Junior JS, Frida MF. A medição dos fatores psicossociais do trabalho no absenteísmo e doenças por transtornos mentais. In: Silveira, M. A., Sznelwar, L. I., Kikuchi, L. S., Maeno, M., editores. *Aprendizagem organizacional e geração de capital intelectual: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável*. Campinas: Cedet. 2013:159-176.
4. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey [editorial]. *PLoS ONE*. 2012; 7 (2): 1-11.
5. Cresce número de ações em varas do TRT-BA com PJe-JT [internet]. Tribunal Regional do Trabalho da 5.^a Região. [Acessado em: 10 jun 2014]. Disponível em: <http://trt-5.jusbrasil.com.br/noticias/100411304/cresce-numero-de-acoes-em-varas-do-trt-ba-com-pje-jt>
6. Número de ações trabalhistas cresceu 11% em 2012 [internet]. Conselho Nacional de Justiça. [Acessado em: 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/23524-numero-de-acoes-trabalhistas-cresceu-11-em-2012>
7. Em três meses, casos de assédio no trabalho já representam 37% de todo o ano passado. *A Gazeta Online*. [Acessado em: 10 jun 2014]. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2013/04/noticias/dinheiro/1430588-em-tres-meses-casos-de-assedio-no-trabalho-ja-representam-37-de-todo-o-ano-passado.html
8. Galbraith JK. *A sociedade afluyente*. São Paulo: Editora Pioneira; 1987.
9. Daft RL. *Organizações: teoria e projetos (impresso)*. São Paulo: Thomson Pioneira; 2002.
10. Aktouf A. O. *Administração entre a tradição e a renovação (impresso)*. São Paulo: Atlas; 1996.
11. Morgan G. *Imagens da organização (impresso)*. São Paulo: Atlas; 1996.
12. Elkington J. *Cannibals with forks (impresso)*. Canada: New Society Publishe; 2000.
13. Silveira MA. Strategic Management of Innovation Towards Sustainable Development of Brazilian Electronics Industry. *Journal of Technology Management & Innovation*. 2013; 8:174-183.
14. Tidd J, Bessant J, Pavitt K. *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change*. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
15. Sveiby KE. *A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
16. Edvisson L, Malone MS. *Capital intelectual*. São Paulo: Makron; 1998.
17. Cox T, Griffiths AJ. The assessment of psychological hazards at work. In Shabracq, M. J., Winnubst, J. A., Cooper, C. L., editors. *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley & Sons; 1995.
18. Silveira MA, Gardim N, Kikuchi LS, Yano SRT. *Relações cooperativas e socialização do conhecimento: fundamentos da inovação e da sustentabilidade organizacional*. In: *Anais do XV Congresso Latino-Iberoamericano de Gestão de Tecnologia Altec*; 2013. Porto: Universidade Técnica de Lisboa; 2013.
19. Lancman S, Sznelwar LI. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

20. Senge PM. A quinta disciplina. São Paulo: Best Seller; 1990.
21. Boyett J, Boyett J. O guia dos gurus. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
22. Gardim N, Corrales BR. Fundamentos e práticas das relações cooperativas no trabalho: inovação, geração do conhecimento e fatores psicossociais. In: Silveira MA, editor. Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável. Campinas: Cedet; 2013. p. 45-62.
23. Kline SJ, Rosenberg N. An overview of innovation. In: Landau R, Rosenberg N, editors. The positive sum strategy: harnessing technology for economic growth. Washington: National Academy Press; 1986.
24. David PA, Foray D. Accessing and expanding the science and technology knowledge base. STI Review. 1995; (16).
25. Nonaka I, Takeuchi H. Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica de inovação. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
26. Nonaka I, Takeuchi H. A empresa criadora do conhecimento. In: Aprendizagem organizacional: os melhores artigos da *Harvard Business Review*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
27. Hasegawa M. A criação, circulação e transformação do conhecimento em redes de inovação: o programa de melhoramento genético da cana-de-açúcar do IAC [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2001.
28. Cartoni DM, Gardim N, Caballero SO, Silveira MA. The Contribution of Social Networks for Dissemination of Knowledge and Innovation Support. *Journal of Technology Management & Innovation*. 2013; 8:174-183.
29. Marques RFR, Gutierrez GL. Ações cooperativas e competitivas e as relações interpessoais no mercado de trabalho. In: Villarta, R, editor. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES Editorial; 2006.
30. Silveira MA, Kikuchi LS. Enriquecimento cognitivo e aprendizagem organizacional como fator de inovação: um estudo exploratório em empresas. In: Anais do XV Congresso Latino-Iberoamericano de Gestão de Tecnologia Altec. Porto: Universidade Técnica de Lisboa; 2013.

3 Capital mental, custos indiretos e saúde mental

DENISE RAZZOUK

1. Introdução

A Economia é uma ciência social que estuda como as pessoas utilizam os recursos disponíveis para produzir, distribuir e consumir bens e serviços para satisfazer suas necessidades e demandas.¹ Da perspectiva da macroeconomia, o foco é direcionado para o crescimento econômico do país e de como um país organiza e coordena sua economia para produção de riquezas. Da perspectiva da microeconomia, o foco é direcionado na relação de produção e consumo, nas regras de mercado, com o intuito de obter a maior quantidade de benefícios, seja na forma de lucro para quem produz, seja adquirindo um bem ou serviço para suprir a demanda de quem consome.

Em ambas as perspectivas, o capital humano é o elemento-chave para a produção de bens, serviços e gestão dos recursos. Portanto, a qualidade do capital humano é um fator decisivo para a maior produtividade. A saúde, por sua vez, é um fator determinante na qualidade e desempenho do capital humano. A saúde é considerada um bem essencial, isto é, uma sociedade ou país alcançarão mais benefícios se a maior parte dos indivíduos for saudável. Um ser saudável é, também, um ser mais produtivo e com maior capacidade de consumo.

A importância da saúde do capital humano mudou ao longo da história.² Se antes a natureza do trabalho humano era focada nas atividades agrícolas, em que a saúde física era essencial para o trabalho, no final do século XIX as atividades passaram a exigir um desempenho cognitivo-emocional maior, e a saúde mental passou a constituir um elemento vital para a atividade laboral e, conseqüentemente, para a produção de riquezas, tecnologia, conhecimento e inovação.

Na sociedade atual, o conhecimento e a inovação são componentes cruciais para o desenvolvimento dos países. A saúde mental vem ganhando destaque na literatura científica, na mídia e nas agendas políticas, pelo seu crescente

impacto nos diferentes setores da sociedade. Tanto o bem-estar quanto o gozar de uma boa saúde mental são a base para um capital mental mais produtivo e criativo.

Desde a década de 90, a Organização Mundial da Saúde vem alertando para a necessidade de prevenir e reduzir o impacto social e econômico dos transtornos mentais nos setores produtivos e nos outros setores da sociedade.³ Além disso, os custos dos transtornos mentais para a sociedade alcançam cifras de bilhões de dólares por ano, constituindo 4% do PIB de países europeus.⁴

Neste capítulo, descreveremos os principais conceitos relacionados ao capital mental, saúde mental, produtividade e custos indiretos, dando ênfase a como esse conceitos se articulam e impactam o setor do trabalho.

2. O conceito de capital humano e capital mental

O conceito de capital mental está intimamente ligado ao conceito de capital humano. Na década de 50, o economista Theodore Schultz, ganhador do Prêmio Nobel de Economia, foi o primeiro a designar o termo capital humano e a associá-lo à produtividade, ao crescimento econômico e ao lucro. Na sua teoria sobre o capital humano, ele enfatizava que para um maior desenvolvimento econômico havia a necessidade de investir em educação e em saúde. Dentro deste conceito, as habilidades, o conhecimento e a experiência eram considerados como um capital fundamental para produção. Portanto, aprimorar a qualificação e habilidades do capital humano passou a ser visto como um investimento.⁵

Na mesma direção, o economista Arthur Lewis, também ganhador de Prêmio Nobel de Economia, desenvolveu modelos teóricos para explicar a relação entre capital humano e crescimento econômico. Posteriormente, na década de 60, os economistas norte-americanos Gary Becker e Jacob Mincer, da escola de Chicago, exploraram a relação entre o investimento no capital humano e a taxa de retorno, usando os mesmos conceitos da economia clássica. Isto é, o investimento na qualificação do capital humano aumentaria a produção e renda. Becker explorou a relação de custo-benefício entre a educação e a geração de renda, dando ênfase que a formação generalista traria benefícios para toda a sociedade por ser portátil, enquanto a formação específica traria benefícios para a empresa.

Portanto, o conceito de capital humano se refere ao conjunto de capacidades, conhecimentos, competências e atributos de personalidade que favorecem a realização de trabalho de modo a produzir valor econômico.

O conceito de capital mental não está centrado apenas na educação, isto é, nos conhecimentos e competências. O termo capital mental foi introduzido pelo economista Lock Sang-Ho, em 2001, em seu livro *Principle of public prac-*

tices. Para esse autor, o conceito de capital mental engloba o capital psicológico e o quanto o indivíduo é capaz de utilizar seus recursos mentais para produzir e suprir as necessidades.

O conceito de capital mental também foi utilizado no Reino Unido, no projeto *Mental Capital and Mental Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century*, com a participação de 400 especialistas.⁶ Nesse projeto, o objetivo era traçar as estratégias para se obter o máximo do capital mental e do bem-estar a fim de promover o desenvolvimento do país. Para esses autores, o capital mental estaria vinculado ao bem-estar e, juntos, influenciariam o comportamento, a coesão social, a inclusão social e a prosperidade em geral. O capital mental representa o quanto o indivíduo é capaz de contribuir para a sociedade e, simultaneamente, experimentar uma boa qualidade de vida. Em outras palavras, o capital mental representa a eficiência em utilizar a totalidade de recursos emocionais e cognitivos de um indivíduo, incluindo sua capacidade cognitiva, flexibilidade, eficiência de aprendizado, inteligência emocional e resiliência face ao estresse, de modo a suprir suas necessidades materiais e mentais.

3. Capital mental e saúde mental

Tanto o bem-estar quanto a saúde mental são componentes essenciais para que o capital mental seja mais criativo e produtivo. Sob a perspectiva macroeconômica, quanto melhor o capital mental, melhor a capacidade de inovação, competitividade e desenvolvimento econômico. A associação entre pobreza e transtorno mental tem sido discutida, principalmente, quanto aos efeitos de empobrecimento causado pelos transtornos mentais.^{7,8} A prevalência dos transtornos mentais em moradores em situação de rua varia de 25%, nos Estados Unidos,⁹ a 60% no Canadá.¹⁰

Sob a perspectiva microeconômica, os prejuízos da saúde mental afetam tanto o consumo quanto a produção. O indivíduo com transtornos mentais tem menores chances de obter ou manter-se no trabalho e, em média, tem renda inferior à da população geral. Os estudos têm mostrado que ter doença mental reduz a chance de ser empregado em 11% e reduz a renda anual em mais de 20%.^{11,12,13} A taxa de desemprego entre as pessoas com doenças mentais varia de 30% a 52%. Na Inglaterra, por exemplo, a taxa de desemprego é 40% maior entre as pessoas com doença mental do que a população geral.¹⁴ O cenário é ainda pior no caso da esquizofrenia. A taxa de desemprego, nesses casos, varia de 70% a 80%.¹⁵ Esse é um dos fatores que contribuem para que o indivíduo com transtornos mentais tenha menor poder de consumo.

Além disso, há evidências de associação entre o endividamento, baixa renda e os transtornos mentais. Em um estudo com 8.580 indivíduos no Reino

Unido, o endividamento era três vezes mais prevalente entre os portadores de transtornos mentais em comparação com a população geral.¹⁶

Por outro lado, os transtornos mentais afetam o funcionamento global do indivíduo, prejudicando sua habilidade no trabalho e nos relacionamentos, levando a uma menor produtividade laboral, ao absenteísmo e ao afastamento do trabalho. Os transtornos mentais impactam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida e, conseqüentemente, restringem o capital mental.

No caso dos transtornos bipolares, um estudo australiano mostrou que apenas 21% das pessoas com transtornos bipolares voltavam imediatamente ao trabalho após o episódio agudo, e 34% permaneciam sem renda e dependentes de familiares.¹⁷ Outro estudo, no Chile e na Argentina, com pessoas com transtornos bipolares, demonstrou que 80% relatavam dificuldades econômicas por causa da doença e 40% permaneciam desempregados.¹⁸

A depressão afeta o desempenho no trabalho porque diminui as funções cognitivas, levando a uma lentificação do raciocínio, menor concentração para executar uma tarefa, dificuldade em manejar o tempo e redução na memória de fixação. Portanto, o impacto dos transtornos mentais na sociedade se traduz em um alto custo social, econômico e pessoal.

4. Os custos indiretos dos transtornos mentais

Os transtornos mentais são muito custosos para a sociedade em geral. Em países europeus, esses custos ultrapassam 3% a 4% do PIB. A maior parte dos custos relacionados aos transtornos mentais são os custos indiretos. Esses custos correspondem às mortes prematuras, à perda de produtividade no trabalho, à menor escolaridade e ao uso de benefícios sociais, moradia e custos judiciais.¹⁹

Os custos indiretos relacionados aos transtornos mentais representam 50% a 80% dos custos totais, ou seja, os custos relacionados a tratamento e assistência (custos diretos) são a menor parcela dos custos.^{14,20,21,22,23,24} A maior parcela dos custos indiretos se concentra no setor laboral, pelo absenteísmo, presenteísmo, afastamento e aposentadoria precoce.

Os transtornos mentais mais custosos são a depressão,^{25,26,27,28,29} o transtorno bipolar, a esquizofrenia e os transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas.^{30,31} Um estudo britânico demonstrou que os custos indiretos por absenteísmo pela depressão eram 23 vezes maiores do que os custos diretos (custos com assistência e tratamento).²⁰ Outro estudo norte-americano mostrou que os custos com o absenteísmo, presenteísmo e desemprego causados pela depressão correspondiam a 62% dos custos totais.²⁴ Da mesma forma, os custos indiretos com a perda de produtividade e do absenteísmo foram quatro vezes maiores do que os custos diretos com os transtornos bipolares.^{21,25,32}

4.1 Absenteísmo e presenteísmo

O absenteísmo computado para o cálculo dos custos indiretos dos transtornos mentais constitui a ausência no trabalho por motivo de doença mental. O termo presenteísmo é usado para designar a diminuição da produtividade no trabalho por motivo de doença quando o trabalhador está presente no ambiente laboral, porém, com prejuízo em seu desempenho.

Um estudo mostrou que a depressão provocou um maior prejuízo no desempenho laboral do que outras doenças, como a artrite reumatoide,³³ asma, lombalgias, cefaleias, hipertensão, artrites e alergias. No estudo *American Productivity Audit survey*,²⁵ 48% da perda de produtividade (calculada em horas) foi devida à depressão, em média uma perda de produtividade superior a oito horas por semana. Outro estudo verificou que 29% dos custos totais com a perda de produtividade por motivo de doença eram por doenças físicas, enquanto 47% eram por transtornos mentais.³⁴ Um estudo no Reino Unido mostrou que o uso de álcool no trabalho foi a causa de 1/5 dos acidentes industriais.³⁵

Os custos do absenteísmo por doença mental foram dez vezes superiores aos custos por doenças físicas. O custo do absenteísmo por depressão foi estimado como sendo o dobro do custo do absenteísmo de pessoas sem depressão.^{25,36} Nos Estados Unidos, o absenteísmo por transtornos bipolares foi o triplo do absenteísmo de pessoas sem transtorno bipolar, correspondendo a um custo anual de US\$6,836 superior ao custo anual em pessoas sem transtorno bipolar.³⁷ Os custos por absenteísmo por consumo de álcool em países europeus foi estimado ao redor de 0,1% a 2% do PIB e os custos com o desemprego por uso de álcool ao redor de 0,4% a 2,4% do PIB.³⁰

4.2. Os custos indiretos dos transtornos mentais no trabalho e cenário atual

O índice de absenteísmo e presenteísmo por transtorno mental representa um alto custo para as organizações. No Brasil, o índice de absenteísmo por transtorno mental varia de 9,5% a 20%. Um estudo realizado com servidores públicos no Mato Grosso evidenciou os transtornos mentais como a terceira causa de afastamentos (maior do que três dias). Nesse estudo, a frequência de afastamento por transtornos mentais variou de 9,5% a 15,7% no período de 2005 e 2006.³⁸ No estudo realizado com servidores públicos de Vitória (Espírito Santo), os transtornos do comportamento (16%) estavam entre as cinco principais causas de absenteísmo.³⁹ Em Alagoas, os afastamentos do trabalho por transtornos mentais entre os servidores públicos correspondeu a 20% de todos os afastamentos. Dentre os diagnósticos mais frequentes estavam os transtornos de humor (61%), transtornos relacionados ao estresse e os somatoformes (26,4%).⁴⁰ No estudo realizado com servidores públicos em Porto Alegre, os transtornos depressivos corresponderam a quase 60% das causas de absenteísmo por transtornos mentais.⁴¹ No Brasil, a depressão constitui a

terceira causa de auxílio-doença para o INSS e uma das principais causas de absenteísmo e perda de produtividade no trabalho.

Esses dados não diferem dos dados mundiais. Nos Estados Unidos, a depressão é a primeira causa de absenteísmo, e a frequência de depressão entre os trabalhadores varia de 12% a 17%.⁴² No Reino Unido, a ansiedade e depressão e o uso de álcool e drogas representam 50% de todos os dias perdidos no trabalho por doença.⁴³ No Japão, os índices de suicídio entre trabalhadores devido às pressões no trabalho vêm aumentando anualmente. Países como o Canadá, Estados Unidos e Reino Unido estimam que os custos dos transtornos mentais no trabalho custam US\$ 5 bilhões por ano.

A Organização Mundial da Saúde vem alertando para a necessidade de promoção da saúde mental no trabalho, por meio de estratégias que melhorem as condições de trabalho, identifiquem precocemente o adoecimento psíquico e seus fatores relacionados e que ofereçam uma assistência eficiente para o manejo dos transtornos mentais.⁴⁴

Vários estudos têm mostrado o custo-benefício em tratar, precocemente, os transtornos mentais. No caso da depressão, estudos mostraram que o tratamento adequado foi eficiente em reduzir em 75% o absenteísmo e em aumentar em 10% a produtividade, diminuindo os custos atribuídos à depressão.^{45,46,47} Um estudo norte-americano⁴⁸ estimou em um ganho de 619 dólares por pessoa, por ano, a redução do absenteísmo por depressão e um ganho na produtividade de 1.982 dólares por pessoa, por ano. Na Índia e no Paquistão, os custos do absenteísmo por depressão e ansiedade diminuíram em 90% com a implementação de uma assistência integrada.⁴⁹

5. Conclusão

Os transtornos mentais representam um alto custo para o setor produtivo e para os outros segmentos da sociedade. A promoção de saúde mental do capital humano constitui um elemento crucial para a produtividade, inovação, desenvolvimento econômico e satisfação pessoal. Os custos indiretos dos transtornos mentais no ambiente de trabalho são maiores do que os custos relacionados à assistência e tratamento. As estratégias que auxiliam a prevenção, identificação e tratamentos dos transtornos mentais no trabalho apresentam um bom custo-benefício, porque permitem a redução do absenteísmo, dos afastamentos e aumentam a produtividade, além de promover bem-estar e melhor qualidade de vida para o trabalhador.

Referências

1. Parkin D. Health Economics. Health knowledge [online]. 2009. [Acessado em: 3 de Nov. 2014]. Disponível em <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4d-health-economics>
2. Weehuizen RM. Mental Capital: The economic significance of mental health. The Netherlands: University of Maastrich. 2008. [Acessado em: 3 de Nov. de 2014]. Disponível em: http://www.merit.unu.edu/training/theses/Thesis_Weehuizen_final.pdf
3. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. 2001.
4. McDaid D, Curran C, Knapp M. Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(5):365-73.
5. Acemoglu, D., Autor, D. The Basic Theory of Human Capital. Lectures in Labour Economics. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology Department of Economics. [Acessado em: 3 de nov 2014]. Disponível em: <http://econ.lse.ac.uk/staff/spischke/ec533/Acemoglu%20Autor%20chapter%201.pdf>
6. The Government Office for Science. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project: Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century Final Project report. The Government Office for Science. London. 2008. The Government Office for Science, London. [Acessado em: 3 de Nov. 2014]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.pdf
7. Corrigan J, Lund C, Patel V, Plagerson S, Funk MK. Poverty and mental illness: fact or fiction? A commentary on Das, Do, Friedman, McKenzie & Scott. *Soc Sci Med*. 2008;66(9):2061-963.
8. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.
9. Rosenheck RR. Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: the application of research to policy and practice. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1563-70.
10. Bonin P, Fournier L, Blais R. Predictors of Mental Health Service Utilization by People Using Resources for Homeless People in Canada. *Psychiatric Services*. 2007;58(7):936-41.
11. Marcotte DE, Wilcox-Gok V. Estimating earnings losses due to mental illness: a quantile regression approach. *Journal of Mental Health Policy Econ*. 2003;6(3):123-34.
12. Frank R, Gertler P. Assessment of measurement error bias for estimating the effect of mental distress on income. *Journal of Human Resources*. 1991;26(1):154-64.
13. Ettner SL, Frank R, Kessler R. The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes. *Industrial and Labour Relations Review*. 1997;51(1):64-81.
14. Dewa CS, McDaid D, Ettner SL. An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? *Can J Psychiatry*. 2007;52(6):346-56.
15. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(5):337-49.
16. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*. 2008;38(10):1485-93.
17. Waghorn G, Chant D, Jaeger J. Employment functioning and disability among community residents with bipolar affective disorder: results from an Australian community survey. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):166-82.
18. Strejilevich S, Correa E. Cost and challenges of bipolar disorders: Focus in South

- America region. *Journal of Affective Disorders*. 2007;98(1):165-7.
19. Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2003;183:477-8.
 20. Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry*. 2003;183:514-9.
 21. Birnbaum HG, Shi L, Dial E, Oster EF, Greenberg PE, Mallett DA. Economic consequences of not recognizing bipolar disorder patients: a cross-sectional descriptive analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(10):1201-9.
 22. Stephens T, Joubert N. The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*. 2001;22(1):18-23.
 23. Gupta R, Guest J. Annual cost of bipolar disorder in UK society. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:227-33.
 24. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(12):1465-75.
 25. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D. Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American Productivity Audit. *J Occup Environ Med*. 2003;45(12):1234-46.
 26. Knapp M, Ilson S. Economic aspects of depression and its treatment. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002;15:69-75.
 27. Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon G. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*. 2003;183:121-31.
 28. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, et al. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry*. 2004;161(10):1885-91.
 29. Razzouk D, Alvarez C, Mari J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: Lacerda, L., Quarantini, L., Miranda-Scrippa, A., Del Porto, J., editors. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-37.
 30. Baumberg, B. The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):537-51.
 31. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ*. 2007;10(1):23-41.
 32. Hakkaart-van RL, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, et al. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(5):383-92.
 33. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1569-76.
 34. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45(1):5-14.
 35. Powell, M. Reducing the costs of alcohol in workplace: the case of employer policies. Center for Health Economics, University of York. 1990. [Acessado em: 3 de nov. de 2014]. Disponível em: <http://ideas.repec.org/p/chy/respap/68chedp.html>
 36. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation. *Am J Psychiatry*. 2000;157(8):1274-8.
 37. Gardner HH, Kleinman NL, Brook RA, Rajagopalan K, Brizee TJ, Smeeding JE. The economic impact of bipolar disorder in an employed population from an employer perspective. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1209-18.
 38. Pawlina MMC, Campos AF, Ribeiro LS. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: nível central da Secretaria da Saúde/MT de 2005 a 2006. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*. 2009;33:173-94.
 39. Andrade TB, Souza MGC, Simões MPC, Andrade FB. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica*. 2008;18(4):166-71.
 40. Silva EBF, Tomé LAO, Costa TJG, Santana MCCC. Transtornos mentais e compor-

- tamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(3); 505-514.
41. Fonseca RMC, Carlotto MS. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. *Psicologia em Pesquisa*. 2011;5(2):117- 25.
 42. Gabriel P. *Mental Health in the Workplace: Situation Analyses, United States*. Cornell University 2000. International Labour Organization. 2013:8-12.
 43. Bhui KS, Dinos S, Stansfeld SA, White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*. 2012;2012:ID515874.
 44. World Health Organization (WHO). *Mental health policies and programmes in the workplace*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication. 2005.
 45. Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: A review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics*. 2007;25 (1):7-24.
 46. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;19;286(11):1325-30.
 47. Rost KM. Improving depression treatment by integrated care. *J Manag Care Pharm*. 2005;11(3 Suppl):S5-S8.
 48. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Smith GR Jr. Expenditures for the treatment of major depression. *Am J Psychiatry*. 1998;155(7):883-8.
 49. Chisholm D, Sekar K, Kumar KK, Saeed K, James S, Mubbashar M, et al. Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry*. 2000;176:581-8.

4 Contribuições da psicodinâmica do trabalho para compreender o trabalhar e suas relações com a saúde mental

SELMA LANCMAN
Seiji Uchida
LAERTE IDAL SZNELWAR

O campo da saúde mental e trabalho estuda as inter-relações entre o trabalho, os processos de adoecimento psíquico e os impactos na saúde mental dos indivíduos. Mais que isso, foca a relevância dos aspectos subjetivos do trabalho para os processos de construção da saúde mental, do reforço da identidade e do próprio indivíduo.

Estudar a relação do trabalho com a saúde mental implica relacionar disciplinas, ou seja, incorporar contribuições advindas de diferentes áreas do conhecimento, como as da Sociologia, da Economia, das Ciências da Organização, da Medicina, da Psicologia, da Psicanálise, da Epidemiologia e da Ergonomia. Significa, também, dialogar com diferentes abordagens, que integram epistemologias diversas e que, por sua vez, não abordam da mesma maneira o indivíduo, a sociedade, as relações entre corpo e mente e, principalmente, as relações entre os indivíduos, o trabalho e sua relação com a saúde mental.¹

No que diz respeito aos aspectos psicológicos, as bases de conhecimento que influenciaram pesquisas durante várias décadas eram oriundas da escola comportamentalista na qual o que importava era como as pessoas faziam, não havendo uma preocupação nem com os processos cognitivos, nem com as questões psíquicas consideradas subjetivas. Estes modelos de pensamento influenciaram de maneira significativa os engenheiros, administradores da produção e outros profissionais de áreas afins. Dessa ideia surgiram as propostas relativas aos modos de produzir e de organizar o trabalho, conhecidos na sua síntese como Organização Científica do Trabalho. O seu principal expoente é Frederick Taylor (1911-1995) e seu pensamento, além de ter se espalhado pelo mundo afora como modelo hegemônico de produção, influenciou distintas formas de evolução ainda hoje presentes nos mais variados setores da economia.

Na França, na década de 1920, o incremento do processo de industrialização impulsionou os estudos sobre o trabalho e sua relação com a psiquê hu-

mana. Estes estudos foram influenciados pela escola psicotécnica, que buscava adequar o sujeito aos modos hegemônicos como eram concebidos o trabalho e a produção, a exemplo do que era feito com os maquinários. Procuravam compreender, balizar e estabelecer para os homens o ritmo das máquinas e da produção, de forma a explorar ao máximo a capacidade de trabalho frente aos limites humanos.²

Nesse sentido, a ideia era compreender como os indivíduos trabalhavam e por que se fatigavam para que, posteriormente, fossem elaboradas formas de diminuir e permitir a recuperação dessa fadiga e, conseqüentemente, aumentar a produtividade, por meio da equação: melhor método para realizar o trabalho, maior produção, com menor esforço. Nessa perspectiva buscava-se focar os estudos no desgaste e nas condições para a recuperação da força de trabalho.²

Apesar da racionalidade embutida nesses modelos ser coerente com as suas bases epistemológicas, há questões inerentes ao ser humano que foram deixadas de lado, cuja negligência pode ser uma das principais causas de problemas de saúde e, em especial, do surgimento crescente de distúrbios de ordem psíquica relacionados ao trabalho. Esse cenário criou as condições favoráveis para o surgimento da psicopatologia do trabalho na década de 1950, uma vez que sinais inequívocos de sofrimento patogênico, e mesmo de doenças mentais, já se manifestavam em trabalhadores vinculados a determinadas profissões.

A psicopatologia do trabalho apresentava-se inicialmente como uma clínica das perturbações individuais do sujeito diante de seu trabalho, tendo interesse particular nos efeitos patogênicos de situações ou condições de trabalho específicas. Buscava estabelecer uma relação direta entre determinadas condições de trabalho e maneiras de organizá-lo, adotadas por certas empresas ou instituições, e o seu impacto na saúde mental dos trabalhadores, a partir da detecção de patologias mentais.

Ela surgiu dentro do âmbito da psiquiatria, em especial da psiquiatria social e no seu diálogo com a medicina do trabalho. Dirigiu seu interesse para a identificação de causas coletivas relacionadas à própria situação de trabalho e capazes de conduzir a quadros psicopatológicos. Apesar de reconhecer a existência de certas situações de trabalho particularmente nocivas, para essa teoria não era tanto a natureza do trabalho que o tornava patogênico, mas as particularidades do sujeito confrontado com uma tarefa ou certa profissão.²

Buscava, dessa forma, classificar as síndromes e doenças mentais relacionadas ao trabalho, adotando um modelo monocausal, ou seja, buscando classificar e estabelecer uma relação direta entre determinadas características do trabalho e as conseqüentes afecções psicopatológicas. Haveria, em última instância, uma relação direta entre o meio ambiente e a organização do trabalho sobre o comportamento. Isto denota ainda uma forte inspiração em uma epistemologia

positivista, em que a prova estabelecida por uma relação formal de causa-efeito é fundamental para o reconhecimento do fenômeno como verdade científica.

Entender a constituição da psicopatologia do trabalho na França é de fundamental importância para que as origens da psicodinâmica do trabalho (PDT) possam ser compreendidas. Nesse país havia, desde a virada do século XIX para o século XX, um importante debate sobre a etiologia das doenças mentais. Três correntes definiram-se mais claramente quanto à fonte da loucura no conhecido Colóquio de Bonneval, organizado em 1946 por Henri Ey, no qual reuniram-se filósofos, psicanalistas, psiquiatras e pensadores preocupados com essa questão, cujo tema era “O problema da psicogênese das neuroses e psicoses”, no qual mais especificamente foi abordado o debate entre a organogênese, psicogênese e sociogênese das patologias mentais.³

Molinier (2013), ao explicar essas correntes de organogênese, psicogênese e sociogênese, comenta a posição dos diferentes psiquiatras envolvidos.⁴ Henry Ey vai defender a organogênese como a fonte da doença mental. Vai rejeitar toda a causalidade psíquica dos distúrbios mentais, pois, para esse autor, a psicogênese define “o plano da atividade psíquica normal”.⁴ A doença mental seria para ele “uma desorganização orgânica ou dissolução ‘do corpo psíquico’, em outros termos, uma regressão do desenvolvimento psíquico, cujo ‘espírito consciente constitui a forma’”.⁴ Lacan vai ser o grande defensor da psicogênese. Para ele, “a loucura é um fenômeno do pensamento, movido pelo registro psíquico, e a dinâmica das identificações está desvinculada de qualquer causalidade orgânica”.⁴ Já a sociogênese, defendida por Louis Le Guillant, Sven Follin e Lucien Bonnafé, afirma que tanto o indivíduo saudável como o louco são, ao mesmo tempo, homem psíquico e orgânico. Logo, a diferença estaria “na formulação de um método que estivesse de acordo com o seu objeto e esse método seria o materialismo histórico”.⁴ Isso significa “estudar o homem em suas circunstâncias, nas condições de vida que lhe são próprias em um determinado momento histórico”. Enfim, deve-se ter como objeto de estudo e pesquisa, não a loucura, mas o “homem psicopata como fenômeno social”.⁴

Nesse contexto, a importância do trabalho é reconhecida e este passa a ser pensado como meio de tratamento e de readaptação de doentes mentais ao meio social. Isso ocorreu porque Paul Sivadon (1952), a quem é atribuída a primeira ocorrência do termo psicopatologia do trabalho, defendeu uma concepção unitária do que esta seria: “o trabalho como instrumento de readaptação das doenças mentais, o trabalho patogênico e o trabalho terapêutico”.⁴ Logo, o trabalho passa a ser visto como um instrumento terapêutico fundamental na reinserção do doente mental na sociedade. O convívio com situações e regras de trabalho contribuiria para que o processo de reinserção dos doentes mentais pudesse ocorrer de maneira gradual.

Os bons resultados obtidos com essa terapêutica, que é uma das origens da terapia ocupacional moderna, trouxeram uma questão inédita: se o traba-

lho pode ser um meio de tratar doentes mentais, pode ele também adoecer as pessoas? Pode ser patogênico? Essa indagação, que é base da psicopatologia do trabalho, vai fundamentar diversas teorias que a sucedem, entre elas a psicodinâmica do trabalho. O caráter patogênico do trabalho traz consigo algumas questões relacionadas à falta de uma teoria do trabalho por parte dos psiquiatras, e de uma ausência de uma teoria do sujeito por parte daqueles que se interessam pelas doenças profissionais, em particular Louis le Guillant e Jean Begoin.⁴

Os clássicos trabalhos de pesquisa realizados por Le Guillant e seus colaboradores, na década de 1950, com telefonistas e mecanógrafos, trazem uma primeira resposta.⁵ Em suas pesquisas constataram os efeitos nefastos da organização do trabalho no adoecimento desses trabalhadores. Ao se basear numa abordagem pavloviana para explicar a gênese e a produção da doença mental no trabalho, responsabilizaram o meio como causador desta. No caso das telefonistas de Paris, constataram uma série de distúrbios (de sono, somáticos, cognitivos, de humor e caráter) aos quais denominaram de “neuroses das telefonistas”.

Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho

Dejours,^{6,7} inicialmente inspirado pelas ideias advindas da psicopatologia do trabalho, busca compreender o confronto que ocorre entre o indivíduo e a organização do trabalho e estabelecer relações entre as injunções e constrangimentos organizacionais e a desestabilização psicológica dos indivíduos. Cabe lembrar que o autor sempre alertou que, naquele momento, tratava-se de pensar as organizações do trabalho do tipo fordista, ou seja, organizações que tinham como característica a extrema rigidez no controle dos processos.

Entretanto, a partir de sua experiência clínica e de trabalhos de campo, nos quais estudou situações concretas de trabalho, Dejours constatou que mesmo em situações de trabalho nefastas para a saúde mental, frequentemente não ocorria a esperada desestabilização dos sujeitos. Ao contrário, encontrou o que denominou como “um estranho silêncio”, uma estranha e aparente normalidade. Não encontrou os “ruídos” do adoecimento psíquico no trabalho. Foi nesse momento que propôs a discussão de conceitos como estratégias e ideologias defensivas relacionadas a diferentes profissões.⁶ Uma das características mais importantes dessas estratégias é que elas não modificam a situação de risco, mas atuam na modificação da percepção deste. Ou seja, trata-se de um domínio sobretudo simbólico com relação aos riscos que o trabalhador vivencia. As estratégias coletivas estão focadas na *construção de um universo simbólico comum* que ganha consistência pelo fato de serem organizadas a partir de crenças, condutas e atitudes que têm por objetivo a redução, o tanto quanto isso for possível, da percepção das realidades suscetíveis em gerar sofrimento.⁴

Com o avanço de suas pesquisas e o confronto de ideias com outros campos do conhecimento (no caso, com a ergonomia, mas também com a psicanálise, sociologia da ética, hermenêutica, psicologia, filosofia), Dejours começa a mudar a sua compreensão sobre o objeto de estudo em questão, o que o leva a mudar o nome desse novo campo de pesquisa teórica, clínica e de ação prática em 1993.^{6,7} Para se distinguir do campo inaugurado na década de 50, principalmente por Le Guillant, e situar a psicopatologia do trabalho dentro de uma perspectiva mais ampla, Dejours passa a denominar o campo como Psicodinâmica do Trabalho.

Psicodinâmica do Trabalho (PDT)

Molinier (2013) observa que o nome psicopatologia é mantido de 1980 até 1993.⁴ No texto *Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho*, anterior à mudança do nome, Dejours (1994) justifica a sua manutenção.⁸ De um lado, porque contém a raiz *pathos*, que remete ao *páthico*, ao sofrimento, e não somente à doença ou à loucura e, de outra parte, porque se inspira no texto de Freud, *Psicopatologia da vida cotidiana*. Os leitores de Freud sabem que nessa obra ele trata das ações do dia a dia a que não damos atenção e nem o devido valor por achar que são corriqueiras e desprovidas de significado mais profundo como esquecimentos, lapsos de linguagem e pequenas ações desastradas.

A passagem para “a PDT é um alargamento que ‘recapitula e radicaliza o que constitui a inspiração mais original’ da psicopatologia do trabalho”, segundo Molinier.⁴ A PDT vai ser fundada em três alicerces: em uma teoria do trabalho, do sujeito e em uma teoria social. A teoria do trabalho é construída no diálogo com a Ergonomia da Atividade francesa, a teoria do sujeito em seu diálogo com a Psicanálise freudiana e laplanchiana e, finalmente, a teoria social no diálogo com a Sociologia Crítica advinda da Escola de Frankfurt.

No caso da teoria do trabalho, esta advém de um diálogo iniciado nos anos 70, como já dito, com a ergonomia francesa. Wisner, seu representante maior, traz como grande contribuição a descrição do *trabalho efetivo*, isto é, o que *de fato* ocorre nas mais distintas situações de trabalho inspiradas no taylorismo-fordismo. Vai teorizar a existência de uma discrepância irreduzível entre o trabalho prescrito e o real não apenas no âmbito das tarefas, mas também em outro, a saber, o da organização do trabalho. Para Wisner, o grande desafio da ergonomia não é o de reduzir essa discrepância, mas, sim, conhecer as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para concretizar seu trabalho diante desses cenários. Com isso, deve-se propor transformações no trabalho, ou seja, não se trata mais de adaptar o homem ao trabalho, mas, sim, o trabalho ao homem.⁹

Os ergonomistas franceses puderam mostrar que mesmo as tarefas aparentemente mais simples, até as ditas automatizadas, implicam uma participa-

ção mental constante e indissociável, sem a qual nenhum sistema de produção poderá ter resultados.¹⁰ Reservaram especial atenção aos efeitos deletérios da organização do trabalho à saúde dos trabalhadores.

Ao entrar em contato com estes aspectos concretos relacionados às condições de trabalho e com a discrepância entre o trabalho prescrito e o real, o olhar de Dejours se volta para a importância do trabalhar em si. O que ele já havia constatado anteriormente fica ainda mais evidente a partir desse contato com os conceitos e resultados de pesquisas no âmbito da ergonomia da atividade.

O trabalho prescrito é aquele tal como os projetistas da produção, das tarefas e da organização do trabalho esperam que um trabalho seja realizado, como as normas, regras e procedimentos devem ser seguidos. O que vem a ser então o real com relação ao trabalho? Molinier (2013) propõe, para melhor compreensão desse conceito, o uso dos termos trabalho efetivo ou trabalho realizado de fato.⁴ O trabalho real implica o zelo do trabalhador, uma vez que ao realizar a sua atividade se confronta com aquilo que não foi previsto no projeto da tarefa.

Em PDT, o conceito de real é um pouco distinto: trata-se daquilo que é imediatamente apreendido como o que gera o sofrimento, é uma experiência, antes de tudo, afetiva, de incômodo, muitas vezes de raiva e frustração. Nessa perspectiva, é pelo encontro com o real colocado ao sujeito a partir da sua relação com o mundo do trabalho, que o sujeito prova a vida em si, que ele desenvolve sua inteligência, que ele se constrói, que ele se sente vivo. O real é o que resiste à vontade do sujeito, é no real que se vivenciam diferentes formas de desafios, de dificuldades e possibilidades de superação. A depender dessas possibilidades, o sofrimento engendrado pelo confronto entre o prescrito e o real também pode ser fonte de sofrimento patogênico, quando desabam as defesas, paralisando o corpo, siderando o pensamento e impedindo as pessoas de trabalhar.

Segundo Molinier (2013), a PDT compreende por organização do trabalho:

A divisão técnica do trabalho: quem faz o que e como (segundo quais modalidades, quais procedimentos, com quais instrumentos, quais máquinas, quais meios, quais competências, entre outros).

A divisão social e hierárquica do trabalho: quem fixa as formas de comando e de coordenação, os níveis de responsabilidade e de autonomia, e tudo o que pertence à alçada da avaliação do trabalho.⁴

Nesse sentido, a *organização prescrita do trabalho* significa que cada organização vai definir as regras de procedimentos, a lógica do sistema de trabalho, relação entre departamentos e unidades, a hierarquia necessária para o controle e domínio gerencial. Analisando-se a organização prescrita do trabalho, por

exemplo, no setor da saúde, pode-se saber quem decide e impõe as ferramentas para o trabalho, os protocolos dos cuidados, a velocidade de execução, o tempo de latência entre dois cuidados, o número de pessoas mobilizadas para a sua execução, o tempo reservado para as discussões e deliberações com os colegas.⁴

Na *organização real do trabalho*, vai haver um trabalho de interpretação, pois no dia a dia surgem possibilidades de múltiplas formas de compreensão das regras e dos procedimentos prescritos. Além disso, a realidade não se apresenta tal como foi prevista pelos projetistas e gestores. Logo, é inevitável ocorrerem conflitos entre as pessoas e os diferentes atores sociais na organização do trabalho. Nesse sentido, a organização do trabalho real aparece como um *compromisso*. Construir esse compromisso depende do jogo social e de suas regras, pois essa é sempre produto das relações sociais. Nesses cenários é que ocorrem a elaboração da atividade e a dos modos operatórios relacionados.

Para compreendermos o segundo alicerce sobre o qual a PDT se ancora, ou seja, uma teoria do sujeito, iremos resgatar o percurso de Dejours na construção desta. No início de suas investigações o autor utiliza o conceito de carga psíquica do trabalho, que está relacionado com os processos de fadiga mental.¹¹ Esta seria fruto dos conflitos entre aquilo que o trabalhador espera e o que é exigido no seu trabalho; com o excesso de informações e a necessidade de decidir rapidamente; a falta de controle sobre o próprio tempo; sobre a divisão do trabalho (esvaziamento do conteúdo da tarefa e da iniciativa, distanciamento entre o planejamento e a execução, entre o real e o prescrito, acúmulo de tarefas, fragmentação); sobre o ritmo, os turnos e sobre as jornadas.

Se, de um lado, o reconhecimento da carga mental junto com a carga física fez progredir os estudos sobre fadiga no trabalho, de outro, surgiram dificuldades significativas quanto às possibilidades de medi-las. No caso da carga mental a ambiguidade é ainda mais evidente, pois compreende a parte cognitiva, mas também o que é psíquico^{9,11} A noção de sobrecarga é bastante utilizada, pois se refere especialmente ao fato de que o sujeito está trabalhando acima das suas possibilidades. Embora não se possa medi-la, é possível colocar em evidência as suas consequências, que ficam claras quando há sinais de fadiga, de esgotamento, de dificuldade de atingir resultados satisfatórios, de erros de fazer bem e com qualidade o seu trabalho e até mesmo de quadros patológicos, tais como o *burnout*, ou seja, um quadro de exaustão psíquica.

Entre as escolas que mais se apropriaram do conceito de sobrecarga, estão aquelas relacionadas à teoria do estresse. O conceito de estresse, proposto inicialmente por Seyle (1956) como uma explicação para reações orgânicas, se tornou, ao longo dos anos, quase um sinônimo para todos os sintomas relacionados à sobrecarga, sobretudo mental, vivenciada pelas pessoas, principalmente com relação ao trabalho.¹² A preocupação mais evidente está na explicação da relação de causa e efeito entre determinados fatores e suas consequências para os sujeitos. Além de se apoiarem em explicações organicistas advindas da

fisiologia e da bioquímica, focam seu olhar nos processos de adoecimento e não na saúde.^{1,13}

Mas, dadas as contradições e limites do conceito de sobrecarga, Dejours busca compreender esse problema a partir de uma nova perspectiva. Ele vai trabalhar com a noção de subjetividade adotando uma teoria do sujeito, advinda da psicanálise, para compreender como os indivíduos agem diante de situações de constrangimento que estariam na origem do sofrimento patogênico. Apesar de considerar nos seus primeiros estudos os conceitos de carga cognitiva e carga mental, ele passou a investigar fenômenos psíquicos ligados ao trabalho, mesmo quando não se concretizavam em doenças mentais ou em algum distúrbio psiquiátrico.¹⁴

No que diz respeito à importância do trabalho para a saúde dos sujeitos e, de um modo mais amplo, para a sociedade e para a cultura, Dejours defende a centralidade do trabalho, baseado na ideia de que o trabalho é o mediador privilegiado entre o inconsciente e o campo social e, mais especificamente, à organização do trabalho. O autor reforça a importância do trabalho tanto para produzir o melhor como para produzir o pior no campo da saúde e das ações humanas.

O autor define trabalho como “o conjunto das atividades desenvolvidas por homens e mulheres para fazer face ao que não está dado pela organização do trabalho prescrita do trabalho”.¹⁴ Esse conceito tem por preocupação afirmar que o trabalho é por definição *humano*, pois ele é convocado exatamente onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente.¹⁴ Nesse cenário, Molinier (2013) afirma que “o deslocamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real não pode ser estudado sem referência à autonomia e à inteligência”.⁴

Todo trabalho exige o engajamento do corpo e da inteligência dos sujeitos. Dejours (2011) vai definir essa inteligência como astuciosa.¹⁴ Astúcia aqui relaciona-se ao modo engenhoso de utilizar a inteligência e saber prático, desenvolvidos pelos sujeitos para dar conta dos desafios do trabalho. Aquilo que é alcançado numa determinada situação de trabalho depende dessa inteligência, não há como se atingir os objetivos da produção sem que isto ocorra, inclusive porque nada acontece estritamente do modo como foi previsto e prescrito por aqueles que projetaram o trabalho. É nessa perspectiva que os indivíduos se desenvolvem e que o trabalho promove a realização de si. Isso tudo depende também dos processos de reconhecimento e de construção coletiva do sentido do trabalho. Isso porque o sujeito freudiano é um sujeito único e, ao mesmo tempo, social.

A PDT, ao se basear na noção de sujeito da psicanálise freudiana, defende também que este se constrói na relação com o outro. Mas não devemos esquecer que a inteligência e o saber pensados aqui são o do saber e da inteligência encarnados. Não há sujeito sem corpo e o corpo é uma das dimensões mais importantes no processo do trabalho.

Um outro resultado significativo dos trabalhos no campo da PDT é o fato de que os trabalhadores, diante das condições patogênicas de trabalho, nem sempre desenvolvem patologias mentais, e, ainda, os indivíduos que trabalham, em geral, apresentam melhores condições psíquicas do que aqueles que não trabalham. Ou seja, a questão central dessas investigações passa a ser: como os indivíduos reagem ao sofrimento e continuam a trabalhar? Por que os indivíduos diante de condições adversas reagem de formas tão singulares que não podem ser generalizadas? Ou ainda, por que acham “naturais” as condições de trabalho que, sob o ponto de vista da saúde mental, os colocam em risco?

Essa aparente “naturalização” remete à ideia que as condições de trabalho são imutáveis ou que ao menos os trabalhadores envolvidos não têm poder para agir no sentido de modificá-las. Trata-se, sobretudo, de um enigma ligado à aparente normalidade, isto é, como as pessoas, diante de condições de trabalho tão adversas, não se tornam doentes mentais? Que tipos de mecanismos defensivos são construídos individual e coletivamente para se manterem aparentemente saudáveis? Será que há uma relação entre estas condições consideradas como psicopatogênicas e o aparecimento de distúrbios físicos?

Uchida, Lancman e Sznelwar (2013) observam que, nesse ponto, Dejours desloca seu olhar para esse novo fenômeno.¹⁵ A questão é o enigma da normalidade. Aquilo que é natural e óbvio para as pessoas passa a ser um problema a ser explicado. Esse tema de estudo mostra a originalidade e a fecundidade desse autor: transformar o óbvio em algo enigmático exige dos pesquisadores preocupados com a questão do adoecimento psíquico no trabalho uma nova postura e um novo olhar. Por exemplo, a partir desse momento não se deve mais confundir estado de normalidade com saúde. Se, de um lado, a normalidade pode refletir um equilíbrio saudável entre as pessoas no interior das organizações do trabalho, pode, de outro, ser entendida no registro do psicopatológico, ou seja, do estabelecimento de um precário equilíbrio entre as forças desestabilizadoras externas, os conflitos intrapsíquicos e o esforço dos trabalhadores, individual e coletivamente, de se manterem produtivos. Isto se dá à custa de sofrimento que pode se tornar ou não patogênico, dependendo do seu destino. Isto é, se permite ao trabalhador transformar o sofrimento em prazer ou não.

Dejours questionou se esta normalidade poderia não ser apenas aparente, mas sim fruto de uma relação dialética entre o sofrimento e o prazer. Isso o levou a propor uma perspectiva mais rica e, principalmente, mais condizente com o conhecimento já acumulado até então. Nesse momento, a disciplina Psicodinâmica do Trabalho (PDT) começa a se consolidar e se torna hoje um dos pilares fundamentais do campo da saúde mental no trabalho.¹⁴

A PDT evidencia que os trabalhadores desenvolvem um conjunto de estratégias defensivas, individuais e coletivas, para se protegerem dos constrangimentos psíquicos impostos pelo trabalho. Essas estratégias surgem como

forma de negação e/ou de proteção frente às situações de risco no trabalho. A normalidade surge então como resultado de uma dinâmica entre o sofrimento não patogênico, as defesas psíquicas, as possibilidades de realização de si e os processos de identificação com o trabalho.

Então, a normalidade é compreendida como o resultado da luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Trata-se de um compromisso, pois a normalidade não implica a ausência de sofrimento, pelo contrário. Pode-se propor um conceito de “normalidade sofredora”, sendo a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma “normalização pejorativa e desprezível”, obtida pela “interiorização” da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho.¹¹

Cabe esclarecer que não existem vários tipos de sofrimento e que ele é inerente a qualquer atividade humana. A PDT defende que o que vai diferenciar um sofrimento patogênico do sofrimento criativo é o destino possível do sofrimento ditado pelas condições e pela organização do trabalho.

O sofrimento é inerente à vida humana, mas pode ser transformado em prazer graças ao trabalho. O prazer no trabalho é tributário da mobilização da inteligência e da personalidade na realização de uma atividade que o autoriza (e não são todas as atividades que permitem essa mobilização), sob certas condições sociais que favorecem ou não os processos de reconhecimento. “O trabalho jamais é neutro em relação à dinâmica do prazer e do sofrimento no trabalho”.⁴

Quando o sofrimento é incontornável e não existem mais condições de transformação dos constrangimentos do trabalho que o produz, ele se torna patogênico, o que vai gerar o adoecimento das pessoas no trabalho.

Mesmo o sofrimento patogênico não se manifesta como doença mental porque os sujeitos conseguem se proteger e se defender. A patologia surge quando o sofrimento torna-se insuportável, uma vez que o trabalho exigido não permite, ao sujeito e ao coletivo, que se criem condições para que ele seja subvertido em prazer, uma vez que a partir das ações empreendidas não é possível ser reconhecido. Esse reconhecimento também inclui uma perspectiva ético-moral na qual o belo, o útil e o justo estão presentes. Em outros termos, ela surge quando os trabalhadores utilizaram suas possibilidades intelectuais e afetivas para lidar com as imposições da organização e que nada podem fazer para se adaptar e/ou transformar o trabalho. Estariam então dadas as condições para o aparecimento do sofrimento patogênico.¹⁶

Como diz Molinier (2013), a existência de estratégias coletivas de defesa é a descoberta empírica mais original, assim como a mais importante nesse campo [...] “A pesquisa clínica mostrou que no campo do trabalho existem, ao lado dos mecanismos de defesa clássicos descritos pela psicanálise, estratégias defensivas construídas de forma coletiva pelos trabalhadores”.⁴ De nossa parte, queremos reforçar que, apesar do reconhecimento das estratégias de-

fensivas, tal como proposto por Dejours, ser hoje adotado por diversos autores, somente tendo em vista o sujeito freudiano é que podemos compreender a dialética proposta entre sofrimento, relações coletivas, trabalho e defesas. São relações atravessadas pelo inconsciente e são eficazes por determinarem as ações conscientes.

A definição do novo objeto de pesquisa – a normalidade nas relações organizacionais – traz uma nova perspectiva, com consequências teóricas e práticas. Se a psicopatologia do trabalho, por situar-se no campo das patologias, dirigia sua preocupação em torno da análise, da descoberta e, eventualmente, do tratamento das doenças mentais, a psicodinâmica do trabalho, por seu lado, abre perspectivas mais amplas e que não dizem respeito somente ao sofrimento, mas também ao prazer e ao desenvolvimento emocional e psicológico no trabalho.

Significa, também, que a relação entre a organização do trabalho e o homem não é um bloco rígido, mas se encontra em um constante movimento, ou seja, que não é possível compreendê-la numa relação puramente linear. A economia psíquica repousa sobre um equilíbrio aberto para as transformações e evoluções, ou seja, trata-se de um equilíbrio dinâmico entre forças geradas pela organização, de um lado, e, de outro, pela luta contínua dos trabalhadores pela construção da sua saúde mental (entendemos por economia psíquica o sentido dado por Freud, ou seja, de que os processos psíquicos consistem na circulação e repartição de uma energia quantificável – energia pulsional –, isto é, suscetível de aumento, de diminuição, de equivalência).¹¹

Esses processos psíquicos, para a PDT, vão ser pensados dentro da ótica psicanalítica, em que as relações no trabalho e as consequências para os indivíduos serão focalizadas não só do ponto de vista da dimensão consciente das relações interpessoais, mas também da sua dimensão inconsciente.¹⁷ Para Freud (1969), que inspirou as bases conceituais da psicodinâmica do trabalho, o homem lida com desejos, motivações, ideias e representações proibidas que, ao serem socialmente interditados, os indivíduos são obrigados a renunciar a elas, a literalmente reprimi-las.¹⁸ Esse processo de repressão traz como consequência uma luta contínua contra a possibilidade de se ter consciência de que se é portador de tais desejos e a impossibilidade de realizá-los.

A luta pelo equilíbrio ocorre em todo o campo social e não seria diferente nas situações de trabalho. Para a PDT, o trabalho é um elemento central na constituição da saúde, da identidade, da saúde mental e o principal elo entre indivíduos e sociedade. Ou seja, compreender a importância do trabalho e seus efeitos sobre a psiquê significa dar visibilidade aos aspectos subjetivos mobilizados no ato de trabalhar. Trabalhar significa pensar, conviver, agir, construir-se a si próprio e confrontar-se perante o mundo. Trabalho passa a ser entendido como ação, ou seja, *fazer, saber-fazer*, agir no mundo, uma mobilização do corpo e da psiquê, enfim o *trabalhar*.

O sofrimento engendrado pelo trabalho é inerente a esse processo de confronto identitário e não será necessariamente patológico, ao contrário, dependendo das condições que o trabalhador tem de superá-lo poderá ser fator de crescimento e de desenvolvimento psíquico. Esse confronto identitário está diretamente relacionado ao reconhecimento do trabalho, do fazer, do julgamento que é feito, não do sujeito, mas do trabalho realizado.

Dejours defende a ideia de que há dois tipos de julgamento: de *utilidade* e de *beleza* (ou *estético*). O julgamento de utilidade é aquele feito pela chefia e, eventualmente, pelo cliente. A organização do trabalho exige que a atividade seja útil, econômica e socialmente. Ter o seu trabalho assim julgado e reconhecido faz com que as pessoas se sintam úteis, o que ajuda a gerar sentido. A utilidade do trabalho de uma pessoa torna visível o que ela faz. A sensação de inutilidade do seu *fazer* traz graves consequências psíquicas, uma vez que aquilo que se faz perde muito do seu sentido. O não reconhecimento da utilidade do trabalho é uma das fontes principais para a gênese do sofrimento patogênico.

Um outro tipo de julgamento é o de beleza, feito pelos pares, por aqueles que exercem a mesma profissão e se defrontam com os mesmos tipos de problemas. Segundo Dejours, trata-se do julgamento mais temido, pois vai ser feito por aqueles que conhecem o trabalho no seu âmago, como foi realizado, se seguiu as regras da profissão, se a solução encontrada para um problema, um imprevisto, foi de fato bela e original. Ser reconhecido pelos pares significa que a inteligência, a experiência, o saber e a sensibilidade foram empregados de maneira criativa e engenhosa. É uma situação em que o sofrimento produz um fazer criativo, possibilitando que o sofrimento possa ser transformado em prazer.

Ser útil e original propicia um profundo *sentido* ao trabalho realizado e produz um sentimento de prazer, numa perspectiva da *realização de si*. De um lado, a utilidade ao produzir o sentimento de *pertencimento* social e, de outro, a beleza, ao reforçar o pertencimento à profissão e à afirmação da *singularidade*, vão permitir por meio de uma construção psicossocial, criar o *si*, se situar no mundo.

Portanto, o trabalho não é neutro com relação à saúde das pessoas, mais especificamente com relação à saúde mental. Trabalhar pode promover o equilíbrio psíquico, a identificação com aquilo que se faz, a realização de si, porque ele é um meio essencial para a busca do sentido. Isto reforça a ideia que o conceito de saúde deve ser entendido como um processo, que perdura ao longo da vida e que está relacionado com as possibilidades que o sujeito tem para agir no mundo, isto é, às possibilidades que cada um tem para construir, no seu meio social, a sua vida.

Em situações nas quais não há margem de manobra e o trabalhador não pode contribuir com sua experiência e saber-fazer, ou não consegue realizar seu trabalho de acordo com seus princípios e crenças, ele está impedido de transformar o sofrimento em ações significativas, em prazer.^{14,15,19}

A possibilidade de o trabalhador contribuir com seu conhecimento e inteligência para o aprimoramento dos processos de trabalho é importante também para superação e transformação desse sofrimento em prazer.^{14,20} Afinal, o que mobiliza e motiva as pessoas para o trabalho é a retribuição simbólica pela contribuição que elas trazem à produção. O reconhecimento do esforço, da contribuição individual e coletiva para superar as dificuldades encontradas no confronto com o real é, então, central para o processo de realização de si e o fortalecimento da identificação do trabalhador com o seu trabalho.

Esse processo de julgamento e reconhecimento é crucial para a construção da identidade dos trabalhadores. Pois a construção da identidade passa pelo olhar do outro, do seu julgamento e reconhecimento. A PDT define identidade como armadura da saúde mental, o resultado do trabalho de unificação psíquica que mantém o sentimento de estabilidade e coerência do Eu pelo tempo e destinos da história singular. Nossa constituição identitária não está jamais completa, vê-se na necessidade de ser reconfirmada sem cessar, essencialmente, frente ao olhar do outro. Se esse olhar é subtraído no caminho, ou, o que é pior, desde o princípio, isso implica que a dificuldade para construir uma unidade psíquica pode desembocar na enfermidade mental. Portanto, podemos afirmar que a saúde é também uma construção intersubjetiva.⁴

A identidade assim definida não se confunde com a definição sociológica desse conceito. As identidades sociais são coletivas e, portanto, referem-se a gêneros, grupos ou segmentos sociais, por exemplo, fala-se de identidades sexuais (masculina, feminina, transgênero), religiosas, nacionais, profissionais ou de ofícios. Logo, a identidade social designa modos de identificação historicamente variáveis. Para a Psicologia, a identidade é pessoal, única.

Dejours (2011) tem também o cuidado de diferenciar *identidade de personalidade*: a personalidade é caracterizada pela parte do sujeito que *não muda* e se organiza estruturalmente muito cedo (na infância).¹⁴ A identidade é pessoal, única, o que torna alguém singular, o que, por um lado, exige um trabalho contínuo de unificação psíquica do sujeito e, por outro, depende do olhar estrangeiro, aspecto vital para a sua constituição. Por isso, é um processo para sempre inacabado. É a parte móvel, variável do sujeito. Como podemos observar, o seu interesse é pelo registro do intersubjetivo e a ênfase está na relação. Um dos objetivos da PDT é o de entender como o indivíduo constrói a identidade no interior das relações intersubjetivas e, ao mesmo tempo, dentro de uma história individual. Para o indivíduo adulto, o trabalho, o trabalhar e os confrontos e desafios dele advindos constituem o espaço privilegiado do desenvolvimento da identidade.

Por se tratar de uma construção intersubjetiva, uma vez que depende do olhar do outro, a relação com a organização do trabalho e o conteúdo das tarefas é essencial. Portanto, é de suma importância que tanto a modalidade de organização do trabalho como aquilo que é previsto que as pessoas façam nos

processos de produção, propiciem condições para o desenvolvimento de algo significativo, assim como haja processos de avaliação e de reconhecimento do trabalho justos e que considerem a realidade, o contexto e as possibilidades da sua execução. Isso é fundamental para permitir que os sujeitos busquem a realização de si, que é fruto de uma ressonância simbólica entre o seu trabalhar e história pessoal. Indo mais além, são questões fundamentais para a construção de relações sociais mais ricas e para o próprio desenvolvimento da cultura.

Isso evidencia que o trabalho, espaço de confronto entre o indivíduo – com suas crenças, valores e concepções – e o social é permeado pelas condições concretas para sua realização, sua organização e pelas diferentes formas de concebê-lo. Considera-se que os sujeitos são sempre protagonistas em seu trabalhar e que o trabalho é fundamental para a produção.²¹

Conhecer os aspectos que envolvem a organização do trabalho e sua execução é um excelente meio de detectar os problemas na operacionalização das tarefas, suas implicações psíquicas e as possíveis formas de superá-los. Conforme anunciado anteriormente, a PDT, entendida como clínica do trabalho, visa dar visibilidade e refletir sobre o trabalhar, tendo como foco a racionalidade subjetiva ou *páthica* das ações. Isto significa pesquisar as relações entre os indivíduos e um coletivo, isto é, um grupo de pessoas que compartilham regras de ofício ou experiências acerca das atividades realizadas.

No âmbito da ação, a abordagem da PDT visa possibilitar um espaço livre de circulação da palavra para que os trabalhadores possam falar e manifestar as suas experiências no trabalho, refletir acerca de como vivenciam subjetivamente as suas atividades cotidianas e desencadear um processo de transformação. Por meio de uma escuta atenta, busca-se permitir a emergência dos sofrimentos, das angústias, dos receios, dos medos, dos desafios, das engenhosidades diante de dificuldades e imprevistos tão frequentes, dos prazeres da superação e resolução de problemas aparentemente insolúveis, a obtenção do reconhecimento, e assim por diante. A construção teórica e a produção de conceitos visam dar conta das descobertas realizadas nesse campo de ação e investigação.⁴ Em suma, não se trata exclusivamente de pesquisar e coletar dados para o desenvolvimento do conhecimento no campo, mas, sobretudo, o de se criar condições para se pensar, refletir e agir visando à transformação do trabalhar.

Um dos pontos importantes nas pesquisas atuais em PDT é que os desafios para a saúde mental não se resumem a algum tipo de trabalho ou de profissão, trata-se de um problema de abrangência muito ampla e que nos faz refletir sobre os destinos da sociedade contemporânea. Assim, um dos grandes problemas atuais que a PDT vem pesquisando é a hiperatividade do executivo. O que surpreende nesse quadro é que esse profissional se submete voluntariamente a uma situação de trabalho de intensa pressão, que muitas vezes foge de qualquer limite aceitável. Dejours vai recorrer ao conceito de servidão voluntária, de La Boétie, para caracterizar essa submissão à organização. Em

pesquisa com executivos de bancos de investimentos, eles chegam a trabalhar 120 horas semanais, sete dias por semana, com poucos feriados durante o ano. Abdicam de sua vida pessoal de tal maneira que vivem para o banco.²²

Mas essa realidade não é exclusiva dos que trabalham em bancos e está presente em muitas outras áreas. O grande problema desse tipo de engajamento no trabalho é que, para suportar as pressões e os constrangimentos organizacionais, os executivos lançam mão de um mecanismo de defesa que a PDT revelou: repressão pulsional. Esse mecanismo leva à predominância do pensamento operatório, ou seja, pensamento funcional voltado à execução operatória de um trabalho. Isso vai ter como consequência o empobrecimento psíquico e, no limite, o vazio existencial, a *patologia da solidão*.

Se observarmos os novos sistemas de trabalho e a lógica da obsolescência tanto dos produtos, das pessoas, como das próprias relações sociais, nas quais tudo se torna rapidamente volátil e inútil, podemos perceber os riscos dos vínculos afetivos se tornarem cada vez mais superficiais, levando à reificação das relações sociais e dos próprios sujeitos. Como isso ocorre também no interior das organizações de trabalho, essa é uma análise complementar que permite compreender a patologia da solidão e a desolação.

O empobrecimento ou, ainda, a inexistência de vínculos afetivos significativos, sejam eles familiares, amorosos, de amizade e profissionais, pode levar a uma aridez afetiva, ou, em outras palavras, à *desertificação afetiva*. Esse tipo de solidão é fonte de fragilização psíquica e sua manifestação variará de indivíduo para indivíduo, pois depende das características pessoais, de sua história e do modo como lida com o seu sofrimento. Mas, no caso do trabalho, vai depender também das condições de organização do trabalho, das relações estabelecidas e dos processos de julgamento e reconhecimento. É no encontro da história individual e a organização do trabalho que podemos entender a manifestação do sofrimento patológico em suas variadas formas.

Hoje, duas condições apontadas por Dejours podem levar os indivíduos a uma situação intolerável de sofrimento patológico, ao aumento das doenças mentais relacionadas ao trabalho (que hoje já é a terceira causa de afastamento no trabalho, segundo dados do INSS) e a atos extremos: o suicídio ligado ao trabalho, que tem crescido significativamente em todo o mundo, embora no Brasil faltem estudos sobre isso. A desestruturação das estratégias coletivas de defesa, dada à nova lógica do trabalho que individualiza e impõe a competição como a nova maneira de se relacionar com o outro, e a deterioração do viver junto, em que deixa de existir a solidariedade, têm um profundo impacto sobre as pessoas. A patologia da solidão e a desolação decorrentes dessas duas condições permitem compreender por que hoje houve o aumento dos transtornos mentais e do suicídio no mundo do trabalho.

Por outro lado, em seu importante livro *Trabalho vivo* ajuda-nos a compreender como o trabalho pode também ser libertador. Para o autor, a essência

do trabalho vivo é a sua “resistência ao fracasso”, ou seja, a capacidade das pessoas de se opor, de resistir nesse confronto com o real. Nesse embate, o trabalho vivo significa que, ao produzir, o sujeito efetua um trabalho psíquico em seu interior: a assimilação de uma nova habilidade passa por um processo de apropriação complexo que impõe um remanejamento da arquitetura subjetiva. Isso significa que o trabalho vivo não consiste apenas em produzir, mas implica transformar-se a si mesmo.²³ Para isso é fundamental o reconhecimento no trabalho, relações de confiança e cooperação no trabalho. Finalmente, para este materializar-se é necessário que certas condições sociais e políticas estejam também presentes. O trabalho, nesse sentido, pode levar o sujeito à sua *emancipação*, desde que a sociedade reconheça a centralidade do trabalho na vida das pessoas e seu impacto para o bem ou para o mal.

Resumindo, dentre os temas tratados pela psicodinâmica do trabalho e que, de alguma forma norteiam os processos de compreensão desenvolvidos por uma ação no campo, gostaríamos de destacar:

- A centralidade do trabalho para a construção do sujeito;
- A importância do trabalho para o desenvolvimento da cultura;
- A importância do trabalho e do reconhecimento na construção da identidade e da saúde mental;
- A importância de dar visibilidade aos esforços empreendidos para que o trabalho aconteça;
- A relação entre alienação e emancipação;
- O julgamento da utilidade (realizado pelos diferentes níveis hierárquicos e clientes do trabalho realizado) e o de beleza (realizado pelos pares);
- A relação entre conteúdo e organização do trabalho e a construção da saúde;
- A importância da perspectiva de desenvolvimento profissional;
- Os riscos à saúde mental relacionados a certas modalidades de organização do trabalho;
- A importância dos processos de avaliação de desempenho e os riscos relacionados à sua inadequação ao real do trabalho;
- O trabalho como atividade coletiva e os riscos do isolamento e da desestabilização das relações no trabalho;
- O sofrimento ético, a vulnerabilidade e os riscos para a saúde mental;
- A relação entre o trabalhar e os riscos para a saúde mental, como a incidência de síndromes depressivas, *burnout*, da violência e de suicídios;
- A importância do conhecimento do real do trabalho para que se desenvolvam novos processos de gestão e de avaliação do desempenho;
- A banalização da injustiça social;
- A importância dos processos coletivos de reflexão para o desenvolvimento de ações transformadoras;

- Trabalho como processo de transformação de si que pode levar à sua emancipação.

Sinteticamente postula-se a centralidade do trabalho para o sujeito, a partir da compreensão de que ele é o mediador privilegiado entre o inconsciente e o campo social. Ao mesmo tempo, no interior das organizações do trabalho, ele é central para a construção de relações que permitem uma abertura para a prática de ações criativas e engenhosas, condição crucial para a construção de uma sólida identidade e da proteção da saúde mental no trabalho. O fundamental neste momento é salientar que a saúde é uma produção não individual, mas interpessoal. Depende das relações com o outro que irá julgar e reconhecer, ou não, as soluções para os desafios e imprevistos que o trabalho impõe.

Referências

1. Lancman S, Barros JO. Saúde Mental e Trabalho. In: Miguel, E. C., Gentil, V., Gattaz, W. F, organizadores. Clínica psiquiátrica. Barueri: Manole; 2011. v. 2: 1932-1944.
2. Billiard I. Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail. Paris: La Dispute; 2001.
3. Billiard I. Les conditions historiques et sociales d'apparition de la psychopathologie du travail en France (1920-1952). In: Clot, Y., diretor. Les histoires de la psychologie du travail, approche pluri-disciplinaire. Paris: Octares Editions; 1999.
4. Molinier P. O trabalho e a psiquê, uma introdução à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2013.
5. Le Guillant L. Le drame humain du travail. Ramonville Saint-Agne: Editions érès; 2006.
6. Dejours CA. Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré; 1987a.
7. Dejours C. Souffrance et plaisir au travail: Approche par la psychopathologie du travail. In: Dejours C. Plaisir et souffrance dans le travail. Paris: l'AOCIP; 1987b. p. 15- 24.
8. Wisner AA inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro; 1994.
9. Teiger C. L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. Paris: Éducation permanente. 1993; 116:71-96.
10. Dejours C. Conferências brasileiras. Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap; Eaesp-FGV; 1999.
11. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
12. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill Book Company; 1956.
13. Abrahão JI, Cruz RM. Perspectivas de investigação do mal-estar com base nos modelos teóricos do estresse e da psicodinâmica do trabalho. In: Tamayo A. Estresse e cultura organizacional. São Paulo: Casa do psicólogo; 2008.
14. Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
15. Uchida S, Lancman S, Szelwar LI. Aspects épistemologiques et méthodologiques

- de la psychodynamique du travail. *Travailler*. 2011; 25: 29-44.
16. Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade. *Caderno de Psicologia Social e do Trabalho*. 2003; 6: 77-88.
 17. Bauman Z. O mal-estar na pós-modernidade. Rio de Janeiro: Ed. Zahar; 1998.
 18. Freud S. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago; 1969.
 19. Brant L, Minayo-Gomes C. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):939-952
 20. Fernandes JD, Melo CMM, Gusmão MCCM, Guimarães A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Rev. latino-Am Enfermagem* [online]. 2006. [Acessado em: 18 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a24.pdf
 21. Sznelwar LI. Quando trabalhar é ser protagonista e o protagonismo do trabalho. Tese de livre-docência apresentada à Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 2013; 161 pp.
 22. Michel A. Transcending Socialization: A Nine-Year Ethnography of the Body's Role in Organizational Control and Knowledge Workers Transformation. *Administrative Science Quarterly*. 2011; 56:325-368
 23. Dejours C. Trabalho vivo. Brasília: Ed. Paralelo 15; 2012 (Tomos I e II).

5 O ambiente de trabalho e o adoecimento do trabalhador

GRÁCIA ELISABETH FRAÇALÁ

O objetivo deste texto é compartilhar observações acumuladas ao longo de anos de trabalho na gestão de segurança e saúde em organizações de grande porte. Não se pretende aprofundar o tema nem abarcar conceitualmente todas as questões, mas suscitar pontos para reflexão dos atores envolvidos com a segurança e saúde no ambiente de trabalho por meio de uma breve análise das transformações ocorridas no mundo do trabalho, seus impactos sobre a organização do trabalho e a saúde do trabalhador. Teriam essas transformações provocado uma mudança na forma como compreendemos saúde ocupacional? Houve uma evolução do foco quase exclusivo do ambiente físico do trabalho para a inclusão de fatores psicossociais na abordagem e atuação das equipes de segurança e saúde? Como esses fatores têm sido tratados por essas equipes e pelos programas de atenção à saúde do trabalhador?

Introdução

Nas últimas décadas, o mundo do trabalho foi atravessado por profundas transformações. No Brasil, acompanhamos a passagem de um período de intensa industrialização, ocorrida a partir dos anos 50, para, em menos de 30 anos, depararmos-nos com um cenário completamente modificado pelos processos de reengenharia, avanços tecnológicos, terceirizações, entre outros, que tiveram impactos significativos sobre a saúde do trabalhador.

Avaliar esses impactos é sempre um grande desafio, uma vez que há pouco acesso ao ambiente interno das empresas para a realização de estudos técnicos. Uma das principais fontes disponíveis é o Anuário Estatístico da Previdência Social – Aeps –, que nos permite avaliar os acidentes e as doenças do trabalho registrados pela Previdência. Esses dados podem não representar a totalidade dos acidentes e doenças do trabalho ou relacionados ao trabalho, uma vez que a fonte é a CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho.

Para fazer frente à deficiência dos dados, o INSS, a partir do ano de 2007, instituiu uma nova sistemática de concessão de benefícios acidentários, com repercussões sobre a forma como são levantadas as estatísticas de acidentes do trabalho. O Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP – surge como uma forma auxiliar para definição da incapacidade laborativa do segurado, sendo composto por:

Estudos aplicando fundamentos estatísticos e epidemiológicos, mediante o cruzamento dos dados de código da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE, permitirão identificar forte associação entre diversas lesões, doenças, transtornos de saúde, distúrbios, disfunções ou a síndrome de evolução aguda, subaguda ou crônica, de natureza clínica ou subclínica, inclusive morte, independentemente do tempo de latência (formas que se convencionou denominar, no âmbito da Previdência Social, “agravo”) e diversas atividades desenvolvidas pelo trabalhador. A partir da identificação das fortes associações entre agravo e atividade laboral foi possível construir uma matriz, com pares de associação de códigos da CNAE e da CID-10, que subsidia a análise da incapacidade laborativa pela medicina pericial do INSS.¹

Com a adoção dessa sistemática, a caracterização de um benefício como sendo de natureza acidentária se faz sem a exigência de vinculação a uma Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT, embora a entrega da mesma continue sendo obrigatória. Pode-se considerar que o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP trouxe a possibilidade de redução da subnotificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Os Anuários Estatísticos da Previdência Social serão a fonte utilizada aqui na tentativa de avaliar os impactos que as alterações na organização do trabalho tiveram sobre a saúde do trabalhador. Será realizada também breve análise sobre como as equipes de Segurança e Saúde têm enfrentado os desafios que essas profundas e rápidas transformações provocam.

As transformações no mundo do trabalho

A partir do final dos anos 60 e ao longo dos anos 70, o Brasil viveu um período de “investimentos públicos na área de infraestrutura econômica e social (energia, transportes, comunicações, urbanização, saneamento básico etc.)”² que, associado ao crescimento das construções residenciais urbanas e ao fortalecimento do consumo interno de bens duráveis, proporcionou ao País o período de crescimento econômico do chamado “milagre brasileiro”.

A intensificação do processo de industrialização e o crescimento da construção civil, com a utilização de trabalhadores oriundos das zonas rurais e nem sempre qualificados para essas tarefas, deram ao Brasil o título de campeão

mundial de acidentes do trabalho, e é desse período a estruturação dos serviços de proteção à saúde do trabalhador. Em 1977 foi alterado o Capítulo V do Título II da CLT, por meio da Lei 6.514, que trata da segurança e saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho, com importantes modificações nas regras existentes, a fim de garantir a melhoria dos ambientes e das condições de trabalho e, em 1978, surgem as Normas Regulamentadoras, com a publicação da Portaria 3214/78 pelo então Ministério do Trabalho (MTB) em 08/06/1978, definindo, entre outras medidas, a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

A função dos serviços especializados, de acordo com a Norma, é:

- a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;
- b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;
- c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea “a”;
- d) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;
- e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;
- f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto por meio de campanhas quanto de programas de duração permanente;
- g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;
- h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);
- i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas constantes nos Quadros III, IV, V e VI, devendo a empresa encaminhar um mapa contendo avaliação anual dos mesmos da-

- dos à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho até o dia 31 de janeiro, através do órgão regional do MTb (atual MTe);
- j) manter os registros de que tratam as alíneas “h” e “i” na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas “h” e “i” por um período não inferior a 5 (cinco) anos;
 - l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento, e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente, estão incluídos em suas atividades.³

A definição das atribuições do SESMT deixa claro o foco na redução dos acidentes e doenças, e as Normas Regulamentadoras estão focadas na identificação dos riscos existentes com vistas à atuação preventiva, mais do que corretiva. Essa foi uma resposta importante que criou a oportunidade de atuação das equipes de Segurança e Saúde na garantia de melhores condições de trabalho, na tentativa de evitar acidentes e mortes decorrentes da atividade laboral. As equipes de Segurança e Saúde aprendiam a realizar ações de prevenção de acidentes para o processo produtivo tal como conheciam: o universo fabril, com métodos de trabalho baseados no fordismo e taylorismo, e para a construção civil, cenário dominante no período.

Os anos 80 e 90

Na década de 80 o mundo do trabalho sofre os impactos dos avanços tecnológicos, com a “automação, a robótica e a microeletrônica invadindo o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e produção do capital”.⁴ Observa-se uma transformação no modelo produtivo, com uma maior busca pela produtividade e novas formas de gestão que terão impactos profundos na organização do trabalho e na relação dos trabalhadores com o universo laboral.

Jean-François Chanlat, estudioso da administração, destaca a influência crescente do pensamento empresarial sobre as pessoas, com o que chama de “culto à empresa”. Este teria como consequências importantes “a difusão massiva dos discursos e práticas de gestão em setores até então fora da influência do ‘espírito gestor’ e o aumento considerável do número de estudantes em

gestão em toda parte do mundo”⁵ O autor nos faz ver as manifestações desse pensamento empresarial seja do ponto de vista linguístico, uma vez que as palavras *gestão*, *gerir* e *gestor* passaram a fazer parte da comunicação diária das pessoas, seja do ponto de vista da organização, considerando-se que noções e princípios administrativos – eficácia, produtividade, *performance*, competência, entre outros, extrapolam o âmbito da empresa privada e passam a fazer parte do universo de escolas, universidades, administração pública, serviços sociais, organizações sem fins lucrativos. Ressalta ainda que até na esfera da vida privada esse pensamento se imiscui. Segundo ele, “hoje, não se exprimem mais suas emoções, mas elas são gerenciadas, assim como o emprego do seu tempo, suas relações, sua imagem e mesmo sua identidade”. Isto é, “diretamente, o produto de uma sociedade de gestores que busca racionalizar todas as esferas da vida social”.⁵

Chanlat também argumenta que essas transformações, que se intensificaram nos anos de 1980, momento em que ocorrem modificações importantes tanto no discurso quanto no modo de gerenciamento das empresas, levaram à busca pela eficácia. Para ele, essa busca “é principalmente dominada por imperativos financeiros em uma economia que se globaliza, economia que exige organizações sempre mais competitivas, flexíveis e informatizadas.”⁵

Constatam-se transformações no mundo do trabalho decorrentes dos arranjos da economia internacional, sobretudo após a queda do muro de Berlim (1989) e o fim da União Soviética (1991). A emergência de uma economia global, facilitada pelas transformações políticas e dinamizada pelas tecnologias da informação, que suprimiram espaços e diminuíram distâncias,⁶ exigiu dos trabalhadores e de suas organizações representativas novas formas para o enfrentamento dos desafios que se apresentavam.

No Brasil, a partir dos anos de 1990, com a abertura da economia ao fluxo do comércio internacional,⁷ esse processo atingiu dimensões preocupantes, sobretudo em função da redução da presença do Estado na economia, efetivada com as privatizações. Os resultados mais visíveis, imediatamente, foram o aumento do desemprego, a perda de sensação de segurança e estabilidade, a pressão sobre os salários, o declínio da seguridade social e as perdas em relação à proteção social – a reforma da Previdência Social de 1996 eliminou a figura das “aposentadorias especiais” às quais diversas categorias profissionais faziam jus –, entre outros fenômenos. As consequências humanas do processo foram inevitáveis, considerando-se que o trabalho ocupa papel central na vida das pessoas e na organização da sociedade.

Consolida-se no imaginário social a noção de descartabilidade das pessoas, de naturalidade da insegurança e da competição de todos contra todos, ancorada na fragilização dos vínculos, nas rupturas de trajetórias profissionais, na perda da perspectiva de carreira. (...) Aprofunda-se o processo de coisificação das relações humanas e de humanização das coisas, destrata-se a vida. Fragilizando-se o reconhecimento social e a valorização simbólica, mina-se a

autoestima, sendo atingidas, conforme Seligmann-Silva (1997, 2001) e Nardi (2006), as identidades individual e coletiva, bem como a dimensão ética e a dignidade – o cerne do ser humano.⁸

Trabalho e adoecimento

Diante daquilo que foi definido como banalização da injustiça social, devido às mutações no mercado de trabalho e no sistema econômico mais geral,⁹ o nível de estresse profissional aumentou, cresceram de forma significativa as chamadas *Ler/Dort* – lesões por esforços repetitivos/doenças relacionadas ao trabalho –, a confiança degradou-se, as pessoas passaram a expressar angústia e ansiedade.

O trabalho passa a gerar o sofrimento dos que trabalham.¹⁰ O *medo da incompetência*, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações, a *pressão por trabalhar mal*, em ambientes em que cada um labuta para si, com sonegação de informações, impedindo que as pessoas realizem o seu trabalho da maneira mais indicada, o trabalho *sem esperança de reconhecimento* “acarreta um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental, devido à desestabilização do referencial em que se apoia a identidade”¹⁰ As pessoas que trabalham investem o melhor de si e esperam que sua contribuição seja reconhecida. No reconhecimento reside também a possibilidade de transformar sofrimento em prazer. Quando a qualidade do trabalho é reconhecida, os esforços, angústias, dúvidas, decepções, adquirem sentido, e o trabalhador entende que o seu sofrimento não foi em vão: não apenas ele realizou uma contribuição à organização do trabalho, como se tornou uma pessoa diferente após o reconhecimento.

“O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da identidade. E isso se traduz efetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental”¹⁰

Mas Dejours também nos alerta que o reconhecimento raramente é conferido de modo satisfatório; dessa forma, seria de se esperar que o sofrimento no trabalho gerasse manifestações psicopatológicas. O sofrimento, porém, não se faz acompanhar de “descompensação psicopatológica”, e o autor conclui que o sujeito emprega contra ele defesas que lhe permitem controlá-lo. Porém, as estratégias defensivas, em razão da sua própria eficácia em relação ao equilíbrio mental, opõem-se a uma evolução que poderia levar a uma estabilidade.¹¹ Apesar de vivenciado, o sofrimento não é reconhecido.

De acordo com Franco, Druck e Seligmann-Silva, é possível identificar a escalada de um conjunto de transtornos mentais que têm sido reconhecidos nos estudos de SMTR (Saúde Mental Relacionada ao Trabalho) em sua relação à violência contida na precarização social e do trabalho. As autoras fundamen-

tam a afirmação em estudos clínicos e sociais realizados em diferentes países, inclusive no Brasil, e que incluem quadros depressivos, esgotamento profissional (*burnout*), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), dependência de bebidas alcoólicas e outras substâncias (drogas ilegais e psicotrópicas).⁸

A análise dos Anuários Estatísticos da Previdência Social demonstra, conforme quadro abaixo, que está ocorrendo uma estabilização no número de acidentes do trabalho, de modo geral. Houve um aumento em 2011, porém, já em 2012 o número recuou para patamares inferiores a 2010.

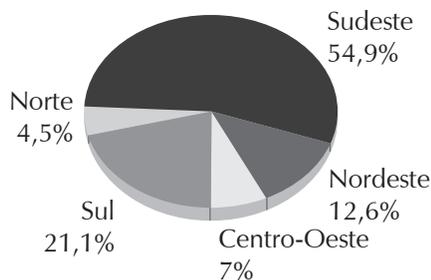
Tabela 1 – Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo as Grandes Regiões e unidades da Federação – 20/10/2012

Grandes regiões e unidades da Federação	Anos	Quantidade de acidentes do trabalho					
		Total	Com CAT registrada				Sem CAT registrada
			Total	Motivo			
				Típico	Trajeto	Doença do trabalho	
Brasil	2010	709.474	529.793	417.295	95.321	17.177	179.681
	2011	720.629	543.889	426.163	100.897	16.839	178.740
	2012	705.239	541.286	423.935	102.396	14.955	163.953

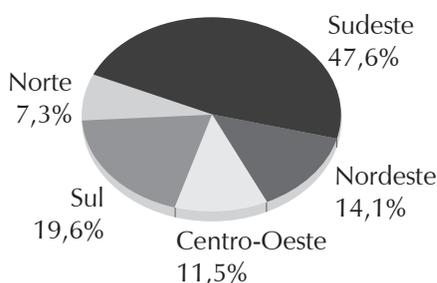
Fonte: Dataprev, CAT, SUB.

Nota: os dados são preliminares, estando sujeitos a correções.

Distribuição de acidentes do trabalho, segundo as grandes regiões – 2012



Distribuição de óbitos, segundo as grandes regiões – 2012



Fonte: Dataprev, CAT, SUB.

No entanto, quando se analisam os motivos dos acidentes na tabela de CIDs – Classificação Internacional de Doenças –, observa-se que os acidentes

decorrentes de apenas dois dos fatores – Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (CID F43) e Episódios depressivos (CID F32) – tiveram números expressivos, como demonstram os quadros abaixo:

Capítulo 31 – Acidentes do trabalho

31.8 – Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 50 códigos de Classificação Internacional de Doenças (CID) mais incidentes – 2011

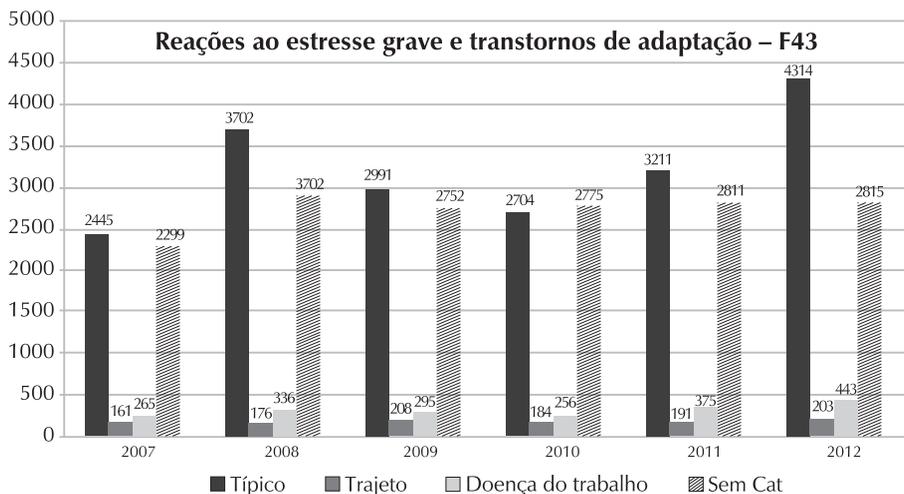
50 códigos CID mais incidentes	Quantidade de acidentes do trabalho					
	Total	Com CAT registrada				Sem CAT registrada
		Total	Motivo			
			Típico	Trajeto	Doença do trabalho	
Total	720.629	543.889	426.153	100.897	16.839	176.740
F43 – Reação ao estresse grave e transtornos de adaptação	6.588	3.777	3.211	191	375	2.811
F32 – Episódios depressivos	4.006	409	96	20	293	3.597

31.9 – Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 50 códigos de Classificação Internacional de Doenças (CID) mais incidentes – 2012

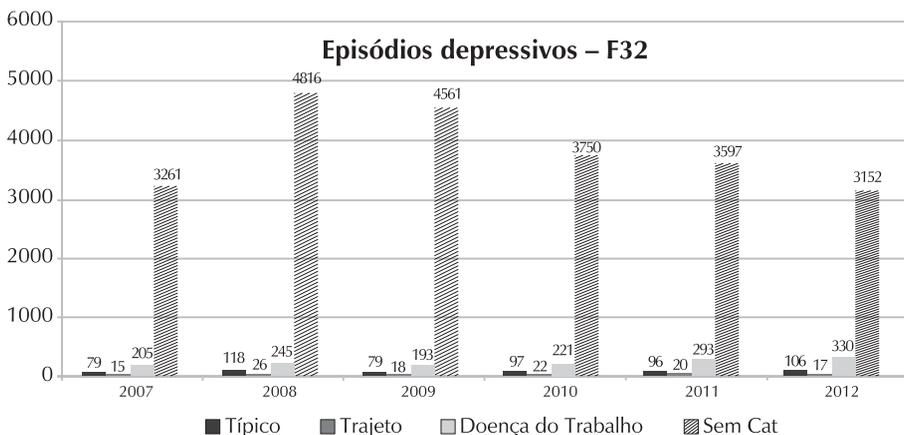
50 códigos CID mais incidentes	Quantidade de acidentes do trabalho					
	Total	Com CAT registrada				Sem CAT registrada
		Total	Motivo			
			Típico	Trajeto	Doença do trabalho	
Total	705.239	541.286	423.935	102.396	14.955	163.953
F43 – Reação ao estresse grave e transtornos de adaptação	7.775	4.960	4.314	203	443	2.815
F32 – Episódios depressivos	3.605	453	106	17	330	3.152

Fonte: Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho 2012 – Site MPAS

Se recuarmos no tempo e realizarmos a comparação desde 2007 temos a seguinte distribuição:



Fonte: Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho 2012 – Site MPAS (gráfico elaborado pela autora)



Fonte: Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho 2012 – Site MPAS (gráfico elaborado pela autora)

A grande quantidade de episódios sem CAT é decorrente do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário, metodologia referida acima e que permite à perícia médica do INSS realizar a análise da incapacidade laborativa e o enquadramento como doença relacionada ao trabalho mesmo sem a Comunicação de Acidente do Trabalho por parte do empregador, desde que tenha ocorrido a identificação da associação entre o agravo e atividade laboral e o CID conste na matriz utilizada pelo INSS, relacionando o CID ao CNAE da empresa.

Ressalte-se que esses números referem-se apenas a dois dos fatores: reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (CID F43) e Episódios depressivos (CID F32) e aos trabalhadores do mercado formal.

No âmbito da saúde suplementar, que mesmo sem ser objeto dessa análise pode auxiliar na compreensão do tema, Ogata remete ao estudo realizado por Andrade e col. (2012)¹² na cidade de São Paulo, que identifica cerca de 30% dos respondentes relatando um distúrbio mental, de gravidade variável, com destaque para os distúrbios de ansiedade.¹³

A atuação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT

Diante do quadro acima, como se posicionam os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT? Estão preparados para fazer frente aos desafios do novo mundo do trabalho? Sua formação aborda temas aqui tratados? Ou ainda continuam sendo formados para atuar na realidade fabril de modelo fordista e taylorista dos anos 70, quando os serviços foram criados e as Normas Regulamentadoras estabelecidas?

Realidade das empresas

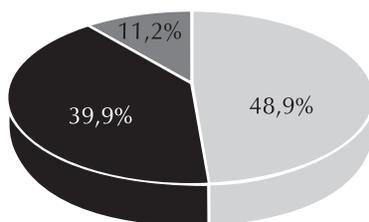
O que temos observado nas empresas com muita frequência é que os SESMTs são compostos pelo dimensionamento mínimo previsto na Norma Regulamentadora nº. 4 – NR4, limitando a capacidade de realização do trabalho dos profissionais do quadro próprio da empresa. Isso implica a necessidade de terceirização de parte das atividades de Segurança e Saúde do Trabalho para prestadores de serviço que não conhecem a organização do trabalho, não têm acesso ao cotidiano dos trabalhadores e, portanto, realizarão as atividades de modo a “cumprir as exigências legais” e sem as condições para atuar sobre as origens e causas dos problemas.

As consequências desse processo é que as atividades de Segurança e Saúde passam a ser exercidas com um caráter legalista, levando os profissionais a uma atuação técnica, restrita ao cumprimento de normas, dificultando que a empresa utilize todo o potencial dessas equipes para agregar valor ao negócio e exercer a função principal para a qual foram criadas, conforme o texto da norma: “*aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador*”³

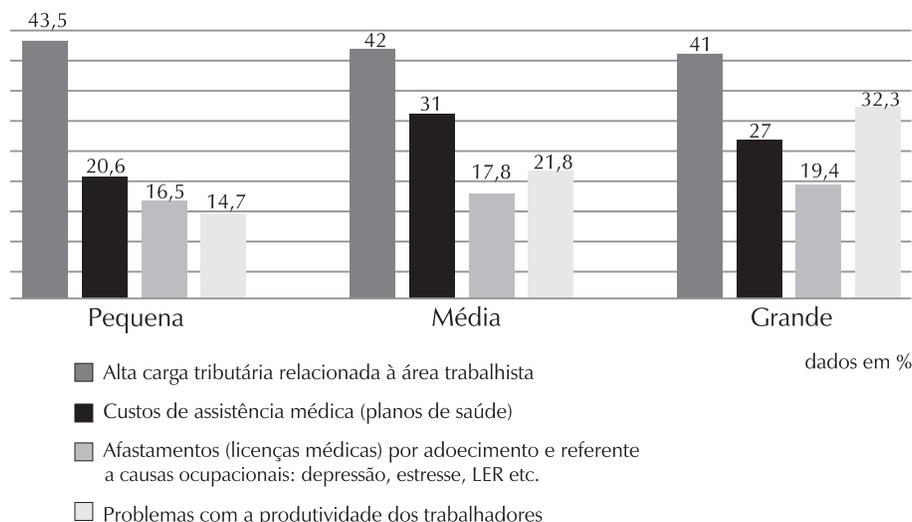
Recente pesquisa realizada pela Fiesp – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo –, com a participação de 401 indústrias, mostrou que fatores

relacionados aos afastamentos dos trabalhadores por motivos de doença estão entre as principais preocupações dos respondentes da pesquisa.

Perfil das empresas respondentes



- Pequena (até 99 empregados)
- Média (de 100 a 499 empregados)
- Grande (500 empregados ou mais)



Há também que se mencionar o custo da assistência à saúde, que surge em destaque. Ressalte-se que a gestão dos planos de saúde é frequentemente tratada nas empresas em separado da saúde do trabalhador, por equipes distintas e, não raro, em diretorias separadas.

Sabemos que a atuação dos profissionais das equipes de segurança e saúde tem a função de identificar os riscos, propor as ações preventivas e corretivas que têm condições de contribuir para redução das situações de adoecimento do trabalhador, porém, para isso é preciso que essas equipes tenham atuação estratégica e estejam envolvidas nos vários processos relacionados com a segurança e saúde do trabalhador.

Os processos de segurança e saúde precisam perpassar as várias atividades da organização para que os temas de promoção de saúde e prevenção de doen-

ças e acidentes sejam responsabilidade de todos e integrem a cultura organizacional. Os profissionais precisam conquistar espaços estratégicos nas empresas para atuar de modo a agregar valor para os trabalhadores e para o negócio. Para os trabalhadores, na medida em que, compreendendo as transformações ocorridas na organização do trabalho e os impactos sobre a saúde, possam efetivamente aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes focadas não apenas no ambiente físico de trabalho, como ocorre predominantemente, de acordo com o que se pode observar. Precisam desenvolver uma argumentação que sensibilize os decisores das empresas a investir em programas que contribuam para redução dos acidentes e dos fatores de risco para o adoecimento de modo a manter ambientes de trabalho saudáveis e criar um círculo virtuoso, no qual todos são beneficiados.

O que se observa – e aqui se trata apenas de empirismo – é que os profissionais de segurança e saúde continuam sendo formados para atender às demandas de uma organização do trabalho de modelo fabril, fordista/taylorista e que, entrando no mercado de trabalho, muito mais amplo e diversificado, deparam-se com a realidade das empresas e adotam duas estratégias: alguns buscam formação em gestão/administração para fazer frente aos desafios que o mundo do trabalho lhes impõe e, assim, conseguem atuar de modo a responder às necessidades – temos algumas boas experiências, principalmente nas grandes empresas; mas a grande maioria refugia-se na atuação técnica, isolada e reativa, dificultando a atuação das equipes de segurança e saúde como parceiros estratégicos do negócio, que poderiam contribuir para a redução dos custos, a melhoria da produtividade e competitividade, criando ambientes seguros e saudáveis, que não apenas reduzem o adoecimento, mas garantem níveis de satisfação para o trabalhador.

Segundo Dejours, é possível uma adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental do trabalhador. Isso acontece quando a relação com a organização do trabalho é favorável, em vez de ser conflituosa, e as exigências da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador, de tal maneira que o simples exercício da tarefa está na origem de um “*prazer de funcionar*”. Noutro caso, quando o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação “*sublimatória*”. Essas são situações encontradas em circunstâncias privilegiadas, nas quais o trabalhador pode interferir no conteúdo da tarefa, no ritmo do trabalho e pode fazê-las variar. O sofrimento existe, mas o prazer do trabalho lhes permite uma melhor defesa.¹¹

Como mudar esse cenário nas empresas e tornar as equipes de segurança e saúde interlocutores privilegiados na definição de estratégias que privilegiem a promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes e a redução dos fatores de risco para o adoecimento?

Uma primeira mudança precisa ocorrer com o posicionamento das próprias equipes: há necessidade de que se qualifiquem cada vez mais para, entendendo o novo cenário no qual se inserem as organizações, estejam preparadas para intervir adequadamente nesse contexto. As equipes, para defesa de seus programas e projetos, utilizam argumentações qualitativas e humanistas, quando as empresas reconhecem argumentos financeiros. Há grande dificuldade para as equipes de segurança e saúde medir resultados de suas ações e demonstrar quantitativamente o quanto podem contribuir para o negócio das empresas.

Por outro lado, há de se trabalhar com empresários e executivos a segurança e saúde como valor. Hoje não se discute a validade de investir em treinamento e desenvolvimento das equipes, mesmo sem que haja indicadores financeiros, como retorno sobre investimento (ROI). Está “consagrado” para os executivos de finanças que é necessário investir em treinamento e desenvolvimento. Isso é um valor! O desafio para as equipes de segurança e saúde é desenvolver essa consciência nas empresas nas quais atuam, de modo que essa exigência por resultados financeiros seja substituída por outro conjunto de valores.

Há também o papel do trabalhador, que precisa ser estimulado a assumir hábitos da vida saudáveis, engajar-se nos programas oferecidos pela empresa de modo que o investimento feito seja valorizado e reconhecido. Trata-se de um processo de mudança cultural envolvendo todos os atores, que no meu modo de ver pode ser liderado pelas equipes de segurança e saúde, para que não tenham limitado o exercício pleno de suas atividades.

Atuação para Saúde Integral e Integrada

Um caminho para as equipes de segurança e saúde foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao apresentar um modelo para ação na construção de ambientes de trabalho saudáveis.

A ação da OMS está inserida no contexto do Plano de Ação Global, aprovado em 2007 pela Assembleia Mundial de Saúde e que estabelece cinco objetivos:

1. Elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores,
2. Proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho,
3. Promover o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacional,
4. Fornecer e divulgar evidências, objetivando a ação e a prática,
5. Incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas.¹⁴

O modelo de atuação proposto prevê atenção integral e integrada às necessidades do trabalhador. Integral na medida em que contempla os vários

aspectos que envolvem a atividade profissional – ambiente físico, ambiente psicossocial, recursos para a saúde pessoal – e extrapola os limites da organização, ampliando para o envolvimento da empresa na comunidade e as múltiplas dimensões da saúde: física, emocional, social, profissional. Integrado na medida em que exige que os vários atores interajam, não apenas as equipes de segurança e saúde, mas as áreas de recursos humanos, de produção, as equipes jurídicas, as equipes de responsabilidade social empresarial, enfim, os temas de segurança e saúde irão fazer parte de todos os processos da organização, permeando a cultura da empresa para que se construa um ambiente de trabalho saudável.

Ambiente de trabalho saudável

Conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS,

“Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho”.¹⁴

O modelo da Organização Mundial da Saúde é traduzido na figura esquemática da página ao lado.

Para efeito dessa metodologia, foram identificadas quatro áreas-chave que podem ser mobilizadas:

- ambiente físico de trabalho
- ambiente psicossocial de trabalho
- recursos para a saúde pessoal
- envolvimento da empresa na comunidade

Por que acreditar nesse caminho?

De acordo com o texto da Organização Mundial da Saúde, por questões éticas, por questões de competitividade e por questões legais.

“A adesão a esses princípios evita afastamentos e incapacidades para o trabalho, minimiza os custos com saúde e os custos associados com a alta rotatividade, tais como treinamento, e aumenta a produtividade a longo prazo bem como a qualidade dos produtos e serviços.”¹⁴

Ações relacionadas ao ambiente físico de trabalho

Aqui vemos concentradas as atenções das equipes de segurança e saúde, o que se justifica pelo número ainda elevado de acidentes de trabalho que

Modelo da Organização Mundial da Saúde – OMS para Ambientes de Trabalho Saudáveis

Ambiente físico

Refere-se à estrutura, ar, maquinário, mobiliário, produtos, substâncias químicas, processos de produção, veículos.

Recursos para a saúde pessoal

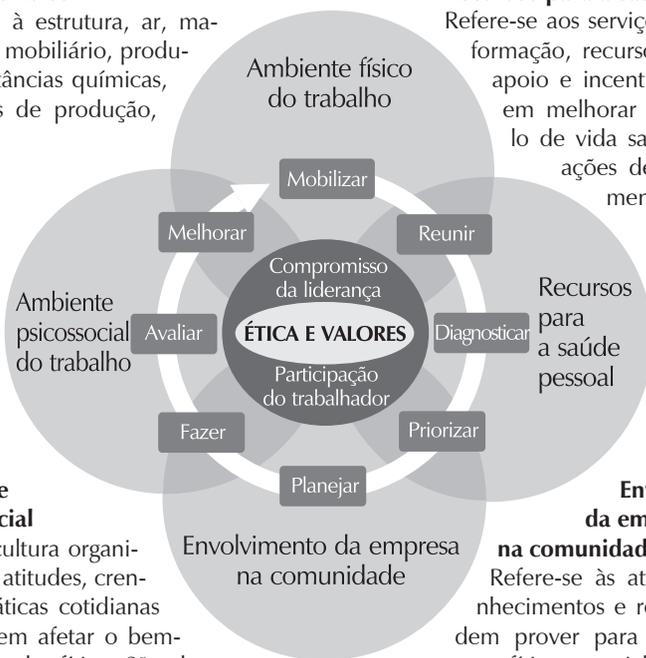
Refere-se aos serviços de saúde, informação, recursos, flexibilidade, apoio e incentivo aos esforços em melhorar ou manter estilo de vida saudável, apoio a ações de saúde física e mental.

Ambiente psicossocial

Inclui a cultura organizacional, atitudes, crenças e práticas cotidianas que podem afetar o bem-estar mental e físico. São chamados “estressores”.

Envolvimento da empresa na comunidade

Refere-se às atividades ou conhecimentos e recursos que podem prover para apoiar o bem-estar físico e social das comunidades em que atua.



ocorrem motivados por fatores relacionados aos perigos e riscos decorrentes do ambiente físico do trabalho. As boas práticas recomendam manter sempre atualizados os documentos legais (PPRAs – Programas de Prevenção de Riscos Ambientais, PCMSOs – Programas de Controle Médico em Saúde Ocupacional, laudos diversos), como forma de reconhecer, avaliar e controlar os riscos, respeitando a hierarquia de processos, cujas principais etapas são:

1. Eliminação ou substituição da fonte de risco
2. Controles de Engenharia
3. Controles administrativos
4. Equipamentos de Proteção Individual

Ações relacionadas ao ambiente psicossocial de trabalho

Nesse campo, há grande oportunidade de ampliação das ações por parte das equipes de segurança e saúde.

O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Fatores que podem causar estresse emocional ou mental são muitas vezes chamados de “estressores” do local de trabalho.¹⁴

O que se vê nas empresas é uma atuação predominante da área de Recursos Humanos, para os temas de clima laboral, cultural e valores, sem que haja integração com os serviços de segurança e saúde; porém, ao se avaliar os perigos do ambiente psicossocial, podem-se identificar os elementos elencados pelos estudiosos como fatores que favorecem o adoecimento, como tratado aqui no item “trabalho e adoecimento”. Isso pode ficar mais claro a seguir:

- organização do trabalho deficiente (problemas com a demanda de trabalho, pressão com relação ao cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensa e reconhecimento, apoio dos supervisores, clareza do trabalho, concepção do trabalho, comunicação deficiente);
- cultura organizacional (falta de políticas, normas de cultura organizacional e procedimentos relacionados à dignidade e respeito para com todos os trabalhadores, assédio e intimidação, discriminação de gênero, estigmatização devido à condição relacionada ao HIV, à intolerância à diversidade étnica ou religiosa, à falta de apoio a estilos de vida saudáveis);
- estilo de gestão de comando e controle (ausência de consultas, negociações, comunicação recíproca, feedback construtivo, gestão do desempenho de forma respeitosa);
- falta de apoio para um equilíbrio entre vida profissional e familiar;
- medo da perda de emprego relacionado a fusões, aquisições, reorganizações ou devido ao mercado de trabalho/economia.¹⁴

Da mesma forma que os perigos do ambiente físico de trabalho, é necessário abordar os perigos do ambiente psicossocial, porém com ferramentas adequadas, para que sejam reconhecidos, avaliados e controlados. Há falta de programas integrados de segurança e saúde que tenham por objetivo fazer frente às situações acima mencionadas. O que se vê com alguma frequência são programas realizados por empresas contratadas, terceirizadas, que atuam na metodologia EAP – *Employee Assistance Program*, as quais nem sempre possuem acesso aos ambientes internos da empresa e realizam os atendimentos por telefone a partir do acionamento pelo próprio trabalhador. Alguns programas oferecem atendimentos presenciais, de curta duração (seis a dez sessões), porém raramente se vê a correção dos processos internos da empresa ou a intervenção na organização do trabalho, considerando-se que os programas, em sua maioria, não são integrados com as demais ações de saúde.

Quando se avalia a quantidade e duração dos afastamentos decorrentes dos fatores psicossociais, constata-se que as equipes de segurança e saúde têm nesse campo seu maior desafio. Sabe-se que o absentismo de curta duração,

que causa impacto significativo na produtividade e competitividade das empresas e no clima das equipes – o trabalhador que permanece no trabalho se vê sobrecarregado para cumprir as metas e realizar as atividades, considerando-se que não há como prever essa ausência e programar a substituição – é, em grande parte, motivado pelos fatores de risco aqui elencados. Por outro lado, quando se trata de afastamentos de longa duração, sem desenvolver programas de reabilitação profissional e ações de reintegração do trabalhador ao ambiente de trabalho, haverá insegurança do trabalhador para o retorno ao trabalho e toda sorte de protelação. Havendo a alta, o trabalhador apresentará dificuldades para a efetiva reintegração ao ambiente, gerando novo ciclo que pode acabar culminando em estigmatização.

Recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho

Também aqui se identifica oportunidade de melhoria para a atuação das equipes de segurança e saúde do trabalho. O ambiente de trabalho pode ser espaço privilegiado para promoção de saúde e realização de atividades preventivas, no entanto, a grande maioria das empresas utiliza os recursos para saúde pessoal para contratação de planos de saúde, gerenciados pelas áreas de benefícios, frequentemente sem participação e integração com as equipes de segurança e saúde. A consequência disso é o crescimento dos custos com o benefício, a implantação de programas que nem sempre atendem às reais necessidades dos trabalhadores e o reforço da dificuldade de convencimento das áreas financeiras da organização de que os programas de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes geram resultados.

Faz-se necessária a gestão para a saúde integral e integrada já mencionada neste texto, com programas consistentes, baseados em evidências científicas e literatura especializada e que atendam às necessidades dos trabalhadores nos vários aspectos: físico, emocional, social, profissional, entre outros. Integrar os dados de saúde ocupacional, segurança do trabalho, assistência à saúde, pesquisas de clima laboral, absenteísmo, ações trabalhistas, é de fundamental importância para obter resultados satisfatórios com os programas implantados.

Essa integração de dados é a base sobre a qual se dá o planejamento das ações, pois permite identificar os fatores de risco, estratificar a população e, a partir daí, definir as estratégias de enfrentamento adequadas para cada grupo identificado. A saúde ocupacional possui papel importantíssimo nesse cenário por possuir dados de toda a população da empresa, desde os saudáveis, os trabalhadores em situação de risco, até os que possuem problemas mais graves de saúde e, se a empresa possui serviço próprio, com equipes que tenham proximidade com o trabalhador e mereçam sua confiança, será possível identificar não apenas as questões de saúde física, mas temas relacionados aos outros aspectos aqui abordados.

Em recursos para a saúde pessoal encontram-se os “serviços de saúde, informação, recursos, oportunidades, flexibilidade e outros ambientes de apoio que uma empresa proporciona aos trabalhadores para apoiar ou incentivar os seus esforços em melhorar ou manter estilo de vida saudável, bem como de acompanhar e apoiar sua saúde física e mental”.¹⁴ Uma situação que requer atenção é quando as equipes de segurança e saúde identificam situações propícias ao “sedentarismo”. É possível que as longas jornadas de trabalho ou a falta de horário flexível dificultem ao trabalhador a prática de atividade física. A aquisição de hábitos saudáveis de alimentação pode ser estimulada por meio de cardápios diferenciados nos restaurantes e lanchonetes da empresa, nos cafés dos eventos e treinamentos oferecidos, por exemplo.

Programas de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes e ações para estimular hábitos de vida saudável precisam vir acompanhados de um conjunto de medidas que permitam e incentivem a adesão dos trabalhadores.

Envolvimento da empresa na comunidade

As empresas exercem impacto na comunidade na qual estão inseridas e são também por elas impactadas. “Participação da empresa na comunidade se refere às atividades nas quais uma empresa pode participar, ou conhecimentos e recursos que pode prover para apoiar o bem-estar físico e social de uma comunidade em que atua. Isso inclui especialmente os fatores que afetam a saúde física e mental, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e suas famílias.”¹⁴

Também nesse quesito há um papel importante para as equipes de segurança e saúde, um espaço a ser ocupado e que atualmente não se observa. As ações de sustentabilidade e responsabilidade social empresarial são atualmente desenvolvidas pelas empresas frequentemente sem o envolvimento das equipes de segurança e saúde, pois já foi mencionado aqui que a atuação dessas equipes raramente é vista pelas empresas como estratégica e, desta forma, os profissionais dificilmente são envolvidos em atividades que, em princípio, não tenham relacionamento direto com sua atividade-fim.

De acordo com Ogata, com os esforços dos órgãos públicos e das comunidades é possível proporcionar entornos que favoreçam um estilo de vida mais saudável. Incentivar ambientes livres de tabaco, estimular caminhadas, uso de bicicletas e aumentar a oferta de alimentos saudáveis são medidas importantes”.¹⁵

A atuação das empresas, por meio dos seus profissionais de segurança e saúde, pode trazer contribuição relevante para o trabalhador e sua família – se ali residem –, ou mesmo para a comunidade de modo geral, gerando valor para o negócio.

Conclusão

Para responder à indagação inicial – se houve uma evolução do foco quase exclusivo do ambiente físico do trabalho para a inclusão de fatores psicossociais na abordagem e atuação das equipes de segurança e saúde –, pode-se concluir que os fatores psicossociais estão definitivamente inseridos na ordem do dia dos profissionais desta área, seja pela quantidade de afastamentos por eles motivados, seja pela abordagem metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde para ambientes de trabalho saudáveis.

No entanto, no que se refere ao outro questionamento – sobre como esses fatores têm sido tratados por essas equipes e pelos programas de atenção à saúde do trabalhador –, o que se constata é que há um longo caminho a percorrer na busca de uma atuação que responda aos grandes desafios do ambiente psicossocial do trabalho. As iniciativas são fragmentadas e não conseguem dar as respostas efetivas aos problemas identificados pelos estudiosos que relacionam as transformações ocorridas no ambiente de trabalho ao adoecimento dos trabalhadores.

No âmbito da saúde suplementar, que tem assumido importante papel na promoção de saúde e prevenção de doenças, o mesmo estudo apresentado por Ogata indica que apenas 5% das operadoras apresentaram programas específicos para egressos de internações psiquiátricas.¹³ Na publicação que trouxe os resultados do Laboratório de Inovações na Saúde Suplementar, coordenado pela OPAS e ANS e publicado em fevereiro de 2013, dos 188 programas aprovados e acompanhados pela Agência Nacional de Saúde – ANS – apenas 1 programa (0,5%) tinha como foco a saúde mental.¹³

O único programa de Saúde Mental visava à prevenção do tabagismo. Contudo, há de se notar que a saúde mental é abordada secundariamente em programas de outras áreas de atenção. Por exemplo, entre os 135 programas de saúde do adulto e do idoso, 4% abordavam a depressão, 1% abordava o estresse e 1% fornecia ferramentas de autoajuda. Entre os 38 programas de saúde da mulher, 3% elegeram a depressão como um dos objetivos.¹³

Note-se que na saúde suplementar, além do trabalhador, são atendidos os dependentes (cônjuge/companheiro(a) e filhos) e a população de aposentados, um universo mais amplo do que a população que se encontra no ambiente de trabalho, foco original da análise deste texto.

Conclui-se, portanto, que há enorme oportunidade nesse campo e que as equipes de segurança e saúde do trabalho precisam ter atuação estratégica no sentido de transformar os ambientes de trabalho em ambientes saudáveis. A metodologia da OMS oferece um caminho, e essas equipes têm papel destacado em sua construção. Atuar com foco na saúde integral, com programas que abordem as várias dimensões da saúde, e de modo integrado, otimizando recursos e reunindo todos os atores, poderá transformar os ambientes de

trabalho cada vez mais em espaços privilegiados para a promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes.

Num mercado competitivo, no qual produtos e serviços são cada vez mais parecidos, a escolha do consumidor recai sobre empresas socialmente responsáveis, empresas que proporcionam um ambiente de trabalho saudável para seus colaboradores e que desenvolvem ações para promover a saúde, segurança e o bem-estar de seus colaboradores.

Referências

1. Anuário Estatístico da Previdência Social 2012. Ministério da Previdência Social. Brasília: Previdência Social/AEPS, 2012. [Acessado em: 19 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aepe-2012-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2012/>.
2. Suzigan W. Estado e industrialização no Brasil. *Revista de Economia Política*. 1988;8(4).
3. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria nº. 3.214, de 8 de junho 1978. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 6 jul. 1978. Seção 1, (Supl.27), p. 1-5.
4. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Rio de Janeiro: Cortez; 2008.
5. Chanlat JF. Ciências Sociais e management: reconciliando o econômico e o social. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Harvey D. O novo imperialismo. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2005.
7. Averburg A. A economia brasileira nos anos 90: abertura e integração comercial brasileira na década de 90. [Acessado em: 27 jun de 2013]. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta_Expressa/Setor/Comercio_Exterior/199910_7.html
8. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup*; São Paulo. 2010;35(122): 229-248.
9. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2000.
10. Dejours C. *Direito fundamental ao trabalho digno*. São Paulo: LTr; 2006.
11. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. Ampliada. Cortez; 1992.
12. Andrade LH. Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. In: Ogata, A. J. N. organizador. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação*. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/ Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; 2013.
13. Ogata AJN. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação*. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/ Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. 2013.
14. *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Organização Mundial da Saúde. Brasília: SESI/DN, 2010. [Acesso em: 19 maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf.
15. Ogata AJN. La relación entre la calidad de vida de los trabajadores y la sociedad. *Revista Foment*. 2014; v.2.

6 Meio ambiente do trabalho e saúde mental do trabalhador sob a perspectiva labor-ambiental

VICTOR HUÇO DE ALMEIDA

A seara da saúde do trabalhador é indiscutivelmente multidisciplinar, sendo diversas as áreas do conhecimento que comungam desse objeto de estudo (Medicina, Saúde Pública, Sociologia, Engenharia, Psicologia, Direito, Arquitetura etc.). Trata-se de um *campo de integração* (ou de complementação, constituído por diferentes campos do conhecimento, pois nenhuma, isoladamente, é capaz de abordar sua complexidade) compartilhado por diversas áreas, cada qual sob quadrantes e métodos próprios, visando à compreensão da complexa relação, recíproca e dinâmica, entre trabalhador e meio ambiente do trabalho.

Além da necessária abordagem multifacetada e multidisciplinar que requer o tema, o que por si só já constitui um desafio, o enfrentamento da questão da saúde do trabalhador, incluindo a saúde mental como subárea, é dependente do equilíbrio do meio ambiente do trabalho. Prova disso é que diversas mudanças ocorridas nas últimas décadas no universo laboral em razão da globalização da economia, sobretudo quanto às formas de organização e de gestão das atividades produtivas, estão estreitamente relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais como *novas* formas de adoecimento no trabalho (optou-se pelo uso do termo transtornos mentais e comportamentais, pois nem todos os quadros clínicos mentais possuem características de uma doença no sentido tradicional do termo; a opção do uso desse termo também decorreu, na perspectiva jurídica, do disposto no projeto de lei n.º 6.013/2001).

Identificar aspectos desencadeadores de transtornos mentais e comportamentais presentes no contexto labor-ambiental e buscar meios de prevenção adequados para cada trabalho e categoria profissional são desafios que se impõem à sociedade contemporânea.

Segundo Maria Célia Bruno Mundim, nos últimos anos constatou-se um aumento de publicações sobre saúde mental do trabalhador, com a prevalência de investigações teóricas, seguidas de pesquisas empíricas qualitativas, sobretudo

na região Sudeste do país.¹ Essas pesquisas têm apontado a interdependência entre alguns aspectos da organização do trabalho (por exemplo, intensificação do ritmo laboral, cobrança de produtividade, estrutura hierárquica assimétrica, precarização das condições de trabalho etc.) e a saúde do trabalhador, evidenciando a inter-relação pessoa-ambiente, ou seja, entre meio ambiente do trabalho e trabalhador, um influenciando o outro, contínua e reciprocamente.

Por meio de uma abordagem integrada entre Direito do Trabalho e Psicologia Ambiental, este capítulo tem por objetivo abordar a saúde mental sob a perspectiva da inter-relação trabalhador e meio ambiente do trabalho, enfatizando a interdependência entre os fatores ambientais e pessoais do contexto labor-ambiental. Busca enfatizar que o desequilíbrio do meio ambiente do trabalho pode operar mudanças na saúde do trabalhador e violar dois direitos fundamentais resguardados pela República Federativa do Brasil em sua Constituição Federal: a saúde e o meio ambiente do trabalho equilibrado.

Saúde e trabalho na perspectiva jurídica

As recentes reestruturações do processo produtivo operadas nas últimas décadas, desencadeadas pelo fenômeno da globalização da economia capitalista, ressignificaram o entendimento de saúde do trabalhador e despertaram maior atenção acerca da saúde mental no contexto laboral.

No passado, dentre as causas das primeiras manifestações operárias, ainda no encaixo da Revolução Industrial inglesa do final do século XVIII, encontrava-se a reivindicação de melhores condições de trabalho em razão do elevado índice de acidentes durante a execução do trabalho, muitas vezes em decorrência de exaustão e da diminuta higidez. Desde então, pouca atenção fora dada à saúde mental no âmbito juslaboral, mesmo diante das contribuições sobre o tema ofertadas pela literatura científica. Para contextualizar tal fato basta observar que, de 36 Normas Regulamentadoras aprovadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, apenas a Norma Regulamentadora n.º 17 (estabelece parâmetros de ergonomia) e seus dois anexos se atentaram mais expressivamente aos impactos do meio ambiente do trabalho na saúde mental dos trabalhadores tutelados por aquele regramento. Por exemplo, o item 5.4.5 garantiu aos teleoperadores pausas extraordinárias, não previstas na Consolidação das Leis do Trabalho, imediatamente após a ocorrência de ameaças, abusos verbais, agressões ou atendimentos especialmente desgastantes, a fim de socializar o conflito com colegas, supervisores ou profissionais da saúde ocupacional.

Uma concepção mais abrangente de saúde, para além da limitação do corpo, surgiu ao final da Segunda Guerra Mundial, com a Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 1948. Buscando um sentido mais positivo para o termo, cuidou de conceituá-lo em seu preâmbulo como “um estado de

completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (traduzido).²

É certo que essa conceituação recebeu expressivas críticas à época, pautadas na justificativa da impossibilidade de se alcançar um completo bem-estar, o que tornaria inoperante o conceito da Organização Mundial da Saúde. Para Dejours, a ideia de um completo bem-estar não existe, devendo-se entender por saúde a busca constante de tal estado.³

Contudo, não se duvida que a ousada conceituação da Organização Mundial da Saúde não apenas provocou necessárias reflexões sobre o exato sentido de saúde e o modo de efetivá-la, mas também conferiu à saúde mental sua real importância ao mencioná-la no conceito proposto na década de 40. De acordo com Sueli Gandolfi Dallari, passou-se a reconhecer a essencialidade do equilíbrio interno e do ser humano com o ambiente, em todas as suas dimensões (física, mental e social).⁴

Evidentemente, o tempo cuidou de lapidar essa conceituação. Em 1986, a OMS passou a enunciar saúde como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de lidar com o meio que o envolve”,⁵ incorporando à noção uma perspectiva ecológica.

Pode-se, portanto, considerar que, atualmente, a concepção de saúde não é mais abstrata, mas sim dinâmica e mutável em razão da necessidade de se atentar para toda a dimensão biopsicossocial da pessoa. Nesse encaixe, a concepção de saúde mental também se tornou mais abrangente, passando a se ancorar na multicausalidade, nela incluídos os fatores sociais.

No Brasil, por exemplo, antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988, consolidou-se no País o movimento da Reforma Sanitária, assentado na saúde como um direito de todos. Esse movimento propôs a ressignificação da noção de saúde, enfatizando sua plasticidade e subjetividade, de modo que passasse a considerar o entendimento de saúde para a própria comunidade. Na seara laboral, a noção deveria, portanto, considerar o entendimento de saúde da coletividade de trabalhadores e de cada categoria profissional, sem negligenciar as especificidades do meio ambiente do trabalho.

No âmbito jurídico, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elevou a saúde ao patamar de direito fundamental ao prever em seu artigo 196 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”.

Uma vez previsto no texto constitucional, surgiu o desafio de se efetivar o direito à saúde em todas as suas dimensões e esferas, razão pela qual se criou, após dois anos da promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei n.º 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde. Essa foi

a forma encontrada pelo poder público para alcançar, ou ao menos buscar, a descentralização e a universalização do direito à saúde.

No que pertine ao campo da saúde do trabalhador, antes da criação do Sistema Único de Saúde, assuntos afetos à Política Nacional de Saúde no Trabalho (por exemplo, redução de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais) eram tratados no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. O Sistema Único de Saúde reviu essa estrutura, baseando-se em dois aspectos, a capilaridade (unidades de saúde em todos os municípios brasileiros) e a universalidade (atendimento de trabalhadores do serviço público e privado), para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Evidentemente, para efetivar esse direito fundamental não bastaria consagrá-lo no texto constitucional. Dizia Norberto Bobbio que o importante não é justificar um direito fundamental, tampouco apenas proclamá-lo, mas sim protegê-lo e buscar meios eficazes para sua implementação.⁶ Por assim ser, a saúde do trabalhador, como um direito fundamental que decorre do direito à saúde, prescrito nos artigos 196 e 200, inciso VIII, da Constituição Federal, depende da efetivação de outros direitos fundamentais, como, por exemplo, o direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado.

A saúde mental do trabalhador na perspectiva labor-ambiental

Paracelso, médico e alquimista suíço-alemão, desde a primeira metade do século XVI já demonstrava a relação de certas doenças com o meio ambiente de trabalho.⁴ E Engels, filósofo alemão, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra no século XIX, palco da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o viver de seus habitantes e o meio ambiente do trabalho determinavam o nível de saúde das populações.⁷

Por isso, qualquer investigação situada no universo da saúde do trabalhador deve, evidentemente, considerar os aspectos contextuais do meio ambiente do trabalho no qual ele se encontra, visando ao exame da conexão entre o meio, a atividade laboral e a doença. É imprescindível que se examine o estado de equilíbrio labor-ambiental, sem negligenciar a forma como trabalhador e meio ambiente laboral dialogam, negociam e se influenciam naquele contexto de trabalho.

A essência dessa perspectiva labor-ambiental está sincronizada com a atual noção de saúde mental, que deve considerar a integralidade biopsicossocial humana, o desenvolvimento e o contexto social em que se encontra inserida a pessoa. De acordo com Antonio Fernandes da Fonseca, a saúde mental é um equilíbrio dinâmico, resultante da interação do indivíduo com os seus diversos ecossistemas (interno e externo), com as suas características orgânicas e com os seus antecedentes.⁸

Atestando a indissocialidade entre saúde e meio ambiente do trabalho, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, também elevou o meio ambiente do trabalho equilibrado ao patamar de direito fundamental (artigo 225), reconhecendo-o como um bem essencial à sadia qualidade de vida, impondo sua preservação não só ao poder público, mas a toda coletividade. Não obstante se tratar de um bem unitário, a doutrina brasileira concebe quatro manifestações particulares do meio ambiente: meio ambiente natural, artificial, cultural e do trabalho; alguns autores ainda consideram o meio ambiente rural, referindo-se ao espaço rural construído.

Conquanto a Lei de Política Nacional de Meio Ambiente (Lei 6.938/81, artigo 3.º, I, d) apenas defina o meio ambiente geral e não faça qualquer menção à dimensão laboral, explica Guilherme Guimarães Feliciano se tratar o meio ambiente do trabalho de uma manifestação particular ambiental, ou seja, uma unidade autônoma com leis próprias, porém, dependente da estrutura sistêmica integrada também por outras dimensões ambientais.⁹ Pouco tempo depois, na Conferência de Genebra de 1998, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) declarou ser o meio ambiente do trabalho parte integrante e indissociável do meio ambiente geral,¹⁰ atestando a interdependência entre as diversas manifestações ambientais, constituindo, portanto, um sistema, uma malha entremeada.

O meio ambiente do trabalho pode ser considerado como um espaço onde o ser humano encontra meios de prover sua existência digna pelo labor, podendo não ser, necessariamente, o estabelecimento empresarial do seu empregador. Pode ainda não ser um único lugar, mas sim diversos, sobretudo nas situações em que a prestação não se desenvolve em um único/mesmo espaço. Por isso, considera-se mais adequado se falar em noção de meio ambiente do trabalho e não em conceito, por não se tratar de um espaço geograficamente localizado, mas sim contextualmente. A constituição do meio ambiente do trabalho depende de um contexto necessariamente laboral; ausente a prestação de labor, não há por que se falar em meio ambiente do trabalho.

A compreensão da noção de meio ambiente do trabalho, sob a perspectiva labor-ambiental, requer que se considere, como pressuposto, a bidirecionalidade trabalhador-ambiente. Significa dizer que o trabalhador é parte integrante e inseparável do meio ambiente do trabalho, nele influenciando e por ele sendo influenciado. Portanto, o trabalhador integra essa dimensão ambiental e não apenas nela se encontra, de modo que ambos se relacionam e se influenciam, recíproca e continuamente, ou seja, o trabalhador influi no meio ambiente do trabalho e este na maneira como ele percebe, experimenta, vivencia e interage com o contexto laboral.¹¹

Sendo o meio ambiente do trabalho arena e motor do desenvolvimento humano, “não se pode pensar o contexto sem considerar as pessoas que dele participam e as interações que nele se estabelecem”.¹² As “relações pessoa-meio são compreendidas como mutuamente constitutivas”, evidenciando que

pessoa e meio se constroem e se transformam recíproca e dialeticamente.¹³ Por isso, a noção labor-ambiental abarca tanto fatores ambientais como pessoais, os quais são inter-relacionados e produzem tanto mudanças quanto continuidade nas características do trabalhador, influenciando, inclusive, seu estado de saúde.

Norma Sueli Padilha, por exemplo, inclui os aspectos psíquicos da pessoa à sua concepção de meio ambiente, junto dos aspectos físicos e sociais, que proporcionam condições necessárias e suficientes para que o ser humano se desenvolva em sua plenitude.¹³

Compreender essa complexa e dinâmica interação é o primeiro passo para se buscar o equilíbrio de um meio que não é apenas influenciado por fatores ambientais (geográficos, arquitetural-tecnológicos, organizacionais e culturais), mas também por fatores pessoais (biogenéticos, psicológicos e comportamentais) e contextos correlatos que estabelecem padrões para as estruturas e atividades ocorridas no plano laboral, de modo a repercutir na saúde do trabalhador.

Os **fatores pessoais** do meio ambiente do trabalho compreendem aspectos biogenéticos dos trabalhadores (por exemplo, sexo, idade cronológica, história de doenças na família, competência imunológica, deficiência física etc.), *comportamentais* (por exemplo, participação em programas de promoção de saúde, tabagismo, consumo de álcool etc.) e *psicológicos* (por exemplo, otimismo, criatividade, extroversão, habilidade interpessoal, ansiedade, estado depressivo, esgotamento, estresse, pressão, satisfação com o trabalho, subjetividade etc.); e os **fatores ambientais**, os aspectos *geográficos* (por exemplo, clima, vegetação, radiação ultravioleta, aquecimento global etc.), *arquiteturais-tecnológicos* (por exemplo, arquitetura, ergonomia, estrutura das áreas de trabalho, arranjo espacial, radiação eletromagnética, poluição sonora, poluição ambiental, aparatos tecnológicos, equipamentos, maquinários etc.), *socioculturais* (por exemplo, status socioeconômico individual e coletivo, crenças e práticas culturais e religiosas, clima social na empresa, instabilidade política, mudanças econômicas, legislação – existência, aplicação e eficácia etc.) e *organizacionais* (por exemplo, rotina, procedimentos, regulamento da empresa, normas coletivas, estrutura hierárquica, penosidade, jornada de trabalho, intervalos, pausas etc.).

Todos esses aspectos, ambientais e pessoais, são inter-relacionados e dialogam com os atributos sociais, culturais, econômicos, políticos e jurídicos do cenário no qual o meio ambiente do trabalho se encontra imerso, bem como de outros sistemas ambientais (natural, artificial e cultural) ou ambientes laborais correlatos, produzindo tanto mudanças como continuidade na relação trabalhador-ambiente. Por isso, o meio ambiente do trabalho nunca é neutro, pois influencia e é influenciado pelas pessoas que dele fazem parte e por outras estruturas ambientais a ele relacionadas. Tome-se como exemplo uma empresa situada em uma região que atravessa forte recessão e dificuldade econômica e,

por isso, passa a exigir mais dos seus trabalhadores e a atrasar o pagamento dos salários, cogitando a possibilidade de encerrar suas atividades. Tal fato levado ao conhecimento dos trabalhadores daquela empresa influenciará, evidentemente, o modo como eles passarão a se determinar, consciente ou inconscientemente, diante do trabalho e do meio ambiente no qual ele é efetivado, podendo, inclusive, repercutir no seu estado de saúde, sobretudo mental.

Não se quer dizer necessariamente que todos esses aspectos influenciarão – e em igual valência – o equilíbrio do meio ambiente do trabalho. Isto porque, dependendo do contexto, apenas um ou alguns desses aspectos podem se relacionar com o equilíbrio/desequilíbrio labor-ambiental. Também não se quer dizer, evidentemente, que esses aspectos serão percebidos por todos os trabalhadores imersos naquele contexto, tampouco que os influenciarão ao mesmo tempo e da mesma forma.

Especificamente no que pertine ao tema em questão, até pouco tempo a noção jurídica de meio ambiente do trabalho se restringia tão somente aos aspectos físicos ambientais, como, por exemplo, edificações do estabelecimento, instrumentos, maquinários, condições de salubridade e periculosidade, armazenagem e manuseio de materiais, iluminação, conforto térmico, instalações elétricas e tecnológicas, entre outros elementos; desconsideravam, portanto, a sinergia entre meio ambiente do trabalho e trabalhador, cuja dinâmica é determinante para o equilíbrio desse meio.

A concepção de um meio ambiente do trabalho constituído também por aspectos pessoais dos trabalhadores (biogenéticos, comportamentais e psicológicos), conforme hoje se sustenta, reforça a necessidade de se dedicar maior atenção ao binômio saúde mental e trabalho, tão negligenciado no âmbito jus-laboral nas últimas décadas. Por não existir meio ambiente do trabalho sem trabalhador, tampouco trabalhador sem meio ambiente do trabalho, “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”.¹¹

Tanto o direito à saúde (incluindo a mental) como o direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado é inseparavelmente relacionado ao exercício de outros direitos humanos, como, por exemplo, o direito à educação, à dignidade humana, à vida e à igualdade. Justifica-se, portanto, a essencialidade do equilíbrio labor-ambiental, cuja condição garante saúde, segurança, dignidade e justiça social ao trabalhador, independentemente das condições que ostentem (gênero, idade, vínculo jurídico, etnia etc.).

A fundamentalidade desse equilíbrio decorre da premissa de que “é impossível alcançar qualidade de vida sem ter qualidade de trabalho, nem se pode atingir meio ambiente equilibrado e sustentável, ignorando o meio ambiente do trabalho”,¹⁴ haja vista que a capacidade laboral do trabalhador é inseparável do seu estado de saúde, mormente suas capacidades físicas e mentais.

As novas formas de adoecimento do trabalhador

A conexão entre alguns transtornos mentais e comportamentais e o meio ambiente do trabalho não é uma descoberta recente, conforme anteriormente evidenciado. Quando se fala em *novas* formas de adoecimento do trabalhador, o que se quer reforçar é o expressivo aumento nos últimos anos de demandas trabalhistas e de requerimento de benefícios previdenciários, alegando transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho como causa de adoecimento.

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social de 2012, cerca de 200 mil benefícios previdenciários foram concedidos em decorrência de transtornos mentais, custando aos cofres públicos pouco mais de 210 milhões de reais.¹⁵

Com aporte na perspectiva labor-ambiental, para se discutir como o trabalho tem sido relacionado à saúde mental dos trabalhadores, há que se atentar para a relação entre aspectos organizacionais do trabalho (aspecto ambiental) e aspectos psicológicos e comportamentais (aspectos pessoais), ambos constitutivos do meio ambiente do trabalho.

Tratar dessa complexa relação, muitas vezes perversa, requer que se resgate o verdadeiro sentido do trabalho, que deve ser entendido, em uma perspectiva ideal, como uma atividade humana, individual ou coletiva, consistente na disposição de energia (física ou intelectual) em troca de compensação de natureza econômica (remuneração) e, principalmente, psicossocial, visando à satisfação das necessidades e ao desenvolvimento humano-profissional de quem o presta.

Quando frustrado esse objetivo, o trabalho se torna fonte de sofrimento, tratado por Dejours como um estágio intermediário entre o adoecimento mental e o bem-estar psíquico.³

Segundo Dejours, a organização do trabalho exerce uma ação específica no aparelho psíquico humano, desencadeando, em certas situações, um sofrimento que pode ser relacionado ao conflito entre a organização do trabalho e uma história individual, calcada em projetos, esperanças e desejos. Esse sofrimento assume variações de acordo com os atributos da organização laboral, podendo ser, por exemplo, uma insatisfação em razão de trabalho repetitivo, que torna o trabalhador suscetível a descompensações mentais ou doenças somáticas; ou até mesmo medos específicos decorrentes do exercício de tarefas laborais perigosas.³

Dejours ainda aponta que a violência da organização do trabalho, mesmo em ambientes laborais isentos de nocividade, é capaz de desencadear doenças somáticas, e não apenas mentais, justamente porque o aparelho mental é integrado ao funcionamento dos diferentes órgãos e não apenas um aparato isolado do organismo.³ Por isso, não se pode desprezar a vertente biológica do organismo humano, diante dessa clara interação entre os fatores psicossociais

(traços da personalidade, estados emocionais e cognitivos, mecanismos de defesa, aspectos socioambientais etc.) e a dimensão biológica.

Dentre as queixas mais frequentes relacionadas à saúde mental dos trabalhadores encontram-se: perda de memória, esgotamento mental, depressão, pânico, ansiedade, início ou aumento de uso de drogas (lícitas e/ou ilícitas) e estresse.

Diversas investigações têm demonstrado que as condições labor-ambientais, sobretudo quanto à organização do trabalho (por exemplo, enrijecimento do controle/fiscalização, disparidade entre as exigências e as capacidades dos trabalhadores, multiplicidade de tarefas, precária segurança física e ambiental, baixa remuneração ou atraso de pagamento, intensificação do trabalho, cobrança excessiva de produtividade etc.), influenciam o bem-estar psicológico e a saúde mental dos trabalhadores.

Da mesma forma, conflitos interpessoais entre trabalhadores obrigados a conviver num mesmo espaço, marcados por desrespeito, indiferença, depreciação, discriminação e rejeição também podem influenciar a saúde mental desses trabalhadores, sobretudo quando o empregador ignora o fato ou, mesmo ciente, nada faz, considerando se tratar de assunto alheio ao trabalho. A situação ainda mais se agrava quando o conflito se estabelece entre pessoas de diferentes níveis hierárquicos dentro de um mesmo ambiente de trabalho, assumindo característica de assédio (moral ou sexual).

Para José Silvestre da Silva Júnior, existem quatro razões principais que podem comprometer a saúde mental no contexto labor-ambiental: a alta demanda de trabalho; conflitos interpessoais verticais (com superiores hierárquicos) e horizontais (entre os próprios trabalhadores); desequilíbrio entre esforço e recompensa; e a dedicação excessiva ao trabalho.

São situações cada vez mais comuns numa sociedade com realidades de trabalho muito diversificadas, composta por organizações que não se preocupam em contribuir para o desenvolvimento dos seus trabalhadores, para a satisfação das necessidades sociais e, tampouco, com a mínima segurança no trabalho visando à preservação da integridade física e mental desses indivíduos. Em suma, o que se constata é que nem sempre o interesse patronal pelo binômio eficiência-produtividade vem acompanhado por condições labor-ambientais dignas e adequadas.

A saúde mental do trabalhador no âmbito juslaboral e judiciário

A despeito das diversas contribuições científicas desde o último século e da consolidação de uma noção mais abrangente de saúde, quando se busca o que há de novo no âmbito juslaboral brasileiro sobre saúde mental, o que se encontra são tão somente novas ocupações associadas ao adocimento psíquico dos trabalhadores.

O regramento laboral sobre saúde e segurança no trabalho ainda retrata a matéria sob uma perspectiva predominantemente tecnicista, ignorando a dimensão biopsicossocial da saúde e a complexa inter-relação labor-ambiental. Conquanto as normas técnicas do Ministério do Trabalho e Emprego sejam relevantes no âmbito da relação do trabalhador com o ambiente laboral físico, ainda há muito a evoluir no tocante à saúde mental. Prova disto é que a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) contém sete dispositivos no capítulo *Da Segurança e Medicina do Trabalho* (artigos 154 a 160), porém, nenhum deles diz respeito à saúde mental do trabalhador.

Por ter sido edificada no início da década de 40, até mesmo as definições de doença profissional, doença do trabalho e acidente do trabalho, a CLT empresta da legislação previdenciária, mais especificamente da Lei n.º 8.213/91, que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social.

Diuturnamente, os apelos que ingressam na instância judiciária trabalhista brasileira acabam por constatar que ainda existe um longo caminho para se efetivar no País o direito fundamental à saúde do trabalhador, bem como o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (artigo 7.º, XXII, CF); constatam, também, que a legislação brasileira ainda não se apropriou efetivamente da noção de saúde prescrita na Convenção n.º 155 da OIT, aprovada em 1983 e ratificada pelo Brasil apenas em 1992, que abarca tanto elementos físicos como mentais que possam afetar a saúde e que estejam relacionados com a saúde e segurança no trabalho.

Paulatinamente, alguns avanços lançam luzes à questão. A Previdência Social, por meio do Decreto n.º 3.048/99, que dispõe sobre os agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, prevê transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, como, por exemplo, reações ao estresse grave, transtornos de adaptação, circunstância relativa às condições de trabalho, transtornos neuróticos (pela ameaça de perda do emprego, ritmo de trabalho penoso, condições difíceis de trabalho etc.) e síndrome de *burnout* (conforme Grupo V da CID-10; item VIII, F43; item VIII, Y96; item X, Z56.2; item X, Z56.5; item X, Z56.6; item XII, Z73.0; item XII, Z56.3; item XII, Z56.6).

O grande desafio consiste no fato de que alguns transtornos mentais ou comportamentais encontram-se na categoria das doenças do trabalho, cujo reconhecimento depende de prova do nexo causal entre a atividade laboral e a perturbação. Segundo a Lei n.º 8.213/91, diferentemente das doenças profissionais, que já são relacionadas a determinadas atividades e por isso constam da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, as doenças do trabalho são desencadeadas em razão de condições especiais em que o trabalho é prestado, devendo com ele se relacionar diretamente.

Pois bem. Quando um trabalhador alega possuir um transtorno mental ou comportamental decorrente das condições em que o trabalho é prestado, para a concessão do benefício ou do direito postulado perante a Justiça do

Trabalho, exige-se a comprovação do nexo de causalidade entre a atividade e o transtorno.

Todavia, muitas perturbações mentais ou comportamentais não constam da relação elaborada pelos órgãos técnicos oficiais, ainda que diversos estudos apontem o vínculo com o contexto labor-ambiental, obstando a percepção pelos trabalhadores adoecidos dos benefícios previdenciários e/ou da estabilidade provisória decorrente de doença relacionada ao trabalho. Segundo Elizabeth Costa Dias, o desconhecimento e o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico da doença e o nexo com a atividade laboral, a falta de apoio propedêutico e a desinformação dos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos e de suas consequências para a saúde¹⁷ são alguns dos obstáculos para a efetivação plena do direito à saúde mental no trabalho.

Como exemplo, caso um trabalhador apresente sintomas de depressão e alegue relação com a atividade laboral, certamente ele enfrentará dificuldade para comprovar o nexo de causalidade junto à Previdência Social ou à Justiça do Trabalho. Isso porque, caso o perito não investigue as condições labor-ambientais visando ao exame da causalidade, o trabalhador já terá contra si a justificativa de que a depressão não apresenta uma causa clara e bem definida, podendo ser desencadeada ou agravada por outros fatores externos ao contexto de trabalho (problemas familiares, econômicos, aspectos biológicos etc.). Assim sendo, ao se abstrair os aspectos do contexto labor-ambiental, surge a culpabilização da vítima.

Conforme Sady, “[...] o topo do sistema pretoriano trabalhista funciona como uma cidadela do positivismo dogmático neste terreno da saúde e segurança do trabalhador”, subsistindo um surdo conflito entre a doutrina jurídica e a jurisprudência, uma vez que muitos juristas reconhecem que [...] somente tem relevância para o Direito aquele fator agressivo reconhecido pela Administração Pública como tal”¹⁸.

Por isso, uma das características dos transtornos mentais ou comportamentais no cenário laboral é a invisibilidade, do distúrbio e do adoecido. Invisibilidade do distúrbio, porque as perturbações mentais ou comportamentais não são suscetíveis a exames vistos a olho nu, como, por exemplo, radiografias; e do adoecido, em razão do preconceito, da indiferença e do temor de desemprego, ainda muito presentes na sociedade contemporânea.

Em última instância, restará a esse trabalhador enfrentar os longos e exaustivos trilhos do Judiciário, para então, talvez, ver reconhecido o seu direito fundamental à saúde e à dignidade, dentro e fora do trabalho.

Daí a necessidade de estudos interdisciplinares que contribuam para a efetiva apropriação da saúde mental pelo Direito do Trabalho, uma vez que o conhecimento humano já possui caudalosos saberes para a edificação de um regramento que possa oferecer à classe trabalhadora a possibilidade de se realizar e prosperar por meio do trabalho.

Referências

1. Mundim MCB. Saúde mental e trabalho: levantamento das publicações na Scielo e Pepsic. Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia Barbarói. Santa Cruz do Sul. 2012;36(ed.esp):110-119.
2. Constitution of the World Health Organization. World Health Organization, 1946 [Acessado em: 28 jul 2014]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf?ua=1
3. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. 1986; 14(54):7-11.
4. Dallari SG. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 1988; 22(1):57-63. 5 - Pais-Ribeiro JL. Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Quarteto; 2005.
6. Bobbio N. A era dos direitos. 10. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
7. Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Global; 1986.
8. Fonseca, A. F. Psiquiatria e Psicopatologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1985
9. Feliciano GG. Meio ambiente do trabalho: aspectos gerais e propedêuticos. Síntese Trabalhista. Porto Alegre. 2001;14(162):122-153.
10. Rocha JCS. Direito ambiental do trabalho: mudança de paradigma na tutela jurídica à saúde do trabalhador. São Paulo: LTr; 2002.
11. Almeida VH. Consumo e trabalho: impactos no meio ambiente do trabalho e na saúde do trabalhador. São Paulo. Tese [Doutorado em Direito] – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo; 2013.
12. Rossetti FMC, Amorim KS, Silva APS. Rede de significações: alguns conceitos básicos. In: Rossetti, F. M. C., et al. Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2004: 23-34.
13. Padilha NS. Do Meio Ambiente do Trabalho Equilibrado. São Paulo: LTr; 2002. 14 - Oliveira, S. G. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 4. ed. São Paulo: LTr; 2002.
15. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social – 2012 [Acessado em: 26 jul 2014]. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/AEPS_2012.pdf
16. Silva Junior JS. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controlado entre trabalhadores segurados da Previdência Social. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Ambiental] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
17. Dias EC. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: Rocha, L. E., Buschinelli, T. P., Rigotto, R. M., organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1993.
18. Sady JJ. O direito à sanidade no meio ambiente do trabalho. Revista do Advogado. São Paulo. 2008;(97):82-88.

Seção 2

*Mensuração e caracterização dos custos sociais e econômicos
dos transtornos mentais: impacto nas organizações,
na Previdência Social e na sociedade*

7 Custo social do abuso e dependência do álcool

Edilaine MORAES
Geraldo MENDES DE CAMPOS

Introdução

Tratar de questões econômicas envolvendo a dependência química ainda é tarefa um tanto difícil em nosso País. Não só pela complexidade das metodologias necessárias para o planejamento e execução dos estudos, mas também pela pouca disponibilidade e baixa qualidade dos dados.

De maneira geral, nas áreas da saúde, a análise dos custos relacionados a determinadas patologias pode parecer, inicialmente, relacionada apenas àquelas associados diretamente às despesas com tratamentos. No entanto, se faz necessária uma visão mais ampliada, incluindo-se nesse somatório vários outros custos também associados às patologias.

Falaremos aqui do que vem sendo denominado de “custo social da doença”. Um custo que abrange não apenas as despesas com o tratamento, mas também outros impactos financeiros gerados por ela, geralmente classificados como custos diretos, custos indiretos e custos intangíveis – estes últimos ainda muito pouco avaliados em análises econômicas. Neste capítulo, procuraremos abordar, de forma sucinta, os possíveis componentes dos estudos que se propõem a avaliar os custos diretos e indiretos do álcool.

Para isso, é imprescindível, inicialmente, tecermos algumas considerações sobre o uso abusivo e a dependência alcoólica. Considerados como grandes problemas atuais, muito contribuem para a redução da saúde física e emocional tanto do dependente quanto de seus familiares;¹ acarretam vários problemas sociais e econômicos,² desde os investimentos em programas de tratamento até desajustes ocupacionais como desemprego, absenteísmo e outros.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, o consumo de álcool foi responsável, apenas no ano de 2012, por cerca de 3,3 milhões de mortes no mundo, representando 5,9% de todas as causas de mortalidade.³

Nesse mesmo ano de 2012, o indicador de saúde DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), que avalia o percentual de anos perdidos por doença ou mortalidade precoce, mostrou que 5,1% de toda a morbidade e mortalidade no mundo decorreram de danos à saúde provocados pelo consumo de álcool.³

Mas como transformar todas essas informações em valores monetários? Quais recursos e custos são comumente considerados nas avaliações de custo social?

Os recursos destacados neste capítulo são apenas aqueles custos diretos e indiretos que compõem a maioria dos estudos de avaliações econômicas relacionados à questão do álcool:

Custos diretos: são aqueles diretamente relacionados à patologia e à intervenção, que poderão estar subdivididos em custos *médico-hospitalares* (custo de medicamentos, exames laboratoriais, internações hospitalares, remuneração dos profissionais, consultas médicas e fisioterápicas, cirurgias, administrativos, entre outros) e custos não médico-hospitalares (transporte de pacientes e familiares para o tratamento, exames e consultas complementares, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros).⁴

Custos indiretos: não estão diretamente relacionados à intervenção, mas podem gerar custos tanto aos pacientes e familiares, quanto aos empregadores e à sociedade em geral (perda de produtividade, demissão, redução e perda salarial dos pacientes e/ou familiares devido ao tempo despendido para participação no programa de saúde ou de doenças decorrentes).⁴

Por fim, abordaremos a relação dicotômica entre a ingestão de álcool e a condução de veículos. O *beber e dirigir* se tornou uma questão muito preocupante para diversas sociedades – e para a brasileira em especial. Tem estado constantemente em evidência nas mídias e merecido atenção tanto da sociedade civil quanto do poder público de diversas nações.

Esperamos contribuir para que o leitor chegue ao final deste capítulo compreendendo melhor os aspectos referentes aos impactos sociais e econômicos gerados pelo abuso e dependência de álcool.

Impactos sociais e econômicos causados pelo álcool

No mundo

As consequências sociais e econômicas do abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas (Atod) alcançaram tamanha magnitude que há tempos se direcionam investimentos crescentes em prevenção e em tratamento, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Embora tais investimentos já ocor-

ram há bastante tempo, estudos econômicos só começaram a ser realizados com maior rigor e critério metodológico nas últimas duas décadas.

Países como EUA, Canadá, Inglaterra e outros vêm investindo pesadamente em avaliações econômicas e, conseqüentemente, publicado maior número de dados sobre esse tema. Ainda é raro encontrar tais dados disponíveis na literatura científica brasileira, com o arcabouço metodológico exigido.

Nos EUA, um estudo realizado em 1998 já havia estimado um custo social anual de US\$143,4 bilhões devido ao uso de drogas ilícitas naquele país.⁵ A maior parte desse custo – 62%, US\$88,9 bilhões – estava relacionada à aplicação de leis sobre drogas e seus efeitos no comportamento criminal. Outros custos importantes: doenças relacionadas ao uso de drogas (US\$23,1 bilhões); mortalidade prematura (US\$16,6 bilhões); prevenção e tratamento (US\$7,1 bilhões); HIV/AIDS (US\$3,4 bilhões); e hospitalizações ou outras conseqüências médicas (US\$4,1 bilhões).

Considerando-se somente o custo relacionado ao abuso de álcool, estimou-se uma quantia de US\$185 bilhões, no ano de 1998.⁶ Desse total, 70% foram atribuídos à perda de produtividade (US\$134,2 bilhões), incluindo doenças relacionadas ao abuso do álcool (US\$87,6 bilhões), morte prematura (US\$36,5 bilhões) e criminalidade (US\$10,1 bilhões). Os 30% restantes estavam diretamente relacionados aos gastos com tratamento para o abuso e dependência alcoólica (US\$7,5 bilhões); tratamento de conseqüências médicas adversas (US\$18,9 bilhões); custos relacionados a despesas administrativas e prejuízos à propriedade, devido a acidentes automobilísticos provocados pelo consumo alcoólico (US\$15,7 bilhões) e criminalidade (US\$6,3 bilhões).⁷

Outro estudo americano de 2003 estimou que 110 milhões de pessoas fizeram uso de drogas ilícitas durante a vida; 7 milhões abusaram ou eram dependentes dessas drogas e 17 milhões eram usuários abusivos ou dependentes de álcool.⁸ Diante desses números consideráveis e dos prejuízos decorrentes – perda de produtividade, problemas de saúde, criminalidade, mortes prematuras, desemprego, entre outros –, podem ser constatados elevados custos sociais e de saúde para a população norte-americana.

Inglaterra e País de Gales estimaram, em média, um custo social do uso e abuso de drogas ilícitas em 12 bilhões de libras esterlinas no ano de 2000.⁹ Outro estudo nesses mesmos países mostrou que, somente relacionado ao álcool, o custo envolvendo cuidado social e saúde, perda de produtividade e atividades criminais foi de 18 milhões de libras esterlinas, naquele mesmo ano.¹⁰

Estudo canadense no ano de 2002 avaliou os seguintes custos relacionados ao álcool: serviços de saúde, US\$ 2,710 milhões; perda de produtividade, US\$ 5,840 milhões; sistema judiciário e criminal, US\$ 2,518 milhões; intervenção social, US\$ 97 milhões.¹¹

Toda a estupefação que esses valores podem nos causar fica maior quando nos deparamos com a relação “arrecadação *versus* gastos” gerada pelo álcool.

Estudo americano realizado no Estado do Novo México apurou que as despesas hospitalares relacionadas ao uso do álcool, no ano de 1998, atingiram a cifra de US\$ 51 milhões, contra US\$ 35 milhões arrecadados pelos impostos pagos pela indústria do álcool.¹²

No Brasil

As esferas acadêmica, terapêutica, familiar e governamental muito têm se preocupado com a rapidez com que o consumo de álcool vem se alastrando em todo o País. Essa progressão se deve, em parte, ao fato de o álcool ser, no Brasil, uma droga de baixo custo e fácil acesso a todas as camadas sociais.⁴

Estudos epidemiológicos brasileiros estimaram que cerca de 12% da população – aproximadamente 24 milhões de pessoas – apresentam uso abusivo ou dependência de álcool;^{13,14} 10% da população é dependente de tabaco; 1,2%, de maconha; e 1,0%, de outras substâncias psicoativas.¹⁴

O álcool é considerado a substância mais consumida pelos jovens brasileiros, sendo percebida, nos últimos anos, uma preocupante diminuição na idade de início do uso.¹⁵ Esse início precoce – que no caso do álcool teve idade média de 14 anos¹³ – contribui fortemente para o baixo desempenho escolar e para o aumento de comportamentos de risco, causando prejuízos ao desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças e adolescentes.

Levantamento realizado em 2007 com adolescentes brasileiros apontou para índices de 35% de consumo de álcool nessa população (1% bebe diariamente; 8% de 1 a 4 vezes por semana; e 24% de 1 a 4 vezes por mês).¹³ Outro dado extremamente impactante para o custo social do álcool é a constatação de que 16% dos adolescentes brasileiros (21% dos meninos e 12% das meninas)¹³ apresentam *padrão binge* de consumo. Esse padrão, caracterizado pela ingestão de grandes quantidades de álcool em curto espaço de tempo, é responsável por grande parte dos acidentes e casos de violência, sendo um dos maiores causadores da elevação dos custos sociais e de saúde.

Outros levantamentos com adolescentes apontam índices semelhantes, com variações devidas à população pesquisada:

- entre adolescentes de 12 a 17 anos, residentes em cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes: 54% já fizeram uso; 7% foram considerados dependentes de álcool;¹⁴

- entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das capitais brasileiras: 60,5% já fizeram uso de álcool, sendo aproximadamente 31% entre 10 e 12 anos; 63% entre 13 e 15 anos, e 83% entre 16 e 18 anos.^{16,17}

De Micheli e Formigoni¹⁸ encontraram idades médias de início de uso aos nove anos, em jovens que vieram a se tornar dependentes de álcool. Em alguns casos, esse início se deu aos cinco anos de idade.

Se, por um lado, a criança brasileira está começando a beber mais cedo, por outro, esse consumo vem se prolongando até a terceira idade: 15% dos

idosos que procuraram atendimento em determinado ambulatório de geriatria na cidade de São Paulo eram dependentes de álcool.¹⁹

Outros dados corroboram o enorme custo causado pelo álcool: 90% das internações por uso de drogas,²⁰ 20% das internações em clínica geral, 50% das internações masculinas psiquiátricas²¹ e 61% de casos de alcoolemia em acidentes de trânsito²² advêm do uso abusivo de álcool. Somente no ano de 2003, as hospitalizações decorrentes deste abuso geraram um gasto de R\$ 70 milhões.²³

Se comparado a outros problemas de saúde, o alcoolismo é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas; aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho; aumentar em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, e levar as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social.²⁴

Diante dos dados disponíveis – embora sejam poucos –, já é possível perceber que os investimentos destinados à atenção aos problemas decorrentes do uso de substâncias são bastante elevados. Estimativas apontam para um gasto anual, no Brasil, de 7% do Produto Interno Bruto (PIB), como consequência de diversos problemas relacionados ao álcool.²⁵ Se considerarmos o PIB brasileiro do ano de 2013 na ordem de R\$ 4,8 trilhões, como apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, esse valor corresponderia a R\$ 300 bilhões anuais.

Um estudo recente avaliou o custo efetividade de uma intervenção ambulatorial com pacientes dependentes de álcool e constatou que os custos diretos (administrativos, exames laboratoriais, consultas médicas, internações hospitalares, uso de medicamentos e transporte) representaram 76% do custo total do tratamento. Já os custos indiretos (perda de produtividade – demissão, redução e perda salarial dos pacientes e familiares) representaram 26%. É importante ressaltar que, devido às limitações na coleta de informações sobre os custos indiretos, os mesmos, provavelmente, estão subestimados.²⁶

No Brasil, ainda é muito difícil a obtenção de dados confiáveis referentes a custos monetários; são bastante escassos e, quando existem, quase sempre estão bastante desatualizados. Isso faz com que alguns dados, embora defasados, continuem sendo referenciados. Como exemplo, citamos gastos que ultrapassaram R\$ 310 milhões, no triênio 1995-96-97, relativos a internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas (antigos códigos 291, 292, 303 e 304 da CID IX).²⁷

Consequências do *beber e dirigir*

Tornaram-se corriqueiras, nos diversos meios de comunicação de todo o mundo, notícias sobre acidentes de trânsito envolvendo pessoas que tinham feito uso de álcool. Não por acaso, mudanças sociais importantes vêm ocor-

rendo diante da preocupação crescente com os elevados índices de tais acidentes: mudanças na legislação, no comportamento dos próprios motoristas, na postura de profissionais responsáveis pelas fiscalizações, na disponibilização de verbas para pesquisas, trabalhos de prevenção, campanhas publicitárias etc., não para menos, uma vez que as consequências do *beber e dirigir* estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo.²⁸

Estimativas indicam que aproximadamente 1,2 milhão de pessoas em todo o mundo morrem em consequência de acidentes de trânsito.²⁹ O uso de álcool parece estar presente entre 25% e 50% destes acidentes.³⁰

Nos Estados Unidos, cerca de 500 mil pessoas sofrem traumas e 17 mil morrem anualmente em acidentes de trânsito relacionados ao “beber e dirigir”. O custo total estimado com essas vítimas, no ano de 2000, atingiu a cifra de US\$ 51,1 bilhões.²⁹

No Brasil, dados do “1.º Levantamento nacional domiciliar sobre padrões de consumo do álcool”, realizado em 2007, apontaram prevalência de 35% de “beber e dirigir” – 43% entre os homens e 9% entre as mulheres.³¹ Segundo informações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), estima-se que o custo total envolvendo os acidentes de trânsito no Brasil esteja na casa dos R\$ 28 bilhões anuais.³²

Diante de tal cenário, que gera diversos problemas biopsicossociais e financeiros para a sociedade, foi realizado, recentemente, um estudo que teve por objetivo: a) levantar as principais consequências, para a sociedade, da associação entre o “beber e dirigir” e; b) avaliar o custo social do “beber e dirigir” na cidade de São Paulo, no ano de 2008.³³ Os custos diretos avaliados foram internações, exames diagnósticos, remuneração dos profissionais, danos causados aos veículos e propriedades de terceiros.

Os custos indiretos foram perda de produtividade por morbidade e mortalidade prematura.

Como resultado, obteve-se um custo total anual superior a R\$ 283 milhões, relacionados apenas ao “beber e dirigir” na cidade de São Paulo (69% como custos diretos e 31% como custos indiretos). Essa quantia é equivalente a 40% de todo o custo por acidentes de trânsito naquela cidade.³³

Considerações finais

Uma das propostas deste capítulo foi apresentar informações, as mais fidedignas possíveis, sobre os aspectos sociais e econômicos que circundam a área da dependência do álcool. É fato que dados baseados em evidências científicas precisam cada vez mais ser divulgados.

Porém, talvez esteja também na divulgação dos achados científicos um dos melhores caminhos para a mobilização social e sensibilização dos tomadores

de decisão, quanto a determinados problemas sociais passíveis de diminuição.

Entre eles, consideramos o custo social decorrente de problemas ocasionados pelo consumo de álcool como um dos que carecem de maior atenção. Dizemos isso pois, além de tudo o que já foi aqui apresentado, acreditamos na possibilidade de atuações condizentes com a minimização dos danos físicos, emocionais, sociais e econômicos originados por esta patologia.

Outra questão que este capítulo pretendeu suscitar foi a possibilidade de reflexão sobre as enormes cifras que oneram a sociedade, relativas às consequências do abuso e dependência do álcool.

E falando em cifras, é interessante perceber que, muitas vezes, somente os custos diretos podem estar sendo notados. De maneira geral, não se dá conta de outros custos associados, muitas vezes despercebidos. Talvez, no meio acadêmico isso já seja evidente. Contudo, outras esferas da sociedade – como os próprios tomadores de decisão – ainda possam precisar de mais evidências, objetivas e conclusivas.

No entanto, o impacto deste custo social vem sendo sentido pela sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que percebe os investimentos realizados nessa área como insuficientes para reduzir os problemas originados pelo uso abusivo e dependência de álcool.

Para finalizar, esperamos que os dados aqui apresentados possam contribuir, de alguma forma, para um olhar mais atento a esses aspectos, possibilitando, quem sabe, novas estratégias e investimentos efetivos que ajudem a reverter o cenário atual relativo ao custo social do alcoolismo.

Referências

1. Ramos SP, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas;1997.
2. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
3. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and health. WHO; 2014.
4. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira R, Ferraz MB. Introductory concepts of health economics and the social impact of the alcohol misuse. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(4): 321-325.
5. Office of National Drug Control Policy. The economic costs of drug abuse in the United States, 1992-1998. Washington, DC: Executive Office of the President Author; 2001.
6. Harwood H. Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: Estimates, update methods and data. Falls Church: Lewin Group; 2000.
7. Belenko S, Patapis N, French MT. Economic Benefits of Drug Treatment: a Critical Review of the Evidence for Policy Makers. Philadelphia: Treatment Research Institute at the University of Pennsylvania; 2005.
8. Office of Applied Studies. Overview of Findings from the 2003 National Survey on Drug Use and Health (DHHS Publication No. SMA 04–3963). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2004.

9. Godfrey C, Eaton G, McDougall C, Culyer A. The economic and social costs of class a drug use in England and Wales, 2000. York: Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2002.
10. Ukatt Research Team: Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial. *BMJ*. 2005; 331(7516): 544.
11. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, et al. The social cost of substance abuse in Canada 2002. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2006.
12. New Mexico Department of Health – Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at \$51 million. New Mexico: NMDH; 2001.
13. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Senad; 2007.
14. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. II Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: Cebrid/Unifesp; 2005.
15. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(Supl. 1):14-17.
16. Carlini, E. A. et. al. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010. São Paulo: Cebrid/Senad; 2010.
17. Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em 10 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid, 1997.
18. De Micheli D, Formigoni MLOS. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares preveem os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*. 2001;2(1):20-30.
19. Hirata ES, Almeida OP, Funari RR, Klein EL. Alcoholism in a geriatric outpatient clinic of São Paulo-Brazil. *Int Psychogeria*. 1997;9(1):95-103.
20. Noto AR, Moura YG, Nappo AS, Galduroz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *J Bras Psiquiatr*. 2002;51(2):113-121.
21. Romano M, Laranjeira R. Políticas públicas para o álcool. In: Figlie, N. B., Bordin, S., Laranjeira, R. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca; 2004.
22. Abdetran – Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito. Brasília: Cetad/Raid; 1997: 87.
23. Teixeira LS. Despesas com tratamento de doenças causadas ou agravadas pelo álcool: análise de propostas para seu financiamento. Brasília/DF: Consultoria Legislativa; 2004.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Sheinberg G. Alcoolismo afeta 15% da população brasileira. *Jornal O Estado de S.Paulo*, São Paulo, 29 set 1999; Geral, Saúde, p. A12.
26. Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira R, Ferraz MB. Cost-Effectiveness of Home Visits in the Outpatient Treatment of Patients with Alcohol Dependence. *European Addiction Research*. 2010;16(2):69-77.
27. Custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas. [Acessado em 13 maio 2010]. Disponível em: www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=96
28. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):949-63

29. World Health Organization – Global Status Report on Road Safety – Time for action. WHO; 2009.
30. Pinsky I, Laranjeira R. Alcohol consumption in Brazil: recent public health aspects. *The Globe*. 2003;3:17-9.
31. Pechansky F, De Boni R, Diemen LV, Bumagin D, Pinsky I, Zaleski M, et al. Highly reported prevalence of drinking and driving in Brazil: data from the first representative household study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(2):125-30.
32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Departamento Nacional de Trânsito. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras: relatório executivo. Brasília: Ipea, Denatran; 2006.
33. Moraes, E. Custo social do beber e dirigir na cidade de São Paulo. São Paulo. Tese [pós-doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica; Unifesp. 2013.

8 Instrumentos para avaliação da perda de produtividade relacionada à saúde

PATRÍCIA COELHO DE SOÁREZ

Introdução

O crescimento exponencial dos gastos em saúde tem estimulado o desenvolvimento da mensuração do impacto das doenças no trabalho dos indivíduos.

Problemas de saúde desencadeiam, além dos custos com atenção à saúde, os custos relacionados à redução de produtividade. A perda de produtividade pode ser mensurada por meio dos custos associados ao absenteísmo (falta ao trabalho) e ao presenteísmo (diminuição do desempenho no trabalho).¹

Responsáveis por programas de gerenciamento de saúde têm aumentado o interesse pelas áreas de pesquisa relacionadas à mensuração, quantificação e impacto financeiro da produtividade perdida.

Dessa forma, instrumentos de medidas subjetivas ou medidas autorrelatadas constituem um caminho promissor para se reunir informações a respeito da percepção do empregado de como a saúde influencia sua capacidade de desempenhar tarefas no trabalho.

Existe uma necessidade emergente de se avaliar, de forma padronizada, a produtividade como um desfecho de programas de saúde, mas para que isso ocorra, instrumentos para mensuração de produtividade devem ser disponibilizados e conhecidos pelos potenciais usuários.

Este capítulo tem por objetivo introduzir os principais conceitos da área de produtividade relacionada à saúde, apresentar os instrumentos genéricos e específicos de mensuração de redução de produtividade disponíveis na literatura, bem como descrever os instrumentos traduzidos, adaptados culturalmente e validados no Brasil.

Os instrumentos foram classificados em dois grupos: genéricos e específicos.² Genéricos são aqueles questionários que avaliam o impacto do estado de saúde geral na produtividade do indivíduo. Por outro lado, específicos são

aqueles questionários que avaliam o impacto de uma doença específica (por exemplo, rinite alérgica) na produtividade do indivíduo.

Foram descritas e sumarizadas as seguintes características dos instrumentos genéricos: número de itens e escalas, nome das escalas, forma de administração, local e data de publicação, medidas de produtividade, objetivo do delineamento e período de lembrança.

Produtividade

Na economia, a produtividade é descrita como a quantidade de bens e serviços que um trabalhador pode produzir por hora de trabalho.³ O'Donnell estabeleceu o vínculo entre saúde, produtividade e lucros com o desenvolvimento de um modelo que avalia o desempenho humano.^{4,5} Na relação entre saúde e produtividade, tem sido amplamente demonstrado que indivíduos saudáveis são mais produtivos.⁶ O conceito básico é que o desempenho humano é maior quando as pessoas estão física e emocionalmente capazes de trabalhar e possuem desejo de trabalhar, ocasionando redução do absenteísmo e presenteísmo.^{4,5,7}

Os elementos-chave da mensuração da produtividade são absenteísmo, presenteísmo e rotatividade dos empregados ou custo de substituição. Absenteísmo representa os dias ou horas de trabalho perdidos em função de uma doença ou condição médica. As causas de absenteísmo são compensação dos trabalhadores, incapacidade de curto e longo prazo, afastamento por doença, afastamento por doença na família, licença remunerada e não remunerada.⁸

O presenteísmo representa a redução da capacidade, da efetividade de uma pessoa enquanto trabalha, provocada por uma doença. Presenteísmo pode incluir: 1) tempo fora de atividade (está no trabalho, mas não está trabalhando); 2) diminuição na qualidade do trabalho (por exemplo, aumento em taxas de injúrias, desperdício de produtos e defeitos nos produtos); 3) diminuição na quantidade de trabalho; 4) insatisfação nas relações interpessoais do empregado (por exemplo, desordens de personalidade); e 5) cultura do trabalho insatisfatória. A rotatividade dos empregados ou custo de substituição incluem a produtividade reduzida associada com o custo de contratação e treinamento de novos empregados.⁹ A perda de produtividade é a soma do absenteísmo e presenteísmo, o prejuízo total no trabalho.

O custo do absenteísmo, número de dias de trabalho perdidos, é relativamente fácil de calcular desde que as faltas estejam anotadas. Entretanto, o construto presenteísmo ainda não foi completamente estabelecido, nem operacionalizado e é de difícil mensuração.¹⁰

O registro de decréscimos da produtividade relacionados à saúde é problemático, uma vez que poucos locais de trabalho possuem medidas objetivas

de produtividade disponíveis, que sejam coletadas de uma forma consistente e livre de vieses. Atividades ocupacionais específicas, como processamento de títulos de seguradoras e serviços de telefone de atendimento ao consumidor têm utilizado essa metodologia.¹⁰

Medir produtividade pode ser uma tarefa difícil, dependendo do serviço executado. Medir a produtividade de uma funcionária de um *call center* é relativamente simples, basta contar o número de ligações atendidas por hora. Por outro lado, em trabalhos que utilizam aspectos mais subjetivos, tarefas cognitivas ou trabalhos intelectuais em grupo, a mensuração da produtividade é extremamente difícil.

Os dados de produtividade podem ser coletados de várias maneiras: autorrelato, arquivos ou por métodos mistos. Em termos de validade, as fontes preferidas são os dados provenientes de arquivos. No entanto, o seu uso é limitado, porque pouquíssimos empregadores coletam esse tipo de dado. Quando possuem alguma informação, ela é proveniente, apenas, de uma pequena amostra de categorias ocupacionais. No mundo ideal, os dados de arquivo seriam sempre usados, porém, no mundo real, ou não existem, ou são muito caros para serem obtidos de forma sistemática.¹¹ Medidas objetivas de absenteísmo e presenteísmo são preferíveis às medidas autorrelatadas. Porém, as medidas objetivas estão raramente disponíveis, sendo necessário o uso de medidas autorrelatadas.

Embora as medidas autorrelatadas possam apresentar algumas limitações, elas podem exercer um papel significativo na avaliação da produtividade, se as evidências psicométricas indicarem que são ferramentas válidas e consistentes.¹²

Instrumentos de mensuração da produtividade

Nos últimos anos, uma série de instrumentos de mensuração da produtividade no local de trabalho foi criada e estudada. Algumas revisões examinaram os méritos e vantagens de um instrumento em relação ao outro.^{2, 13,14,15,16,17}

Os pesquisadores da área de produtividade, ao escolherem um instrumento, devem considerar as seguintes características: 1) comprovação de evidência científica (avaliação das propriedades psicométricas do instrumento); 2) possibilidade de aplicação em uma variedade de profissões e doenças; 3) possibilidade de uso na tomada de decisão (habilidade de transformar os resultados em unidades monetárias); e 4) praticidade (complexidade e custo de aplicação, nível de leitura, disponibilidade em vários idiomas).^{11, 18}

Antes de serem utilizados, os instrumentos devem ter suas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e responsividade) avaliadas. Os objetivos dessas propriedades já foram descritos^{19,20,21,22} e estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Objetivos das propriedades psicométricas

Propriedade psicométrica	Objetivo
Confiabilidade consistência interna	Avalia em que extensão os itens individuais do instrumento são consistentes uns com os outros e refletem o seu construto subjacente (é considerada satisfatória se o alfa de Cronbach atingido for $\geq 0,70$)
Confiabilidade teste-reteste (reprodutibilidade)	Avalia em que extensão a medida produz os mesmos resultados em aplicações repetidas numa população estável. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi usado como a medida de confiabilidade teste-reteste e foi avaliado em pacientes que relataram que os seus estados de saúde estiveram estáveis entre o <i>baseline</i> (semana 0) e o final do estudo (7 a 10 dias depois) (é considerada satisfatória se o CCI atingido for $\geq 0,70$)
Confiabilidade inter e intra-observador	Avalia em que extensão dois ou mais entrevistadores treinados, registrando os mesmos itens simultaneamente, concordam entre si (é considerada satisfatória se a correlação atingida for $\geq 0,80$)
Validade de conteúdo	Avalia em que extensão a escala possui itens suficientes e cobre o domínio estudado adequadamente
Validade de construto	Avalia se os domínios de um instrumento se encaixam dentro da concepção teórica (construto) do fenómeno estudado
Validade convergente do item	Avalia a correlação de um item com a sua própria subescala hipotetizada (é considerada satisfatória se a correlação atingida for $\geq 0,40$)
Validade divergente do item	Avalia se o item considerado isoladamente tem correlação mais alta com a sua escala hipotetizada do que com as outras escalas do questionário
Validade de critério	Avalia a correlação de um novo instrumento com a referência – considerada “padrão ouro” (é considerada satisfatória se a correlação atingida for de 0,40 - 0,70)
Responsividade	Avalia a habilidade do instrumento em detectar mudanças quando elas ocorrem

Instrumentos genéricos

São instrumentos autorrelatados que medem a produtividade em notas ou porcentagens. Os indivíduos respondem questões a respeito de sua habilidade para realizar tarefas em casa, trabalho ou escola e/ou em eventos sociais. A partir dessas respostas, o pesquisador estima as perdas de produtividade baseadas na quantidade de tempo que o indivíduo está incapacitado em suas atividades diárias no trabalho e fora dele.² Os principais instrumentos genéricos utilizados são: *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (General Health)* (WPAI-GH),²³ *Work Limitations Questionnaire* (WLQ),^{24, 25} *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ),^{26, 27, 28} *Health and Work Questionnaire* (HWQ),^{29, 30} *Endicott Work Productivity Scale* (EWPS),³¹ *Stanford Presenteeism Scale* (SPS)³² e *Health and Labor Questionnaire* (HLQ).³³ A tabela 2 apresenta um resumo desses instrumentos.

Tabela 2 – Visão geral dos instrumentos genéricos para se estimar perda de produtividade relacionada à saúde

Instrumento	Medida de produtividade	Descrição do instrumento (Nome das escalas em negrito)
<i>Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (General Health)</i> (WPAI-GH)	Absenteísmo	Delineado para medir incapacidade no trabalho ou nas atividades gerais decorrentes de problemas de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • 6 itens e 4 escalas • autoadministrável ou entrevista Publicado nos EUA em 1993	Presenteísmo	Período de lembrança: 7 dias % de tempo no trabalho perdido devido à saúde % de incapacidade enquanto trabalha devido à saúde % de incapacidade total devido à saúde
<i>Work Limitations Questionnaire</i> (WLQ) <ul style="list-style-type: none"> • 25 itens e 4 escalas • autoadministrável Publicado nos EUA em 2001	Presenteísmo	Delineado para medir decréscimos na habilidade de realizar tarefas no trabalho relacionadas à saúde. Período de lembrança: 14 dias Gerência de tempo Demanda física Demanda mental-interpessoal Demanda de produção

Tabela 2 (cont.)

Instrumento	Medida de produtividade	Descrição do instrumento (Nome das escalas em negrito)
<p><i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · 90 itens e 3 escalas · autoadministrável ou entrevista <p>Publicado nos EUA em 2003</p>	<p>Absenteísmo</p> <p>Presenteísmo</p>	<p>Delineado para estimar o custo indireto total de problemas de saúde individuais</p> <p>Período de lembrança: 28 dias</p> <p>Saúde Trabalho Demográficos</p>
<p><i>Health and Work Questionnaire (HWQ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · 24 itens e 6 escalas · autoadministrável <p>Publicado nos EUA em 2001</p>	<p>Absenteísmo</p>	<p>Delineado para medir produtividade subjetivamente</p> <p>Período de lembrança: ND</p> <p>Produtividade Impaciência/irritabilidade Concentração/foco Satisfação no trabalho Satisfação com o supervisor Satisfação com a vida pessoal</p>
<p><i>Endicott Work Productivity Scale (EWPS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · 25 itens e 1 escala · autoadministrável <p>Publicado nos EUA em 1997</p>	<p>Absenteísmo</p> <p>Presenteísmo</p>	<p>Delineada para medir decréscimos na produtividade do trabalho (remunerado e voluntário) e eficiência devido a comportamentos, sentimentos e atitudes.</p> <p>Período de lembrança: 7 dias</p> <p>Produtividade global</p>
<p><i>Stanford Presenteeism Scale (SPS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · 6 itens e 1 escala · autoadministrável <p>Publicado nos EUA em 2002</p>	<p>Presenteísmo</p>	<p>Delineada para medir acréscimos ou decréscimos no presenteísmo e fornecer informações sobre as condições de saúde mais prováveis de afetar a produtividade para guiar as decisões de investimento em programas e benefícios de saúde</p> <p>Período de lembrança: 30 dias</p> <p>Presenteísmo no trabalho</p>

Tabela 2 (cont.)

Instrumento	Medida de produtividade	Descrição do instrumento (Nome das escalas em negrito)
<i>Health and Labor Questionnaire (HLQ)</i>	Absenteísmo	Delineado para medir o impacto da doença e tratamento no desempenho no trabalho.
· 22 itens e 4 escalas · autoadministrável Publicado na Holanda em 1995	Presenteísmo	Período de lembrança: 7 dias Absenteísmo no trabalho Produtividade reduzida em trabalho remunerado Produção em trabalho não remunerado Impedimentos em trabalho remunerado e não remunerado

Prasad e colaboradores,² ao testarem a validade e confiabilidade de alguns instrumentos, sugeriram que o WPAI e o WLQ ofereceram vantagens mais significativas. Schultz e colaboradores¹ apontaram que dois instrumentos têm ganhado mais popularidade na mensuração do presenteísmo: WLQ e HPQ. Os resultados relativamente fortes dos testes de validade e confiabilidade fazem deles boas escolhas, principalmente porque eles têm sido utilizados em vários locais de trabalho e com uma variedade de riscos e condições de saúde.¹ O WLQ tem sido preferido com base em sua forte e positiva evidência de validade de conteúdo. A SPS foi recomendada com cautela em virtude da sua forte e positiva evidência de consistência interna e validade.¹⁶

Instrumentos específicos

São instrumentos autorrelatados para algumas doenças específicas que quantificam o impacto de algumas condições de saúde sobre a produtividade dos indivíduos.

Seis instrumentos foram localizados: WPAI – *Special Health Problem Questionnaire*, WPAI – *Allergic Rhinitis Questionnaire*, WPAI – *Gastro-Esophageal Reflux Disease Questionnaire*, WPAI – *Chronic Hand Dermatitis Questionnaire*, *Migraine Disability Assessment Questionnaire*, e *Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire (MWPLQ)*.

Instrumentos capazes de transformar a produtividade medida em valor monetário

Alguns dos instrumentos descritos anteriormente – WPAI, HLQ e MW-PLQ – são capazes de identificar e quantificar o tempo perdido das atividades laborativas, e transformar a produtividade perdida diretamente em valor monetário. A unidade de tempo é multiplicada por um valor monetário conhecido – salário, por exemplo.³⁴

Dessa forma, a sociedade e os tomadores de decisão do setor de saúde podem comparar o valor da produtividade perdida com os investimentos em saúde e decidir, de forma mais acurada e precisa, valor dos medicamentos, programas de gerenciamento de doenças e de promoção de saúde.³⁴

Em virtude da complexidade que envolve o conceito presenteísmo e as incertezas relativas à sua quantificação e mensuração, alguns autores apresentam reservas com relação à sua tradução em desfechos econômicos, e afirmam que é necessária prudência na monetarização de estimativas de absenteísmo e presenteísmo. Apesar dos avanços recentes, a quantificação do presenteísmo continua a ser um trabalho em construção.³⁵

Os autores que defendem a monetarização dessas estimativas argumentam que o uso de transformação monetária pode ter um valor heurístico por colocar os resultados em perspectiva, por traduzir absenteísmo-presenteísmo em equivalentes de salário, ainda que com o reconhecimento de que esses equivalentes de salários são estimativas conservadoras para os verdadeiros custos financeiros da perda de produtividade para o empregador.³⁶

Instrumentos disponíveis para a língua portuguesa do Brasil

Dos instrumentos anteriormente apresentados, três deles foram traduzidos, adaptados culturalmente e validados para a língua portuguesa: WPAI,³⁷ WLQ³⁸ e SPS39.^{39, 40}

Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) – General Health Questionnaire

O WPAI-GH foi desenvolvido em 1993 por Reilly Associates para avaliar o efeito geral da saúde e sintomas específicos na produtividade no trabalho e fora dele.²³

Desde o seu desenvolvimento, o WPAI já foi traduzido para 48 línguas⁴¹ e teve sua validade de construto e reprodutibilidade avaliados.²³ Foi modificado para ser utilizado em doenças específicas^{2,41} como rinite, asma, alergias, doença

de refluxo gastroesofágico, dermatite crônica da mão,^{42,43} psoríase, espondilite anquilosante,⁴³ doença mental,⁴⁴ noctúria,⁴⁵ obesidade,⁴⁶ bexiga superativa,⁴⁷ dor⁴⁸ e síndrome das pernas inquietas.⁴⁹

No Brasil foram encontrados dois estudos que utilizaram esse instrumento. Um dos trabalhos mediu a perda de produtividade em funcionárias de um *call center* com diagnóstico de dismenorreia primária,⁵⁰ e o outro avaliou o desempenho profissional e doméstico de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico.⁵¹

O instrumento apresenta seis questões que perguntam se o indivíduo está atualmente empregado; o número de horas perdidas no trabalho devido a problemas de saúde; o número de horas perdidas devido a outras razões (ex.: férias, feriados); o número de horas realmente trabalhadas; o quanto os problemas de saúde afetam a produtividade enquanto se está trabalhando e quanto os problemas de saúde afetam as atividades diárias durante os últimos sete dias. As questões a respeito do efeito dos problemas de saúde na produtividade e nas atividades diárias são avaliadas em uma escala de 10 pontos, de 0 (nenhum efeito no trabalho) a 10 (problemas de saúde impedem a pessoa de trabalhar).⁷

As questões anteriores são computadas segundo regras de cálculo especificadas pelo criador do instrumento e produzem quatro escores: (1) percentual de tempo de trabalho perdido devido à saúde; (2) percentual de incapacidade enquanto trabalha devido à saúde; (3) percentual de incapacidade em atividades devido à saúde; e (4) percentual geral de incapacidade no trabalho devido à saúde.³⁴ Escores altos indicam grandes afastamentos ou grande incapacidade e menor produtividade.⁷

Esse instrumento consegue capturar absenteísmo e presenteísmo. E pode ser transformado em um valor monetário. Para isso, o escore percentual geral de limitação no trabalho deve ser multiplicado pela hora de salário do empregado, para se determinar o valor de produtividade perdida.

Work Limitations Questionnaire (WLQ)

O WLQ foi delineado para medir o grau de interferência dos problemas de saúde no desempenho em tarefas do trabalho e para estimar a produtividade perdida associada. O WLQ é um instrumento genérico de avaliação de presenteísmo.

Foi desenvolvido em um período de quatro anos, sendo disponibilizado para uso em 1999, após vários estudos fornecerem evidência de suas propriedades psicométricas (validade, confiabilidade e responsividade).^{24, 25} Foi utilizado em diferentes populações de trabalhadores e pacientes e numa variedade de condições de saúde.^{52,53,54,55,56,57,58} Já foi traduzido para 29 línguas.⁵⁹

Este questionário foi desenvolvido para aumentar a profundidade e extensão da informação sobre a incapacidade e produtividade perdida no traba-

lho. É um instrumento breve (25 itens), fácil de usar, leva em média de cinco a dez minutos para ser respondido quando autoadministrado e mede o impacto das doenças crônicas e dos tratamentos sobre o desempenho e produtividade de indivíduos que estejam atualmente empregados.^{24, 25}

Os 25 itens são agrupados em quatro escalas de limitação de trabalho: (1) gerência de tempo, (2) demanda física, (3) demanda mental-interpessoal e (4) demanda de produção. Em conjunto, elas abrangem o caráter multidimensional das funções desenvolvidas no emprego e conseguem refletir o aspecto importante de muitos problemas de saúde, os quais limitam os indivíduos na realização de algumas tarefas, mas não em outras. Elas podem elucidar quais os domínios em que o indivíduo tem suas funções limitadas.

A escala gerência de tempo é apresentada na questão 1, que contém cinco itens abordando dificuldades em cumprir horários e tarefas no tempo previsto. Na questão 2, a escala de demanda física é coberta por seis itens que avaliam a capacidade de realizar tarefas que exijam força corporal, resistência, movimento, coordenação e flexibilidade. A escala demanda mental-interpessoal engloba as questões 3 e 4, somando um total de nove itens. Seis itens avaliam a dificuldade em realizar tarefas cognitivas no trabalho e três itens abordam a dificuldade em interagir com pessoas no trabalho. A escala demanda de produção compreende a questão 5, com cinco itens que se referem a decréscimos na habilidade da pessoa de conseguir, em tempo hábil, a quantidade e qualidade de trabalho concluído necessárias.

Para se calcular o escore de uma escala, todas as respostas válidas são somadas e colocadas numa escala de 0 a 100. Cada escala apresenta um escore que varia de 0 (sem limitação) a 100 (todo tempo com limitação). O escore indica a porcentagem de tempo nas duas últimas semanas em que o indivíduo esteve limitado para realizar suas tarefas no trabalho. Um escore de 20, na escala demanda de produção, indica que o indivíduo esteve limitado em 20% do tempo que desenvolveu este tipo de tarefa.

Após o cálculo de todas as escalas é possível calcular o índice do WLQ, que é uma soma ponderada dos escores das quatro escalas (Gerência de tempo, Demanda física, Demanda mental-interpessoal, Demanda de produção).

O índice do WLQ resultante é então multiplicado por 100. Por exemplo, um índice igual a 0,05, multiplica-se por 100 e fica igual a 5. Este resultado é interpretado utilizando uma tabela fornecida pela autora do instrumento (Tabela 3). Um valor de índice igual a 5 significa que esse indivíduo apresenta uma redução na sua produtividade de 4,9% quando comparado a um indivíduo saudável. Assim, esse indivíduo terá que aumentar em 5,1% o número de horas trabalhadas para compensar a produtividade perdida.⁶⁰

Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)

A SPS-6 é uma escala genérica, resultante da *Stanford Presenteeism Scale-32*, desenvolvida para medir a relação entre presenteísmo, problemas de

Tabela 3 – Tabela de conversão para determinar o impacto da produtividade estimada das limitações no trabalho relacionadas à saúde baseadas no escore do índice do WLQ

Escore do índice do WLQ	% de decréscimo na produtividade (comparada aos saudáveis)	% de acréscimo nas horas de trabalho para compensar a produtividade perdida
0		
5	4,9	5,1
10	9,5	10,5
15	14,1	16,2
20	18,1	22,1
25	22,1	28,4
30	25,9	34,9
35	29,5	41,9
40	32,9	49,2
45	36,2	56,8
≥50	39,4	64,9

Legenda:

A coluna 1 corresponde ao escore do índice do WLQ e pode ser interpretada das seguintes formas:

- O percentual estimado de produtividade perdida comparada a um trabalhador saudável padrão (coluna 2); e/ou
- A quantidade estimada de horas de trabalho adicionais que seriam requeridas para produzir a quantidade equivalente de produção de um trabalhador saudável padrão (coluna 3).

saúde e perda de produtividade em trabalhadores. Sua versão original foi desenvolvida e validada na língua inglesa, em 2002.³²

Com base em questões que envolvem os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, a escala mede a capacidade do trabalhador de se concentrar e realizar o trabalho apesar de problemas de saúde. Constituída por seis questões dispostas em escala do tipo Likert com cinco respostas (1 – discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – não tenho certeza, 4 – concordo parcialmente, 5 – concordo totalmente), inclui duas dimensões de presenteísmo, com três itens cada. A primeira dimensão está relacionada ao construto de “trabalho realizado” e refere-se à quantidade de trabalho que é efetuada quando o trabalhador está sob a influência das causas de presenteísmo. A segunda dimensão diz respeito à “capacidade de concentração” frente aos sintomas de presenteísmo. A soma total dos seis itens produz um escore de presenteísmo que pode variar de 6 a 30. Pontuação baixa indica diminuição da produtivida-

de e qualidade do trabalho abaixo do normal. Pontuação elevada da SPS-6 indica que o trabalhador tem uma maior capacidade de concentrar-se e realizar o trabalho, apesar dos problemas de saúde.³²

A SPS-6 se destina a classificar os indivíduos de acordo com a sua incapacidade no trabalho. Não é fornecida indicação clara a respeito de como as respostas ordinais de indivíduos na SPS podem ser monetizadas.¹⁵

Conclusão

Este capítulo apresenta os principais conceitos da área de produtividade relacionada à saúde e descreve os instrumentos genéricos e específicos de mensuração de redução de produtividade disponíveis na literatura. Dos 13 instrumentos apresentados anteriormente, três (WPAI, HLQ e MWPLQ) são capazes de transformar a produtividade perdida diretamente em valor monetário e dois (WPAI e WLQ) estão validados e disponíveis para uso no Brasil.

A maioria dos instrumentos localizados foi desenvolvida recentemente e muitas propriedades psicométricas não foram avaliadas até o presente momento. Sendo assim, existe a necessidade de avaliar a acurácia e utilidade desses instrumentos em nosso País.

É importante lembrar que a área de produtividade relacionada à saúde é um campo dinâmico e em desenvolvimento constante. Instrumentos são constantemente revisados e outros novos estão sendo criados regularmente. Dessa forma, é necessária uma investigação contínua para se manter atualizado no assunto.

Referências

1. Schultz AB, Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007;17(3):547-79.
2. Prasad M, Wahlqvist P, Shikhar R, Shih YC. A review of self-report instruments measuring health-related work productivity: a patient-reported outcomes perspective. *Pharmacoeconomics.* 2004;22(4):225-44.
3. Mankiw NG. Introdução à economia – Tradução da 6.^a edição norte-americana: Cengage Learning; 2014.
4. O'Donnell MP. Health and productivity management: the concept, impact, and opportunity: commentary to Goetzel and Ozminkowski. *Am J Health Promot.* 2000;14(4):215-7.
5. O'Donnell MP. Employer's financial perspective on workplace health promotion. O'Donnell MP, editor. Albany, NY: Delmar; 2002. 614 p.
6. Brandt-Rauf P, Burton WN, McCunney RJ. Health, productivity, and occupational medicine. *J Occup Environ Med.* 2001;43(1):1.
7. Boles M, Pelletier B, Lynch W. The relationship between health risks and work productivity. *J Occup Environ Med.* 2004;46(7):737-45.

8. Burton WN, Conti DJ. The real measure of productivity. *Bus Health.* 1999;17(11):34-6.
9. Koopmanschap MA, Rutten FF, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *J Health Econ.* 1995;14(2):171-89.
10. Burton WN, Pransky G, Conti DJ, Chen CY, Edington DW. The association of medical conditions and presenteeism. *J Occup Environ Med.* 2004;46(6 Suppl):S38-45.
11. Evans CJ. Health and work productivity assessment: state of the art or state of flux? *J Occup Environ Med.* 2004;46(6 Suppl):S3-11.
12. Greenberg PE, Birnbaum HG, Kessler RC, Morgan M, Stang P. Impact of illness and its treatment on workplace costs: regulatory and measurement issues. *J Occup Environ Med.* 2001;43(1):56-63.
13. Ozminkowski RJ, Goetzel RZ, Chang S, Long S. The application of two health and productivity instruments at a large employer. *J Occup Environ Med.* 2004;46(7):635-48.
14. Lynch W, Riedel JE. Measuring employee productivity: a guide to self-assessment tools. Institute for health and productivity management. 2001.
15. Despiéglé N, Danchenko N, François C, Lensberg B, Drummond MF. The use and performance of productivity scales to evaluate presenteeism in mood disorders. *Value Health.* 2012;15(8):1148-61.
16. Noben CY, Evers SM, Nijhuis FJ, Rijk AE. Quality appraisal of generic self-reported instruments measuring health-related productivity changes: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014;14:115.
17. Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G, Newberry SJ. A review of methods to measure health-related productivity loss. *Am J Manag Care.* 2007;13(4):211-7.
18. Loeppke R, Hymel PA, Lofland JH, Pizzi LT, Konicki DL, Anstadt GW, et al. Health-related workplace productivity measurement: general and migraine-specific recommendations from the ACOEM Expert Panel. *J Occup Environ Med.* 2003;45(4):349-59.
19. Alexander M, Berger W, Buchholz P, Walt J, Burk C, Lee J, et al. The reliability, validity, and preliminary responsiveness of the Eye Allergy Patient Impact Questionnaire (EAPIQ). *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:67.
20. Chassany O, Sagnier P, Marquis P, Fullerton S, Aaronson N. Patient-reported outcomes: the example of health-related quality of life – a European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Inform J.* 2002;36:209-38.
21. Kaplan RM, Saccuzzo DP. Psychological testing: principles, applications, and issues. 7^a ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2009.
22. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use New York. NY: Oxford University Press; 2003.
23. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics.* 1993;4(5):353-65.
24. Lerner D, Amick BC, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K, Cynn D. The Work Limitations Questionnaire. *Med Care.* 2001;39(1):72-85.
25. Lerner, D. J., Amick, B. C., Malspeis, S., Rogers, W. H. A national survey of health-related work limitations among employed persons in the United States. *Disabil Rehabil.* 2000;22(5):225-32.
26. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 2003;45(2):156-74.
27. Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, et al. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med.* 2003;45(12):1303-11.

28. Kessler RC, Ames M, Hymel PA, Loeppke R, McKenas DK, Richling DE, et al. Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *J Occup Environ Med.* 2004;46(6 Suppl):S23-37.
29. Shikiar R, Halpern MT, Rentz AM, Khan ZM. Development of the Health and Work Questionnaire (HWQ): an instrument for assessing workplace productivity in relation to worker health. *Work.* 2004;22(3):219-29.
30. Halpern MT, Shikiar R, Rentz AM, Khan ZM. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tob Control.* 2001;10(3):233-8.
31. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):13-6.
32. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS., et al. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med.* 2002;44(1):14-20.
33. van Roijen L, Essink-Bot ML, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FF. Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. *Int J Technol Assess Health Care.* 1996;12(3):405-15.
34. Lofland JH, Pizzi L, Frick KD. A review of health-related workplace productivity loss instruments. *Pharmacoeconomics.* 2004;22(3):165-84.
35. Cyr A, Hagen S. Measurement and quantification of presenteeism. *J Occup Environ Med.* 2007;49(12):1299-300.
36. Loeppke R, Taitel M, Richling D, Parry T, Kessler R, Hymel P, et al. Measurement and quantification of presenteeism. *Occup Environ Med.* 2007;49(12):1300-01.
37. Ciconelli RM, Soárez PC, Kowalski CC, Ferraz MB. The Brazilian Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment: General Health (WPAI-GH) Questionnaire. *Sao Paulo. Med J.* 2006;124(6):325-32.
38. Soárez PC, Kowalski CC, Ferraz MB, Ciconelli RM. [Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Work Limitations Questionnaire]. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(1):21-8.
39. Frauendorf R, Medeiros PM, Ciconelli RM. Translation into Brazilian Portuguese, cross-cultural adaptation and validation of the Stanford presenteeism scale-6 and work instability scale for ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2013.
40. Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MT, Bandeira de Mello DC. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(1):388-95.
41. Reilly Associates Health Outcomes Research. Work Productivity Studies. Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) 2009. [Acessado em: 09 de jun. 2015]. Disponível em: http://www.reillyassociates.net/WPAI_References5.html
42. Reilly MC, Lavin PT, Kahler KH, Pariser DM. Validation of the Dermatology Life Quality Index and the Work Productivity and Activity Impairment-Chronic Hand Dermatitis questionnaire in chronic hand dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48(1):128-30.
43. Haibel H, Song IH, Rudwaleit M, Listing J, Hildemann S, Sieper J. Multicenter open-label study with infliximab in active ankylosing spondylitis over 28 weeks in daily practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26(2):247-52.
44. Erickson SR, Guthrie S, Vanetten-Lee M, Himle J, Hoffman J, Santos SF, et al. Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2009;26(12):1165-71.
45. Kobelt G, Borgström F, Mattiasson A. Productivity, vitality and utility in a group of healthy professionally active individuals with nocturia. *BJU Int.* 2003;91(3):190-5.
46. Rodbard HW, Fox KM, Grandy S, Group SS. Impact of obesity on work productivity and role disability in individuals with and at risk for diabetes mellitus. *Am J Health Promot.* 2009;23(5):353-60.

47. Zinner N, Noe L, Rasouliyan L, Marshall T, Seifeldin R. Impact of solifenacin on resource utilization, work productivity and health utility in overactive bladder patients switching from tolterodine ER. *Curr Med Res Opin.* 2008;24(6):1583-91.
48. Kronborg C, Handberg G, Axelsen F. Health care costs, work productivity and activity impairment in non-malignant chronic pain patients. *Eur J Health Econ.* 2009;10(1):5-13.
49. Trenkwalder C, Garcia-Borreguero D, Montagna P, Lainey E, de Weerd AW, Tidswell P, et al. Ropinirole in the treatment of restless legs syndrome: results from the TREAT RLS 1 study, a 12 week, randomised, placebo controlled study in 10 European countries. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75(1):92-7.
50. Passos RBF, Araújo DV, Ribeiro CP, Marinho T. Prevalência de dismenorrea primária e seu impacto sobre a produtividade em mulheres brasileiras – estudo DI-SAB. *Rev Bras Med.* 2008;65(8):250-3.
51. Martins LC, Ferreira Filho C, Giglio AD, Munhoes DA, Trevizan LLB, Herbst LG, et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(2):158-62.
52. Allaire S, Wolfe F, Niu J, Lavalley M, Michaud K. Work disability and its economic effect on 55-64-year-old adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2005;53(4):603-8.
53. Beaton DE, Kennedy CA. Beyond return to work: testing a measure of at-work disability in workers with musculoskeletal pain. *Qual Life Res.* 2005;14(8):1869-79.
54. Burton WN, Chen CY, Schultz AB, Conti DJ, Pransky G, Edington DW. Worker productivity loss associated with arthritis. *Dis Manag.* 2006;9(3):131-43.
55. Lerner D, Amick BC, Lee JC, Rooney T, Rogers WH, Chang H, et al. Relationship of employee-reported work limitations to work productivity. *Med Care.* 2003;41(5):649-59.
56. Lerner D, Adler DA, Chang H, Berndt ER, Irish JT, Lapitsky L, et al. The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *J Occup Environ Med.* 2004;46(6 Suppl):S46-55.
57. Walker N, Michaud K, Wolfe F. Work limitations among working persons with rheumatoid arthritis: results, reliability, and validity of the work limitations questionnaire in 836 patients. *J Rheumatol.* 2005;32(6):1006-12.
58. Wolfe F, Michaud K, Choi HK, Williams R. Household income and earnings losses among 6,396 persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2005;32(10):1875-83.
59. PROQOLID Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database. [Acessado em: 05 de jul 2014]. Disponível em: http://www.proqolid.org/instruments/work_limitations_questionnaire_wlq.
60. Lerner D, Rogers WH, Chang H. Scoring the Work Limitations Questionnaire (WLQ) Scales and the WLQ Index for Estimating Work Productivity Loss. Boston, Mass: New England Medical Center; 2003.

9 Síndrome de *burnout* em profissões não assistenciais

MÔNICA KAYO

1. Introdução

Burnout é a resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais no trabalho, e compreende três dimensões: exaustão emocional, cinismo e diminuição da eficácia no profissional.¹ A exaustão é a dimensão mais individual do *burnout* e refere-se ao esgotamento dos recursos físicos e emocionais. O cinismo representa o contexto interpessoal, em que ocorre piora dos relacionamentos, causada pela impaciência, distanciamento e sentimentos negativos. A ineficácia profissional representa a autoavaliação do *burnout*, quando o indivíduo sente-se incompetente, frustrado, incapaz de atingir as metas pessoais e da corporação.¹

As primeiras pesquisas sobre *burnout* foram feitas na década de 1970, em profissões assistenciais e com grande contato humano, como os profissionais de saúde e professores; o foco das pesquisas era a díade provedor de serviço-receptor,² e as pesquisas eram mais descritivas e qualitativas. Na década de 1980, estudos com metodologia mais sistemática começaram a ser feitos em maior quantidade. Foi desenvolvido o *Maslach Burnout Inventory* (MBI),³ instrumento que ainda hoje é um dos mais utilizados na pesquisa do *burnout*, e que leva em consideração as três dimensões mencionadas anteriormente. Na década de 1990, por causa do interesse pelo *burnout* em todas as profissões, mesmo aquelas não claramente orientadas ao relacionamento interpessoal, foi criada a versão da MBI para serviços gerais (MBI-GS).¹

O *burnout* é um sério problema de saúde pública, que aumenta a morbimortalidade por diversas causas, entre elas infarto, diabetes, depressão e acidentes de trabalho, além de estar diretamente relacionado ao absenteísmo.^{4,5} Não se conhece a prevalência no *burnout*, pois esta varia amplamente nos diferentes estudos, além de variar de acordo com o tipo de trabalho.^{4,6,7}

2. Sintomas do *burnout* em profissões não assistenciais

2.1. *Exaustão emocional*

A exaustão é o sintoma mais marcante do *burnout*. Quando um indivíduo diz estar com *burnout*, refere-se especialmente à exaustão não apenas emocional, mas também física. Essa exaustão é observável por meio de sintomas como dificuldade de concentração, cansaço, fadiga, insônia e alterações do humor.¹ Quanto às alterações do humor, a sintomatologia depressiva, de fato, sobrepõe-se à exaustão emocional⁷ e talvez isso tenha contribuído para o menor interesse dos psiquiatras no assunto, visto que aparentemente não havia necessidade de se ter o *burnout* como um diagnóstico à parte, dada a sobreposição deste com a depressão e o transtorno adaptativo.⁸ Alguns autores chegaram a propor que apenas a exaustão emocional seria suficiente para o diagnóstico do *burnout*. De certa forma, essa ideia se reflete na classificação internacional de doenças, em que o diagnóstico tido como representativo da síndrome do *burnout* é o Z-73.0, que cita a “sensação de estar acabado” ou “síndrome do esgotamento profissional”. Entretanto, se levarmos em conta apenas esse aspecto, perdemos a chance de compreender o fenômeno, pois sendo o *burnout* um estresse ocupacional dentro de uma organização, seu efeito nas relações interpessoais tem impacto significativo.

2.2. *Cinismo*

O cinismo se reflete, numa organização, como a dificuldade em liderar uma equipe, desinteresse, desmotivação, frieza, pessimismo exagerado, respostas frias e impessoais aos colegas de equipe.

Dentro de uma mesma organização há áreas mais propensas ao *burnout* na dimensão do cinismo; por exemplo, em instituições bancárias, os funcionários que trabalham nas filiais, em contato direto com o público, são mais propensos ao *burnout* que os trabalhadores do escritório central.⁶ O distanciamento emocional, ou indiferença, característico do cinismo, parece ser uma reação à exaustão, pois dessa forma o indivíduo protege-se das demandas da equipe ou clientes.¹

2.3. *Ineficácia profissional*

Após a exaustão e o cinismo, ou talvez decorrente da combinação de ambos, surge a ineficácia profissional, uma autoavaliação do indivíduo que o leva a crer-se incompetente, provedor de um trabalho sem sentido que não o satisfaz e nem é relevante para a organização. Algumas teorias apontam a origem do *burnout* como uma sequência em que a exaustão antecede o cinismo, enquanto outras apontam a exaustão emocional como a primeira fase; a relação sequencial entre a ineficácia profissional e as outras dimensões não é claramente estabelecida. Com a síndrome de *burnout* já instalada, o indivíduo pode

procurar ajuda psiquiátrica, seja por iniciativa própria ou por recomendação de colegas e familiares, com a hipótese diagnóstica de depressão ou “estafa”. Outro desfecho, infelizmente comum, é a demissão, precipitada pela ineficácia profissional e ausências frequentes no trabalho.

Há poucos estudos clínicos sobre o *burnout*, e estudos longitudinais são praticamente inexistentes,⁹ o que resulta em pouco conhecimento da duração dos sintomas e sua evolução natural.

3. Fatores de risco do *burnout*

Os fatores de risco para o *burnout* podem ser individuais, organizacionais, ocupacionais e sociais.⁷

3.1. Fatores relacionados à personalidade

Pessoas pouco receptivas a mudanças e pouco participativas são particularmente mais sensíveis à exaustão emocional.¹ A exaustão emocional está também relacionada mais fortemente a pessoas com comportamento tipo A (competitividade, hostilidade e necessidade excessiva de controle). Em termos junguianos, há indicativos de que personalidades do tipo “sentimento” são mais propensas ao *burnout*, em comparação às do tipo “pensamento”, especialmente na dimensão do cinismo.¹ Pessoas com locus de controle externo, ou seja, aquelas que atribuem os acontecimentos a poderes externos ou ao acaso, têm maior risco de *burnout*. Por outro lado, indivíduos menos passivos, que enfrentam as dificuldades, apresentam índices menores de *burnout*.^{1,7,10} Excesso de idealismo e perfeccionismo também são fatores de risco para o *burnout*. Expectativas muitas altas, independentemente de serem ou não realistas, constituem fatores de risco.¹

3.2. Fatores relacionados às organizações

Nas organizações, entre as características que geram *burnout* estão o excesso de burocracia, mudanças organizacionais frequentes, ambiente com pouca confiança, pouca possibilidade de ascensão na carreira e o ambiente emocionalmente inóspito (ex: muita competitividade, assédio moral). A intenção de deixar o emprego é um preditor mais forte do risco de *burnout* que a própria rotatividade, pois esta pode ser influenciada por fatores externos.¹⁰ Não é nenhuma surpresa o achado de pesquisadores apontando que um alto índice de insatisfação com trabalho é preditivo não apenas de *burnout*, mas também de rotatividade no emprego.¹⁰

3.3. Fatores ocupacionais

A ocupação do indivíduo pode certamente contribuir para um maior risco de *burnout*, especialmente em casos de sobrecarga de tarefas, pouco con-

trole sobre os acontecimentos, pouca participação nas decisões, trabalhos por turnos e funções do cargo pouco definidas. Ambiente físico hostil, como, por exemplo, exposição excessiva a ruídos ou violência, também aumenta o risco de *burnout*.

Posições com maior contato com o público apresentam maior incidência de *burnout*.⁶

3.4. Fatores psicossociais

Fatores psicossociais que aumentam o risco de *burnout* incluem a falta de suporte familiar e a necessidade de manutenção do status social, em detrimento de um salário insuficiente.⁷

A manutenção do status social é geradora de muita ansiedade no ambiente competitivo das corporações, em que as comparações entre benefícios de determinadas posições causam constantes frustrações. As culturas empresariais fomentam a ideia de que praticamente qualquer um pode chegar às posições de liderança nas empresas, quando na realidade apenas poucos alcançarão tais metas, cabendo aos demais lidar com a frustração. Por isso, a valorização do indivíduo na companhia em todos os setores é fundamental. O estresse causado pela competição excessiva pode gerar uma situação de estresse crônico e *burnout*.

Entre os dados demográficos, a faixa etária entre 30 e 40 anos é a mais acometida, mas é difícil concluir a influência da idade, pois o risco pode estar associado ao momento na carreira comum em determinadas faixas etárias.¹

Em alguns estudos foi observado que a alta escolaridade estava associada ao maior risco de *burnout*, possivelmente pelas maiores expectativas profissionais.

Mulheres em cargos executivos e de liderança podem apresentar maior risco de *burnout* que seus pares masculinos, por ainda serem minoria em muitas empresas e por desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional. As mulheres tendem a assumir maior responsabilidade que os homens em relação à criação dos filhos e acabam se sobrecarregando. Em um estudo qualitativo, mulheres afastadas do trabalho por problemas de saúde (incluindo o *burnout*) disseram que uma das vantagens de seus pares do sexo masculino era “ter uma esposa em casa”,¹¹ além disso, é comum mulheres se sentirem culpadas por não darem uma quantidade de atenção que considerem suficiente no convívio com os filhos.

4. Etiologia e fisiopatologia

O *burnout* é multifatorial, resultado de agentes estressores relacionados às relações de trabalho, à sobrecarga, ao ambiente, à vulnerabilidade biológica e à personalidade.

Do ponto de vista biológico, Tops et al. formularam a hipótese do mau funcionamento do sistema dopaminérgico no *burnout*, dada a semelhança entre o *burnout* e a depressão atípica.¹² A diminuição da neurotransmissão dopaminérgica poderia estar associada a sintomas de fadiga, depressão e indiferença. Além da disfunção dopaminérgica, é possível que o sistema serotoninérgico também esteja envolvido na fisiopatogenia do *burnout*. Os autores descreveram o *burnout* como duas possíveis síndromes, uma com altos níveis de prolactina e outra com níveis normais.¹²

O estresse crônico, como sabemos, leva a alterações fisiológicas. Um estudo avaliou as diferenças fisiológicas entre voluntários saudáveis e indivíduos com diagnóstico de *burnout*.¹³ Os indivíduos com *burnout* apresentaram maior frequência cardíaca em repouso e níveis de cortisol mais elevado na primeira hora após o despertar, o que possivelmente indica ativação sustentada dos eixos simpático-noradrenérgico-medular e hipotálamo-hipófise-adrenal. Não houve diferenças em relação à pressão arterial e níveis de cortisol em repouso.¹³

5. Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome de *burnout* é baseado na história do paciente e na evolução relacionada ao estresse crônico no trabalho. Por ser uma síndrome com sintomas inespecíficos, ocorre uma sobreposição com diversas outras síndromes psiquiátricas, como a depressão, o transtorno adaptativo e o transtorno de ansiedade generalizada, entre outros. Não existem critérios validados para o diagnóstico da síndrome de *burnout*.

A síndrome de *burnout* está incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com o código Z-73.0 (síndrome do esgotamento profissional), dentro da categoria “problemas relacionados com a organização do modo de vida”. De modo geral, a psiquiatria, como ciência médica, não tem dado muito valor ao diagnóstico de *burnout*, seja pela sobreposição com outras síndromes, seja pelo fato do *burnout* ser visto mais como um fator de risco para outros transtornos psiquiátricos;⁸ por isso, são escassos os estudos clínicos sobre o tratamento médico do *burnout*. Entretanto, é bem provável que o *burnout* seja uma entidade clínica distinta da depressão, com maior ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que esta; o fato das doenças relacionadas ao estresse crônico frequentemente não serem consideradas “doenças legítimas” pode levar ao não tratamento, ou ao mesmo tratamento de síndromes cujos sintomas se sobrepõem ao *burnout*, como a ansiedade e depressão.¹⁴

Uma revisão sistemática de artigos abordando o diagnóstico e diagnóstico diferencial do *burnout* mostrou que falta uma padronização das ferramentas e critérios, e que atualmente o diagnóstico baseia-se na opinião médica.⁹

6. Tratamento

Atualmente, não existe um tratamento de escolha para o *burnout*. Isso decorre de vários fatores: a falta de critérios diagnósticos claros, que dificulta as pesquisas clínicas, a sobreposição com vários transtornos psiquiátricos e a etiologia multifatorial, que supõe uma abordagem biopsicossocial, com ajuste dos fatores estressores. Não existe um tratamento medicamentoso indicado para o *burnout*; um estudo duplo-cego sugeriu que a hidrocortisona pode ser benéfica em indivíduos com *burnout* apresentando hipofunção dopaminérgica e altos níveis de prolactina; tal estudo, entretanto, foi feito em uma população muito pequena, e ainda carece de replicação.¹² Sendo o *burnout* uma síndrome com vários sintomas que se sobrepõem à depressão, ou ainda, que pode evoluir para um quadro depressivo, o tratamento com antidepressivos pode trazer alívio dos sintomas, mas a quantidade de estudos clínicos é escassa.

É digno de nota o fato de que muitas abordagens têm como foco apenas o indivíduo. O tratamento ideal do *burnout*, entretanto, deve focar a interação do profissional na organização em que trabalha. É importante mudar o indivíduo e também a organização, o que é difícil e muitas vezes impossível, por isso a prevenção é fundamental.

Várias intervenções educacionais já foram testadas, tais como o gerenciamento de tempo, o *team-building*, treinamento de assertividade e de habilidades sociais; raramente tais programas têm bons resultados no cinismo ou na ineficácia, agindo apenas na exaustão emocional.¹

Mudanças nos fatores ambientais e organizacionais são fundamentais para a redução do *burnout*. Várias evidências apontam que as melhores estratégias incluem mudanças nas práticas gerenciais combinadas às intervenções educacionais mencionadas anteriormente. Quando a mudança a curto prazo do ambiente é impossível, afastamento do ambiente de trabalho pode reduzir o estresse, seja sob forma de férias, *home-office*, viagens de trabalho ou períodos sabáticos.

As pausas no trabalho, breves ou longas, aumentam o bem-estar, diminuem o *burnout* e ajudam a recuperação da eficácia no trabalho. Um estudo interessante, com grupo controle, mostrou o valor dos períodos sabáticos no alívio do *burnout*.¹⁵ Nesse estudo, foi observada a importância de um distanciamento efetivo do trabalho durante a pausa, com a eliminação do uso de meios de comunicação como emails e celulares. Consistente com a eficácia do afastamento da rotina, períodos sabáticos que cursam com mudança do tipo de atividade, juntamente com afastamento da residência habitual, podem, além de diminuir o *burnout*, aumentar o bem-estar.¹⁵ Períodos sabáticos não são práticas comuns nas corporações, por isso as férias constituem uma pausa de grande valor para o combate ao estresse e *burnout*. Até mesmo viagens de trabalho podem contribuir para a diminuição do estresse e

burnout, como mostrou um estudo que avaliou funcionários de empresas de alta tecnologia¹⁰ dias antes, durante, e após as viagens de trabalho internacionais.¹⁶ Certamente tais resultados não podem ser generalizados, e atualmente há necessidade de pesquisas metodologicamente mais rigorosas sobre o tratamento do *burnout*.

7. Conclusões

A síndrome de *burnout* existe em todas as profissões, e não apenas as assistenciais.

É fundamental a prevenção e manejo da síndrome, tanto no aspecto individual como organizacional.

Mais estudos com metodologia rigorosa são necessários.

Referências

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
2. Freudenberg M. Staff burn-out. *Journal of Social Issues.* 1974;30:159-66.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 2:99-113.
4. Ahola K, Salminen S, Toppinen-Tanner S, Koskinen A, Vaananen A. Occupational burnout and severe injuries: an eight-year prospective cohort study among Finnish forest industry workers. *J Occup Health.* 2013; 55(6):450-7.
5. Ahola K, Vaananen A, Koskinen A, Kouvonen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *J Psychosom Res.* 2010; Jul; 69(1):51-7.
6. Amigo I, Asensio E, Menendez I, Redondo S, Ledesma JA. Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema.* 2014; 26(2):222-6.
7. Trigo TR, Chei TT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin.* 2007; 34(5):223-33.
8. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108(46):781-7.
9. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess.* 2010;6:9.
10. Lin QH, Jiang CQ, Lam TH. The Relationship between Occupational Stress, Burnout, and Turnover Intention among Managerial Staff from a Sino-Japanese Joint Venture in Guangzhou, China. *J Occup Health.* 2014; 19;55(6):458-67.
11. Sandmark H, Renstig M. Understanding long-term sick leave in female white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2010; 10:210.
12. Tops M, Boksem MA, Wijers AA, van Duinen H, Den Boer JA, Meijman TF, et al. The psychobiology of burnout: are there two different syndromes? *Neuropsychobiology.* 2007; 55(3-4):143-50.

13. De Vente W, Olf M, Van Amsterdam JG, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occup Environ Med.* 2003; 60:Suppl1:i54-61.
14. Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. *Int J Occup Med Environ Health.* 2013; 26(3):401-12.
15. Davidson OB, Eden D, Westman M, Cohen-Charash Y, Hammer LB, Kluger AN, et al. Sabbatical leave: who gains and how much? *J Appl Psychol.* 2010; 95(5):953-64.
16. Westman M, Etzion D. The Impact of Short Overseas Business Trips on Job Stress and Burnout. *Applied Psychology.* 2002; 51(4):582-92.

10 Absenteísmo-doença por transtornos mentais e comportamentais: fatores associados ao afastamento, tempo para retorno ao trabalho e impacto na Previdência Social

JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR
FRIDA MARINA FISCHER

Introdução

As ausências ao trabalho por doença estão associadas à redução da produtividade e importantes repercussões econômicas. A União Europeia estimou perdas de 1,5% a 4,0% do Produto Interno Bruto (PIB) entre as nações do seu bloco econômico, em decorrência de doenças, acidentes ou lesões incapacitantes que acometem seus trabalhadores.¹

O absenteísmo-doença é conceituado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como “o período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez normal ou prisão”.² Essas ausências podem decorrer por motivos relacionados ou não ao trabalho e seus dados consolidados têm sido usados como um indicador da saúde dos trabalhadores.^{3,4} O conhecimento sobre os preditores do absenteísmo-doença é relevante na instituição de programas eficazes de prevenção de morbidade e mortalidade.⁵

Scheil-Adlung e Sandner (2010)⁶ relataram que 14,5% dos trabalhadores europeus recebiam remuneração em decorrência de ausência por doença. Ainda na mesma publicação, é mencionado que trabalhadores franceses se ausentavam do trabalho por oito dias e os suecos 22 dias, em média. Os adoecimentos incapacitantes, que justificam ausência do trabalho, acometiam 7% dos noruegueses em um dia útil.⁷ Recente estudo populacional brasileiro indicou que 13,5% de trabalhadores já precisaram faltar ao trabalho devido a problemas de saúde.⁸

Os transtornos mentais e comportamentais (TMC) estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho. Os casos leves causam perdas anuais médias de quatro dias de trabalho e os graves, cerca de 200 dias de trabalho. Esses quadros são frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo ao absenteísmo pela doença e presenteísmo, com redução de produtividade.^{9,10}

Os trabalhadores com adoecimento mental incapacitante demoram mais tempo para ser reinseridos no mercado de trabalho do que os portadores de outras patologias.¹¹ O impacto socioeconômico dos TMCs é relevante e ações de prevenção de tais agravos ainda representam desafios aos programas de promoção à saúde.

Fatores associados ao absenteísmo por transtornos mentais e tempo para retornar ao trabalho

O processo saúde-doença capaz de levar ao absenteísmo-doença é complexo e requer análise de diversas variáveis. Autores propuseram um método no qual são estruturados níveis hierárquicos: fatores distais (antecedentes) influenciam os fatores proximais (aqueles que agem de maneira mais direta sobre o desfecho).¹² Nos níveis mais distais no modelo estarão as características sociais e demográficas. No nível intermediário I são incluídos os hábitos e estilos de vida do trabalhador. Em nível intermediário II, as características ocupacionais (atuais e prévias). No nível proximal, as condições de saúde do indivíduo. Todos os níveis interagem entre si e influenciariam diretamente o desencadeamento do adoecimento.^{12,13}

Entre as variáveis associadas ao afastamento do trabalho por adoecimento, independentemente de sua duração ou diagnóstico, estão: aspectos sociodemográficos, como o sexo feminino,^{7,14} idade avançada, ser solteiro, baixa escolaridade, baixo padrão socioeconômico;¹⁵ estilo de vida, como o hábito de alto consumo de álcool e/ou tabagismo;^{15,16} fatores adversos externos ao trabalho, como dificuldades financeiras e pouco apoio social doméstico;¹⁶ condições de trabalho, como trabalho em turnos vespertino-noturno e noturno,¹⁷ tipo de emprego e tempo na função,¹⁸ mais de um vínculo de trabalho e ter vínculo de trabalho como servidor público, trabalho com cargas físicas extenuantes, ritmo acelerado de trabalho, condições ambientais desfavoráveis¹⁵ e fatores psicossociais, como baixo controle sobre o ritmo, variabilidade e uso de habilidades no trabalho, além do apoio social;¹⁶ condições de saúde, como autopercepção de saúde, como sendo ruim¹⁹ e índice de massa corporal acima do padrão eutrófico.^{15,16}

Em revisão sistemática sobre estudos globais que avaliaram fatores associados ao afastamento do trabalho por TMC concluiu-se que não há significativo consenso sobre as variáveis dos diversos níveis hierárquicos.²⁰ Em recente estudo brasileiro com trabalhadores que solicitaram benefício previdenciário por longo absenteísmo decorrente de TMC, encontraram-se múltiplos fatores associados: ser um trabalhador do sexo feminino, ter escolaridade elevada, considerar sua cor da pele como branca, relatar alto consumo de fumo e ingestão excessiva de álcool, ter vínculo com empresa estatal, estar exposto à violência no trabalho, relatar trabalho de alta exigência com baixo apoio social, desequilíbrio esforço-recompensa com elevado comprometimento com o trabalho e atendimento médico por mais

Quadro 1. Distribuição do número de concessões anuais de benefícios auxílio-doença por qualquer motivo, número de benefícios auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais (espécies previdenciária e acidentária) e taxas destes benefícios em relação ao geral, 2008-2011, Brasil

Anos	2008	2009	2010	2011
Concessão de novos benefícios auxílio-doença	2.163.063	2.043.029	2.228.622	2.342.058
Auxílio-doença por TMC*	210.732	190.372	201.012	211.080
Taxa de TMC entre os auxílios-doença	9,74%	9,32%	9,02%	9,01%
B31** por TMC	197.914	176.894	188.862	198.743
Taxa de B31 entre os auxílios-doença por TMC	93,92%	92,92%	93,96%	94,16%
B91*** por TMC	12.818	13.478	12.150	12.337
Taxa de B91 entre os auxílios-doença por TMC	6,08%	7,08%	6,04%	5,84%

*TMC = transtornos mentais e comportamentais; **B31 = auxílio-doença previdenciário; ***B91 = auxílio-doença acidentário.

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2009, 2010, 2011, 2012).

de dois diagnósticos no último ano, apresentaram chances mais elevadas de transtornos mentais e comportamentais serem o motivo da incapacidade laboral.²¹

O tempo de afastamento também é um importante ponto de análise. Quanto mais longo o afastamento, maior dificuldade terá o trabalhador para planejar seu futuro, além de que poderá haver perda da sua identidade profissional.²² O afastamento por prazo superior a 90 dias é preditivo de dificuldades para o retorno ao trabalho. Na Dinamarca, detectou-se que 12,7% de pessoas afastadas do trabalho por transtornos mentais não haviam retornado ao trabalho após um ano de acompanhamento.²³

Entre as variáveis descritas como influenciadoras sobre o tempo de afastamento após um episódio de ausência ao trabalho por TMC, descrevem-se características sociodemográficas, aspectos ocupacionais e condição de saúde. Há evidências de que a idade seja fator associado,²⁰ pois pessoas consideradas jovens²⁴ ou com idade menor que 50 anos¹⁰ apresentam uma maior probabilidade de retorno ao trabalho. A escolaridade elevada¹⁰ e ter condição conjugal de divorciado²⁵ diminuem a probabilidade do retorno ao trabalho. Há divergência a respeito da importância da variável sexo. Nystuen et al. (2001)²⁴

Quadro 2. Distribuição do valor de gastos iniciais com novos benefícios auxílio-doença por qualquer motivo, valor dos gastos iniciais com novos benefícios auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais (espécies previdenciária e acidentária) e taxas dos gastos destes benefícios em relação ao geral, 2008-2011, Brasil

Anos	2008	2009	2010	2011
Gasto inicial com novos benefícios auxílio-doença em geral (em milhares de reais)	1.549.220	1.583.061	1.856.693	2.087.056
Gasto inicial com novos benefícios auxílio-doença por TMC* (em milhares de reais)	175.186	168.145	190.029	213.104
Taxa dos gastos de TMC entre os auxílios-doença	11,30%	10,60%	10,20%	10,20%
Gasto inicial com novos B31** por TMC (em milhares de reais)	162.113	153.378	175.360	196.938
Taxa de B31 entre os auxílios-doença por TMC	92,50%	91,20%	92,30%	92,40%
Gasto inicial com novos B91*** por TMC (em milhares de reais)	13.073	14.767	14.669	16.166
Taxa de B91 entre os auxílios-doença por TMC	7,50%	8,80%	7,70%	7,60%

*TMC = transtornos mentais e comportamentais; **B31 = auxílio-doença previdenciário; ***B91 = auxílio-doença acidentário.

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social (2009, 2010, 2011, 2012).

consideram o sexo feminino como mais propício ao retorno e Cheadle et al. (1994)²⁵ consideram o sexo masculino. O baixo status social está associado a um retorno ao trabalho mais rápido nos casos de distúrbios emocionais, neuróticos, somatoformes ou relacionados ao estresse.²⁶

Sobre as variáveis ocupacionais, a percepção de estar exposto a más condições ambientais de trabalho diminui a probabilidade do retorno ao trabalho.²⁷ Fatores psicossociais no trabalho, tais como o baixo apoio social da supervisão, são descritos como relacionados a um maior tempo de afastamento, mas considerado de evidência limitada.²⁰

Quanto à doença, o tipo do diagnóstico de TMC influencia no tempo de afastamento. Trabalhadores deprimidos ou ansiosos são menos propícios para

retornar ao trabalho;¹⁰ quadros de estresse e *burnout* são mais favoráveis ao retorno ao trabalho.²³ A presença de comorbidades físicas e mentais diminui a probabilidade de retorno ao trabalho em portadores de quadros ansiosos não relacionados ao trabalho.²⁸

A presença de absenteísmo prévio está associada a um maior tempo de afastamento.²³ A elevada expectativa alegada pelo trabalhador acerca da perspectiva de retorno ao trabalho é preditora de menor duração de afastamento por TMC.^{23,29}

Epidemiologia do absenteísmo-doença por adoecimento mental e os impactos na Previdência Social

Enquanto curtos períodos de ausência podem estar associados a problemas sociais e/ou ocupacionais, longos períodos de ausência são indicadores mais fidedignos do estado de saúde do trabalhador.⁵ Os transtornos mentais e comportamentais são doenças motivadoras de afastamento que tendem a ter duração mais longa que outros problemas de saúde¹¹ e são uma importante origem de custos para a Previdência Social.²⁸

O impacto dos afastamentos do trabalho por doença sobre os gastos com previdência pública é um problema global com importantes custos para o Estado.^{6,11}

Os sistemas previdenciários têm função de oferecer assistência financeira à população adulta contribuinte que necessite se afastar do trabalho de forma temporária ou permanente.³⁰ Autores consideram difícil realizar comparação entre dados de diversos países devido a legislações específicas,^{26, 31} e um dos parâmetros utilizados é o prazo mínimo para a cobertura de afastamentos do trabalho por motivo de doença. A concessão de benefício por incapacidade laborativa ocorre a partir do 21.º dia de afastamento na Holanda,³² do 17.º dia na Noruega³³ e do 16.º dia na Espanha.³⁴

No Brasil, cabe ao empregador privado manter o pagamento integral do salário ao funcionário adoecido ou acidentado e ausente do trabalho por até 15 dias. Caso haja manutenção da incapacidade laborativa, o trabalhador deverá ser encaminhado para solicitação de benefício ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social. O auxílio-doença é um benefício temporário oferecido aos segurados que comprovem aos peritos médicos previdenciários o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde.^{35,36} Esse benefício pode ser de duas espécies: auxílio-doença previdenciário (B31), quando o agravo incapacitante não guarda relação com o ambiente ou condições de trabalho; e auxílio-doença acidentário (B91), quando o trabalho é agravante ou desencadeador da doença ou acidente que justifiquem o benefício por incapacidade.

No âmbito da Previdência Social pública, o capítulo V da Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10.^a versão (CID-10), referente aos TMCs, tem sido a terceira principal causa da concessão de novos benefícios auxílio-doença nos últimos anos. Entre 2008-2011, tais quadros representaram cerca de 9% dos novos benefícios previdenciários concedidos no Brasil, com incidência média anual (IMA) de 203.299 benefícios ou 34,87 benefícios para cada grupo de 10 mil segurados.³⁷ O quadro 1 indica o número total de benefícios auxílio-doença anualmente concedidos nesse período e o número de requerimentos cuja causa da incapacidade foi determinada como TMC.

O quadro 2 indica os gastos previdenciários iniciais com a concessão de novos benefícios tipo auxílio-doença, entre 2008-2011. Em relação a todos os benefícios concedidos no período, notam-se gastos totais que variam de R\$ 1,5 a R\$ 2 bilhões ao ano. Desse volume, pouco mais de 10% de tais gastos têm relação com os benefícios emitidos por quadros mentais. Ou seja, anualmente foram comprometidos, em média, cerca de R\$ 186 milhões do sistema previdenciário com o pagamento inicial de novos benefícios por TMC.

Analisando os dados descritos nos quadros 1 e 2, a participação dos TMC entre os motivos de incapacidade que justificam o auxílio-doença (9,3%) é menor que o impacto dos seus gastos no montante total de pagamento de benefícios (10,6%). Portanto, pode-se concluir que os benefícios previdenciários por transtornos mentais e comportamentais são mais custosos à Previdência Social que outras doenças.

Em relação a dados de benefícios acidentários que foram concedidos em 2008 pelo INSS, os TMC foram a segunda principal causa de despesas médias (R\$ 3.106), que é a relação entre o volume gasto e o número de beneficiários. As despesas médias com os homens foram mais altas (R\$ 3.717) do que com as mulheres (R\$ 2.578), e aquelas com trabalhadores mais velhos (R\$ 4.018) foram mais altas do que com trabalhadores abaixo dos 40 anos de idade (R\$ 2.549). Quando se analisou a relação entre gastos financeiros e tempo de afastamento, os adoecimentos mentais foram os mais custosos à Previdência Social.³⁸

No Estado de Rondônia, durante o ano de 2008, os TMCs foram mais prevalentes entre mulheres do que entre homens, independentemente da espécie do benefício.³⁹ Dados nacionais do mesmo ano indicam que entre os benefícios acidentários houve uma maior prevalência da faixa etária acima de 40 anos.³⁸

Os diagnósticos depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse representam a grande maioria dos transtornos mentais associados ao absentismo-doença ao redor do mundo.⁴⁰ No ano de 2011 os grupamentos “transtornos de humor” (F30-F39) e “transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e somatoformes” (F40-F48) representaram 67,7% dos benefícios auxílio-doença concedidos.⁴¹

Dados previdenciários brasileiros de 2008 indicaram que a duração do afas-

tamento por transtornos mentais foi maior em homens (mediana de 76 dias), em trabalhadores mais velhos (mediana de 74 dias) e entre aqueles com maior salário de benefício (mediana de 72 dias). Nos casos de uso de substâncias psicoativas (F10-F19), os trabalhadores mais jovens permaneciam mais tempo afastados. Sobre os diagnósticos específicos, os benefícios por esquizofrenia (F20) foram de mais longa duração (mediana de 108 dias), independentemente da idade.³⁶

Quando o desencadeamento ou agravamento dos transtornos mentais estão relacionados ao trabalho, há aumento no tempo de afastamento.¹⁰ Segundo Noordik et al. (2013),⁴² nas situações em que há relação causal entre o agravo mental e as condições estressoras no trabalho, há necessidade de um maior tempo para recuperação do estado mental, antes de o trabalhador estar preparado para se confrontar com uma reexposição ao ambiente ou condições hostis de trabalho. Entre 2008-2011, cerca de 6% dos casos de adoecimento mental incapacitante que justificaram benefício auxílio-doença por TMC foram considerados como relacionados ao trabalho.³⁷

Para um melhor prognóstico e aumento da probabilidade de retorno ao trabalho, o diagnóstico do trabalhador com transtornos mentais e sua abordagem terapêutica devem ser realizados o mais rápido possível.²⁶ Quando os quadros evoluem para uma total incapacidade laborativa permanente omniprofissional, não há possibilidade de reinserção social pelo trabalho.

Os transtornos mentais e comportamentais se apresentam como importante causa de aposentadoria por invalidez em estudos com a população previdenciária brasileira. Entre 1999-2002, os TMCs foram a terceira causa desses benefícios no Brasil (IMA 12,4%);⁴³ na cidade de Recife, no Estado de Pernambuco, entre 2000-2002, os TMCs foram a segunda causa das aposentadorias por invalidez (IMA 15,14%) – principalmente em decorrência de quadros de esquizofrenia (44,66%);⁴⁴ e no Estado da Paraíba, entre 2007-2011, os TMCs foram a quarta principal causa de invalidez (IMA 10%).⁴⁵

Considerações finais

Com o envelhecimento populacional, a prevalência das doenças crônicas deve aumentar, assim como a repercussão sobre a Seguridade Social – saúde, assistência e Previdência Social. Trabalhadores em idade economicamente ativa podem vir a se ausentar do trabalho em decorrência de diversos agravos à saúde que incidem com mais frequência à medida que se aumenta a expectativa de vida, pela exposição a múltiplos fatores de risco.

O adoecimento mental, por apresentar características de um processo de sofrimento crônico, pode levar à incapacidade funcional temporária ou permanente e resultar em envelhecimento funcional precoce. Portanto, os transtornos mentais e comportamentais podem ser considerados um problema de

saúde pública. É fundamental conhecer a magnitude desta problemática para programar políticas de promoção de saúde que evitem ou minimizem repercussões clínicas. A exclusão social do trabalhador adoecido pode interferir nas dimensões econômica e psicossomática individuais, em um ciclo de desgaste que perpetua o sofrimento e não contribui para a melhora do estado físico e mental dos trabalhadores.²²

O processo de afastamento do trabalhador decorrente das manifestações psicopatológicas dos TMCs tende a instaurar situações de preconceito e a estigmatização em suas vidas.⁴⁶ Em decorrência desse panorama, após um episódio de absenteísmo-doença por distúrbio mental não é incomum situações de recidiva, pois programas de reinserção eficaz no mercado de trabalho nem sempre são instituídos pelos empregadores. Após um longo período de absenteísmo-doença, cabe ao empregador promover um ambiente de retorno ao trabalho favorável.

Os dados previdenciários oficiais acerca dos TMCs demonstram um importante impacto social e econômico desses agravos entre os motivos de absenteísmo na população trabalhadora brasileira segurada pelo INSS. O uso dessas informações para a formulação de políticas públicas de promoção de saúde, prevenção de adoecimento e reabilitação psicossocial é fundamental para a eficácia de ações que visem minimizar os impactos dos transtornos mentais e comportamentais no panorama brasileiro.

Referências

1. Eurofound; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Preventing absenteeism at the workplace. Research Summary. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1997.
2. OIT; Organização Internacional do Trabalho. Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1991.
3. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(7):484-93.
4. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JDA, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS-Campinas. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2007;10:401-9.
5. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49(2):124-30.
6. Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crises. International Labour Office, Social Security Department. Geneva: ILO, 2010;27.
7. Markussen S, Røed K, Røgeberg OJ, Gaure S. The anatomy of absenteeism. *J Health Econ*. 2011;30(2):277-92.
8. Yano SRT, Santana VS. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(5):945-54.
9. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J, et al.

- WHO World Mental Health Survey Consortium: prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581-90.
10. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(1):67-74.
 11. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:250-6.
 12. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev. Saúde Pública*. 1996;30(2):168-78.
 13. Fischer FM, Borges FN, Rotenberg L, Latorre MR, Soares NS, Rosa PL, et al. Work ability of health care shift workers: What matters? *Chronobiol Int*. 2006;23(6):1165-79.
 14. Burr H, Pedersen J, Hansen JV. Work environment as predictor of long-term sickness absence: linkage of self-reported DWECS data with the DREAM register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):147-52.
 15. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1183-91.
 16. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II Study. *BMJ*. 1993;306(6874):361-6.
 17. Fischer FM. Retrospective study regarding absenteeism among shiftworkers. *Int Arch Occup Environ Health*. 1986;58(4):301-20.
 18. Chevalier A, Luce D, Blanc C, Goldberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. *Br J Ind Med*. 1987;44(2):101-10.
 19. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(2):259-68.
 20. Cornelius LR, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):259-274.
 21. Silva Júnior JS. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
 22. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador – SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 2010;35:10-22.
 23. Nielsen MB, Madsen IE, Bultmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2011;21(6):806-811.
 24. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health*. 2001;29(3):175-182.
 25. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, Savarino J, Liu PY, Salley C, et al. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health*. 1994;84(2):190-6.
 26. Roelen CA, Norder G, Koopmans PC, van Rhenen W, van der Klink JJ, Bultmann U. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil*. 2012;22(3):409-17.
 27. Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bultmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *Eur J Public Health*. 2012;22(3):440-45.

28. Catalina-Romero C, Martinez-Munoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernandez-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders. *Gac Sanit.* 2013;27(1):40-6.
29. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress.* 2010;24(4):359-75.
30. Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Med.* 2006;4:19.
31. Lund T, Labriola M. Sickness absence in Denmark: research, results, and reflections. *Scand J Work Environ Health Suppl.* 2009;7:5-14.
32. Roelen CA, Weites SH, Koopmans PC, van der Klink JJ, Groothoff JW. Sickness absence and psychosocial work conditions: a multilevel study. *Occup Med (Lond).* 2008;58(6):425-430.
33. Oyefflaten I, Lie SA, Ihlebaek CM, Eriksen HR. Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. – A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health.* 2012;12:748.
34. Sampere M, Gimeno D, Serra C, Plana M, López JC, Martínez JM, et al. Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *J Occup Rehabil.* 2012;22(1):15-26.
35. Brasil. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 25 jul. 1991.*
36. Barbosa-Branco A, Bültmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28:1854-66.
37. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(1):186-90.
38. Almeida PCA, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2011;36(124):195-207.
39. Jakobi HR, Barbosa-Branco A, Bueno LF, Ferreira RGM, Camargo LMA. Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no Estado de Rondônia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(11):3157-68.
40. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Hees H. Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2014;14:205.
41. Brasil. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social: 2011.* Brasília: MPS/DATAPREV. 2012.
42. Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijzen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39(2):144-154.
43. Gomes MMF, Fígoli MGB, Ribeiro AJF. Da atividade à invalidez permanente: um estudo utilizando dados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) do Brasil no período 1999-2002. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2010;27(2):297-316.
44. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela Previdência Social. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1661-72.
45. Santos TR, Silva Júnior WR, França ISX, Cavalcanti AL, Fernandes MGM. Perfil socioeconômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas, no Estado da Paraíba, no quinquênio 2007-2011. *Rev Bras Estud Popul.* 2012;29:349-59.
46. Falavigna A, Carlotto MS. Tendência temporal de afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais em enfermeiros (1998-2008). *Rev Psicol Organ Trab.* 2013;13:363-71.

Seção 3

Estratégias de inserção no trabalho e geração de renda para pessoas com transtornos mentais: promoção de saúde, inclusão social, reabilitação psicossocial e tratamento



Promoção de saúde mental no trabalho

DENISE RAZZOUK

Introdução

A carga das doenças mentais tem recebido destaque nas agendas mundiais pelas consequências negativas na saúde dos indivíduos^{1,2} e pelo seu alto custo nos diferentes setores da sociedade, incluindo o setor produtivo.^{3,4,5,6,7}

A prevalência dos transtornos mentais é alta na população geral, estimada globalmente em 25%, mas alcançando índices ao longo da vida de 35%-40% da população dependendo do país e região.² Uma boa parcela das pessoas que trabalham é portadora de transtornos mentais ou poderá desenvolver um desses transtornos em algum momento de suas vidas. O aparecimento de uma doença mental na vida do indivíduo traz um risco maior para o desemprego, a aposentadoria precoce e o empobrecimento, ou seja, aumenta o risco de não participar produtivamente da sociedade.^{8,9,10,11,12}

As causas das doenças mentais não são, ainda, totalmente elucidadas, mas o conhecimento científico acumulado até o momento tem demonstrado claramente que as causas são multifatoriais, englobando as características biológicas e genéticas dos indivíduos, os fatores psicológicos e os fatores ambientais e culturais.²

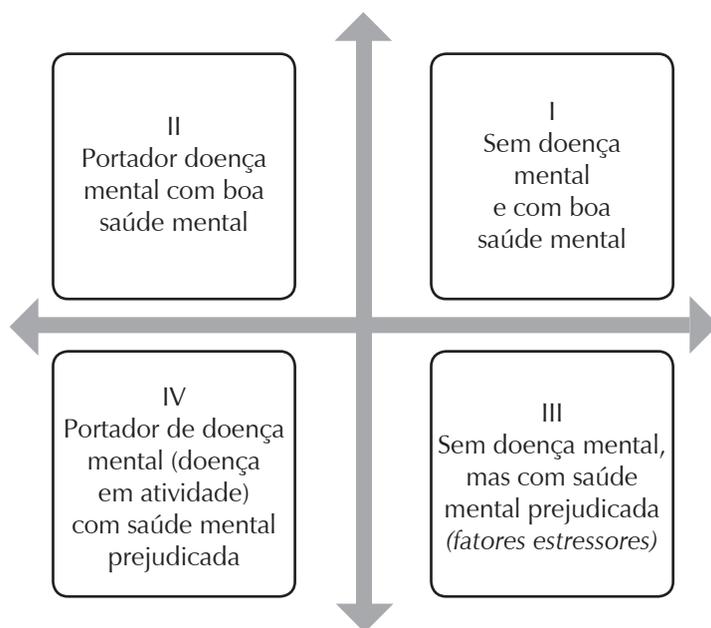
Sendo altamente prevalentes e multifatoriais, os transtornos mentais acometem todas as pessoas em qualquer faixa etária, classe social, gênero ou escolaridade. Por esses motivos, ter uma empresa constituída apenas por trabalhadores saudáveis e altamente produtivos continuamente é uma utopia.

Na Figura 1, pode-se observar que uma pessoa completamente saudável se encontra no quadrante I. Porém, da mesma forma que uma pessoa saudável que cuida bem de sua saúde pode apresentar a qualquer momento uma doença física, o mesmo acontece com as doenças mentais. Assim, a mesma pessoa que está no quadrante I pode migrar para os outros três quadrantes a qualquer momento de sua vida. No caso do quadrante III, uma pessoa normal que é

submetida a fatores estressores intensos ou tem seu ritmo vital agredido por insuficiência de sono ou de alimentação, uso de substâncias nocivas, fadiga e eventos violentos, pode se apresentar em estado de risco para o adoecimento mental. Quando o indivíduo migra para o quadrante IV ele se apresenta com os sintomas agudos da doença mental (depressão, por exemplo) e, obrigatoriamente, sua saúde mental também estará prejudicada. Porém, quando essa pessoa é adequadamente tratada e reabilitada, ela recupera suas funções e passa a compor o quadrante II. Ou seja, embora esteja com uma boa saúde mental e em plenas condições de exercício laboral, ela deve tomar cuidados especiais com sua saúde mental da mesma forma que uma pessoa recuperada de um infarto do miocárdio. Em outras palavras, este diagrama mostra os estados de saúde mental que podem se alterar na mesma pessoa ao longo da vida.

O custo com o *turnover* de funcionários é alto, sendo muito mais custo-efetivo promover, tratar e reabilitar o funcionário do que simplesmente demiti-lo.^{6,13,14} É preciso esclarecer que atualmente existem intervenções eficazes e custo-efetivas para tratar as doenças mentais, para reabilitar uma pessoa com essas doenças, de modo a torná-la completamente produtiva e participativa de todos os setores da sociedade.¹⁵ Portanto, o aparecimento de doenças mentais nos trabalhadores deve ser manejado a partir de duas estratégias principais: uma, focada na prevenção, e outra, focada na reabilitação e inclusão.¹⁵

Figura 1 – Relação saúde mental e doença mental



Prevenção e promoção de saúde mental

A prevenção em saúde mental constitui-se em controlar e diminuir os fatores de risco para o aparecimento de doença mental. Ainda não é possível evitar completamente o aparecimento de uma doença mental, como no caso das prevenções de doenças infecciosas, por meio de vacinas, mas é possível evitar os fatores de risco para o estresse no trabalho e para o adoecimento mental.

Os fatores de risco podem ser químicos, biológicos, ambientais, psicológicos, genéticos, sociais e culturais. Uma pessoa que em seu estado normal é vítima de extrema violência, em que sua vida corre risco, ou que sofre uma importante tortura mental da qual não pode se esquivar, pode desenvolver um quadro denominado de transtorno do estresse pós-traumático e vir a evoluir, posteriormente, para uma doença mental, como depressão ou outra qualquer. Nesse caso, um evento externo pode precipitar o adoecimento do indivíduo. Porém, nem todas as pessoas que sofrem violência vão, necessariamente, desenvolver um transtorno mental. Portanto, embora a violência não seja a causa direta da doença mental, ela tem uma ação relevante no seu aparecimento.

Da mesma forma, outros fatores podem influenciar os ritmos biológicos. Por exemplo, o trabalho em turnos alternados (plantões) ou a realização de múltiplas viagens em diferentes latitudes (*jet lag*) podem levar a alterações no ritmo fisiológico do indivíduo, predispondo a transtornos do sono ou do humor.

A promoção de saúde mental no trabalho, por sua vez, constitui melhorar as condições do ambiente laboral, da qualidade das relações e das perspectivas de carreira e, no plano individual, melhorar o estilo de vida de modo a propiciar o bem-estar e, portanto, uma melhor saúde mental.^{16,17,18} Além disso, todas as estratégias utilizadas para o empoderamento e desenvolvimento individual contribuem para uma melhor promoção de saúde mental e desempenho.¹⁶ As estratégias de promoção de saúde mental devem focar em: a) ambientes e relações, e b) fatores de risco individuais.

Promoção de saúde mental focada nos ambientes e relações

O desempenho adequado no trabalho depende de condições físicas adequadas, de relações saudáveis de trabalho e de um gerenciamento entre as expectativas e necessidades do trabalhador e os objetivos da empresa. Por isso, é necessário identificar os fatores que prejudicam o desempenho laboral em um determinado contexto.

Dentre estes fatores estão: o estresse, conflitos nas relações entre trabalhadores ou trabalhador-chefe, falta de motivação, baixa qualificação para a tarefa, estrutura e ambientes inadequados, excesso de carga de trabalho, tarefas monótonas e desagradáveis, ambiguidade nos papéis, falta de reconhecimento

do trabalho executado, não participação do trabalhador na escolha da tarefa, de como ela será feita, quando será entregue, prazos curtos para entrega das tarefas e falta de rotatividade nas tarefas.¹⁹

Um estudo realizado em 15 países europeus, em uma amostra com 40 milhões de trabalhadores, pela European Commission, estimou o custo do estresse relacionado ao trabalho em 20 bilhões de euros por ano.²⁰ No mesmo estudo, foi verificado que 45%-56% da amostra realizavam tarefas monótonas e repetitivas, trabalhavam em altíssima velocidade e com prazos muito curtos para entrega e não tinham rotatividade de tarefas.

Somente após o diagnóstico e mapeamento dos fatores que inibem o desempenho laboral é que se podem selecionar as intervenções a serem empregadas. Então, é necessário se indagar sobre o que é necessário mudar. O manejo da equipe? O manejo de estresse? Mudar a política empregado-empregador? Mudar a estrutura?

As estratégias de promoção de saúde mental focadas nos indivíduos devem considerar os seguintes fatores:

- a) Ciclo de vida (maternidade, menopausa, envelhecimento)
- b) Ritmos biológicos (sono, alimentação, exposição à luz, mudança de latitude)
- c) Tipos de personalidade (resiliência, vulnerabilidade ao estresse e ao adoecimento)
- d) Genética familiar
- e) Uso de substâncias (álcool, drogas, hipnóticos, tabaco)
- f) Doença mental pregressa
- g) Saúde física
- h) Condições de vida (transporte, moradia, dívidas financeiras)
- i) Eventos de vida e problemas pessoais graves (doenças na família, falecimento de familiares etc.)
- j) Eventos traumáticos e violência (*bullying*, assédio moral e sexual)
- k) Estilo e qualidade de vida (prática de exercícios, alimentação, satisfação, bem-estar)

A promoção de saúde mental é essencial para que o trabalhador tenha um desempenho laboral criativo e produtivo. Porém, mesmo em condições ideais, as doenças mentais ocorrem e devem ser identificadas precocemente e tratadas com eficácia para que o trabalhador possa retomar suas funções rapidamente. Ignorar a doença mental é contribuir para as taxas elevadas de absenteísmo e de presenteísmo (está presente no trabalho, mas não produz).^{1,11,21} Juntamente com outras doenças mentais, a depressão está entre as principais causas destes indicadores.^{1,11,21} Portanto, identificar e tratar precocemente estas afecções reduzem o custo gerado pelo absenteísmo e pelo presenteísmo.^{17,22,23}

Manejo das doenças mentais

Existe muito preconceito e ignorância sobre as doenças mentais.²⁴ Isso colabora para que as pessoas não reconheçam os sintomas psiquiátricos e não procurem ajuda. A doença mental é vista por meio de estereótipos e comportamentos discriminatórios que podem impedir que uma pessoa com doença mental consiga trabalhar.

As crenças equivocadas relacionadas aos portadores de doença mental são: a) eles podem constituir um risco à segurança dos outros trabalhadores, b) têm menos competência e menor performance no trabalho, c) apresentam comportamentos imprevisíveis e estranhos, d) não sabem lidar com o estresse, e) são pessoas problemáticas e com personalidade que predispõe ao absenteísmo, f) os erros que cometem em suas atividades devem-se, exclusivamente, à sua doença mental. Além disso, empregar uma pessoa com doença mental é visto como uma caridade e não um direito.

O estigma contra a pessoa com transtorno mental constitui a principal barreira para a sua participação no mercado de trabalho.²⁴ Uma boa parte desse estigma está relacionada com o desconhecimento sobre as doenças mentais. E a ignorância é um dos principais catalisadores do preconceito e do comportamento discriminatório. Não é incomum as pessoas portadoras de transtornos mentais sofrerem *bullying* no trabalho ou serem impedidas de retornar às suas funções por causa desse tipo de atitude. Portanto, promover a sensibilização e maior conhecimento sobre as doenças mentais podem auxiliar o manejo destas situações.²⁵

É extremamente importante que as pessoas identifiquem os primeiros sintomas de doença mental e procurem um profissional técnico. Tanto os profissionais de saúde quanto os trabalhadores e gestores devem estar habilitados para identificar os sinais de doença mental para que o tratamento seja prontamente ofertado. Quanto mais precoce é a identificação dos sintomas, maiores são as chances de uma melhor resposta ao tratamento e a uma recuperação mais rápida. É possível diminuir o período de presenteísmo, evitar ou reduzir o absenteísmo ou mesmo evitar um afastamento prolongado ou uma aposentadoria precoce.

A abordagem das doenças mentais no trabalho é melhor quando os gestores são treinados para identificar e lidar com o trabalhador adoecido.^{6,15,26} A abordagem deve ser multissetorial, isto é, uma parceria entre a empresa e a área da saúde facilita a recuperação do trabalhador. Às vezes, são necessárias algumas mudanças no ambiente de trabalho para que esta pessoa possa exercer suas atividades.²⁵ Em alguns casos, um local calmo e sem estímulos auxilia uma melhor concentração do trabalhador. Em outros casos, é necessário flexibilizar os horários, permitir que o trabalhador saia para uma consulta médica ou psicoterápica. Impedir que o trabalhador continue o seu tratamento de acordo com a necessidade implica aumentar o risco de uma recaída.

Dependendo das dificuldades ou limitações de um trabalhador, algumas outras estratégias podem facilitar o seu desempenho como, por exemplo, escrever as tarefas, dar maior tempo para a realização das mesmas, supervisionar e dar mais *feedback* sobre suas atividades. Em outras ocasiões, a mudança de ambiente se faz necessária. Todas essas estratégias devem ser empregadas de acordo com o perfil e a necessidade do trabalhador e a natureza de seu trabalho.

O tratamento das doenças mentais deve ser feito por equipe treinada e especializada. Existem medicações específicas que abortam os sintomas disfuncionais e previnem novos episódios. Além das medicações, existem várias abordagens terapêuticas e todas elas contribuem tanto para a recuperação quanto para a inclusão e manutenção do trabalhador no ambiente de trabalho. Após o tratamento, o trabalhador consegue, na maioria dos casos, recuperar plenamente suas funções laborais. Porém, é necessário manter um tratamento preventivo por um tempo longo, mesmo que a pessoa esteja bem.

O retorno ao trabalho

Após um período de afastamento do trabalho por doença mental, o trabalhador recebe alta médica, mas, com frequência, tem dificuldade para retomar suas atividades. São vários os motivos que dificultam esse retorno: a) dificuldades pessoais; b) dificuldades no ambiente de trabalho.

Em relação às dificuldades individuais, destacam-se questões relacionadas com a autoestima, com o medo de sofrer estigma, discriminação e de ser demitido, ou ainda, alguma limitação causada por uma doença mais grave. No ambiente de trabalho, os obstáculos são o estigma, a dificuldade de realocar o trabalhador para outra função e a dificuldade de lidar com alguém que tem doença mental.

Quando um trabalhador retorna ao trabalho, é necessário verificar quais são as suas condições de exercer as funções prévias ou se há necessidade de realocação.^{15,27} No caso de realocação, é importante se verificar quais são as potencialidades do indivíduo, quais as suas motivações e limitações e analisar em que função esse trabalhador poderia ser útil à empresa dentro de suas possibilidades. O acolhimento adequado ao trabalhador e algumas modificações no ambiente podem ser necessárias em algumas situações.²⁵

Melhores práticas para promoção de saúde mental no trabalho

Em 1998, a Declaração de Tóquio¹⁹ foi adotada por consenso por especialistas do setor ocupacional de países europeus, Japão e Estados Unidos, reconhecendo a necessidade de formular melhores práticas no ambiente de

trabalho em relação à promoção de saúde mental. Dentre as principais ações recomendadas estão: a) implementação de estratégias para prevenir estresse, b) monitorização do ambiente de trabalho no nível individual, regional e nacional com o intuito de identificar os problemas de saúde relacionados ao estresse no trabalho, c) treinamento e capacitação de profissional chave para a implementação de programas de redução do impacto do estresse no trabalho e d) desenvolvimento de metodologias válidas de pesquisa.

Alguns países, como o Canadá, Austrália, Reino Unido e outros países europeus, têm desenvolvido guias de melhores práticas de promoção de saúde mental no trabalho e indicadores de qualidade do ambiente de trabalho em relação à saúde mental.

Em 2013, foi desenvolvido o primeiro guia nacional pelo governo canadense – *National Standard of Canada: Psychological Health and Safety in workplace: Prevention, promotion and guidance to staged implementation*²⁸ – com o intuito de auxiliar as organizações a melhorar as suas práticas de promoção de saúde mental no trabalho. O foco desse guia se concentrou em quatro áreas: a) minimização de risco, b) custo-efetividade, c) seleção e retenção de trabalhadores, d) excelência organizacional e sustentabilidade. Essas quatro áreas foram selecionadas porque há evidências de que ambientes laborais voltados à saúde psicológica e segurança são mais promissores para a seleção e retenção de talentos, para a maior motivação e comprometimento dos trabalhadores, propiciando um aumento na produtividade e na possibilidade de maior criatividade e inovação. Além disso, essas práticas reduzem o absenteísmo, os problemas de assédio moral, o *turnover* de funcionários e as taxas de incapacidade e presenteísmo. Um dos elementos enfatizados nesse guia é de que a implementação dessas práticas deve estar alinhada com os princípios éticos e valores da organização.

Outro fator importante para a adoção dessas práticas é estimular a participação efetiva dos trabalhadores no processo de sua implementação. A educação, informação e treinamento, nesses tópicos, são essenciais para que os trabalhadores contribuam para a manutenção dessas práticas. Além disso, fatores como a autoestima, a autonomia, o reconhecimento, a justiça social e a sensação de pertencimento são considerados como necessidades humanas básicas no ambiente de trabalho.

Na Austrália foi desenvolvido o *National Workplace Program*²⁹ com o intuito de promover a conscientização e a implementação de intervenções precoces para doenças mentais. Essas intervenções levariam a um aumento do conhecimento e das habilidades dos profissionais para reconhecer e manejar uma situação em que há um colega ou funcionário com depressão ou ansiedade no trabalho. Além disso, apresenta recomendações e estratégias para o retorno ao trabalho do funcionário afastado.

A União Europeia desenvolveu um guia de melhores práticas e políticas

para manejo de risco de fatores psicossociais no trabalho, o *The European framework for psychosocial risk management* – Prima-EF30. O foco desse guia é monitorar a prevenção e manejo dos fatores de estresse, violência, assédio e *bullying* no trabalho. No modelo de risco psicossocial, a origem do estresse no trabalho ocorre quando o indivíduo sofre uma alta demanda de performance, tem baixa autonomia no processo laboral e não tem suporte social adequado. Os indicadores para monitorar os fatores de risco nesse modelo são baseados na exposição ao risco, no seu impacto (*outcome*) e nas ações executadas (intervenções) para minimizá-lo ou excluí-lo.

A *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA)(16), em seu relatório de melhores práticas de promoção de saúde mental no trabalho, tem salientado a importância das empresas incorporarem a promoção de saúde mental na cultura da organização. Dentro dessa perspectiva, intervenções de promoção de saúde mental que incluam também os familiares dos trabalhadores. A educação em gestão financeira também contribui para a saúde mental do trabalhador. Em alguns casos, as empresas dão suporte financeiro ao trabalhador por meio de empréstimos para situações emergenciais, como custos com funeral ou outras despesas inevitáveis e imprevisíveis. Além disso, há estratégias de suporte para lidar com eventos externos ao trabalho, como educação de filhos, divórcio, casamento e luto. Nos programas de bem-estar são enfatizadas as iniciativas de estimular o trabalhador a ter lazer, hobbies e motivações extralaborais. Todo esse conjunto de iniciativas abrangentes tem sido utilizado para a promoção de saúde mental do trabalhador e de seus vínculos mais próximos.

Apesar do avanço dessas iniciativas em relação aos fatores psicossociais no trabalho, a monitorização e intervenções nas doenças mentais de modo a evitar absenteísmo, presenteísmo e aposentadoria precoce são ainda inexistentes no ambiente corporativo. É inegável a necessidade de um ambiente corporativo saudável, porém, não é suficiente para lidar com as doenças mentais. É necessário que o conhecimento dos especialistas em saúde mental seja disponibilizado aos profissionais da saúde ocupacional e aos funcionários e gestores da corporação.

Conclusões

Em resumo, a promoção de saúde mental nas organizações é vantajosa para os funcionários porque melhora o bem-estar, a saúde física, a motivação, a criatividade, a autoestima, o empenho e a satisfação com o emprego. Essa melhora global na saúde do funcionário impacta positivamente a organização, reduzindo acidentes, absenteísmo, presenteísmo, *turnover*, custos, e aumentando a produtividade, inovação e a retenção de talentos.

Referências

1. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry*. 2006;51(2):63-75.
2. World Health Organization. *Mental Health: New understanding, new hope*. WHO Library Cataloguing in Publication Data; 2001.
3. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(7):427-35.
4. Hay L. The cost of mental ill health to employers. *Perspect Public Health*. 2010; 130(2):56.
5. Knapp M, McDavid D, Parsonage M. *Mental health promotion and prevention: the economic case*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2011.
6. Langlieb AM, Kahn JP. How much does quality mental health care profit employers? *J Occup Environ Med*. 2005;47(11):1099-109.
7. Dewa CS, Lesage A, Goering P, Craveen M. Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthc Pap*. 2004;5(2):12-25.
8. Marcotte DE, Wilcox-Gok V. Estimating the Employment and Earnings Costs of Mental Illness: Recent Developments in the United States. *Soc. Sci. Med*. 2001; 53(1): 21-27.
9. Langlieb AM, Kahn JP. How much does quality mental health care profit employers? *J Occup Environ Med*. 2005;47(11):1099-109.
10. Cornwell K, Forbes C, Inder B, Meadows G. Mental illness and its effects on labour market outcomes. *J Ment Health Policy Econ*. 2009;12(3):107-18.
11. Razzouk D. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: Lacerda, A., editor. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 27-37.
12. Goetzl RZ, Ozminkowski RJ, Sederer LI, Mark TL. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *J Occup Environ Med*. 2002;44(4):320-30.
13. McDavid D. The economics of mental health in the workplace: what do we know and where do we go? *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2007;16(4):294-8.
14. Pauly MV, Nicholson S, Xu J, Polsky D, Danzon PM, Murray JF, et al. A general model of the impact of absenteeism on employers and employees. *Health Econ*. 2002;11(3):221-31.
15. LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley NJ, Noblet AJ, et al. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*. 2014;14(131). [Acessado em: 9 jun.2015]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/131>.
16. *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. European Agency for Safety and Health at Work. 2011. [Acessado em: 08 jun. 2015]. Disponível em: https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TEW11004ENN.
17. Kaspin LC, Gorman KM, Miller RM. Systematic review of employer-sponsored wellness strategies and their economic and health-related outcomes. *Popul Health Manag*. 2013;16(1):14-21.
18. Harnois G, Phyllis G. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Switzerland: World Health Organisation; 2002.
19. World Health Organization(WHO). *Mental health policies and programmes in the workplace*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2005.
20. Parent-Thirion A, Macías EF, Hurley J, Vermeylen G. *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin; 2007.

21. de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol.* 012;47(11):1873-83.
22. Jane-Llopis E, Anderson P, Stewart-Brown S, Weare K, Wahlbeck K, McDaid D, et al. Reducing the silent burden of impaired mental health. *J Health Commun.* 2011. 16 Suppl 2:59-74.
23. Odeen M, Magnussen LH, Maeland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med (Lond).* 2013;63(1):7-16.
24. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry.* 2007;190:192-3.
25. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems.* 2008;2(3).
26. Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):525-42.
27. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):607-31.
28. CSA Group, BNQ. National Standard of Canada: Psychological health and safety in the workplace – Prevention, promotion, and guidance to staged implementation. Quebec: CSA Group. 2013. [Acessado em: 09 jun. 2015]. Disponível em: <http://shop.csa.ca/>
29. Australia National Workplace Program. Beyondblue, editor. 2014. Disponível em: http://www.davcorp.com.au/media/38403/beyondbue_NationalWorkplaceProgram_2014.pdf
30. Institute of Work HOI-Wnstitute of Work HOI-W. The European Framework for Psychosocial Risk Management PRIMA-EF. Nottingham: I-WHO Publications. 2008.

12 Estratégias para a redução do impacto econômico dos transtornos mentais no ambiente de trabalho

MARCELO DE ANDRADE PINHEIRO

1. Introdução

Parece haver uma evidência crescente do impacto global dos transtornos mentais na saúde dos indivíduos. Problemas de saúde mental estão entre os fatores de influência mais importantes para a gravidade das doenças e da incapacitação no mundo.¹ Cinco das dez principais causas mundiais de incapacitação estão ligadas a problemas de saúde mental e diversas previsões apontam que, no futuro, ocorrerá um aumento dramático na incidência de problemas de saúde mental.¹

O impacto dos transtornos mentais nos ambientes de trabalho tem sérias consequências não apenas para os indivíduos, mas também para a produtividade das empresas. Nível de desempenho, taxas de doenças, absenteísmo, presentismo, número de acidentes e rotatividade são todos fatores impactados pela situação da saúde mental dos trabalhadores. Os problemas de saúde mental afetam as capacidades funcionais e de trabalho de diversas maneiras. O conceito de capital mental está relacionado à habilidade que um indivíduo tem de aplicar e desenvolver, em sua totalidade, suas capacidades cognitivas e emocionais. Assim, uma boa saúde mental é necessária para que os funcionários estejam engajados, motivados e sejam produtivos em uma organização. Ter uma boa saúde mental permite flexibilidade cognitiva e emocional, essenciais para as habilidades sociais e resiliência frente às situações de estresse e conflito do cotidiano, para trabalhar de forma produtiva e para contribuir com a comunidade na qual se está inserido. A incapacitação não apenas afeta o próprio indivíduo, mas também impacta sua relação com esta comunidade. O custo para a sociedade ao excluir os indivíduos com transtornos em participar da vida em comunidade é alto. Ele é composto pelos custos diretos com os serviços de saúde e tratamento, incluindo despesas médicas, medicamentos, pelos custos indiretos com morbidades e perda de produtividade, e custos de oportunidade

de renda não gerada em função da incapacidade. Todos têm impactos negativos para os indivíduos, familiares, serviços públicos e para o setor produtivo em geral. O maior custo da doença mental é o indireto, por exemplo, a perda do capital humano e da produtividade no trabalho, baixa qualificação profissional vinculada ao abandono escolar, à morte precoce ou suicídio, à exclusão social, à baixa qualidade de vida e ao empobrecimento do indivíduo e de suas famílias. Além disso, uma parcela significativa das pessoas com transtornos mentais não trabalha ou tem dificuldade de encontrar emprego, são precariamente remuneradas, ou ainda, são aposentadas precocemente.

As doenças mentais, em particular a depressão e a ansiedade, estão entre as causas mais frequentes de absenteísmo e de licenças no ambiente ocupacional.² A Organização Mundial de Saúde estima que até 2020 a depressão será o segundo transtorno mental mais incapacitante no mundo, correspondendo a 15% do total dos custos com doenças.¹ No Brasil, a depressão afeta aproximadamente 17 milhões de pessoas e constitui, atualmente, a terceira causa de afastamento do trabalho.

Entretanto, os custos gerados pelos transtornos mentais costumam ser subestimados, apesar das fortes evidências de seus impactos sociais na redução da produtividade no trabalho.³ As organizações, usualmente, estimam os custos despendidos com os planos de saúde e benefícios corporativos e não consideram os impactos econômicos dos transtornos mentais de seus funcionários na perda de produtividade. Os custos com a perda de produtividade derivam daqueles associados ao absenteísmo (faltas ou afastamentos no trabalho) e ao presenteísmo (diminuição do desempenho no trabalho devido à presença de problemas de saúde, aumento no índice de erros e acidentes de trabalho, dificuldades na tomada de decisão e planejamento, baixo engajamento nas atividades).^{4,5}

Apesar da alta prevalência de estresse, problemas emocionais e transtornos mentais no ambiente de trabalho, há muito desconhecimento por parte dos empregadores e dos próprios funcionários sobre a prevenção, identificação e tratamento dos transtornos mentais. Além disso, a questão do estigma em relação aos portadores de transtornos mentais representa uma importante barreira para a inserção e manutenção dessas pessoas no mercado de trabalho.⁶

A Organização Mundial de Saúde e outras instituições voltadas para a promoção de saúde no ambiente de trabalho vêm alertando para se priorizar a promoção de saúde mental no trabalho por meio de um pacote de intervenções que podem ser eficazes na prevenção e na redução de estresse, na identificação precoce e manejo dos transtornos mentais e no tratamento adequado quando necessário.^{4,7,8,9,10}

2. Trabalho e estigma

Existem evidências de que pessoas com doenças mentais sofrem restrições injustificadas nos ambientes de trabalho.¹¹ Trabalhar pode melhorar a saúde mental por meio da criação de oportunidades para controlar e desenvolver habilidades, executar metas planejadas, proporcionar situações diversas de contato social, gerar remuneração, ambiente seguro e status social. Entretanto, conforme Thornicroft (2006), o fato de ser diagnosticado com uma doença mental é uma das formas mais potentes de anular a determinação de uma pessoa para trabalhar.¹¹

Por que conseguir um trabalho e, principalmente, se manter em um emprego costuma ser tão mais difícil para pessoas diagnosticadas com problema mental? Uma explicação possível é que os próprios gestores e colegas de trabalho discriminam aqueles que declaram histórico de tratamento psiquiátrico, ou seja, doenças mentais são doenças que efetivamente requerem sigilo.

Uma segunda barreira a ser trabalhada advém da própria atitude do corpo médico, que pode desencorajar os pacientes de se candidatarem a vagas de emprego ou a permanecerem em seus empregos. Pode haver aqui uma boa intenção baseada na crença de que uma rejeição de oferta de trabalho possa gerar estresse suficiente para disparar uma recaída. Isso está relacionado também com as tendências otimistas ou pessimistas que a equipe tem sobre as perspectivas das pessoas que estão sob seus tratamentos. Talvez o mais importante seja que, na maioria dos locais, a preparação e o apoio para o trabalho simplesmente não sejam percebidos como uma tarefa essencial do serviço de saúde mental.¹¹

Outros impedimentos poderosos contra a reinserção na força de trabalho são as consequências nos planos de benefícios assistenciais. Frequentemente, o processo para obtenção desses benefícios é muitíssimo burocrático e demorado. Quando o indivíduo entra no mercado de trabalho, tem seus benefícios assistenciais automaticamente cancelados e fica muito receoso de não conseguir obter os benefícios de volta, caso não dure muito tempo no novo emprego. Todos esses fatores combinados são fortes incentivos para que os indivíduos com transtornos mentais não busquem um trabalho formal.

Enquanto procurar por um trabalho pode ser difícil, essa é apenas metade da batalha. Pode ser tão difícil manter um trabalho quanto encontrá-lo quando se tem um transtorno mental. As dificuldades são descritas como: falta de confiança, sentimento de isolamento, falta de entendimento por parte dos colegas, medo de abrir seu diagnóstico da doença, ser alvo de assédio, dificuldade em lidar com os aspectos sociais do ambiente de trabalho e ansiedade. Vale a pena ressaltar que esses mesmos sentimentos são compartilhados por aqueles que apresentam transtornos mentais e estão trabalhando, porém, preferem não abrir sua situação clínica na organização.

Outra dimensão do relacionamento entre trabalho e saúde mental diz respeito às pessoas que se afastam do trabalho devido à ansiedade ou depressão e sua conexão com a qualidade do próprio ambiente organizacional.

3. A influência do ambiente ocupacional na saúde mental e na produtividade

O local de trabalho é um dos principais ambientes que afetam a saúde mental dos indivíduos.¹ Evidências indicam que o trabalho pode tanto contribuir para o desenvolvimento de doenças mentais associadas às condições empobrecidas de trabalho e, inversamente, pode fornecer aos indivíduos um propósito, recursos financeiros e um senso de identidade, o qual tem sido demonstrado levar a um estado de bem-estar mental.¹² É importante que haja uma tomada de consciência e reconhecimento por parte das empresas, seus gestores e funcionários, sobre o papel do trabalho, tanto em promover como em prejudicar o bem-estar mental, de forma que um número cada vez maior de empresas perceba que a produtividade de seus funcionários está ligada à sua saúde mental. Entretanto, a permanente pressão por resultados financeiros cada vez mais imediatos tem contribuído para consequências adversas para as organizações ou para os indivíduos e a sociedade, com um nível de estresse mais elevado no ambiente de trabalho. Esse cenário econômico instável e altamente competitivo tem levado as organizações a elevar cada vez mais os níveis de exigência com os funcionários em relação a um maior desempenho, disponibilidade e disciplina.¹³ Enquanto a globalização tem sido uma força dinâmica e poderosa para a prosperidade econômica das organizações, as condições laborais e o mercado de trabalho têm mudado dramaticamente ao longo dos últimos 20 anos. Os elementos-chave dessas mudanças são a introdução de tecnologias da informação, a redução do custo de tais tecnologias e a criação de interfaces de operação amigáveis e fáceis de serem utilizadas por usuários não especialistas. Dessa maneira, trabalhadores no mundo inteiro passaram a se confrontar com uma série de novas estruturas, processos, métodos e práticas organizacionais – reestruturações em ciclos curtos, sinergias, empregabilidade contingente, elevação contínua do volume de trabalho e disponibilidade permanente. Essa situação de extrema demanda por resultados e pressão excessiva por desempenho no trabalho gera estresse nos indivíduos, com consequências imediatas, nos âmbitos físico, mental e social para os indivíduos, e financeiras para as organizações. É de se esperar que o sofrimento no trabalho associe-se a uma série de manifestações psicopatológicas.² Michie e Williams (2003)¹⁴ conduziram uma revisão sistemática sobre os fatores psicológicos do trabalho que foram associados com a saúde e doenças mentais. A revisão encon-

trou os seguintes fatores organizacionais e laborais associados com a saúde e doenças mentais: horas extras frequentes, pressão irrealista por resultados, falta de controle sobre seu trabalho, falta de participação nas tomadas de decisão sobre suas tarefas, falta de apoio social e falta de clareza sobre suas responsabilidades no cargo e na organização. Harnois and Gabriel (2000)¹⁵ encontraram diversas consequências que são comumente associadas aos transtornos mentais dos trabalhadores, incluindo: absentéismo, redução no nível de desempenho, aumento nos índices de erros, perda de motivação e comprometimento, aumento no número de atrasos, elevação de rotatividade e aumento de tensão e conflitos entre colegas. Dessa forma, fatores do ambiente de trabalho podem precipitar sintomas psíquicos, bem como perpetuar incapacitações associadas com transtornos mentais. Há evidências de que fatores estressores específicos, tais como teor do cargo, ritmo e carga laboral, relações interpessoais, desenvolvimento de carreira e inter-relação entre trabalho e vida pessoal estão associados com um risco mais alto de morbidade psiquiátrica.¹⁶

4. Programas de promoção de saúde mental: características principais e diretrizes gerais

Há uma variedade de estratégias e ações que podem ser utilizadas para a promoção de saúde mental e a prevenção de transtornos mentais associados ao trabalho. Jane-Llopis et al. (2007)¹⁷ observaram várias características comuns nas diversas iniciativas para a promoção de bem-estar e saúde e para a prevenção de transtornos mentais no trabalho:

- Identificação de fatores de risco no ambiente de trabalho
- Utilização de métricas organizacionais para reduzir os riscos identificados
- Desenvolvimento de uma cultura de ambiente de trabalho propícia à saúde mental e bem-estar dos funcionários
- Horário de trabalho flexível e apoio às demandas cotidianas diárias (p. ex., consultas médicas)
- Modificação das características ou conteúdo do cargo e desenvolvimento de carreira
- Uso de programas multivariados de promoção de saúde mental
- Treinamento e aumento de conhecimento sobre tópicos de saúde mental para gestores e funcionários
- Identificação precoce de transtornos mentais e gestão de processo de tratamento especializado
- Disponibilização de aconselhamento psicológico para gestores e funcionários.

Em relação aos transtornos mentais, há evidências que indicam que intervenções que visam unicamente a alterar o comportamento individual não são particularmente efetivas para o indivíduo ou para a organização.¹⁸ Portanto, para desenvolver um programa de saúde mental eficaz, é necessária uma abordagem ampla e variada. Uma revisão conduzida por Michie e Williams (2003)¹⁴ concluiu que as intervenções mais efetivas para melhorar a saúde mental nos ambientes de trabalho utilizaram treinamento individual, bem como mudanças nos processos organizacionais para favorecer a participação dos funcionários nas tomadas de decisão; elevação nos níveis de apoio social e processos de *feedback* e melhoria nos processos de comunicação no local de trabalho.

4.1. Planejamento sistemático

Estratégias e ações voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção dos transtornos relacionados ao trabalho devem seguir estratégias sistemáticas e baseadas em evidências. As intervenções devem identificar, abordar e focar uma combinação de fatores protetores e de risco para a saúde mental dos trabalhadores especialmente ligadas às necessidades dos funcionários.¹⁹ Para identificar quais ações são necessárias, é importante levantar sistematicamente as necessidades dos funcionários por meio da coleta de informações e opiniões dos próprios trabalhadores. Examinar dados, a partir das pesquisas de clima organizacional e registros de saúde, está entre os exemplos de métodos usados para coletar informações sobre os transtornos mentais presentes em um determinado ambiente de trabalho e seus fatores individuais, sociais e organizacionais que podem estar associados.

4.2. Envolvimento ativo dos funcionários

A promoção da saúde mental e a prevenção dos transtornos mentais associados ao trabalho estão intrinsecamente ligadas às formas de gestão dos processos de trabalho. Portanto, é importante consultar e envolver todas as partes interessadas – gestores e funcionários de todos os níveis da organização – em relação à identificação dos fatores de risco e prevenção, e sobre o desenvolvimento e implantação de estratégias e ações de promoção de saúde mental. O compromisso, envolvimento ativo e apoio dos funcionários no local de trabalho, em particular dos gestores, nos programas de promoção de saúde mental, é crucial para o êxito das iniciativas. É importante que os funcionários observem o apoio da equipe gerencial e que os gestores participem notoriamente das atividades e encorajem os funcionários a participar, de forma que todos se sintam proprietários dos programas.²⁰

4.3. Avaliação das intervenções

Assim como na fase de planejamento sistemático, a avaliação das intervenções pode ser realizada por meio do exame de dados a partir das pesquisas

de clima organizacional, pesquisas específicas sobre as condições do estado de saúde mental dos funcionários e prontuários médicos. Esses métodos podem ser utilizados regularmente para avaliar a efetividade das intervenções realizadas nas organizações para a melhoria da saúde mental de seus funcionários.

5. Estratégias e intervenções para a redução do impacto socioeconômico dos transtornos mentais no ambiente de trabalho

Os ambientes de trabalho têm sido identificados como locais apropriados para intervenções cuja finalidade é melhorar a saúde mental e também, por sua vez, elevar a produtividade no trabalho.²¹ Há diversos tipos de intervenções para a melhoria da saúde mental dos trabalhadores nos ambientes de trabalho: mapeamento precoce para a identificação de transtornos mentais, sessões de *workshops* sobre saúde mental, intervenções individuais, intervenções em grupo, sessões de aconselhamento no formato de psicoterapia breve, medicação, entre outras. As intervenções em saúde mental nos locais de trabalho podem visar à população ativa que não (ou ainda não) tenha sido diagnosticada com algum transtorno mental, à população já diagnosticada com algum transtorno mental e à população em situação de afastamento do trabalho devido ao diagnóstico de transtorno mental, nesse último caso, intervenções de retorno ao trabalho. Entre as intervenções que têm demonstrado resultados positivos na promoção de saúde mental, redução de absenteísmo e presenteísmo e elevação dos índices de produtividade nos ambientes de trabalho, destacam-se:

5.1 Mapeamento precoce para depressão e ansiedade

O mapeamento precoce para depressão e ansiedade no ambiente de trabalho consiste no autopreenchimento, pelos funcionários, de questionários próprios de sintomas psíquicos, e posterior encaminhamento para *workshop* ou atendimento daqueles que apresentarem sintomas ou risco de desenvolver transtorno depressivo ou de ansiedade.²² O mapeamento precoce possibilita o direcionamento dos funcionários para intervenções específicas e previne ou reduz as chances do agravamento dos sintomas e a evolução para quadros mais incapacitantes dos transtornos mentais. Em função dessas intervenções mais imediatas, mesmo quando os transtornos mentais venham a ocorrer, os indivíduos têm suas chances de retorno ao trabalho aumentadas.²²

5.2 Workshop sobre saúde mental

É oferecido aos gestores e funcionários um *workshop* com duração em geral de oito horas, com o objetivo de conscientizá-los sobre os conceitos básicos dos transtornos mentais e habilidades para promover uma prática de bem-estar men-

tal, habilidades para a resolução de conflitos e aumento de resiliência, e para lidar com os sintomas de depressão e ansiedade no trabalho. Esse tipo de intervenção tem se mostrado efetivo em diversos estudos no enfrentamento da depressão e na redução das perdas de produtividade em vários ambientes de trabalho^{22,23} Os benefícios são a realização do trabalho de uma forma mais eficiente, mais motivadora, eticamente aceitável, com relações humanas satisfatórias e com níveis de autonomia maiores, levando a uma redução do nível de absenteísmo e à elevação dos níveis de produtividade devido à diminuição do presenteísmo.

5.3 *Promoção de bem-estar mental no trabalho*

A deterioração do bem-estar no ambiente de trabalho é potencialmente custosa para as organizações à medida que pode elevar os índices de absenteísmo e presenteísmo. O local de trabalho oferece um ambiente propício para se lidar com uma variedade de problemas de saúde mental que impactam nos custos organizacionais. Os níveis crescentes e incessantes de exigência de desempenho e dedicação pessoal demandados pelas organizações estão levando um número de funcionários a ter dificuldades em lidar com o estresse no trabalho. O estresse no trabalho pode ser definido como um conjunto de respostas físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as exigências do cargo não se encaixam com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador.²⁴ O estresse está associado a uma queda na qualidade da saúde mental e pode aumentar as taxas de absenteísmo e queda na produtividade. Alguns fatores potenciais de estresse relacionado ao trabalho são a sobrecarga de trabalho por períodos longos, falta de instruções claras, desconhecimento do propósito da tarefa, prazos irrealistas, falta de poder de decisão, insegurança em relação à empregabilidade, isolamento no trabalho, super-vigilância no ambiente de trabalho, arranjo familiar inadequado para cuidar dos filhos, assédio moral, assédio sexual e discriminação.²⁵ As intervenções no ambiente de trabalho podem aumentar a produtividade das organizações, sua imagem e segurança. Podem, também, reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos em relação aos transtornos de saúde mental relacionados ao trabalho.

Há uma larga amplitude de abordagens em relação à promoção de saúde mental no trabalho – isso inclui estudos de esquemas de trabalho flexível, implantação de processos de oportunidades de crescimento na carreira e programas de treinamento de habilidade para reconhecimento de fatores de risco de saúde mental, empobrecida por parte dos gestores.²²

5.4 *Educação financeira*

Antes da crise econômica global, estimava-se que 8% da população em países desenvolvidos tinham problemas financeiros sérios e outros 9% mostravam sinais de estresse financeiro.²⁶ Em novembro de 2013, a Confederação Nacional do Comércio divulgou a Pesquisa Nacional de Endividamento

e Inadimplência do Consumidor Brasileiro, segundo a qual o percentual de famílias brasileiras endividadadas era de 63,2%. Pesquisas mostram uma conexão entre endividamento e piora no estado de saúde mental – indivíduos que inicialmente não apresentavam transtornos mentais, mas que adquiriram débitos não administráveis em períodos de até 12 meses, tiveram risco um terço maior de desenvolver transtornos relacionados à ansiedade e à depressão quando comparados com a população sem problemas financeiros, no mesmo período.^{27,28} A vasta maioria desses problemas de saúde mental associados aos problemas financeiros toma a forma de transtornos relacionados à depressão e à ansiedade.²² Essas condições estão associadas à significativa elevação dos custos da utilização dos serviços de saúde, recuperação de crédito e perda de produtividade nos ambientes de trabalho.²²

A evidência atual sugere que há potencial para intervenções de educação financeira para aliviar o débito ruim, reduzindo, assim, os problemas mentais resultantes do descontrole financeiro²² e os sintomas mentais associados ao débito. Para a população em geral, o contato com serviços de aconselhamento financeiro face a face está associado com 56% de probabilidade de que a dívida venha a se tornar administrável.²⁹ A ação, nesses casos, é oferecer aos indivíduos identificados, *workshops* com o objetivo de instruí-los financeiramente e capacitá-los a mais bem administrar sua vida financeira, de forma a reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e, conseqüentemente, seus impactos na redução da produtividade e no aumento dos custos no trabalho.

5.5 Programas de assistência aos funcionários (EAP – Employee Assistance Programs)

Os programas de assistência aos funcionários são patrocinados pelas empresas e planejados para auxiliar os funcionários a lidar com seus problemas pessoais e profissionais. Esses programas geralmente oferecem diagnóstico, apoio, encaminhamento e serviços de psicoterapia breve. Diversos programas de assistência aos funcionários oferecem uma ampla variedade de serviços para auxiliar os funcionários a resolver seus problemas pessoais e de trabalho. Esses serviços podem incluir: encaminhamento para consultas médicas ou de psicoterapia breve, orientação financeira, orientação jurídica, aconselhamento de carreira e aconselhamento parental, direcionado aos pais com filhos com problemas de conduta.²²

6. Conclusão

Embora muitos fatores relacionados ao desempenho profissional e saúde mental precisem ser mais bem elucidados, as evidências científicas até o momento demonstram clara vantagem em se promover a saúde mental e em tra-

tar os transtornos mentais o mais precocemente possível, de forma a melhorar o desempenho dos indivíduos, sua qualidade de vida e reduzir os custos com uso de serviços médicos, absenteísmo, acidentes, auxílio-doença e aposentadoria precoce.

É importante que as diversas intervenções disponíveis sejam analisadas e avaliadas de forma que se possa determinar se os programas foram eficazes em lidar com os problemas ou com os objetivos determinados (tais como diminuição da taxa de absenteísmo ou melhoria do desempenho do indivíduo). O processo de avaliação informa sobre o desempenho da própria intervenção e deve levar a uma reconsideração do problema original e da estratégia de implantação, e a uma aprendizagem organizacional mais ampla sobre o problema.

Referências

1. Mental Health and work: impact, issues and good practices. World Health Organisation, International Labour Organisation. Geneva; 2000. p. 1-60.
2. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. 2003. P.22-33.
3. Marcotte DE, Wilcox-gok V. Estimating the Employment and Earnings Costs of Mental Illness: Recent Developments in the United States. 2001;1:21-27.
4. Harnois G, Phyllis G. Mental health and work: Impact, issues and good practices. Switzerland; 2002. p.1-67.
5. Roberts S. New approach addresses root causes of illnesses. 2005;9:11-22.
6. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*. 2007;190:192-193.
7. Bhui KS, Dinos S, Stansfeld SA, White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*. 2012; 2012:51-74.
8. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil*. 2012;22(2):182-195.
9. Sullivan S. Promoting health and productivity for depressed patients in the workplace. *J Manag Care Pharm*. 2005;11(3 Suppl):S12-15.
10. Sun J, Buys N, Wang X. Effectiveness of a Workplace-Based Intervention Program to Promote Mental Health among Employees in Privately Owned Enterprises in China. *Popul Health Manag*. 2013;16(6):406-14.
11. Thornicroft G. *Shunned*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
12. Mcdaid D, Curran C, Knapp M. Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective, *International review of psychiatry*. 2005;17(5): 365-373.
13. Dejours C. *A Banalização da injustiça social*. Editora Fundação Getúlio Vargas; 2001.
14. Michie S, William S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational & Environmental Medicine*. 2003;60:3-9.
15. Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. World Health Organisation. Geneva; 2000.

16. Bilsker D, Wiseman S, Gilbert M. Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Can. J Psychiatry*. 2006;51(2):76-83.
17. Jane-Llopis E, Katschnig H, Mcdaid D, Wahlbeck K. Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Direcção Geral de Saúde. Lisboa, Portugal; 2007.
18. Leka S, Cox T. The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. Nottingham: I WHO Publications; 2008.
19. Leka S, Cox T, Zwetsloot G. The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF). In: S. Leka and T.Cox. editors. The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. Nottingham: I WHO Publications; 2008.
20. Leka S, Vartia M, Hassard J, Pahkin D, Sutela S, Cox T, Lindstrom K. Best Practice in Interventions for the Prevention and Management of Work-related Stress and Workplace Violence and Bullying. In: S. Leka, T. Cox. Editors. The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. Nottingham: IWHO publications. 2008;136-173.
21. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol. Community Health*. 2007;61(12):1028-1037.
22. Knapp M, Mcdaid D, Parsonage M. Mental health promotion and prevention: the economic case. London. 2011:1-43.
23. Kamaldeep SB, Dinos S, Stansfeld AS, White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, an absenteeism. *J Environ Public Health*. 2012; 2012: 515874. [Acessado em: 08 jun 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306941>
24. US National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Stress at work, 1998. [Acessado em: 09 jun 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>
25. Trades Union Congress, UK. Stressing the law. London: TUC; 2000.
26. Fearnly J. Gauging demand for free to access money advice: a discussion paper. London: Money Advice Trust; 2007
27. Bender A, Farvolden P. Depression and the workplace: a progress report. *Curr. Psychiatry Rep*. 2008;10(1):73-79.
28. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry*. 2006;189:109-117.
29. Williams K, Sansom A. Twelve months Later: Does Advice Help? The impact of debt advice: Advice agency client study. London: Ministry of Justice; 2007.

13

A organização financeira e pessoal na prevenção aos impactos do transtorno mental

ALBERTO MONTEIRO BARROSO DE SOUSA
GETÚLIO BARROSO DE SOUSA JÚNIOR

1. Introdução

O presente capítulo traz no seu âmago a responsabilidade humana, o entendimento e a aceitação da diversidade pessoal com respeito, dignidade e ética na abordagem da delicada e importante temática dos transtornos mentais.

A diversidade humana é incrível e complexa. Acreditar que organizar as finanças pessoais de pessoas diferentes deve ser feita da mesma maneira é um grave erro e, para isso, é preciso superar o velho paradigma da fragmentação da área financeira e caminhar para um novo paradigma: o da multidisciplinaridade do conhecimento ligado à organização pessoal e ao planejamento financeiro.

Isto posto, trazemos que é possível trabalhar a prevenção e proteção do impacto negativo de fatos inesperados, para pessoas e famílias em situação de risco, desenvolvendo trabalho multidisciplinar de organização pessoal e planejamento financeiro, baseado no diagnóstico clínico, focado no cenário biopsicossocial da pessoa e da família envolvidas, para garantir a segurança familiar a médio e longo prazos.

É importante fazer com que situações de risco interfiram o mínimo possível na vida pessoal e profissional da pessoa envolvida e, para isso, consideramos como situação de risco pontos que são difíceis de prever e chegam em discordância com a vontade, como é o caso de morte repentina, doenças graves, desemprego, transtornos mentais, acidentes, entre outros.

Não é possível impedir que um fato inesperado se concretize, mas é possível minimizar seus impactos negativos na vida dos envolvidos.

2. O paradoxo da organização pessoal e financeira

A visão tradicional das finanças pessoais demonstra que a mesma técnica financeira pode ser oferecida para todos os tipos de pessoas e que estas devem adaptá-las às suas realidades. Nós apresentamos de forma enfática que a téc-

nica financeira deve ser adaptada a diferentes tipos de perfis comportamentais e realidades.

É ilusão imaginar que uma pessoa com transtorno psiquiátrico grave ou seus familiares possam lidar com questões básicas de proteção e finanças pessoais da mesma forma que outra pessoa ou família que não passam pelo mesmo desafio.

Nesse sentido, apresentamos abordagem da tríade do Sentir, Pensar e Agir, adaptada às finanças pessoais.

Como observado na figura à direita, o primeiro momento é o “sentir”, ou seja, é a percepção, sensação, intuição do cenário em que estamos envolvidos; o segundo momento é, com base no sentimento identificado no momento anterior, “pensar” sobre as alternativas existentes para o que foi sentido; e o terceiro passo é colocar em prática, “agir”, na melhor alternativa que foi pensada com base no sentimento anterior identificado.

Um grande desafio da tríade do sentir, pensar e agir que abordamos aqui é “sentir” e “agir” imediatamente, por impulso, sem “pensar”.

Tal situação usualmente é observada diante de fatos inesperados que se concretizam, em que ações imediatas são necessárias.

Por serem pontuais e inesperadas, acontecem sem a devida análise das alternativas existentes, comprometendo o equilíbrio financeiro e patrimonial.

Essa situação é claramente observada em famílias que possuem falecimentos repentinos de lideranças familiares, doenças físicas e mentais, desemprego, álcool, drogas, ou com pessoas que possuem postura imediatista e consumista, que agem “por impulso”.

Trabalhamos com a premissa de que o ser humano é integral e sua reorganização pessoal e financeira precisa ser adaptada à sua realidade. Por isso, acreditamos e investimos no *Processo da Humildade Inteligente*, que é a habilidade de enxergar e adaptar-se diante da nova realidade a ser vivida.

A Educação pessoal e financeira é um processo que, tendo início, não se esgota, pois depende do “Ciclo de Vida” de cada um e se altera ao longo do tempo, conforme as necessidades surgirem.

Entendemos que o sucesso na proteção pessoal e familiar não está na habilidade de montar planilhas ou lançar o maior número de dados possível, mas sim em saber ler e interpretar os dados existentes e transformá-los em informações úteis para a realidade atual dos envolvidos.

Organizar-se financeiramente não é questão meramente técnica; se fosse assim, todos os financistas seriam organizados e não é esse o caso. Ter somente entendimento técnico de finanças não traz impacto relevante na organização pessoal e financeira.



O equilíbrio pessoal e financeiro depende de uma série de fatores que nem sempre podem ser previstos e, exatamente por isso, existe a necessidade de focar essencialmente na proteção familiar ao trabalhar a prevenção de fatos inesperados com base no cenário biopsicossocial da família envolvida.

3. A importância dos aspectos biopsicossociais em finanças pessoais

Entendemos que o ser humano faz parte de um todo biopsicossocial¹ e todos os aspectos envolvidos são de grande relevância:

- Biológico: condição física do indivíduo;
- Psicológico: relação mental do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade; e
- Social: cenário em que o indivíduo está inserido, com as pressões e alienações do cotidiano.

O termo “biopsicossocial” é muito empregado na área da saúde, mas faz-se necessário romper esse paradigma e utilizá-lo também em outras áreas, como na organização pessoal e planejamento financeiro.

Entendemos então que não basta capacitar tecnicamente uma pessoa para organizar-se financeiramente, sem levar em consideração:

- Dependência de álcool e outras drogas;
- Transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar;
- Demência senil e Alzheimer;
- Falecimentos repentinos;
- Longas internações hospitalares;
- Demais situações de grande sofrimento pessoal;
- Autismo; e
- Desemprego de longa permanência.

Entender e valorizar a história de vida das pessoas é respeitar a diversidade humana e acreditar que são capazes de aprender e apreender novas habilidades; é não duvidar da capacidade de aprendizado pessoal.

Questões como endividamento, brigas, furtos, busca por culpados, agressões físicas e acusações sem fim fazem parte do cenário psicológico dessas famílias e não devem ser ignoradas na hora de estabelecer estratégia pessoal e financeira para minimizar a dor dessa situação.

Tudo isso, e muito mais, deve ser levado em consideração na análise financeira da nova situação em que a família está inserida.

Uma peculiaridade de pessoas que passam por essas situações é que não buscam apenas o sonho de uma nova casa ou a compra de um carro novo;

buscam a solução da vida sem álcool, drogas e transtornos mentais, e nesse cenário, a organização financeira deve ser adequada à vida familiar e ao tratamento médico para a cura do doente.

Nessas circunstâncias, organização pessoal e planejamento financeiro devem ser um apoio e jamais um fim.

4. Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro

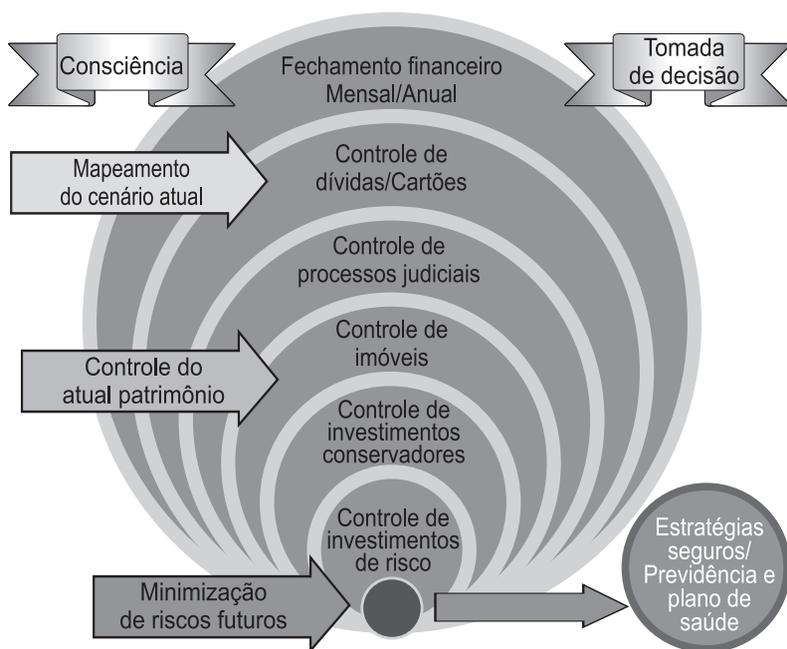
O Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro foi desenvolvido por Getúlio Barroso de Sousa com base em experiências de desafios de saúde dos filhos que nasceram com severa anomalia craniofacial.

Anos depois, foi adaptado pelos próprios filhos a intensos desafios de saúde mental do próprio criador do Programa.

Trata-se de ferramenta originada pelo pai para cuidar dos filhos e adaptada pelos filhos para cuidar do pai.

É caracterizado por respeitar o cenário de vida dos envolvidos e estabelecer revolucionário método de trabalho em finanças pessoais e organização pessoal, adaptado ao perfil comportamental e cenário biopsicossocial dos interessados, focado na restrição^{2,3} encontrada.

Podemos definir como restrição qualquer episódio que atrapalhe um sistema de atingir um desempenho superior ao seu alvo.⁴



O Programa GBS tem a premissa que o sucesso do tratamento de pessoas e famílias que passam pelo desafio dos transtornos mentais é algo incerto, pois o compõem inúmeras variáveis biopsicossociais.

As polêmicas e incertezas que rondam essa temática colocam, cada vez mais, a necessidade de trabalhar aspectos que protejam essas pessoas e famílias, já fragilizadas pelo desafio vivido.

A organização pessoal e financeira pode contribuir ativamente para melhorar a segurança futura do vulnerável e da família envolvida com o transtorno mental, oferecendo segurança e tranquilidade a curto, médio e longo prazos, independentemente da gravidade da doença.

Avaliando a incerteza do resultado, entendemos ser adequado existir um contraponto de organização pessoal e financeira ao trabalho de saúde mental.

Nesse cenário, a área da saúde trabalha para reequilibrar o paciente e a família envolvida no que tange aos desafios da saúde mental, e a organização pessoal e financeira trabalha a proteção material, necessária para contribuir com o processo de reinserção social já abordado pela área da saúde.

O Programa GBS faz uso de informações dos profissionais da área de saúde envolvidos* no tratamento para adaptar a ferramenta de organização pessoal e planejamento financeiro ao tipo de personalidade e momento de vida dos envolvidos.

Acreditamos e investimos que o diálogo entre os profissionais de finanças pessoais e da saúde faz toda a diferença para a segurança das famílias envolvidas, pois a troca de informações das necessidades observadas molda os resultados futuros, com respeito às peculiaridades pessoais.

Para contribuir com esse importante processo, a GPF Consultoria criou o Grau de Segurança Financeira e Pessoal.

5. Grau de Segurança Financeira e Pessoal (GSFP)

O Grau de Segurança Financeira e Pessoal é um poderoso processo de identificação e medição de áreas da organização pessoal e financeira que estão vulneráveis.

Tem por objetivo a proteção de pessoas com transtornos mentais, álcool, drogas, falecimentos repentinos, internações hospitalares, doenças degenerativas e também pode ser aplicado para famílias que não passam pelos desafios citados, mas que possuem o objetivo de prevenir o impacto negativo de fatos inesperados.

Em caso de famílias que estão em situação de risco, faz o inédito uso de informações dos profissionais de saúde para análise mais precisa da vulnerabili-

* Dentro do código de ética e com autorização do paciente ou responsável.

dade familiar e traz a união de diversas áreas de conhecimento como finanças, investimentos, direito, burocracia cartorária e contabilidade.

A união com a organização pessoal e financeira deve estar alinhada com as informações já existentes dos profissionais de saúde, como:

- Dados pessoais;
- Diagnóstico clínico;
- Esclarecimento da patologia pelos profissionais da saúde;
- Renda familiar;
- Região onde mora;
- Estrutura familiar; e
- Outras informações relevantes para o sucesso da análise das necessidades do indivíduo.

Como parte integrante fundamental do Programa GBS, o Índice de Segurança Financeira e Pessoal estabelece o grau de exposição da família diante de fatos inesperados ou cria condições para o planejamento consciente do futuro com o mínimo de risco.

O mapeamento e acompanhamento periódico dos pontos de melhoria a serem trabalhados têm por finalidade diminuir o grau de vulnerabilidade pessoal, ou seja, tal indicador é de fundamental importância para o sucesso da estratégia pessoal a ser trabalhada.

O índice de vulnerabilidade financeira está dividido basicamente em três grandes partes:

1. Organização pessoal
 - a. Estabelece o nível de consciência de utilização de recurso financeiro.
2. Fontes de renda
 - a. Situa o grau de proteção pessoal para fatos inesperados e subsistência.
3. Proteção futura
 - a. Verifica o nível financeiro de proteção a longo prazo.

Com base nessa análise, conseguimos identificar, mapear e atuar na área mais vulnerável da organização pessoal e financeira da família, protegendo-a em suas reais necessidades.

6. Prevenção aos impactos do transtorno mental e estudo de caso

A organização pessoal e financeira pode trabalhar ativamente na prevenção aos impactos negativos de fatos inesperados e, para isso, atua em duas vertentes principais:

- Fazer com que fatos negativos ocorridos na família interfiram o mínimo possível na vida profissional e na empresa em que trabalha; e
- Fazer com que fatos ocorridos na empresa afetem minimamente o profissional, sua família e a empresa envolvida.

Como já mencionado, o Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro tem por objetivo fazer com que situações de risco interfiram o mínimo possível na vida pessoal e profissional da pessoa compreendida.

Desenvolvemos então o que chamamos de *Relação diretamente inversa, entre proteção pessoal e preocupação familiar*, que ainda não possui comprovação científica, mas baseia-se na observação e na experiência dos criadores do Programa GBS.

Como demonstrado no Quadro 1, quanto menor o nível de proteção pessoal, maior é o grau de preocupação familiar diante de um fato inesperado,* e quanto maior a proteção pessoal, menor a preocupação familiar.

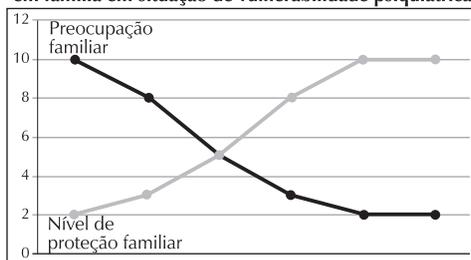
Essa análise, ampliada nos Quadros 2 e 3, traz dois cenários distintos diante de um fato inesperado ocorrido.

O primeiro cenário traz a concretização de um fato inesperado em que a proteção pessoal está baixa e o nível de preocupação familiar está alto.

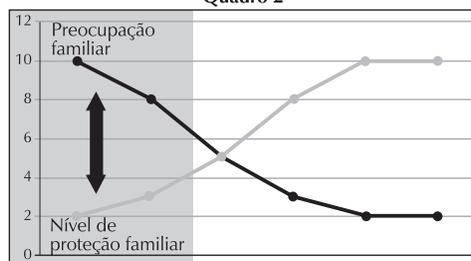
Nesse momento, a família, já abalada pelos desafios por que passa, percebe que está vulnerável para a situação que passa a vivenciar, o que culmina por potencializar os desafios vividos no campo emocional e financeiro.

É nesse momento que existe a percepção de que não existe convênio médico, ou que as reservas financeiras são insuficientes para o tratamento ou não existe a apólice de seguro de vida como imaginado.

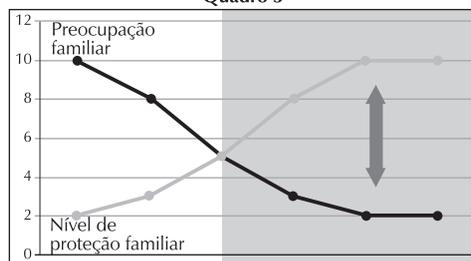
Quadro 1 – Relação diretamente inversa preocupação familiar X nível de proteção familiar em família em situação de vulnerabilidade psiquiátrica



Quadro 2



Quadro 3



*Nas situações em que os pesquisados entendem a necessidade de proteção pessoal e familiar.

A falta de organização pessoal e planejamento financeiro faz com que a família tenha poucas alternativas para solucionar as questões burocráticas do momento vivido, o que potencializa os dramas pessoais e sofrimentos psicológicos.

O segundo cenário demonstra uma situação em que a proteção familiar está alta e o nível de preocupação baixo.

Essa circunstância, que entendemos ser a ideal, possibilita que a família tenha melhores condições para analisar as circunstâncias burocráticas vividas, pois está materialmente protegida para a situação, o que permite direcionar total atenção para as questões emocionais.

Sendo assim, apresentamos estudo de caso que traz a trajetória de um empresário de São Paulo que passou por intensos desafios de saúde ao sofrer um dramático acidente de carro quando jovem, em 1982.

Nesse episódio, precisou reaprender a andar, falar, escrever e realizar as demais atividades básicas de um ser humano comum, porém, não estava preparado para esse momento que transformou sua vida por completo.

Toda sua economia foi utilizada para os tratamentos de saúde que se sucederam após o acidente, tendo sido necessário, inclusive, realizar vultoso empréstimo em instituição bancária.

Nesse momento, ele ficou enquadrado no primeiro cenário citado (baixa proteção familiar), o que trouxe inúmeros outros desafios de endividamento que duraram anos para solucionar.

Passados os anos (2013), reergueu-se financeiramente e tornou-se empresário de sucesso em São Paulo, porém percebeu que seu pai estava demenciando.

Receando ficar abalado emocionalmente e com pouca proteção, temeu por sua empresa, funcionários e família, que segundo ele, “dependiam dele para colocar a comida na mesa” e decidiu proteger-se para situação que observava concretizar-se.

Seu receio estava em não saber nada da vida pessoal, financeira e patrimonial de seus pais, o que poderia resultar em surpresas desagradáveis com endividamentos, processos na Justiça e gastos médicos, num mesmo momento em que passaria por intensos desafios emocionais.

Na presença dos pais e do advogado da família, começamos a mapear os direitos e obrigações existentes, seguindo o modelo exposto abaixo do Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro.

Iniciamos com entrevista que abordou:

- Relação entre receita e despesa familiar;
- Entendimento de dívidas e cartões de créditos;
- Análise de quais processos judiciais estavam em andamento;
- Análise de imóveis existentes para usufruto pessoal e renda familiar;
- Mapeamento de investimentos conservadores e de risco; e

- Mapeamento de seguros, plano de saúde e previdência.

Parte da entrevista está descrita abaixo:

- Pergunta: Você já tem o diagnóstico médico da doença de seu pai?
Resposta: *Não, mas ele não está bem.*
- Pergunta: Você sabe se ele tem processos na Justiça?
Resposta: *Não sei.*
- Pergunta: Seu pai tem seguro de vida?
Resposta: *Não sei, acho que não, ou será que tem?*
- Pergunta: Seu pai tem dívidas?
Resposta: *Não sei. Espero que não.*
- Pergunta: Quantos rendimentos seu pai tem?
Resposta: *Não faço a menor ideia.*
- Pergunta: Quais investimentos seu pai possui?
Resposta: *Não sei.*
- Pergunta: Em quantos bancos e corretoras seu pai tem conta?
Resposta: *Não sei também.*
- Pergunta: Você ou sua mãe é titular das contas bancárias?
Resposta: *Talvez minha mãe, mas não tenho certeza.*
- Pergunta: Sabe a senha do cartão?
Resposta: *Não. Nossa, não sei nada.*
- Pergunta: Quantos imóveis seu pai tem?
Resposta: *Não sei. Mas sei da casa de campo e outra que ele aluga.*
- Pergunta: Já foram doados com reserva de usufruto?
Resposta: *Não sei.*
- Pergunta: Você sabe onde estão essas escrituras?
Resposta: *Deve estar na casa dele, mas o local eu não sei.*
- Pergunta: Você tem irmãos que podem contribuir com esses assuntos?
Resposta: *Sim, ajudarão no processo, mas minha irmã é artista plástica, não entende nada disso.*

A falta de informação sobre a maioria dos pontos abordados traz o entendimento do baixo conhecimento sobre os direitos e obrigações da família, o que trouxe a necessidade de criar estratégia multidisciplinar envolvendo:

1. Diagnóstico clínico de neurologista e psiquiatra;*
2. Advogado;
3. Contador;
4. Corretor de seguros;
5. Consultor de investimentos; e
6. Escrevente de cartório.

*Diagnóstico clínico com informações não confidenciais, dentro do código de ética dos referidos profissionais.

Com base no trabalho multidisciplinar dos envolvidos, foi feita a seguinte constatação da família, que possui pai com demência senil e mãe do lar:

- Família com boas posses materiais;
- 5 imóveis;
- 9 rendas mensais;
- 2 seguros de vida;
- 5 cartões de crédito – 2 faturas em atraso;
- 2 contas-correntes em bancos diferentes e em uma corretora;
- Aplicação em tesouro direto, ações, CDB, DI, LCI, Fundos de Investimentos Imobiliários e poupança;
- 4 processos na Justiça a favor e um contrário; e
- Patrimônio avaliado em R\$ 2.500.000,00 em 2013.

O resultado do trabalho em equipe foi a solução de todas as lacunas observadas, sendo:

- 5 imóveis foram doados aos filhos com reserva de usufruto vitalício para os pais;
- Filhos e esposa entenderam de onde vinham as fontes de renda;
- Foram encontradas as apólices do seguro;
- Faturas em atraso foram quitadas e três cartões inutilizados;
- Foi colocada a esposa e um dos filhos como 2.º e 3.º titulares das contas-correntes;
- Aplicações foram mapeadas;
- Processos na Justiça foram organizados;
- Patrimônio familiar foi compreendido; e
- Procuração de plenos poderes aos filhos expedida por cartório.

Nesse momento, o Programa GBS de Organização Pessoal e Planejamento Financeiro cumpriu seu objetivo, ao fazer com que a família do empresário ficasse mais consciente acerca de seus direitos e obrigações e não ficasse à mercê de problemas burocráticos e financeiros, diante do novo desafio vivido, de saúde mental do patriarca.

Concluimos que a doença degenerativa de seu pai, assim como o impacto emocional na família irá existir, mas com eficiente organização pessoal e financeira a atenção e energia da família ficam direcionadas para o tratamento médico e apoio emocional ao doente, já que estão bem protegidos burocraticamente.

Referências

1. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2001. [acesso em 08 jun 2015]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
2. Goldratt EM. A meta. São Paulo: Nobel; 2003.
3. Goldratt EM. Corrente crítica. São Paulo: Nobel; 2005.
4. Corbett T. Bússola financeira. São Paulo: Nobel; 2005.

14

Parceria público-privada e reabilitação psicossocial: a intersectorialidade como estratégia de inclusão de pessoas com transtornos mentais no trabalho

PAULA BECKER

Atualmente, têm sido frequentes os debates e publicações a respeito da influência do ambiente ocupacional na saúde mental e na produtividade da classe trabalhadora. Discute-se a respeito do grande estresse que atinge os trabalhadores que vivenciam pressões financeiras e de eliminação de cargos dentro de grandes empresas, o adoecimento mental gerado pela instabilidade econômica do mercado, o alto nível de competitividade no ambiente corporativo, a exigência cada vez maior dos gestores para aumento da produção e da disponibilidade de tempo de seus funcionários para a manutenção do bom funcionamento (lucro) da empresa e até mesmo tópicos como prevenção, identificação e tratamento dos transtornos mentais que podem atingir tais indivíduos encontram-se em debate neste cenário.¹

Como pontua Harnois,² atualmente nota-se nas pequenas, médias e grandes empresas que afastamentos por doenças mentais tornaram-se mais frequentes que afastamentos por doenças físicas, como as cardiopatias e as dores nas costas. O mesmo autor também refere que parece existir uma relação direta entre nível de desemprego em um país e a disponibilidade de programas de saúde mental no ambiente laboral: quanto maiores as taxas de desemprego, menor é a preocupação que as empresas possuem com assuntos que dizem respeito à saúde mental de seus empregados.

São inquestionáveis a relevância e extrema importância da discussão, produção científica e capacitação de empregadores sobre o melhor manejo deste cenário de adoecimento mental de trabalhadores no ambiente corporativo. Até mesmo porque os impactos diretos e indiretos desse fenômeno são altamente significativos quando em relação à carga global de doenças (*burden*), como afirma a Organização Mundial de Saúde,³ alertando que as perturbações mentais e neurológicas representavam, no ano 2000, 10,4% do total de Anos de Vida Ajustados em função da Incapacidade – Avai, com uma projeção de aumento de 15% para o ano 2020.

Contudo, também fazem parte desse importante índice pessoas com transtornos mentais de causa não relacionada ao ambiente de trabalho. Esses são indivíduos que possuem um transtorno mental de base e vivem um padrão de inatividade produtiva persistente, ou buscam por uma oportunidade de tornarem-se produtivas, mas não encontram receptividade da sociedade em geral, incluindo empresas e demais setores econômicos. Nesta classe, encontram-se as pessoas com as mais diversas doenças mentais: esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, autismo, transtornos de personalidade e de humor, dependência de álcool e outras drogas, entre outros.

Diante deste cenário, uma alternativa que surge em meio às experiências do percurso histórico-social é a intersetorialidade público-privada como estratégia de valorização do potencial produtivo desta população, acarretando benefícios para ambas as partes ao obter sucesso tanto na implementação de políticas públicas quanto na tão mencionada sustentabilidade corporativa.

Uma alternativa viável: Cooperativismo Social e Economia Solidária

Como afirmam Harnois & Gabriel,⁴ com o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais, que teve início em meados do século XX, no pós-guerra, o acesso ao trabalho tem sido um componente essencial dos programas de reabilitação psicossocial. Porém, entre os egressos dos grandes hospitais, apenas 15% a 17% conseguem um emprego e, geralmente, são mal remunerados e desenvolvem subfunções que não estão de acordo com suas habilidades.

O processo de desinstitucionalização de doentes mentais colocou em evidência um fato que antes já ocorria, mas que não estava visível aos olhos da sociedade: a marginalização desses indivíduos, o estigma social existente e a desinformação generalizada sobre essa condição de saúde. O estigma associado aos doentes mentais está presente na maioria dos setores da sociedade, incluindo os próprios profissionais da saúde, os encarregados de tomadas de decisões, grupos religiosos, profissionais da comunicação (jornalistas), líderes comunitários e empresários, assim como o público em geral.⁵

No contexto brasileiro, esse processo foi efetivamente iniciado no ano de 2001, com a promulgação da Lei Federal n.º 10.216 e, a partir disso, conjunturas sociais começaram a ser ocupadas por essa população, inclusive no que se refere à participação produtiva.

Exemplo disso foi a união dos doentes mentais às classes em similares condições de vulnerabilidade social ou desvantagem no mercado econômico, organizadas em cooperativas sociais de trabalho e renda, que encontraram nesse viés de mercado uma alternativa viável de reconquista de sentimentos e direitos de cidadãos. Tal fato concretiza-se com a promulgação da Lei Federal n.º 9.867, de 10 de novembro de 1999, ou Lei das Cooperativas Sociais, que

institui que a finalidade das “cooperativas sociais é a de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho” e considera pessoas em situação de desvantagem os “deficientes físicos e sensoriais, deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos, os egressos de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo”.

Segundo a Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – Unisol-Brasil, as cooperativas são empreendimentos autogestionários que têm como base de atuação os princípios da Economia Solidária. O Ministério do Trabalho e Renda⁶ afirma que compreende-se por Economia Solidária o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, organizadas sob a forma de autogestão.

A partir do marco legal de 1999, seguiram-se outros atos legislativos que possuíam o objetivo comum de fortalecer a participação das pessoas com transtornos mentais nos empreendimentos de cooperativas sociais.

Podemos citar a Portaria Interministerial n.º 353, de 7 de março de 2005, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências, tendo como articuladores os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, e as atribuições de estabelecer mecanismos de articulação entre as ações das políticas de saúde mental e economia solidária, propor mecanismos de apoio financeiro para as experiências de geração de renda e trabalho, propor atividades de formação, capacitação e produção de conhecimento na interface saúde mental e economia solidária e estabelecer condições para a criação de uma Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, entre outras. Este foi um marco legal significativo para a evolução dos debates e ações no campo da inclusão produtiva de doentes mentais.

Por fim, a Portaria MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, posiciona, definitivamente, a Inclusão Social por meio do Trabalho – Eixo Reabilitação Psicossocial parte da Política Nacional de Saúde Mental, seguindo-se a ela a Portaria n.º 132, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo que esse componente constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Esses marcos na legislação brasileira envolvendo os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, assim como ações conjuntas entre ambos com foco na população com transtornos mentais, demonstra a seriedade do assunto e a urgência da efetivação dessas estratégias para que o impacto econômico gerado pelos transtornos mentais no âmbito da saúde e da sociedade seja suprimido ou, simplesmente, amenizado pela produtividade dessas pessoas ao

serem incluídas em atividades laborais. Contudo, importantes desafios ainda são encontrados, apesar do respaldo legal anteriormente citado. Iniciativas do setor público para a implementação e manutenção das cooperativas de trabalho, geridas por usuários da saúde mental, não se sustentam sozinhas, ou seja, parcerias com os demais setores da sociedade são necessárias.

Intersetorialidade no contexto da inclusão social por meio do trabalho

A intersectorialidade no atual contexto sociopolítico tem sido compreendida e amplamente discutida como uma estratégia de estruturação, desenvolvimento e manejo dos cenários de intervenções propostos, com o objetivo de otimização da qualidade de vida de populações, conceito este que demanda uma visão integrada das características e problemáticas sociais. A ação intersectorial pode ser entendida como a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação das ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social”, segundo Junqueira e Inojosa.⁷

A aplicação do conceito de intersectorialidade ao campo da saúde, mais especificamente à área da saúde mental, traz consigo a ideia de “rede de cuidados”. Contudo, observa-se na prática que a “rede” *per se* acaba sendo constituída por setores públicos articulados (quando possível), que encontram sinergias ideológicas e constituintes, abandonando toda a pluralidade territorial e cultural do contingente populacional abordado. Uma “rede” ideal deveria incluir “pessoas e instituições que se comprometem em superar de maneira adequada os problemas sociais” de seu território, sejam elas de origem estatal ou privada.⁸

Para que, por meio da intersectorialidade, seja possível a implementação de ações de promoção e cuidado em saúde mental integrais e eficazes para tratamento e inclusão social do doente mental, o setor público, como serviços e profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial proposta pela Política Nacional de Saúde Mental, deve articular-se com os demais recursos existentes no território. Até mesmo porque de nada serve a disseminação da cultura de desinstitucionalização, se os serviços de saúde mental limitam-se ao *setting* terapêutico institucional, focando suas intervenções na remissão de sintomas e esquecendo de fomentar e treinar as potencialidades que essa população possui para integrar-se aos mais variados contextos de convívio social, inclusive no mercado de trabalho, e também adaptando pessoas e culturas para a aceitação dessa população.

A implementação, em determinado território, de novos serviços ou ações relacionados ao cuidado em saúde mental, a partir do conceito de Saúde Mental Comunitária, inclui o estabelecimento de diálogos e parcerias com os demais serviços já existentes, assim como com grupos da sociedade civil or-

ganizada, centros comunitários, líderes e comunidades religiosas, empresas, ONGs, entre tantas outras organizações que possam existir no território. Ao discutir-se implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda junto a pessoas com transtornos mentais, a necessidade dessa aproximação fica ainda mais evidente, sabendo-se que suas próprias raízes conceituais são intersetoriais, como anteriormente foi exposto.

Em primeira instância, em nível de gestão pública municipal, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro, que estabelece o processo de municipalização de sua gestão, representantes da Secretaria Municipal de Saúde, mais oportunamente, representantes municipais da área técnica de saúde mental, e os demais envolvidos no projeto, devem buscar apoio junto à Secretaria Municipal de Ação Social ou similares. Isso porque espera-se que os mesmos sujeitos que são assistidos pelos serviços de saúde mental, também o sejam pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – Creas e/ou Centros de Referência da Assistência Social – Cras (e se não o forem, se necessário, inicia-se o vínculo), assim como pela existência de departamentos e profissionais especializados em Economia Solidária e Incubação Social (ação esta que desenvolve assessoria para empreendimentos advindos de projetos sociais e auxilia seus integrantes no planejamento e desenvolvimento dos mesmos), fatores essenciais para o estabelecimento de uma iniciativa de geração de trabalho e renda.

Estando esta parceria saúde-ação social concretizada, parte-se para a busca de outros parceiros que possam agregar conhecimentos acerca de tópicos que profissionais da saúde e da ação social não tenham sido, necessariamente, formados para tal. Por exemplo, marketing e gestão financeira, entre tantos outros. É nesse momento que o setor privado-corporativo entra em cena e a sustentabilidade corporativa tem uma oportunidade de acontecer. Além de capacitação, assessoria e supervisão de processos de trabalho, as empresas podem auxiliar na aquisição de materiais permanentes ou de consumo na fase inicial dos empreendimentos sociais, como forma de alavancar o negócio e contribuir para seu caixa. Com base em minhas experiências e no conhecimento de outras experiências de iniciativas de geração de trabalho e renda por meio da composição de cooperativas sociais, todos os empreendimentos são carentes de incentivo financeiro de custeio e formação intelectual para sua gestão.

Uma experiência de parcerias intersetoriais na implementação de uma cooperativa social de padaria artesanal

A experiência a ser relatada a seguir aconteceu no município de Rio Claro, cidade do interior do Estado de São Paulo, que no último censo nacional realizado pelo IBGE⁹ apresentou população de 186.253 pessoas. No momento da

construção do projeto, o Programa Municipal de Saúde Mental era composto por um Caps-III, um Caps-i, um Caps-AD II, um ambulatório de saúde mental adulto e um ambulatório de saúde mental infantojuvenil.

A vontade de implementar uma iniciativa de Geração de Trabalho e Renda surgiu após a promulgação da Portaria n.º 132/2012, a qual instituiu incentivo financeiro para esse fim, a partir da transferência de verba do fundo nacional para o fundo municipal de saúde, e a iniciativa partiu da própria equipe técnica dos serviços de saúde mental do município, na qual eu estou incluída.

Antes de ser pensada e cogitada a implementação desse dispositivo na Raps de Rio Claro, os serviços de saúde mental já possuíam ações intersetoriais com a Diretoria de Economia Solidária – Ecosol/RC da Secretaria de Ação Social. Essas ações incluíam a participação dos usuários da saúde mental em feiras de economia solidária para venda dos produtos produzidos no contexto terapêutico das oficinas dos Caps. Também consistiam na inclusão de alguns usuários da saúde mental em uma Cooperativa de Material Reciclável, incubada pela Ecosol do município, que já era um empreendimento social consolidado e de sucesso já há algum tempo na cidade, que empregava principalmente mulheres em situação de vulnerabilidade social. Essas vivências sempre agregavam muito conhecimento aos profissionais da saúde mental, que aproximavam-se da cultura da Economia Solidária e surpreendiam-se com seu caráter acolhedor, inovador e produtivo.

Portanto, no momento em que vislumbrávamos a possibilidade de implementar um dispositivo de Geração de Trabalho e Renda próprio da saúde mental, nós nos sentíamos fortalecidos em saber que teríamos todo o respaldo em incubação dos excelentes e engajados profissionais da Ecosol/RC, fato este que nos tranquilizava e motivava para seguir em frente.

Somente dois meses após a publicação da referida portaria, uma equipe constituída pela coordenadora do Caps-AD II, por uma assistente social do Caps-III e pela coordenadora do Programa Municipal de Saúde Mental, iniciou a elaboração do projeto para pleiteio da verba oferecida pela portaria. Devido ao parâmetro populacional de nosso município e à insegurança em implementar um tipo de serviço que nunca havíamos gerido, optamos em pleitear a categoria que destinava R\$ 15.000,00 para projetos de reabilitação psicossocial que beneficiassem de 10 a 50 usuários.

Durante a fase de construção do projeto, incluímos o maior número possível de pessoas nas discussões e decisões referentes a ele, tanto profissionais da saúde mental quanto usuários dos serviços. Realizamos (profissionais e usuários) visitas às cooperativas sociais de outros municípios para conhecer suas experiências e aprendermos com elas. Em uma dessas visitas, fomos a uma cooperativa social de artesanato, que tinha como principal fonte de matéria-prima o papel reciclável. O trabalho deles incluía desde a aquisição de papéis utilizados e prontos para serem descartados, até os arremates finais nos blocos,

porta-retratos, cadernos, entre tantos outros produtos, passando pela complexa fase de produção do novo papel, que utilizava enormes (e caras) máquinas. Na conversa com esse grupo, nos foi sugerido que trabalhássemos com atividades de prestação de serviços (como limpeza, jardinagem, lavanderia) ou com o ramo da alimentação, pois a comercialização de produtos artesanais é muito difícil na cultura brasileira e o retorno financeiro, conseqüentemente, baixo.

Retornando ao nosso município, fomos informados pela Ecosol/RC que eles já haviam participado de uma experiência de padaria artesanal na cidade em parceria com o Consulado da Mulher, que é uma ação social da empresa Consul. O Consulado da Mulher possuía sede fixa na cidade e poderíamos contar com o apoio deles. Ao pesquisarmos mais sobre essa iniciativa, descobrimos que desde o ano de 2002 o Instituto Consulado da Mulher realiza ações de incentivo ao empreendedorismo para mulheres de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, incluídas em um contexto de vulnerabilidade social, como periferias de grandes cidades ou em áreas rurais de todo o país. Segundo a empresa Consul¹⁰, o Consulado da Mulher tem o papel de fazer com que essas mulheres sintam-se confiantes e capazes para empreender ou ampliar seus negócios com o objetivo de gerar renda e adquirir conhecimento suficiente para conquistar autonomia e sair da informalidade.

A partir disso, percebemos que essa parceria seria extremamente importante para o empreendedorismo da cooperativa que planejávamos implantar, pois conseguiríamos apoio na criação do negócio, capacitações em técnicas e processos administrativos, elaboração de plano de negócios, cursos técnicos em áreas específicas para o negócio e apoio para a aquisição dos aparelhos de cozinha necessários. Fizemos contato com os responsáveis pelo programa e fomos informados que eles estavam ampliando sua população-alvo, fazendo questão de incluir pessoas (não só mulheres) com transtornos mentais em seus projetos.

Após inúmeras discussões em nível de Conselhos Gestores dos serviços da saúde mental, assembleias nos Caps, reuniões com a equipe do Consulado da Mulher, com a Secretaria Municipal de Ação Social e Ecosol/RC e a Secretaria Municipal de Saúde, e aceite formal das parcerias estabelecidas, o projeto foi enviado ao Ministério da Saúde em outubro de 2012. Em março do ano seguinte, recebemos a notícia de que havíamos sido aprovados e receberíamos a verba de custeio, o que aconteceu 15 dias depois.

A cozinha e os equipamentos necessários nos foram cedidos pela Ecosol/RC, que gere o espaço que, anteriormente, fora montado e equipado pelo Consulado da Mulher. Profissionais dos Caps do município foram capacitar-se no curso de Panificação Artesanal, oferecido gratuitamente pelo Fundo de Solidariedade do Estado de São Paulo, no Parque Água Branca, SP, para serem multiplicadores visando à formação dos usuários que tivessem interesse em participar da padaria. Em assembleias nos Caps, o nome escolhido para o empreendimento foi “Padaria Artesanal Loucos por Pão”. Participam

da padaria usuários do Caps-AD II (usuários de álcool e drogas), do Caps-III (transtornos mentais como esquizofrenia, depressão, transtorno afetivo bipolar, entre outros) e do Caps-i (somente os de idade acima de 16 anos, usuários de álcool e drogas, e também com demais transtornos mentais).

Após aproximadamente um ano de funcionamento, trabalhando e produzindo conforme a demanda de encomendas em apenas um dia da semana, outro parceiro se uniu ao projeto. Esse parceiro foi o “Fortalecendo a Rede de Saúde e Economia Solidária do Estado de São Paulo: Construindo a Base de Serviço do Cooperativismo Social e Economia Solidária”, informalmente chamado de Projeto Redes, projeto que tem por objetivo construir a Base de Serviço de Cooperativismo Social e Economia Solidária, fortalecendo a Rede de Saúde e Ecosol do Estado de São Paulo, atuando de forma articulada com parceiros intersetoriais e ampliando sua presença, desenvolvendo ações integradas de formação, assessoria técnica, consultorias e comercialização em Rede.

Com isso, a visibilidade da Padaria Artesanal Loucos por Pão se tornou ainda maior, assim como a quantidade de encomendas. O grupo, composto por uma média de 12 usuários (rotativos), provenientes dos três Caps do município, sentiu-se fortalecido e decidiu aumentar os dias de produção para os cinco dias úteis da semana no período da manhã. Desde o início das atividades da padaria, o acompanhamento dos projetos terapêuticos de cada usuário foi uma preocupação da equipe técnica, que é a mesma que atua na padaria e nos Caps. Medicação, atividades de psicoterapia e acompanhamento terapêutico familiar não sofreram nenhuma influência negativa. Inclusive, o que se observa é o completo oposto. O alcance da melhora da autonomia é muito mais veloz e eficaz e o restabelecimento dos vínculos familiares, principalmente com os usuários de álcool e drogas, é mais visível e concreto. É comum homens, usuários de substâncias psicoativas que fazem parte da equipe da padaria, relatarem a reaproximação de suas esposas, mães ou filhas(os), por todos começarem a compartilhar as atividades de cozinha dentro de casa, pela nova rotina vivenciada ou também por começarem a colaborar financeiramente com a economia da casa. Com isso, a família aproxima-se mais dos usuários e também dos serviços.

Faz parte da rotina das atividades da padaria a reunião semanal na qual discutem-se os mais diversos assuntos. E nesses encontros semanais, a intersectorialidade ali observada é algo concreto e proveitoso, além de ser grande motivador para os cooperados. Profissionais dos Caps, representantes da Ecosol/RC, Consulado da Mulher, Projeto Redes e usuários/cooperados atuam nivelados em um mesmo patamar e desvinculados de qualquer relação de poder, com interesses em comum: o sucesso do empreendimento social que está abrindo o leque de possibilidades para o reencontro de sujeitos com suas habilidades socialmente encobertas e desacreditadas, tornando-os pessoas mais participativas e satisfeitas.

Em consonância com os novos horizontes possibilitados pelas ações intersectoriais público-privadas, o que se está configurando, como pontua Amarante,¹¹ é a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, além da construção de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o próprio sofrimento mental, natural ao ser humano.

A criação e implementação dessa padaria inicialmente enfrentaram resistência no contexto local, tendo-se que demonstrar, ao longo do tempo, que o trabalho realizado era sério e igualava-se aos padrões de qualidade encontrados em quaisquer outros pontos comerciais da cidade. Desde o espaço interno da cozinha, até nos espaços de venda dos produtos, o grupo teve que superar estigmas e suas próprias falsas crenças limitantes para conseguir se manter focados em metas e objetivos cada vez maiores.

O impacto social dessa iniciativa de inclusão social por meio do trabalho é relevante para a sensibilização da população da região, para que o compartilhamento de espaços sociais junto às pessoas com transtornos mentais seja algo natural, para o enfrentamento do estigma e também para que pessoas excluídas do mercado de trabalho de alta competitividade tornem-se combustível para o avanço econômico da sociedade, não somente uma carga para a mesma.

Como pontuaram Jorge & Bezerra,¹² pessoas com transtornos mentais que são excluídas do mercado de trabalho sofrem danos pessoais e sociais compreendidos desde a marginalização social até sentimentos de baixa eficácia e baixa autoestima, contribuindo ainda mais para o isolamento social e consequente condição de improdutividade. Dessa maneira, possibilidades de inclusão no trabalho representam algo como um resgate do “sentir-se vivo” e do sentimento de pertencimento à sociedade, contrapondo-se ao cenário de igualdade entre os conceitos de transtorno mental e incapacidade.

O trabalho intersectorial, não somente entre secretarias/ministérios do poder público mas também com o setor privado, é uma potente ferramenta de construção de novas modalidades de intervenção junto às pessoas com transtornos mentais, pelo seu potencial de abrangência da sociedade, mostrando o potencial produtivo e integrativo dessas pessoas em seu contexto social, cultural e econômico.

Referências

1. Pinheiro MA, Razzouk D. Capital mental e produtividade: estratégias de redução do impacto econômico dos transtornos mentais no ambiente de trabalho. In: Gardim N, Yano SRT, organizadoras. Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Campinas: Centro de Tecnologia da Informação “Renato Archer”; 2014.

2. Harnois GP. La salud mental en el ámbito laboral. In: Salud mental en la comunidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
3. World Health Organization WHO. Mental Health: new understanding. New Hope; 2001.
4. Harnois GP, Gabriel P. Mental Health and Work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization and International Labor Office; 2000.
5. Leff J, Richard W. Social inclusion of people with mental illness. New York: Cambridge; 2006.
6. Ministério do Trabalho e Renda. Brasil. O que é economia solidária? [Acessado em 24 maio 2014]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/ecosolidaria/o-que-e-economia-solidaria.htm>
7. Junqueira LA, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo: Fundap; 1997.
8. Junqueira LA. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(1):25-36.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [homepage na internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 08 jun 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354390>.
10. Consulado da Mulher [homepage na internet]. Acreditamos em quem acredita [acesso em 08 jun 2014]. Disponível em: <http://consuladodamulher.org.br/consuladodamulher/>
11. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
12. Jorge MSB, Bezerra MLMR. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004; 13(4): 551-558.

KÁTIA LIANE RODRIGUES
LEONARDO PENAFIEL PINHO

“A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da ‘instituição inventada’ devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.” Rotelli¹

Introdução

O presente artigo visa apresentar um debate acerca dos desafios e limites colocados aos usuários da rede de atenção psicossocial no que tange à ampliação de sua contratualidade social e à afirmação de seus direitos, dando destaque ao direito constitucional ao trabalho.

Desde a Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu art. 196, a saúde é colocada como “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”.²

Essa mesma Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País, quando determina como princípios doutrinários a universalização, a equidade e a integralidade da assistência. Indicando ainda, como princípio organizativo, a participação popular, criando os conselhos e as conferências de saúde que visam controlar e avaliar a execução da política de saúde, em níveis local, estadual e federal.

A ideia de direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 quando, em seu art. 25, afirma que “toda pessoa tem direito

a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos” e, posteriormente, em 1966, quando o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reafirma a ideia e faz indicações de medidas para a garantia do direito à saúde, tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças.

Assim, podemos afirmar que desde a metade do século XX ocorrem diversas convenções em defesa desses direitos, como em 1965 a que tratou da eliminação da discriminação racial, em 1979 da discriminação da mulher, em 1989 dos direitos da criança e, mais recentemente, em 2006, a que tratou do direito das pessoas com deficiência. Afirmando a noção de direitos humanos como aqueles que ultrapassam os direitos civis e políticos, adicionando a estes direitos sociais, econômicos e culturais.

No âmbito das discussões por um modelo igualitário justo e que trate da garantia dos direitos humanos, antes mesmo da Constituição de 88, temos o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, datado da década de 70, que denuncia a superlotação dos hospitais psiquiátricos, o isolamento social, as práticas de tortura e a violência institucional, uma situação clara de violação de direitos humanos. “À psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, que cada movimento histórico tinham produzido”.³

A articulação do movimento dos trabalhadores de saúde mental e o desenvolver de novas práticas levaram, em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado a apresentar o projeto de lei 3.657, com base nos princípios da Lei Italiana 180, de Franco Basaglia, que propunha explicitamente a extinção do manicômio. Essa legislação passou por diversas alterações e tramitações e em 2001 foi promulgada a Lei 10.216,⁴ intitulada Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, direcionando o modelo assistencial em saúde mental.

O Brasil fez uma opção ética e política ao escolher o modelo da Reabilitação Psicossocial, que preconiza o cuidado ao sujeito por uma tríade que orienta a vida: trabalho – moradia – rede social. Nesse tripé de sustentação encontram-se os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que inclui os projetos de inclusão social pelo trabalho, nosso foco de discussão, e que tem no cooperativismo social uma aposta de avanços políticos e assistencial.

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social.⁵

Desde 2004, uma aproximação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), via Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes), vem traçando políticas públicas que garantem o protagonismo dos projetos de inclusão social pelo trabalho no âmbito do direito ao trabalho cooperativista e autogerido.

Os dois ministérios publicam, em 2005, a Cartilha Saúde Mental e Economia Solidária⁶ – Inclusão Social pelo Trabalho, resultado de um encontro entre diversos atores públicos, da sociedade civil e universidade, que aponta a necessidade de construir uma política pública nacional de apoio e fomento aos projetos, oficinas e empreendimentos solidários, que constroem o segmento do cooperativismo social brasileiro.

A partir dessa publicação, o Ministério da Saúde lança um edital/chamada voltado ao apoio e financiamento dessas oficinas, projetos e empreendimentos solidários, e o Ministério do Trabalho e Emprego, por intermédio da Senaes, passa a incluir em seus editais de financiamento a economia solidária, o público da saúde mental e do cooperativismo social. No Estado de São Paulo obtivemos a aprovação pela Rede Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária do Projeto Redes, em parceria com o Instituto Integra, um avanço importante para o reconhecimento social e produtivo dessas iniciativas de inclusão social pelo trabalho.

Entre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a primeira realizada de forma intersetorial, tendo delegados de diversos segmentos sociais e a II Conferência Nacional de Economia Solidária, ambas em 2010, realizou-se em Brasília, a I Conferência Nacional de Cooperativismo Social. Essa Conferência reconheceu a necessidade de construir e aprovar o Programa Nacional de Apoio ao Cooperativismo Social (Pronacoop-Social). Diversas resoluções dessa Conferência afirmaram a necessidade de se garantir plenamente o direito humano ao trabalho e à produção criativa.

Trabalho: como locus da afirmação do Ser

O trabalho constitui-se para a humanidade como a mediação necessária entre o homem e a natureza, independentemente das formas de organização social e econômica, pois, por meio do mesmo, saciamos as necessidades mais básicas da vida humana: beber, criar, comer e vestir (criador de valores de uso). O primeiro ato histórico é o trabalho, que adquiriu centralidade nas formas de organização social e de seus metabolismos.

O trabalho, como campo expressivo no qual o homem torna-se comum, é o processo mesmo de realização do ser, como ser social. O trabalho é a forma originária e criadora da atividade humana e é nele que o homem se realiza como potência de agir (*afecto*), e põe-se consciente, deixando de ser apenas um fenômeno de reprodução e instinto biológicos.

O trabalho na contemporaneidade é organizado mediante um metabolismo social, voltado à formação e à acumulação do capital (valores de troca). Assim, o trabalho viveu um processo de subsunção real ao capital ou, mais especificamente, ao modo de produção capitalista.

A atual forma de organização social do trabalho se fundamenta na produção de mercadorias, mas tem sua centralidade na absorção em seu processo de produção, do trabalho não pago. É a partir da organização privada dos meios de produção que o trabalho gera mais valor para além do custo material de manter a existência do trabalhador (o salário).

“A primeira consequência, e a mais importante, é a transformação da vida social em uma grande relação de troca; a sociedade em seu conjunto tomou a forma de mercado. Nas distintas funções da vida, tal situação se expressa no fato de que cada produto da época capitalista, como também todas as energias dos produtores e dos criadores, reveste a forma de mercadoria. Cada coisa deixou de valer em virtude de seu valor intrínseco (por exemplo, valor ético, valor artístico): tem valor unicamente como coisa vendável ou adquirível no mercado”.⁷

O modo de produção capitalista é, em suma, uma máquina de extorsão do trabalho não pago, o único capaz de criar, nas mercadorias, mais valor. No capitalismo, assim, só é trabalho produtivo aquele que emprega força de trabalho, que diretamente produz mais valia, valorizando e agregando valor ao processo de produção e reprodução do capital.

(...) todo aumento da produtividade do trabalho – independentemente de que acrescente os valores de uso para o capitalista – implica aumento da produtividade do capital e, desse ponto de vista, só é produtividade do trabalho enquanto é do capital.⁸

Diante dessa forma de organização social, a possibilidade de trabalho ao louco se coloca num importante dilema. O que se convencionou chamar de “louco” são aqueles seres humanos que constroem relações com o mundo objetivo e subjetivo de forma diferente e com uma sensibilidade adversa a um tipo de racionalismo imposta para o homem de fora para dentro.

A loucura é a linha de fuga de uma sociedade fundada na disciplina e no controle dos desejos humanos. Assim, se confronta com os limites, exige o transbordamento e se forja numa percepção alternativa de mundo e de sociedade. A loucura exige o caos, a desconstrução criativa e potente das sensações humanas, como num devir minoritário que aponta com suas vivências e percepções sensíveis os freios e as imposições sociais que incorporamos no cotidiano.

Essas vivências diferentes entram em choque de maneira muito singular com as imposições sociais, o que gera sofrimento psíquico àqueles que o vivenciam, pois a diferença só é aceita em lugares “próprios” rodeados de especialistas, prontos para oferecer diagnósticos e, assim, controlar e adaptar os mesmos às formas de vida cotidiana aceitas socialmente.

O mundo do trabalho sob o sociometabolismo do capital é no vértice contraditório aos transbordamentos vividos na loucura. Essas contradições se

manifestam essencialmente em duas problemáticas centrais: o ritmo (tempo) de trabalho – voltado à produção de mais valor – e o trabalho estranhado.

Construindo alternativas: Economia Solidária – uma nova economia

Um primeiro desafio, a fim de construir um processo de organização do trabalho social em que o trabalhador não seja estranho ao seu produto de trabalho, nos remete a retomar um conceito de trabalho que seja fundado no valor de uso.

O trabalho, como um processo e espaço de realização do ser social, um espaço de criação e expansão do homem, como um ir-além. O trabalho como manifestação de uma dimensão concreta de existência humana, como criador de valores de uso, como força vital de estar, como prática natural e eterna de uma mediação entre homem e natureza, um encontro entre profano e divino. O trabalho, assim como potência de agir e de se afirmar humano, criativo e complexo.

Num processo de inter-relação dialética e rizomática de fluxos permanentes entre a desconstrução conceitual e a criação de alternativas práticas vividas e exercidas pela classe-que-vive-do-trabalho, buscar-se-á a superação de um trabalho assalariado, abstrato, fetichizado e alienado, fundado na criação de valores de troca, voltado a ampliar a existência do objeto e do sufocamento da existência humana.

Um trabalho fruto da auto-organização dos trabalhadores, em que o tempo do trabalho não seja antinomia do tempo livre, em que a mediação entre homem e natureza seja realizada a partir dos tempos e ritmos próprios, num processo de enunciação coletiva.

O trabalho como criador de valores de uso, organizado e gerido pelos próprios produtores da riqueza social, não é uma construção intelectual surgida no campo do pensamento de algum tipo de idealismo, outro tipo de externalidade, mas sim, fruto de processos de fluxos e refluxos nos quais o ser-social-da-classe-que-vive-do-trabalho realizou experiências no campo da *práxis*.

A Economia Solidária, essa Nova Economia, que resgata o Ser e não o Ter, atualmente abarca em seu interior um processo multifacetado de sujeitos políticos, que se fundamentam na auto-organização dos trabalhadores, no campo dos empreendimentos econômicos (produção e comercialização), na produção de tecnologias sociais, por meio das entidades de apoio e fomento, nas cooperativas de crédito e na construção de políticas públicas, por gestores públicos.

Assim, é um movimento social que procura transformar as relações econômicas-políticas-sociais, buscando colocar centralidade no Ser e não no Ter, afirmando uma ontologia da vida cotidiana, organizada pelos próprios tra-

balhadores. Várias conquistas já ocorreram a partir da constituição de redes solidárias entre os empreendimentos econômicos solidários, como a construção do Fórum Brasileiro de Economia Solidária, o Conselho Nacional de Economia Solidária, diversas políticas públicas em níveis municipal, estadual e federal, a constituição das Frentes Parlamentares de Economia Solidária e a criação da Senaes, ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Saúde mental e Economia Solidária: produzindo novos atores sociais

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária compartilham princípios fundamentais quando fazem a opção ética, política e ideológica por uma sociedade marcada pela autogestão e pela solidariedade. No entanto, é somente no ano de 2004 que esses movimentos passam a se encontrar, a se reconhecer e a dialogar, iniciando uma colaboração permanente entre esses campos e entre os integrantes dos movimentos sociais correspondentes, tendo como desafio a reinserção social de egressos de manicômios por meio da construção de empreendimentos solidários e autogestionários.

O trabalho social, capaz de abrigar e expandir as potencialidades da loucura, só pode ser um trabalho fundado na coletividade e na associação livre dos trabalhadores e trabalhadoras; pois é a representação da autoatividade e da real emancipação em que se realiza a partir do domínio integral do ato laborativo (não estranhado).

Em que o ritmo de trabalho seja construído por intermédio das potencialidades e possibilidades de cada trabalhador, o que, no caso da “loucura”, seja um processo no qual os transbordamentos não sejam vistos como negação de uma “produtividade”, mas sim, como processo vivo de expressão de existência.

O não lugar vivido pelos “loucos” no trabalho aparece assim como mais um elemento do alijamento do processo produtivo de amplos setores e segmentos sociais, que não encontram, sob a forma do sociometabolismo do capital, espaço de expressão e de identificação de existência.

Aprofundar esta relação, constituir e ampliar experiências de construção de empreendimentos econômicos solidários, entidades de apoio e fomento, criação de Bancos Comunitários, Moedas Sociais e espaços de expressão pública, no campo da práxis, feiras, bazares, debates e outros, do encontro entre os sujeitos coletivos do movimento da luta antimanicomial e da economia solidária é um importante passo no processo de construção de novas relações econômicas, sociais e culturais, fundadas na solidariedade e na valorização das diferenças. Combinando potencialidades, num processo intersetorial, buscando o reconhecimento do Estado Brasileiro às novas formas de produzir, criar, gerar trabalho e renda.

Saúde mental e trabalho: desafios intersetoriais

A ausência de políticas públicas voltadas ao financiamento, investimento, desenvolvimento tecnológico e incentivo à comercialização, associada à não regulamentação da Lei de Cooperativismo Social, tem sido limitadora da potência criativa e produtiva que os usuários da rede de saúde mental têm desenvolvido.

A Lei 10.216⁴ já conseguiu, em uma década, mudar nas políticas públicas o paradigma de tratamento dos usuários acometidos de transtorno mental e de uso abusivo de álcool e outras drogas. Hoje, os que querem voltar/manter as estruturas manicomiais estão lutando. Apesar dos avanços, do crescimento da rede de atenção psicossocial, existem ainda grandes desafios a serem superados no tripé da Reforma Psiquiátrica, Rede – Moradia – Trabalho.

Problematicando essencialmente acerca do eixo trabalho, podemos afirmar que o mesmo é o único que ainda não conta com nenhuma iniciativa consistente e permanente de política pública, apesar de existirem projetos e oficinas de trabalho na maioria dos Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Convivência em todo o País.

Atualmente, a única iniciativa existente no Ministério da Saúde é a Portaria n.º 132, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2012 os valores do incentivo aumentaram para R\$ 15.000, R\$ 30.000 e R\$ 50.000. A atual portaria não tem seus recursos direcionados diretamente às oficinas e projetos de trabalho, indo para as prefeituras, o que às vezes, pelas dificuldades burocráticas ou divergências em sua aplicação, não chega de acordo com o plano apresentado ou chega depois de muito tempo.*

Apesar de não haver um projeto direcionado ao incentivo das oficinas e projetos de trabalho, a Senaes, desde 2011, já insere em seus editais usuários de saúde mental, reconhecendo esse público como construtor da Economia Solidária brasileira. O recente Edital n.º 03 – Promoção de Ações Municipais Integradas de Economia Solidária para o Desenvolvimento Local Visando à Superação da Extrema Pobreza, lançado pela Portaria Senaes/MTE n.º 105, de 30 de setembro de 2011, foi uma importante conquista, pois financiou projetos integradores de iniciativas de políticas públicas nos municípios, combinando ações de assessoria técnica, formação, incentivo às redes e cadeias produtivas, com fortalecimento do comércio justo e so-

* Dados recentes sobre a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial estão no Caderno de Saúde Mental em Dados n.º 10, março de 2012, Ministério da Saúde. No caderno, a relação entre saúde mental e Ecosol é destaque, observando que a economia solidária é um instrumento de promoção da inclusão social pelo trabalho.

lidário. Nesse Edital, os usuários de saúde mental são contemplados como público a ser atingido.

No entanto, esses avanços ainda não se constituem como políticas públicas que sejam capazes de garantir o Direito ao Trabalho Associado e Autogerido para os usuários de saúde mental.

O Direito ao Trabalho para os usuários da Rede de Atenção Psicossocial ainda tem um conjunto de limitadores, que oferecem resistências, dificuldades e impedimentos, e na prática dificultam ou inviabilizam que os mesmos possam de fato exercer suas potencialidades e serem inseridos de fato no mercado de trabalho, superando o estágio de oficinas terapêuticas e oficinas no interior dos serviços de saúde mental.

Para garantir o Direito ao Trabalho dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial é necessário pontuar:

- A existência de uma lei de estímulo às cooperativas sociais e sua regulamentação constitui-se meio de promoção da dignidade humana, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos (de 10/12/1948) e a Declaração sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (de 6/12/2006), ambas das Nações Unidas;
- As normas editadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Convenção n.º 159 (ratificada pelo Brasil pelo Decreto n.º 129, de 22/05/1991) – que trata da reabilitação profissional e do emprego das pessoas deficientes – e a Recomendação 193 – sobre sociedades cooperativas;
- No Brasil, há duas normas internacionais devidamente ratificadas, o que lhes confere status de leis nacionais, que são a Convenção n.º 159/83 da OIT e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como Convenção da Guatemala, que foi promulgada pelo Decreto n.º 3.956, de 8/10/2001. Ambas conceituam deficiência, para fins de proteção legal, como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldades de inserção social;
- Garantias constitucionais: Dignidade da pessoa humana: Art. 1º, Inciso III, da Constituição Federal brasileira; Valor social do trabalho e da livre iniciativa: Art. 1º, Inciso IV; Construir uma sociedade livre, justa e solidária (Art. 3º, I); Garantir o desenvolvimento nacional (Art. 3º, II); Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais (Art. 3º, III); Promover o bem de todos, sem preconceitos

e discriminações (Art. 3.º, IV); Princípio da Igualdade: Art. 5.º, caput, e Inciso I; Art. 170 – Ordem Econômica – Valorização do trabalho humano, Livre iniciativa, Existência digna, Justiça Social, Função Social da Propriedade; Art. 174, § 2.º: A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo; Art. 193 – Ordem Social: A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social;

- A II Conferência Nacional de Economia Solidária, ocorrida em 2010, teve como eixos centrais o Direito ao Trabalho Associado e Autogerido, e a Conferência Temática de Cooperativismo Social conjunta com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que apontava a necessidade de regulamentação da Lei de Cooperativismo Social e de criação de uma Política Nacional de Apoio e Fomento;
- A lei atual do Cooperativismo Social (9.867/99 – Art. 3.º) prevê: os deficientes físicos e sensoriais; os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; os dependentes químicos; os egressos de prisões; os condenados a penas alternativas à detenção; os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

Consolidar o eixo trabalho na Reforma Psiquiátrica brasileira

As exposições das considerações acerca do arcabouço legal brasileiro e nos tratados internacionais ratificados no País apontam a base legal para se avançar e consolidar a garantia do direito ao trabalho por parte dos usuários da saúde mental. Nessa perspectiva é que o recente Comitê Gestor do Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (Pronacoop- Social) deve trabalhar para consolidar uma política pública efetiva para garantir o Direito ao Trabalho aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, de Economia Solidária e a Conferência Temática de Cooperativismo Social dão a base social e política para avançarmos na constituição de uma Política Nacional de Apoio e Fomento ao Cooperativismo Social, garantindo assim um conjunto de ações de apoio, fomento e incentivo às oficinas e projetos de trabalho, na perspectiva de avançar na consolidação de empreendimentos econômicos solidários (cooperativas sociais), ampliando a contratualidade social dos usuários e garantindo o eixo trabalho na Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ações estruturantes para a consolidação de uma política pública, voltada à Inclusão Social pelo Trabalho:

- Criação no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) de uma nova possibilidade de registro de equipamentos de saúde voltado à Inclusão Social pela Arte, Cultura e Trabalho. Aqui propomos discutir os Centros de Inclusão Social (CIS), que irão ser referência para a rede de atenção de saúde mental no território, na promoção de projetos de trabalho, no desenvolvimento de atividades de formação e capacitação profissional, de incubação de Empreendimentos Econômicos Solidários e de encaminhamento de trabalhadores para o mercado de trabalho. Ressaltamos como exemplo de experiências que vivenciam dificuldades junto ao CNES: o Núcleo de Oficinas e Trabalho do S. S. Dr. Cândido Ferreira e a Casa das Oficinas, em Campinas; o Núcleo de Trabalho e Arte (Nutrarte), em São Bernardo do Campo; o Núcleo de Projetos Especiais (Nupe), em Santo André; e o Projeto Tear, em Guarulhos, todos no Estado de São Paulo, que são equipamentos de saúde que promovem exclusivamente a Inclusão Social pelo Trabalho e que necessitam criar adaptações de seus registros aos serviços listados pelo Cadastro, o que não corresponde às práticas institucionais desempenhadas.
- Na regulamentação da Lei de Cooperativismo Social, garantir definições mais claras nos conceitos, classificações, tipos de sócios. O modelo italiano classifica dois tipos de cooperativas sociais:
 - a) Cooperativas de prestação de serviços às pessoas (educativo, assistencial, reabilitativo, terapêutico, social) – os usuários dos serviços são portadores de necessidades especiais.
 - b) Cooperativas que produzem bens e serviços em geral necessitam de mínimo de 30% de trabalhadores portadores de necessidades especiais. Se for inferior, existem duas saídas: admite novos trabalhadores (sócios ou não) ou perdem a condição de cooperativa social.
- Em relação à Previdência Social, garantir que os usuários que participam das oficinas de trabalho não tenham os benefícios assistenciais cessados.

Ações complementares:

- Criação de uma linha federal de incentivos diretos para as oficinas e projetos;
- Isenção tributária integral;
- Integração e cooperação internacionais, em especial no Mercosul;
- Garantir na Regulamentação da Lei de Cooperativas Sociais a existência de travas contra abusos e precarização do trabalho;

- Garantir condições mais favoráveis para a participação nas compras públicas, fazendo adequações à lei de licitação;
- Garantir que as cooperativas sociais sejam atendidas e contempladas nas capacitações e formações profissionais promovidas pelo Sistema S (Senai, Senac e Sebrae);
- Garantir a participação das Cooperativas Sociais (projetos e oficinas de trabalho) nas políticas públicas voltadas ao apoio e promoção do Comércio Justo e Solidário e representação na Comissão Nacional do Sistema Nacional de Comércio Justo e Solidário;
- Inclusão na Lei de Cotas dos usuários de saúde mental, garantindo a possibilidade dos mesmos serem inseridos no mercado formal de trabalho, considerando a possibilidade de contar nas cotas das cooperativas sociais mais de 50% de usuários de saúde mental.

As reflexões presentes neste artigo fazem parte de um processo de construção de debates e propostas que visam superar a situação atual em que se encontram os usuários da Rede de Atenção Psicossocial em nosso País, que ainda estão inseridos numa situação de negação de acesso ao mundo do trabalho. Ainda vemos em nosso País uma maioria de projetos de inclusão social pelo trabalho restrita a equipamentos de saúde mental e sem um registro legal, sem políticas efetivas de apoio e fomento.

A recente aprovação do Comitê Gestor do Programa Nacional de Cooperativismo Social – Pronacoop-Social é uma sinalização dada pelo poder público federal à necessidade de superar essa situação. Os autores deste artigo estarão presentes nesse Comitê, buscando apontar esse conjunto de propostas e reflexões a fim de afirmar o Direito ao Trabalho dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

Referências

1. Rotelli F. A instituição inventada. Revista Per la salute mentale/For mental health. Venezia, 1990; 1(88): 89-99.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
3. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tunis, A. S., Costa, N. R. (orgs). Cidadania e Loucura – Política de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000: 15-74.
4. Brasil. Lei 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 09 abr 2001; Seção 1.
5. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001: 13-18.

6. Ministério da Saúde(Brasil). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. György L. Velha e Nova Cultura. Kommunismus. 1920. [acesso em 29 jul 2014]. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/lukacs/1920/mes/cultura.htm>>.
8. Marx C, Engels F. Grundrisse 1857-1858 II. Espanha: Fondo de Cultura Económica; 1985.

16

Experiência clínica da inserção no mercado de trabalho de pacientes com transtornos mentais graves

LARISSA CAMPAÑA MARTINI
ALESSANDRA GONZALES MARQUES
CAMILA SOARES
ANA OLÍVIA DA FONSECA MONTEBELO
MARIA BEATRIZ PETRECHE
FERNANDA VIEIRA DOS SANTOS LIMA
PATRÍCIA BARBOSA
QUIRINO CORDEIRO
CECÍLIA RIBEIRO DE FAÏSSOL ATTUX
RODRIGO AFFONSECA BRESSAN

Introdução

A importância do trabalho para portadores de doenças mentais graves já está bem estabelecida, no entanto apenas uma pequena porcentagem dessa população tem vínculo empregatício.^{1,2} Os estudos demonstram que ter um emprego tem sido associado à melhora clínica e a um melhor funcionamento social, bem como à redução de sintomas depressivos.³ De acordo com Delevatti,⁴ o acesso restrito ao trabalho está relacionado a uma combinação de barreiras psicológicas e sociais, como o estigma presente entre os empregadores e o autoestigma dos pacientes, além da falta de suporte e orientação vocacional. As baixas taxas de emprego dos portadores de esquizofrenia podem estar relacionadas a uma combinação de pressões sociais e econômicas, barreiras psicológicas e sociais, e à falta de estrutura para apoiar a reinserção profissional. Pensando na questão da geração de renda para portadores de transtornos mentais graves, as políticas que estruturam esta proposta estão estabelecidas; no entanto, o desafio de incluir essas pessoas que culturalmente não fazem parte do contexto social em que vivemos torna-se um desafio. Essa temática foi incluída na agenda social da política brasileira e expressa na Portaria n.º 353 de 2005.⁵ Entretanto, a associação entre saúde mental e trabalho, prevista nessa portaria, está longe de traduzir os reais problemas da população que necessita de uma sustentação para manter as mínimas ações da vida cotidiana, incluindo a ocupação e a inclusão social como eixos estruturantes de um sujeito na sociedade contemporânea.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais acometem cerca de 30% dos trabalhadores e são responsáveis por 4 dias/ano de

perda de dias trabalhados; os transtornos mentais graves (incapacitantes) atingem cerca de 5% a 10% e são responsáveis por até 200 dias/ano de perda de dias de trabalho.⁶ No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez.⁷ Em ordem decrescente, encontram-se: depressão maior, esquizofrenia, transtorno bipolar, alcoolismo e transtorno obsessivo compulsivo. Esses números, porém, referem-se aos trabalhadores que possuem ocupações formais. Além disso, vale ressaltar que, no Brasil, os gastos com afastamentos decorrentes de transtornos mentais acometem cerca de 5% a 10% dos trabalhadores.⁸ Nos serviços de saúde mental, tem-se uma população não computada nas pesquisas, por afastamento, e que nunca participou do mercado de trabalho. Esses dados dão a dimensão do problema no que se refere ao portador de transtorno mental grave. É possível perceber na prática os prejuízos que os familiares e cuidadores sofrem ao tentar um espaço no trabalho formal.⁵

Intervenções voltadas à reabilitação para o trabalho

No Brasil, destacam-se duas formas principais de reabilitação para o trabalho com portadores de transtornos mentais graves: o trabalho protegido e o emprego apoiado.

Trabalho protegido

O trabalho protegido, representado principalmente pelas oficinas de geração de trabalho e renda, está inserido na proposta das cooperativas de trabalho. Essa proposta possibilita a articulação entre o campo social e psicossocial, pois valoriza os processos de subjetivação e busca a autonomia.⁵ Segundo Valladares,⁹ uma das principais funções das oficinas de trabalho e renda está relacionada ao campo da cidadania, e para que uma oficina possa existir é importante que atenda a três importantes critérios: 1) que seja um espaço que favoreça a criação; 2) que incentive a realização de atividades manuais ou artísticas, potencializando o aprendizado ou aprimoramento de uma técnica específica; e 3) que seja um espaço de promoção e interação entre pacientes, equipe de saúde, familiares e comunidade.

Nesse sentido, as oficinas de trabalho e geração de renda são recursos importantes para auxiliar na inclusão social, autonomia e cidadania de portadores de transtornos mentais graves. A inserção dessas pessoas em uma proposta de produção e comercialização está diretamente relacionada à organização e execução de tarefas de trabalho, o que promove uma melhora significativa em aspectos cognitivos dos pacientes.¹⁰

A cooperativa de trabalho configura-se como uma empresa e não como uma proposta terapêutica. Têm como eixo norteador a proposta da economia solidária, ou seja, não estão pautadas a partir de um modo de produção capitalista. É uma alternativa à competitividade imposta pelo modo de produção capitalista, pois está pautada nos princípios da ação coletiva e na cooperação entre seus integrantes, incentivando a autogestão, a justiça social, o trabalho coletivo e as relações solidárias, estimulando a inclusão social para as populações que estão em desvantagem econômica e social.⁵

Emprego apoiado

O emprego apoiado vem sendo reconhecido como uma prática de extrema importância no tratamento de portadores de transtornos mentais graves. O modelo mais estudado é chamado de *Individual Placement and Support* (IPS).¹¹ De acordo com Martini,¹⁰ a proposta do IPS é seguir os oito princípios abaixo relacionados:

1. Tem como objetivo levar as pessoas para o emprego competitivo. Não são raros os casos de pessoas que trabalham quatro ou cinco horas semanais, principalmente quando estão afastadas há muito tempo e precisam se adaptar novamente às rotinas de horário, ou quando recebem benefícios, que poderiam ser comprometidos com uma carga horária mais extensa.
2. Está aberto a todos aqueles que querem trabalhar, não exclui idosos, usuários de drogas ou outras condições adversas; é importante que a pessoa tenha interesse em trabalhar.
3. Busca empregos compatíveis com o objetivo dos pacientes; para tanto, é feito um levantamento das preferências e das vagas disponíveis.
4. Funciona rapidamente, pois o funcionário não precisa passar pelas etapas iniciais da admissão, como treinamento, capacitação, entre outros. O contato inicial funciona da seguinte forma: a) o especialista da equipe de saúde avalia as preferências, experiências anteriores, escolaridade e outras informações sociodemográficas de cada candidato; b) entra em contato com o candidato, seus familiares e, eventualmente, com os antigos empregadores; e c) juntos, o especialista em trabalho, profissionais de saúde e funcionário desenvolvem um plano consistente com os objetivos.
5. Conta com especialistas na área para mapear os interesses e realizar o levantamento de vagas.
6. Esses especialistas estabelecem relações com os empregadores a fim

de respeitar as preferências de trabalho de cada funcionário e orientar com relação às especificidades da doença.

7. Oferece tempo ilimitado de suporte individualizado para o funcionário e seu empregador, ou seja, o diálogo entre os profissionais de saúde, funcionário e empregador é frequente, o que garante o cuidado em momentos de maiores dificuldades ou crise.
8. Oferece aconselhamento para a segurança social e outros benefícios.

Desta forma, o emprego apoiado pode ser compreendido como uma forma de acompanhar o processo desde o início, quando o candidato define suas preferências, até o seguimento em serviço, caso ele ou seu empregador estejam inseguros em relação a qualquer etapa da adaptação. No Brasil, é uma estratégia ainda modesta, no entanto, pode configurar uma ferramenta potente para auxiliar aqueles que têm interesse no mercado formal de trabalho.

O programa Inserir/Unifesp

O Inserir é um projeto desenvolvido no Programa de Esquizofrenia (Pro-esq) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) desde 2009, como forma de atender às necessidades de alguns portadores que tinham o desejo de ingressar ou retornar ao mercado formal de trabalho. Trata-se de um grupo fechado no qual é trabalhado o desenvolvimento de competências necessárias para a aquisição do comportamento adequado ao ambiente de trabalho. O processo de reabilitação profissional proporciona o desenvolvimento de forma responsável e saudável, respeitando os limites de cada participante.

Os principais objetivos são:

- 1) Facilitar a inserção do indivíduo na comunidade e no mercado de trabalho
- 2) Identificar e aprimorar as capacidades e habilidades
- 3) Trabalhar a assertividade
- 4) Orientar sobre as diferentes formas de buscar trabalho
- 5) Refletir sobre o manejo de situações estressantes relacionadas ao trabalho.

O programa é dividido em três fases:

Fase 1

Consta de oito reuniões com roteiro preestabelecido, com material de apoio semanal, dinâmicas e textos informativos seguindo os seguintes temas:

Reunião 1 – O que é o grupo Inserir

- Reunião 2 – Como se comunicar de forma assertiva
- Reunião 3 – A importância do currículo
- Reunião 4 – Elaborando o seu currículo
- Reunião 5 – Como se portar em uma entrevista
- Reunião 6 – Estigma, fatores estressantes e o trabalho em grupo
- Reunião 7 – A importância das relações no trabalho
- Reunião 8 – Encerramento

Fase 2

São encontros quinzenais de 1 hora de duração durante seis meses e tem como objetivo acompanhar a busca pelo trabalho, auxiliar em entrevista e promover a troca de experiências. Essa fase pode variar com os diferentes grupos, já que tem como objetivo principal aprofundar alguns temas de interesse do grupo, como: simulação de entrevistas de trabalho; formas de buscar alguma colocação profissional (utilização de sites de emprego, utilização de jornais ou mesmo agências de recolocação profissional); como lidar com a pressão do trabalho; como lidar com as dificuldades decorrentes da doença; motivação para procurar trabalho, cursos. Na medida em que são inseridos no trabalho, passam a participar da Fase 3.

Fase 3

A equipe do Inserir fica disponível para agendar atendimentos sempre que necessário, visando acompanhar o processo de forma individualizada. Nessa fase, as principais dificuldades apresentadas são: desempenhar as funções de forma adequada, relacionamentos interpessoais e o tratamento.

Ao longo da experiência, tornou-se necessário buscarmos parcerias para ampliar a participação no programa para pessoas com outros diagnósticos, já que o Proesq tem um perfil de pacientes restrito.

Parceria com o Caism da Santa Casa de São Paulo

A parceria com o Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (Caism), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, configura-se em uma colaboração com um projeto de pesquisa vinculado ao programa Inserir e a uma proposta de viabilizar essa ampliação na participação de pacientes com outros transtornos mentais graves, já que o Caism desenvolve um projeto bem estruturado¹² com o objetivo de reabilitação profissional de seus pacientes.

Desde 2006, a oficina Núcleo de Trabalho tem sido aplicada na prática assistencial da terapia ocupacional do Caism. Um breve histórico sobre a instituição e sobre o papel da terapia ocupacional será apresentado antes dos resultados da experiência do programa.

O Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (Caism), da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, foi criado em 1998, com objetivo de oferecer assistência psiquiátrica humanizada a pacientes portadores de transtornos mentais diversos, com intervenções especializadas multiprofissionais. A assistência é compreendida em diferentes programas: Psiquiatria Geral de Adultos, Dependência Química, Psiquiatria Geriátrica, Psiquiatria da Infância e Emergências Psiquiátricas.

O trabalho desenvolvido pelo setor de terapia ocupacional visa elaborar um programa que abarque possibilidades, tanto na instituição quanto na comunidade, para uma clientela que vai desde pacientes em momentos agudos, até outros com um estágio de doença mais grave, em regime de internação total de curta permanência, de intervenção parcial e de tratamento ambulatorial. Os pacientes são encaminhados durante as reuniões semanais de equipe para o manejo de caso;¹³ após a avaliação em terapia ocupacional e a construção do diagnóstico situacional, entendido no Caism como descrição e análise das condições socioemocionais e culturais apresentadas pelo indivíduo,^{14,15} define-se qual proposta de intervenção atende às necessidades, interesses e expectativas do paciente. Além dos atendimentos individuais e grupais, a terapia ocupacional desenvolve oficinas, que são espaços abertos (procurados espontaneamente pelo paciente), semiabertos (o paciente é encaminhado por algum dos profissionais de saúde que não só terapeuta ocupacional) ou fechados (pacientes inseridos na assistência da terapia ocupacional e que vão para as oficinas para um trabalho diferenciado). Outra característica diferenciada das oficinas fechadas é que os participantes são os mesmos a cada encontro e as atividades realizadas e o destino delas são predeterminados. Independentemente da modalidade de oficina, os pacientes aprendem e treinam habilidades para uma (re) construção do cotidiano. É um recurso que possibilita a experimentação tanto com relação à realização de técnicas específicas de atividades quanto às relações sociais vividas.¹⁶

Entre as diferentes oficinas oferecidas nas três modalidades, a oficina Núcleo de Trabalho é a que possui características mais próximas à discussão do programa Inserir.

O objetivo do Núcleo de Trabalho é oferecer a oportunidade de reabilitação pelo desenvolvimento de habilidades e vivências do cotidiano relacionadas ao trabalho para as pessoas que estão inseridas na clínica da terapia ocupacional do Caism. Esse projeto destina-se às pessoas que têm um bom desenvolvimento clínico e encontram dificuldades para se reinserirem no mercado de trabalho.

As atividades utilizadas para os objetivos do Núcleo de Trabalho são técnicas de artesanato em peças de madeira, como pintura e *scrapbook*. A centralização das atividades em uma ou duas técnicas específicas surgiu a partir da experiência clínica que mostrou que o trabalho artesanal em madeira era um

foco suficientemente bom para o desenvolvimento dos objetivos propostos. As atividades são realizadas de forma a desenvolver as capacidades individuais de cada participante em vivências e experiências reais.¹⁷ Espera-se que a pessoa possa exercitar suas capacidades e possa adquirir hábitos relacionados ao trabalho em grupo, com o fim de gerar um produto de qualidade e que possa ser comercializado, equivalente aos produtos similares disponibilizados no mercado.

O Núcleo de Trabalho acontece na frequência de dois encontros semanais, com a duração de duas horas cada, supervisionados por uma terapeuta ocupacional, e cada paciente participa do grupo definido de acordo com as necessidades individuais e com o envolvimento no projeto. As atividades do espaço se dão pelo aprendizado e aperfeiçoamento da técnica com a produção de peças para um mostruário, que tem triplo objetivo: definir o valor agregado de cada etapa da atividade envolvida na produção das peças, de forma a se estabelecer uma sistemática; estabelecer periodicamente momentos de criação, que são mais demorados e que demandam outras experiências e dinâmicas no grupo, nomeados momentos de “criação da coleção”; e, por fim, disponibilizar os produtos realizados pelo Núcleo para que os possíveis compradores possam escolher e encomendar, de acordo com sua preferência.

Dentro desse processo todo, o Núcleo de Trabalho estabelece vivências de cotidiano relacionadas ao trabalho, por exemplo, horário a cumprir, permanência na atividade, apresentação de um produto final, autonomia de decisão, crítica de si no desenvolvimento das ações, aprendizado, aprimoramento e reciclagem de atividades específicas.

A experiência do Inserir/Unifesp na prática clínica do Caism da Santa Casa de São Paulo

Dentro da modalidade das oficinas semiabertas o Programa Inserir foi agregado.

Sobre a estrutura do programa, os participantes referem a grande importância dos encontros semanais para falar sobre o tema Trabalho, pois se sentem motivados a procurar, falar e pensar nesse tema como uma alternativa possível para seu projeto futuro de vida. No que se refere ao seguimento, que acontece na Fase 2, os participantes mostram-se mais ativos e comprometidos com a busca pelo emprego. Nesse período, podem ser realizadas entrevistas preparatórias, como forma de ilustrar a tensão inerente ao processo e para que cada participante possa experimentar um contexto de seleção profissional, exercitando, assim, suas capacidades em expor suas qualidades, mudanças de postura, validação de suas experiências prévias.

Em geral, os temas que recebem maior atenção por parte dos participan-

tes são: elaboração de um bom currículo, considerando a importância desse documento no momento de buscar uma vaga de emprego; estigma, fatores estressantes e o trabalho em grupo; e expectativas frente ao trabalho formal, bem como o esclarecimento sobre as especificidades do trabalho em grupo e individual. Além disso, todos os participantes têm a oportunidade de organizar seus currículos e pensar em formas mais eficientes de procurar emprego. O grupo oferece mais segurança sobre questões relacionadas à assertividade e às relações sociais, e facilita a busca de novas oportunidades de emprego.

Considerações finais

Pensar o trabalho em saúde mental é sempre uma questão complexa, seja pelo estigma, pela dificuldade de motivação oriunda de alguns sintomas dos transtornos psiquiátricos, por falta de incentivo familiar, ou simplesmente por falta de desejo do próprio paciente. Além disso, o mercado de trabalho não apresenta adaptações na sua organização, que possivelmente se fazem necessárias para captar esses sujeitos. De qualquer forma, percebe-se que a inserção no mercado de trabalho é uma tarefa árdua.

A experiência com as oficinas, em especial com o Núcleo de Trabalho e com o programa Inserir, mostra que os projetos focados na saúde mental do sujeito portador de transtornos mentais graves devem investir na ampliação dos desejos e da resiliência diante de situações adversas. Ou seja, cabe aos profissionais que atuam nessas atividades ajudar o paciente a despertar e organizar a capacidade e a habilidade que ele tem para ver o trabalho como um significativo na sua vida e conseguir se adaptar a situações de desafio. Essa percepção vem ao encontro do que tem sido estudado no campo da saúde mental no trabalho.^{18,19} Para finalizar, as empresas que fazem a gestão de pessoas no mercado de trabalho devem ser incluídas como parceiras em oficinas e núcleos de trabalho como o programa Inserir, atuando como mediadoras entre o sujeito com transtorno mental e apto a participar do mercado de trabalho e as organizações que podem recebê-los.

Referências

1. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Roessler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; on behalf of the EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–52.
2. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 2013; 9:465-97
3. Drake RE, Bond GR, Rapp C. Explaining the variance within supported employ-

- ment programs: comment on “What predicts supported employment outcomes?” *Community Ment Health J* 2006; 42: 315–8.
4. Delevati DM, Palazzo LS. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(4):240-246.
 5. Tedesco S, Martini LC, Villares CC. Saúde mental, trabalho e terapia ocupacional: as bases do empoderamento In: *Saúde mental: novas perspectivas*. Londrina: Yendis, 2011, p135-49.
 6. Brasil, Previdência Social do Brasil, 2002. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/idb>.
 7. Ministério da Saúde (Brasil). Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 9. Valladares ACA, Lappann-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2003; 5(1):04-09.
 10. Martini LC, Petreche B, Pimentel FA, Souza D. Saúde mental e reinserção profissional: desafios e possibilidades. In: *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Artmed, 2012. p239-50.
 11. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-633.
 12. Dionisi MP. Sofrimento psíquico e a re(inserção)no mercado de trabalho: um levantamento bibliográfico de projetos que visam à geração de renda nos serviços de saúde mental. Trabalho de conclusão de curso, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; 2010.
 13. Sanches M, Tamai S. Abordagem interdisciplinar no manejo do paciente psiquiátrico grave: manejo de caso. In: *Manejo do paciente psiquiátrico grave*. Sanches, M. et al. São Paulo: Roca, 2009. p13-17.
 14. Moraes GC. Avaliação e intervenção em terapia ocupacional. In: *Avanços no tratamento multidisciplinar da esquizofrenia*. Noto CS, Bressan RA. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p95-101.
 15. Coppini RZ. Clínica da terapia ocupacional no manejo de pacientes graves. In: *Manejo do paciente psiquiátrico grave*. Sanches, M. et al. São Paulo: Roca, 2009. p18-24.
 16. Caparroce DC. As atividades de terapia ocupacional realizadas na rua: uma reflexão com base no método terapia ocupacional dinâmica. Trabalho de conclusão de curso, Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; 2011.
 17. Galetti MC. Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Ed. da UCG, 2004. p39-43.
 18. Barlach L, Limongi-Franca AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interam. j. psychol* 2008, 42(1):101-112.
 19. Ribeiro ACA. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicol. Estud* 2011, 16(4): 623-633.

A inserção de pessoas com transtorno do espectro do autismo e deficiência intelectual no mercado de trabalho

ROSANE LOWENTHAL
GABRIELA VIEGAS STUMP
JOSÉ FERREIRA BELISÁRIO FILHO
LETÍCIA ALVES NASCIMENTO
MAYRA FERNANDA FERREIRA SERACENY
QUIRINO CORDEIRO

Principais legislações

O Artigo 27 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, das Nações Unidas, reconhece “o direito das pessoas com deficiência de trabalhar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter em um trabalho de sua livre escolha ou aceito no mercado laboral em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência”. Ademais, proíbe todas as formas de discriminação no emprego, promove acesso ao treinamento profissional e oportunidades de trabalho, entre outras disposições.¹

Em diversos países, há legislações específicas que tornam obrigatória a contratação de pessoas com deficiência,² por exemplo por meio de cotas, visando aumentar o número de oportunidades para pessoas com deficiência.³ Respeitando as características de cada país, o objetivo comum é proteger os direitos dessas pessoas, garantindo-lhes o acesso ao emprego e à vida econômica. Assim, empresas privadas e públicas devem preencher uma fração do seu quadro de funcionários com portadores de deficiência. Entretanto, as empresas ficam tão focadas no preenchimento das cotas que não percebem a real contribuição que pessoas com deficiência podem trazer ao mundo corporativo.²

No Brasil, o Artigo 3.º da Constituição Federal prevê a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; deve-se considerar os direitos de ir e vir, de trabalhar e de estudar, acessíveis a todos os cidadãos brasileiros, e promover a igualdade real considerando suas diferenças.⁴ Em seu Artigo 7.º, além de prever os direitos trabalhistas básicos, garantidos a todos os trabalhadores, ainda esclarece no inciso XXXI que há proibição de qualquer discriminação referente a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência.⁵

A Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social de maneira plena, garantindo dessa maneira o acesso ao mercado de trabalho.⁶ Essa legislação abriu caminho para a criação da Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991, que garante a obrigatoriedade de contratação de pessoas com deficiência em empresas privadas. A chamada “lei de cotas” dispõe sobre os direitos ao trabalho, sobre as condições da Consolidação das Leis ao Trabalho (CLT) e sobre planos de benefícios de Previdência Social. Como citado no Artigo 93, a empresa com 100 ou mais funcionários tem a obrigatoriedade de preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. Sendo instituído que empresas de 100 até 200 funcionários devem ter pelo menos 2% de pessoas com deficiência contratadas, de 201 a 500 funcionários, 3%, de 501 a 1.000 funcionários, 4%, e acima de 1.001 funcionários a cota deve ser preenchida com 5%.⁷

Dados demográficos

Os resultados do Censo Demográfico de 2010 no Brasil apontaram 45.606.048 milhões de pessoas que declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas (visual, auditiva, motora e intelectual ou mental), correspondendo a 23,9% da população do país. A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar, está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,1%, e da deficiência mental ou intelectual, em 1,4%. Deve-se deixar claro que, para o Censo, quando se refere a pessoas com deficiência mental ou intelectual, não entraram pessoas com autismo ou transtornos mentais.⁸

Apesar da exigência legal de cotas para trabalhadores com deficiência, a participação deles no mercado de trabalho, em 2010, ainda era baixa quando comparada à das pessoas sem deficiência. Em 2010, havia 44.073.377 pessoas com pelo menos uma deficiência em idade ativa, mas 23,7 milhões não estavam ocupadas.

A deficiência mental ou intelectual exerceu maior impacto negativo no nível de ocupação, tanto para os homens como para as mulheres. A população feminina apresentou ainda menores níveis de ocupação em todos os tipos de deficiência investigados.

Dados do Ministério do Trabalho indicam que há no Brasil uma preferência pela contratação de tipos específicos de deficiência, sendo que o maior índice de contratação (47,5%) fica a cargo dos deficientes físicos, seguido de deficientes auditivos (32,5%) e reabilitados (8,4%), enquanto os deficientes intelectuais têm índice de apenas 5,8%.⁹

Estudos apontam que muitas empresas não cumprem a lei de cotas, devido à baixa escolarização e capacitação oferecida à pessoa com deficiência intelectual. As próprias instituições especializadas na capacitação dessa população limitam suas intervenções em atividade de desenvolvimento de habilidades básicas.¹⁰ Outro ponto relevante refere-se a um trabalho específico com a sociedade e as pessoas inseridas nesses contextos de trabalho, a fim de desmistificar paradigmas e ampliar o conhecimento sobre as potencialidades e dificuldades que envolvem a pessoa com deficiência intelectual.¹¹

Diagnóstico e classificação da deficiência intelectual e transtornos do espectro autista

As pessoas com deficiência intelectual são classificadas por manuais de diagnósticos, de leitura por categoria ou dimensão, como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10.^a edição), da Organização Mundial de Saúde, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5.^a edição), da Associação Americana de Psiquiatria, que apresentam a deficiência intelectual como uma condição de singularidade, caracterizada por um comprometimento de habilidades e aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais, com manifestações antes dos 18 anos de idade.^{12,13} O decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, da Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, em seu o Artigo 5.º, complementa a definição incluindo nos critérios diagnósticos um comprometimento, ou limitação, associado a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, como: comunicação; cuidados pessoais; habilidades sociais; utilização da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.¹⁴

Em 2003, foi realizada pela Organização Mundial de Saúde uma revisão da Cidid (Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens), com a nova nomenclatura: CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade). O objetivo desse novo manual foi apresentar um paradigma complementar à CID e ao DSM, objetivando uma análise de cunho qualitativo e quantitativo, visando a um diagnóstico que não se limitasse a categorias e dimensões. Ou seja, considerando as limitações e potencialidades do sujeito, com o objetivo de formular intervenções fidedignas e embasadas nas demandas específicas de cada pessoa com deficiência.¹⁵

Em 2006, segundo o livro de Definição, Classificação e Sistemas de Apoio da Associação Americana de Retardo Mental (*American Association on Mental Retardation – AAMR*), a deficiência intelectual não representa um atributo da pessoa, mas um estado particular de seu funcionamento. A AAMR retrata aspectos semelhantes aos apresentados na CIF, partindo-se de uma visão biopsicossocial em que há a preocupação pelas particularidades dessa população que

os distinguem de todos os demais indivíduos, tendo a necessidade de intervenções que podem ser generalizadas, mas que, entretanto, apresentam demandas específicas em cada indivíduo.¹⁶

A seguir, observam-se os três critérios então definidos pela AAMR (2006): o funcionamento intelectual, o comportamento adaptativo e a idade de início das manifestações ou sinais indicativos de atraso no desenvolvimento. A proposta é analisar o nível da deficiência intelectual, segundo cinco dimensões, que envolvem aspectos relacionados à pessoa, ao seu funcionamento individual no ambiente físico e social, bem como ao contexto em que está inserida. São considerados os seguintes aspectos a respeito de cada dimensão: dimensão I: Habilidades Intelectuais – a inteligência é concebida como capacidade geral, incluindo raciocínio, planejamento, solução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio da experiência; dimensão II: Comportamento Adaptativo – conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida cotidiana; dimensão III: Participação, interações, papéis sociais – ressalta a importância da participação na vida comunitária, as interações sociais e os papéis vivenciados pela pessoa, bem como sua participação na comunidade em que vive; dimensão IV: Saúde – as condições de saúde física e mental influenciam o funcionamento de qualquer pessoa, facilitam ou inibem suas realizações; dimensão V: Contextos – a dimensão contextual considera as condições em que a pessoa vive, relacionando-as com qualidade de vida, que incluem: o microsistema (o ambiente social imediato, envolvendo a família da pessoa e os que lhe são próximos), o mesossistema (a vizinhança, a comunidade e as organizações educacionais e de apoio) e o macrossistema (o contexto cultural, a sociedade e os grupos populacionais).¹⁶

Por seu turno, os transtornos do espectro autista (TEA) são condições que, segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), incluem: transtornos de início precoce com déficits de comunicação social e comportamentos repetitivos e estereotipados.¹⁷

As apresentações clínicas podem variar tanto em relação ao perfil da sintomatologia quanto ao grau de comprometimento do indivíduo. Esses transtornos configuram-se como distúrbios do neurodesenvolvimento decorrentes de alterações nos circuitos do cérebro social, interferindo nos processos de desenvolvimento social, cognitivo e da comunicação. A heterogeneidade das manifestações comportamentais e os diferentes graus de acometimento estão relacionados a uma possível natureza dimensional do transtorno e que, por natureza, são transtornos do neurodesenvolvimento que acometem mecanismos cerebrais de sociabilidade básicos e precoces.¹⁸

Apesar da etiologia do TEA não estar totalmente estabelecida, diversos estudos apontam associações deste com alterações genéticas e de bases neurológicas.¹⁹ Portanto, qualquer tentativa de compreendê-los requer uma análise em diferentes níveis, como do comportamento à cognição, da neurobiologia à genética, e as estreitas interações entre cérebro, ambiente e comportamento ao longo do tempo.²⁰

Dezenas de pesquisas já foram realizadas para estabelecer a prevalência de TEA. O primeiro estudo epidemiológico sobre autismo foi realizado por Lotter, em 1966, na Inglaterra, que verificou uma taxa de 4,1/10.000 para autismo infantil. Durante o período de 1966 a 1991, a taxa média de prevalência para autismo infantil encontrada nos estudos era de 4,4/10.000. Posteriormente, a prevalência atingiu 12,7/10.000, nos estudos realizados até 2001. Os estudos atuais apontam estimativas de taxas de prevalência de TEA variando entre 20 e 66 para 10.000 indivíduos,^{21,22} sendo que o *Center for Disease Control and Prevention* estimou, em 2007, a taxa de 6,7 para cada 1.000 crianças em idade escolar, ou seja, não sendo, portanto, mais considerado um transtorno raro.²³ Os últimos dados têm considerado que a taxa de prevalência de TEA está em torno de 1% da população.²⁴

Nota-se que houve um aumento na taxa de prevalência estimada pelos estudos atuais. Esse aumento deve-se provavelmente à ampliação do conceito ao longo do tempo e do maior conhecimento das condições médicas dos TEA. Além disso, fatores diversos, como diferenças metodológicas empregadas nas pesquisas e maior aceitação da comorbidade do autismo como síndrome do X-frágil, esclerose tuberosa, síndrome de Down, entre outras doenças, contribuem para essa variação.^{21,22,25} Finalmente, existem evidências na literatura de que há uma maior incidência de autismo em meninos do que em meninas, sendo a proporção de quatro meninos para cada menina.²⁶

Sendo o TEA um transtorno amplo e característico, algumas mudanças específicas na legislação se fizeram necessárias. Dentre elas, a criação da Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com TEA, garantindo acesso a serviços de saúde, incluindo diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, educação inclusiva e ensino profissionalizante, bem como o estímulo à inserção no mercado de trabalho. E, por fim, considera a pessoa com TEA como sendo uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.²⁷

Emprego apoiado

Com a mudança de uma sociedade mais justa e consciente de suas ações, nas últimas décadas, as pessoas com deficiência têm tido a oportunidade de desfrutar de uma vida em sociedade mais ampla e completa. Oportunidades

são facilitadas por meio de ações positivas ao longo da vida, como a educação em escolas regulares, bem como o estímulo ao trabalho. No passado, as iniciativas de formação do trabalho eram norteadas por ambientes de segregação em instituições que “treinavam” pessoas com deficiência intelectual para a realização de tarefas padronizadas em ambientes isolados. Com a evolução do conceito de inclusão surgiu, a partir da década de 70, conceitos como Emprego Apoiado, pelo qual as pessoas são capacitadas nos próprios locais de trabalho.

A definição de emprego apoiado, segundo a Rede de Emprego Apoiado (REA), é um método que visa à inclusão no mercado competitivo de trabalho (empregos em empresas públicas ou privadas, trabalho autônomo, estabelecimento de negócios próprios, participação em cooperativas e outros empreendimentos da economia solidária) de pessoas em situação de incapacidade mais significativa, respeitando e reconhecendo suas escolhas, interesses, pontos fortes e necessidades de apoio. Os usuários dos programas de Emprego Apoiado devem ter à disposição, sempre que precisarem, os apoios necessários para conseguir obter, manter e se desenvolver no trabalho.

Ao analisar a definição de emprego apoiado, fica claro que qualquer pessoa, independentemente de sua condição humana, pode ter acesso ao trabalho. Ou seja, o trabalho apoiado não restringe nenhum grupo, por mais comprometida que seja a pessoa, nem tem critério de elegibilidade para participação. Levando-se em conta as novas definições em relação à deficiência e os mais modernos construtos teóricos de inclusão, o que gera uma incapacidade mais significativa para se conseguir um emprego é a situação e não a pessoa com deficiência. Assim, inverte-se a lógica de primeiro treinar uma pessoa e depois colocá-la no mercado de trabalho, pois, ao fazer dessa forma, corre-se o risco de desprezar as escolhas e os interesses pessoais.

O novo modelo social está centrado na ênfase da descoberta das potencialidades e valorização das mesmas, o que gera a mudança nas práticas anteriores, em que se focava apenas as limitações dos indivíduos. Dessa forma, existem três etapas principais no método do emprego apoiado. A primeira é a descoberta do perfil vocacional, por meio de avaliação ecológico-funcional, baseada na comunidade, por descobertas de pontos fortes, interesses e necessidades de apoio da pessoa com deficiência. A segunda etapa consiste no desenvolvimento do emprego. Para descobrir um trabalho que combine com o perfil vocacional são realizados pesquisa e marketing com as empresas. Após isso, deve-se verificar a compatibilidade entre o perfil da pessoa e o trabalho a ser realizado; essa análise leva em conta a cultura da empresa, a disponibilidade de apoios naturais e as exigências para execução do trabalho. Nessa etapa, pode haver uma negociação com a empresa para que adequações sejam realizadas, a fim de atender ao mesmo tempo a demanda da empresa e da pessoa com deficiência que irá trabalhar. A partir da contratação, cria-se um Plano Individual de Treinamento e Inclusão Social. Por fim, como última etapa, o acompanha-

mento pós-colocação, que é o acompanhamento do treinamento e inclusão social da pessoa com deficiência na empresa, em que se verifica as estratégias e apoios. Quando se considera que a pessoa com deficiência e a empresa estão prontos, todo o acompanhamento é realizado à distância, com o propósito de garantir a qualidade da inclusão, bem como intervir em situações mais desafiadoras e auxiliar no desenvolvimento profissional e da carreira da pessoa com deficiência. Dessa forma, pode-se garantir o empoderamento e a satisfação de pessoas com deficiência e de suas famílias, e a participação de todos na construção de uma sociedade inclusiva.

Experiências de sucesso

Na literatura científica, não encontramos trabalhos publicados relacionados a experiências de emprego apoiado, entretanto algumas organizações brasileiras e internacionais já vêm trabalhando nessa área com sucesso. Enfatizaremos algumas experiências na área de deficiência intelectual e o TEA.

A Specialisterne é uma fundação social, de origem dinamarquesa, que hoje está instituída em 12 países, trabalhando diretamente com a preparação e acompanhamento de jovens e adultos com TEA, antes e após sua contratação. Existente há dez anos, proporciona formação específica e trabalho no setor de Tecnologia da Informação para pessoas com TEA, oferecendo ao mesmo tempo serviços especializados, competitivos e de alta qualidade para empresas públicas e privadas. Trabalha com a filosofia de desenvolvimento das potencialidades que podem ser aproveitadas nos mais diversos campos de trabalho. Tem como clientes empresas como a Nokia, Gladxane, Ihfood, TDC e SAP, entre outras. Atualmente, está se estabelecendo com um projeto-piloto no Brasil, que será desenvolvido junto à SAP, nas cidades de São Paulo e Porto Alegre. Tem como objetivo, para 2020, a criação de 1 milhão de postos de trabalho para pessoas com TEA. Segundo dados da Specialisterne, estima-se que apenas 15% dos adultos com TEA têm um emprego.

Entendendo a visão da empresa e o impacto que pessoas com deficiência intelectual podem trazer ao ambiente empresarial, a McKinsey & Company, em parceria com o Instituto Alana, uma sociedade sem fins lucrativos que busca caminhos transformadores para honrar a criança, por meio da educação e da defesa infantil, realizou um estudo sobre inclusão de pessoas com síndrome de Down no mercado de trabalho.²

Os resultados obtidos são bastante animadores e dão espaço para várias reflexões.

Os desafios são bastante distintos para os diferentes tipos de deficiência. Em relação à deficiência física, as principais barreiras foram as relacionadas com questões de infraestrutura. Já em relação às deficiências sensoriais, além

da estrutura física, o que mais chama a atenção são as barreiras de comunicação. Já com relação a pessoas com deficiência intelectual e TEA, as barreiras são tanto de comunicação como as atitudinais, o que requer adaptações de materiais de treinamento para uma linguagem mais simples e o próprio preparo da equipe com a qual os pacientes irão trabalhar.²

A McKinsey possui uma ferramenta de mensuração de saúde organizacional denominada Índice de Saúde Organizacional (OHI), que analisa nove dimensões: direção, coordenação e controle, responsabilização, orientação externa, liderança, inovação e aprendizado, capacidades, motivação, cultura e clima. Por meio de análises qualitativas e quantitativas, comprovou-se que a presença de pessoas com síndrome de Down no ambiente de trabalho pode impactar positivamente em cinco das nove dimensões estudadas, sendo elas liderança, orientação externa, motivação, cultura e clima, coordenação e controle. Essas análises seguiram o seguinte método de avaliação: como primeiro passo, foram realizadas diversas entrevistas com empresas, institutos e especialistas do Brasil, Canadá, Espanha e Estados Unidos. Em seguida, participaram da pesquisa qualitativa empresas que empregam números significativos de pessoas com síndrome de Down, como Carrefour e Pão de Açúcar, além de grupos focais com profissionais da rede de farmácias Raia e Drogasil. Por último, como complementação, a análise qualitativa foi realizada por meio de análises comparativas, contrastando a percepção de funcionários de lojas com pessoas com síndrome de Down e a percepção de funcionários de lojas sem essas pessoas, por meio de análise de resposta a perguntas sobre diversas dimensões da saúde organizacional. Participaram dessa etapa McDonald's do Brasil, da Argentina e a Raia e Drogasil, que contam com funcionários com síndrome de Down. No total, participaram mais de 2 mil funcionários de mais de 100 lojas de todas as empresas.²

Dentre as cinco dimensões mais relevantes, a liderança foi a que apresentou melhor destaque, pois provocou nos gestores diretos uma nova visão de mundo. Habilidades como paciência e tolerância foram desenvolvidas pelos gestores, além de lidar melhor com as adversidades, na resolução de conflitos, bem como se tornarem pessoas mais empáticas, com maior capacidade de compreensão do estado emocional alheio. Segundo os próprios gestores, eles se reconheceram como líderes mais colaborativos.²

Considerações finais

De maneira geral, observa-se que discussões sobre inclusão de pessoas com TEA e deficiência intelectual no mercado de trabalho têm apresentado um movimento mais intenso a respeito dessa temática por parte de programas de políticas públicas do governo, empresas e entidades de qualificação profissional nos últimos tempos.

Apesar das limitações específicas e particulares dessa população, é necessário que as discussões a respeito do tema visem à identificação e aprimoramento das potencialidades de cada indivíduo, a fim de que possam ser trabalhadas suas limitações, minimizando suas dificuldades e maximizando suas possibilidades para um bom desempenho social e pessoal, bem como para um incremento na qualidade de vida e na construção de novos conhecimentos e habilidades das pessoas com deficiência intelectual e TEA.

Referências

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York:United Nations; 2006.
2. Assis V, Frank M, Bcheche G, Kuboiana B. O valor que os colaboradores com síndrome de Down podem agregar às organizações. Mckinsey & Company, 2014. [acesso em 14 jun 2014]. Disponível em <http://outroolhar.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Paper-Alana-v7.pdf>.
3. Quinn G, Degener T. The current use and the future potential of the United Nations human rights instruments in the context of disability. Geneva: United Nations, 2002. [acesso em 15 jun 2014]. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/SpecialIssues.aspx>.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Out 1988. 25 ed. São Paulo: Atlas; 2005.
5. Gonzaga EA. Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade. 3 ed. Rio de Janeiro: WVA Editora; 2012.
6. Brasil. Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
7. Brasil. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
8. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência / Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-1-PR/SNPD, 2012. [acesso em 18 jun 2014]. Disponível em (<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>)
9. Brasil. Ministério do Trabalho. Diálogos Políticos; 2010. [acesso em 15 jun 2014]. Disponível em: <http://dialogospoliticos.wordpress.com/2010/04/page/3/>.
10. Araújo JP, Schmidt A. Inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: a visão de empresas e instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. Rev. Bras. Educ. Espec 2006;12(2):241-54.
11. Freitas MNC, Marques AL. Formas de ver as pessoas com deficiência: um estudo empírico do construto de concepções de deficiência em situações de trabalho. Rev. Adm. Mackenzie 2010;1(3): 100-29.
12. World Health Organization. Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. American Psychiatry Association: DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Texto revisado. Porto alegre: Artes Médicas; 2003.

14. Brasil. Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n.ºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que específica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
15. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. São Paulo: EDUSP, s.d.
16. AAMR. Retardo Mental: definição, classificação e sistemas de apoio; tradução M. F. Lopes. 10 ed.. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. American Psychiatry Association: DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
18. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(1):3-11.
19. Slonims V, Baird G, Cass H. Diagnosis of autism. *BMJ* 2003;327:488-93.
20. Klin A, Merkadante MT. Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2006;28,(1):1-2.
21. Fombonne E, et al. Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links With Immunizations. *Pediatrics* 2006;118(1):139-50.
22. Williams JG, Brayne EG, Higgins JPT. Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch. Dis. Child* 2006;91(1):8-15.
23. Molloy CA, et al. Differences in the clinical presentation of Trisomy 21 with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research* 2009;53:143-51.
24. Center for Disease of Control and Prevention Autism and Developmental Disabilities Monitoring Community Report From the Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network.EUA: CDC; 2012.
25. Lowenthal R, et al. Prevalence of pervasive develo syndrome. *J Autism Dev* 2007;37(7):1394-5.
26. Charman T. The prevalence of autism spectrum disorders, recent evidence and future challenges. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2002;11:256-59.
27. Brasil. Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Seção 4

Aspectos éticos e jurídicos da saúde mental no trabalho

VERA LUCIA ZAHER
JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR
LEONARDO SÉRVIO LUZ

Introdução

Um dos grandes desafios do século XXI é a possibilidade das pessoas descobrirem modos de estar confortáveis com suas vidas, em seus projetos pessoais de presente e futuro, nos sonhos de suas expectativas e a busca dessas realizações. Muito embora essa premissa seja possível, há outro grande desafio para que as histórias de vida sejam satisfatórias – incluir a dinâmica das oscilações das emoções, sem a ideia de causa e efeito por si só, como base estruturante do viver e de todo o enfrentamento do complexo e difícil caminhar de cada um na sociedade contemporânea. As mudanças das sociedades, dos comportamentos, das inseguranças e dos vazios existenciais têm permeado sobremaneira a forma de se estar no mundo e as possibilidades de construção de uma vida plena e saudável.

O trabalho tem uma importância fundante na identidade do indivíduo, abarcando muitas questões que influenciam os trabalhadores, independentemente de sua profissão. Os riscos ambientais e as condições do trabalho, o controle das tarefas, a pressão pela produtividade, as relações interpessoais nas diversas hierarquias e com seus pares são desafios presentes em situações laborativas cotidianas. Para que esse trabalho seja prazeroso e gerador de gratificações, muitas vezes há de se deparar com um limite delicado e tênue do desencadeamento de sofrimento no trabalho que traz questões éticas e desafios bioéticos de grande relevância. Portanto, há necessidade de um olhar cuidadoso sobre os possíveis transtornos mentais no trabalho decorrentes dessa dinâmica complexa relacionada à saúde mental e ao trabalho. Ambientes nos quais as relações interpessoais são enriquecedoras, com diálogo franco e aberto, as possibilidades transversais de trocas produtivas e da força de trabalho, associadas com as demais esferas de desenvolvimento do indivíduo, além da laboral, dão um contorno

constante e permanente no se fazer sujeito e podem propiciar qualidade de vida no trabalho.

O estudo das relações saúde/adoecimento mental e trabalho não é novo, mas o desafio de uma reflexão e aproximação de possíveis soluções utilizando a conceituação da Bioética certamente é promissor. A discussão dos conflitos gerados nesse campo é de grande preocupação em nosso meio social – os riscos ocupacionais do mundo do trabalho que repercutem na esfera psíquica dos trabalhadores.

A bioética, como ferramenta ou como campo de estudo deste novo momento histórico dos riscos ocupacionais, pode ser de grande ajuda na compreensão e atuação sobre alguns aspectos que mesclam trabalho, saúde, transtornos mentais e meio ambiente. A perspectiva da dignidade humana, o respeito ao outro, a autonomia do trabalhador e do empregador, a justiça, a equidade, a vulnerabilidade, a não maleficência mais premente do que a beneficência são alguns dos tópicos que podem direcionar uma leitura ética do mundo do trabalho.

Uma abordagem plural e complexa, somando os diversos e diferentes referenciais teóricos, é um desafio cuja finalidade é agregar saberes para a construção de um campo de prevenção dos agravos à saúde mental no trabalho. Esse desafio exige que se saia de posições solipsistas nas quais o saber de cada um está fechado em si mesmo e em suas experiências, o que dificulta e muito o acesso ao campo crescente dos transtornos mentais no trabalho e suas possibilidades de resolução. O compartilhamento transdisciplinar de experiências é condição fundamental para se trabalhar a possibilidade de resolução dos novos desafios que se impõem na realidade atual.

A ótica multiprofissional e interdisciplinar nas instituições e na academia ampliam conceitos da saúde do trabalhador e das relações do trabalho, potencializando o entendimento da problemática e otimizando o planejamento de ações intervencionistas eficazes.¹ Pela característica dos adoecimentos mentais, cuja etiologia multicausal é composta de um conjunto de diversos fatores que interagem de modo complexo,² é desafiadora a discussão desses agravos pela leitura da bioética e seus deslizos no mundo do trabalho.

Na atualidade, os programas de promoção de saúde negligenciam o enfoque acerca de aspectos sociais e culturais que forneceriam material sobre formas de pensar e agir da sociedade. Tome-se como exemplo a busca pela saúde psíquica realizada fora dos serviços de saúde, optando-se pela religiosidade e outras formas de amenizar o sofrimento. Atuar sobre as causas de desencadeamento de transtornos mentais dentro das empresas, mesmo sabendo de sua multicausalidade, é condição *sine qua non* para que se atue satisfatoriamente a favor da saúde dos trabalhadores.

Resgatar os aspectos subjetivos do indivíduo na sua interface com o trabalho é uma necessidade em nosso meio. Nas últimas décadas, a doença psíquica

que tem ganhado destaque entre as que mais causam afastamento do trabalho na população economicamente ativa é a Depressão.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou o transtorno depressivo como a principal causa de perda de horas de trabalho no mundo (*Disability Adjusted Life Years – DALYs*) e projetou que este será o maior responsável pela incapacidade laborativa até o ano de 2020.³

Se for aceito que a saúde está sempre relacionada à forma pela qual o indivíduo interage com os eventos da vida⁴ e à harmonia entre ele e sua própria realidade,⁵ o trabalho será um campo propiciador de eventos sobre a saúde mental e seus riscos deverão ser bem avaliados.

Após a Segunda Guerra Mundial, a então recém-criada OMS trata de inserir o componente social como necessário para o equilíbrio na saúde e a define como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Portanto, assumia-se a necessidade de uma abordagem holística nos estudos das Ciências da Saúde, contemplando as esferas somática, psíquica e relacional, sendo o desequilíbrio entre elas fatores contributivos no processo de adoecimento.^{4,5,6}

A Organização Mundial do Trabalho (OIT) descreve a presença frequente de estressores psicossociais nas condições de trabalho. Tais situações por vezes ultrapassam a capacidade humana de adaptação, traduzindo-se em problema.⁷

Condições laborais em que prevaleçam estressores decorrentes do conteúdo e da falta de controle sobre o trabalho, do mau gerenciamento da organização de trabalho, assim como da presença de condições ambientais desfavoráveis, podem estar associadas a potencial desencadeamento de impactos negativos sobre a saúde, desempenho e satisfação.⁸ Os principais fatores psicossociais no trabalho, conforme Levi,⁹ e atualizado por Leka,¹⁰ são:

- No conteúdo do trabalho: conteúdo das tarefas, carga e ritmo de trabalho, horário de trabalho, participação e controle;
- No contexto do trabalho: desenvolvimento de carreira, status e salário; papel na organização; relações interpessoais; cultura organizacional; interface do trabalho-casa; condições ambientais.

Hoje, mais de 50 anos depois da Segunda Guerra Mundial, os aspectos pessoais, sociais e inter-relacionais são fundamentais para que se atinja esse equilíbrio necessário à saúde mental e o trabalho tem sido um grande aliado para a construção deste estado de saúde ou do aparecimento de agravos mentais.

A evolução dos riscos ocupacionais do controle ambiental para as vulnerabilidades psíquicas

Os riscos ocupacionais são conhecidos há mais de dois milênios e já citados na obra de Hipócrates (460-370 a.C.), mas a relação direta e sua siste-

matização com o trabalho só ficou mais conhecida e divulgada pela obra de Bernardino Ramazzini (1633-1714), que correlacionava o trabalho exercido com os agravos à saúde. A revolução industrial, as modificações das sociedades, a proteção do trabalhador, entre outros aspectos, marcam a evolução do mundo do trabalho como um espaço de adoecimento e foco de preocupação social e da saúde.

A partir da década de 1970, em especial no Brasil, os riscos físicos, químicos e biológicos, além dos acidentes de trabalho, foram vastamente estudados e prevenidos no mundo do trabalho. Muito embora ainda estejam presentes, foi na década de 1990, com as patologias advindas das lesões por esforços repetitivos, que os aspectos psíquicos começaram a ser mais bem estudados nas patologias desencadeadas pelo trabalho. Tais quadros estavam fortemente associados a questões da organização do trabalho e do controle da tarefa, apresentando também aspectos psicológicos e sobrecargas psíquicas.

Na segunda metade do século XX houve grandes transformações no modelo econômico capitalista com internacionalização dos mercados, fenômeno denominado de globalização.¹¹ O aporte de inovações tecnológicas gerou uma reestruturação produtiva e organizacional, conduzindo a novas formas de organização, gestão e controle do trabalho, mudando a sua natureza e estabelecendo novos cenários produtivos.⁸

O ritmo de trabalho para alcançar a eficiência e o cumprimento das demandas dos gestores gera um excesso global da carga laboral nos aspectos físico, psíquico e cognitivo. Tais objetivos são alcançados à custa do estresse ocupacional que pode ser definido como “as respostas físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as exigências do trabalho não estão em equilíbrio com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador”.¹² As exigências são originadas a partir dos aspectos de desenho, organização e gestão do trabalho, além de seus contextos sociais e organizacionais.¹³ Como consequência, a sobrecarga provocada no trabalhador predispõe a um aumento do risco de doenças relacionadas ao estresse.¹⁴

Em uma visão mais abrangente, o ajustamento inadequado entre pessoa e meio ambiente envolveria não apenas variáveis quantitativas de equilíbrio entre demanda de trabalho e capacidade individual de resposta, mas também aspectos qualitativos de necessidades emocionais e fontes de satisfação no trabalho. O desencadeamento de resposta estressora está associado tanto às demandas excessivas (estresse de sobrecarga) quanto à subutilização da capacidade produtiva (estresse de monotonia), ou seja, um conjunto de responsabilidades acima ou aquém da competência intelectual, psicológica e física do indivíduo.¹⁵

Rompe-se a concepção hegemônica de vínculo unicausal do adoecimento por agente no ambiente de trabalho, passando-se a estudar a multifatorialidade. Assim, trazem-se à tona os determinantes sociais, reduz-se o olhar

sobre o processo produtivo e se ampliam questões subjetivas relacionadas ao exercício laboral. Dessa forma, as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer e a preocupação desloca-se para a categoria das “doenças relacionadas com o trabalho”.¹⁶

A Organização Mundial do Trabalho (OIT) descreve a presença frequente de estressores psicossociais nas condições de trabalho. Tais situações por vezes ultrapassam a capacidade humana de adaptação, traduzindo-se em problema.⁷

A evolução nos estudos sobre Saúde-Doença demonstra que fatores multicausais são determinantes no padrão de adoecimento. Agrupados em quatro grandes categorias (estilo de vida, ambiente, organização dos cuidados à saúde, biologia humana), o desequilíbrio entre eles pode ser causa de agravos à saúde em uma nova ótica.

O desemprego seria um forte evento estressor para o ser humano, estando associado à perda de renda e à estigmatização do indivíduo em decorrência do mesmo, sendo ele muitas vezes acusado de “preguiçoso” ou até de “parasita”. Segundo Shikida,¹⁷ o desemprego geraria dois principais problemas associados à saúde mental: o primeiro, associado ao fato em si de ficar desempregado, causando um distress ao indivíduo; e o segundo seria relativo à duração do desemprego, prejudicando a saúde mental do desempregado e de sua família até que o mesmo seja recolocado no mercado de trabalho. O sentimento de vazio provém, em geral, da ideia de incapacidade para fazer algo de eficaz a respeito de si e do mundo. O vácuo interior é o resultado acumulado, em longo prazo, da convicção pessoal de ser incapaz de agir como alguém que dirige a própria vida, modifica a atitude das pessoas em relação a si mesmo ou exerce influência sobre o meio em que vive. Assim, um ambiente de extrema vulnerabilidade psíquica é instalado e um indivíduo que sofre se vê diante da necessidade de reagir e buscar meios para restituir os caminhos de sua vida.

Além disso, deve-se fazer uma reflexão sobre como se relacionam saúde mental e níveis de renda no tocante ao empobrecimento do indivíduo em decorrência dos prejuízos cognitivos provocados pela doença mental. É muito comum ocorrer uma queda de status social em pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos, destacando-se depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e dependência química.

Ao se discutir os problemas causados pela labilidade dos vínculos de trabalho (terceirização, cooperativismo fraudulento), promovendo estímulo ao trabalho informal e desemprego, e analisando aspectos da inserção social e da saúde, evidenciavam-se repercussões psicossociais e psicopatológicas de degradação da saúde mental. Esta percorre várias fases que vão do retraimento ao afastamento e ao isolamento social, afetando vida material, sociabilidade e subjetividade.¹⁸

Muitos são os estudiosos que estão se debruçando sobre a relação dos agravos psíquicos e o mundo do trabalho. Todos eles entendem a multicaus-

salidade e as dificuldades de se fazer nexos claros entre o agravo mental e a função exercida. Por outro lado, não é possível excluir as relações do trabalhador com o mundo que o rodeia, o que dificulta a causalidade com o trabalho, exclusivamente.

Bègue¹⁹ fala que “a identidade é a armadura da saúde mental”. O autor considera que o conceito de identidade é o de constituição pessoal da personalidade, podendo haver fatores bem estruturados de proteção individual perante condições adversas do meio. Se um trabalhador se beneficia do reconhecimento de seu trabalho, ele pode tirar proveito disso para a construção de sua saúde mental. Porém, se esse reconhecimento lhe é negado, ou pior, confiscado, surge um grande risco de desestabilização da identidade e do prazer experimentado no amor próprio, no reconhecer a si mesmo.

Dejours²⁰ reconhece em seu estudo que fatores de agressão do trabalho ao bem-estar do homem causa deterioração e desgaste físico-mental, levando ao envelhecimento precoce. Um dos determinantes é a própria organização do trabalho, geradora de conflitos na medida em que se opõe ao desejo do trabalhador à realidade limitada do seu trabalho. Um descompasso entre a atividade prescrita e a atividade real favoreceria o desencadeamento de sofrimento mental. Esse desfecho advém, seja porque o trabalhador é obrigado a transgredir normas preestabelecidas ao realizar a tarefa laboral, seja porque a própria rigidez organizacional impede a manifestação da atividade criativa, aspectos relacionados ao desencadeamento de intensa angústia.²¹

Em seus estudos, Dejours compreende o sofrimento humano como desfecho normal da interação do trabalhador com suas condições de trabalho, concluindo haver uso dos mecanismos de defesa pessoal como competências individuais de produção a serem exploradas pela mesma organização de trabalho que o gerou.²² Proporcionar uma flexibilização na forma como está organizada a situação laboral seria uma maneira de permitir ao trabalhador um maior grau de liberdade nos ajustes necessários para minimizar as repercussões do desgaste gerado pelas cargas psíquicas às quais se expõe.²¹ Portanto, a ausência de participação dos trabalhadores no processo de decisão sobre suas tarefas e atividades pode impedir, e também limitar, o desenvolvimento de estratégias para executar as adaptações necessárias, gerando sentimentos de insatisfação e inutilidade, interferindo com a motivação e desejos, reduzindo o desempenho do indivíduo.²³

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social pelo seu valor econômico de subsistência e pelo simbolismo cultural, tendo importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas.²⁴

No campo dos estudos dos estressores psicossociais no trabalho, diversas propostas teóricas e metodológicas vêm sendo elaboradas na perspectiva de apresentar modelos para estudo dessa dimensão. Contudo, a diversidade

metodológica, teórica e conceitual é predominante. Observa-se que cada estudo privilegia um aspecto específico, ou o mesmo aspecto é avaliado de modo diferente, ou ainda é dada denominação diversa para um mesmo aspecto. Tal diversidade tem dificultado avanços importantes, especialmente aqueles referentes à intervenção nos ambientes laborais, uma vez que impossibilita comparação entre os estudos realizados.²⁵ Alguns estudos sobre fatores psicossociais do trabalho adotam princípios de que a relação causa-efeito do estresse dá-se por um sistema complexo que envolve a interação de múltiplos fatores. Assim, torna-se necessária uma abordagem multidisciplinar envolvendo ergonomia, epidemiologia, medicina do trabalho e psicologia.²⁶

Dentre as ferramentas para a vigilância dos impactos das situações de trabalho críticas para a saúde do trabalhador há o Modelo Demanda-Control (Job Strain Model) criado por Karasek.^{27,28} Esse modelo de avaliação do estresse ocupacional privilegia duas dimensões psicossociais: o controle sobre o trabalho (latitude de decisão) e a demanda psicológica advinda do trabalho. O controle é a possibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. As demandas de trabalho são pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias. Ao se estabelecer combinação entre essas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que estruturam riscos diferenciados à saúde.²⁹

Uma versão expandida desse modelo de estresse no trabalho foi proposta por Johnson e Hall³⁰ ao adicionar a dimensão apoio social como um terceiro componente. A ênfase na conexão individual entre a pessoa e o seu trabalho sofre influência das relações coletivas estabelecidas de forma horizontal (com os colegas) e vertical (chefias).³¹

O Questionário sobre Conteúdo do Trabalho (JCQ – Job Content Questionnaire) é o instrumento metodológico específico para avaliar as dimensões do modelo teórico e se tornou uma ferramenta importante nos estudos sobre a repercussão do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (Araújo et al., 2003a; Alves et al., 2004).

Questões éticas e o desafio da bioética na saúde ocupacional: focando na saúde mental e trabalho

Muitas são as questões éticas que envolvem o mundo do trabalhador, no Brasil e no mundo. Os exames admissionais obrigatórios, a não livre escolha do profissional da saúde que o examinará, a realização de monitoramento biológico de exposição, as perversas relações interpessoais e de autoritarismo no trabalho

são algumas das muitas questões éticas no mundo do labor. Outros exemplos que podem ser aprofundados nessa temática são a autonomia do trabalhador, o respeito às diferenças no mundo do trabalho, a vulnerabilidade nas relações interpessoais e hierárquicas no trabalho, as questões trabalhistas e a justiça.

Guy Durand (2003) diz:

O “questionamento moral” não é exclusividade dos especialistas (filósofos ou teólogos), mas responsabilidade própria de cada ser humano, homem ou mulher, adulto ou criança. Ele não tem a mesma amplitude em todos, nem a mesma profundidade; nem todos têm o mesmo instrumental intelectual para praticá-lo; mais fundamentalmente, ele é o quinhão de cada sujeito humano.

Este autor enfatiza que a ética e a moral podem ser utilizadas como sinônimos de três áreas distintas, a saber:

- a) *Como questionamento* – de conceitos de base, do valor do raciocínio moral, das condições da ação, a reflexão sobre as regras e princípios, o questionamento sobre as escolhas.
- b) *Como sistematização* – das teorias e diversas escolas e como conjunto de normas;
- c) *Como prática* – no processo de deliberação, de decisão, de atitude subjacente à ação e à própria ação.

Para Durand (2003),

“no centro de toda ética estão a responsabilidade e a possibilidade de assumi-la na ação que se impõe. Para o autor, uma ética da responsabilidade se opõe a uma reflexão superficial, incompleta, parcial, a tomada de decisão fácil, automática, arbitrária, a uma decisão tomada por obediência, por conformismo. Uma ética da responsabilidade é a ética de um sujeito livre, autônomo, que reflete, dotado de prudência, coragem e convicção. Em tal perspectiva, a ética é chamada a ser constantemente uma ética da interrogação e uma ética do diálogo e da discussão”.

A leitura utilitarista do ser humano com James e John Stuart Mill, no século XIX, e neste século XXI com Peter Singer, poderia ser, também, um campo a ser explorado nesta proposta de estudo da Saúde Mental e Trabalho, com um aprofundamento sobre as demissões e o desemprego por construtos como idade, especificidade no trabalho, carga salarial, entre outras. Esse tema por si só exigiria uma discussão aprofundada e muito atual na sociedade contemporânea como grande gerador de sofrimento, exclusão e agravos na esfera psíquica no mundo todo. A ideia de aproveitamento máximo da força de trabalho com o uso do ser humano como objeto por imposição de altas exigências de produção abre um espectro amplo dos conflitos bioéticos.

Outro campo a ser assinalado é o da alocação de recursos em saúde ocupacional e conseqüentemente nos programas de promoção de saúde e prevenção de agravos. No Brasil, por força de lei, há a necessidade de avaliações de saúde na área ocupacional, focado na repercussão à saúde da exposição aos riscos ocupacionais. O investimento na saúde dos trabalhadores vive uma constante contradição – a necessidade de trabalhadores saudáveis para a produção dos diversos tipos de bens e serviços versus o pouco investimento na promoção e proteção da saúde desses trabalhadores, seguindo somente o rescrito à legislação.

A discussão sobre o equilíbrio do trabalho/saúde está em constante tensão, e as trocas pertinentes ao escopo trabalhista se utilizam de subterfúgios para a exploração máxima daqueles que são a força motriz nos processos produtivos. Não se trata aqui de fazer uma análise sociopolítica, mas da compreensão do ser humano trabalhador nas contradições éticas e constantes do mundo do trabalho e da construção de sua saúde.

A dignidade do trabalhador e seus direitos ficam, em algumas situações, vinculados a uma leitura política e se relega a uma condição secundária toda a discussão bioética e dos riscos à saúde. Alguns referenciais como respeito, responsabilidade, dignidade, vulnerabilidade, autonomia, beneficência, justiça, solidariedade, prudência e alocação de recursos devem ser levados em consideração para balizar uma discussão bioética no campo da saúde mental e trabalho.

A leitura utilitarista, a da ética do cuidado e da bioética da proteção, pode também ser fonte de discussão e aprofundamento para auxiliar a prática diária dos trabalhadores e o desenvolvimento de sua saúde mental, sem uma discussão filosófica sobre a própria bioética. Portanto, optou-se por fazer um paralelo entre a vulnerabilidade psíquica do trabalhador e o referencial da vulnerabilidade na bioética.

A palavra “vulnerabilidade” tem sua origem no latim, em que *vulnus* significa “ferida”; e pode-se entender vulnerabilidade como um conceito de múltiplos significados, em âmbito individual ou coletivo. A bioética, que tem como cerne a proteção da vida, vê no ser humano vulnerável um vasto campo de atuação. Do ponto de vista antropológico ou sociopolítico, a vulnerabilidade humana denota sempre um estado de fragilidade, desamparo, que pode ser inerente a um indivíduo ou ao meio no qual ele vive (Feito, 2007). Mesmo campo semântico se encontra *vulneratio*, que significa lesão ou dolo, e também o verbo *vulnero*, com significado de ferir ou provocar dano. Portanto, ser vulnerável é estar suscetível ou em possibilidade de sofrer danos (Neves, 2006).

O conceito de vulnerabilidade é vastamente conhecido e utilizado na Medicina no campo do biológico e, conseqüentemente, na epidemiologia das doenças. Em termos epidemiológicos, o conceito estaria relacionado àqueles que apresentam maiores graus de exposição a situações de risco para

contrair determinada doença. E, em termos médicos, pessoas vulneráveis são as que estão incapazes de avaliar o nível e a qualidade da assistência médica por elas recebidas.

Buscando ampliar o conceito de vulnerabilidade, Ayres (2006) indica três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da vulnerabilidade de indivíduos, grupos sociais e coletividades. Essas três dimensões são: individual, social e programática. A individual abrange o campo das relações profissionais, situação psicoemocional, suporte social e valores vigentes no meio. Já a dimensão social trata principalmente de salários e níveis de renda, relações de gênero e normas sociais. E a programática aborda a vulnerabilidade no tocante à definição de políticas específicas para a saúde e sua organização e respeito, proteção e promoção dos direitos humanos.

Uma leitura possível é entender o sujeito vulnerável como aquele que sabe do risco ao qual está exposto, mas que não consegue modificá-lo.

Neves (2006) cita a Declaração de Barcelona e a Declaração Universal sobre Bioética e os Direitos Humanos (2005) ao alçar a vulnerabilidade a status de “princípio”. Para ela, esse princípio visaria garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais os princípios da autonomia e do consentimento se mostram insuficientes. Declara ainda que a pessoa vulnerável é um ser humano cuja autonomia, dignidade e integridade exigem proteção e solicitude em razão de sua fragilidade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, promulgada pela Unesco, afirma em seu Artigo 3, intitulado Dignidade Humana e Direitos Humanos, que:

- a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.
- b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

E em seu Artigo 8, com o tema Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, indica que:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Uma reflexão bioética se faz necessária objetivando o “bem comum”, a fim de que pessoas vulneráveis não sejam maltratadas. A predisposição dos destituídos a sofrer danos ou serem vítimas de ações malévolas é uma preocupação direta e essencial da bioética, o que nos leva a discutir a exploração

dos menos favorecidos (Kottow, 2003). A contradição se instala quando se pensa em saúde do trabalhador e sob qual ótica é vista esta construção. A diversidade de trabalhadores e sua postura sobre o mundo do trabalho, aliada à multiplicidade de empresas e empregadores, torna complexa a relação direta da vulnerabilidade por si de uma pessoa no mundo do trabalho. Essa leitura extrapola a presente proposta, pois implicaria o aprofundamento teórico-filosófico num contexto sociopolítico/econômico no momento atual de seus desenvolvimentos.

Segundo Neves (2006), a proteção aos vulneráveis deve ser alcançada pelo respeito pelas pessoas, reconhecendo que sua autonomia deve ser assegurada, acima de tudo, com a prática dos princípios da beneficência e da justiça. A autora fala que “a vulnerabilidade apela para o dever, isto é, apela a uma resposta ética, à responsabilidade do outro perante a ameaça do perecimento.”

A autora reitera que:

A maior parte das declarações universais de direitos humanos pode ignorar o fator de vulnerabilidade que caracteriza alguns grupos, seja natural ou artificialmente. A expressão de que todos os homens (e mulheres) nascem iguais e deveriam gozar de igualdade de direitos reconhece implicitamente que as diferenças não deveriam alterar a ordem social. Assim, reconhecido o núcleo utópico dessa declaração, e comprovadas suas múltiplas transgressões e violações em todas as sociedades, erige-se em princípio adicional fundador da convivência que ninguém pode se aproveitar da vulnerabilidade de outros; ademais, aqueles que estejam em situação de depreciação potencial ou vulnerabilidade deveriam gozar de privilégios compensatórios. Os grupos e as pessoas vulneráveis são uma presa fácil da discriminação, da negação de seus direitos e eventualmente da estigmatização, que é a soma de todas as ações e reações de uma comunidade diante de atributos negativos.

Indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos, nos quais a vulnerabilidade, tida como princípio ético, seria um norteador no resgate da dignidade da condição humana. Alguém que sofre psiquicamente precisa de compreensão, ajuda profissional e de sentir reconhecimento em seus valores sociais e em sua funcionalidade laboral; somente assim, sua vida poderá ser resgatada em plenitude, com estima e elã vital revigorados.

O mundo do trabalho traz no seu cerne a complexidade das relações entre os envolvidos, as regras do mercado, as profundas modificações das sociedades contemporâneas e, pode-se dizer, a vulnerabilidade do planeta.

Autonomia, responsabilidade, intencionalidade no discutir as ações em saúde, respeito ao humano, justiça e tantos outros elementos constituintes da existência humana são questões que não se esgotam no cuidar do trabalhador e de sua saúde na busca de uma plenitude em saúde mental. O exercício constante e desafiador de discutir os paradoxos e as contradições que emergem do

mundo do trabalho elevam a bioética ao campo da necessidade premente nas empresas para que se propicie um campo profícuo de relações no trabalho salutar e enriquecedoras aos trabalhadores.

Considerações finais

*Um longo caminho pela frente – bioética e o trabalhador:
do transtorno mental para a saúde integral*

Os campos da vida, da ética e do trabalho são indissolúveis nas sociedades. O desafio está na complexidade das relações que se estabelecem em encontros que podem ser conflituosos, em se conseguir criar um campo de proteção aos sujeitos envolvidos quando o foco está nas relações de trabalho, e na abordagem dos riscos que advêm dessas interações, sobremaneira pelo campo dos transtornos mentais.

Ao se debruçar sobre essa problemática, não mais ocorre somente discutir as relações do trabalho em si pelo controle das tarefas, das relações interpessoais, dos questionamentos individuais de cada trabalhador ou do complexo embricamento dos fatores sociopolíticos e econômicos da sociedade contemporânea. É necessário um olhar diferenciado para esse campo crescente e optar por um aprofundamento sobre o sofrimento humano no trabalho com o desafio de se ampliar o estudo das problemáticas estruturais que precisarão ser enfrentadas para se manter a saúde mental dos que trabalham.

A bioética propicia não só o espaço reflexivo dessa discussão, mas também auxilia pela construção de referenciais organizadores do pensamento e amplitude do humano.

Buscar respostas ou até mesmo soluções para o aumento dos distúrbios psíquicos no trabalho é tarefa que exige o verdadeiro encontro de profissionais envolvidos, que fale das contradições sociais em atitudes pluri/inter/transdisciplinares. A transdisciplinaridade propicia que os diversos saberes sejam incorporados pelos diferentes profissionais e seus referenciais teóricos para que se possa tentar dar soluções a fim de propiciar saúde mental no mundo do trabalho, muito embora este seja somente um modelo de leitura possível do mundo do trabalho e os transtornos mentais.

A mudança das sociedades contemporâneas, com os valores dos indivíduos colocados em xeque, aliada às transformações das relações entre os indivíduos e a concepção de diferentes éticas na sociedade atual, aponta para uma complexidade ainda maior do avanço exponencial dos transtornos mentais e a interface com o trabalho. Numa sociedade contemporânea na qual os direitos das pessoas estão fortemente presentes em suas ações, a autonomia do trabalhador, na sua expressão mais pura, fica fortemente influenciada pelas relações trabalhistas. Essa realidade tece uma delicada relação entre as trocas que en-

volvem as pessoas, os interesses, a subsistência, a construção da identidade e a possibilidade de ser copartícipe do seu processo de saúde.

E, assim, para questões complexas, as respostas também serão complexas e desafiadoras, e é necessário um esforço conjunto para se eliminar ou minimizar ao máximo as consequências advindas do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores. O papel da bioética nesse campo agrega as diferenças e propicia que discussões e reflexões possam agregar na construção de melhores respostas para uma situação num certo momento possível.

Referências

1. Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 987-992.
2. Jacques MG. O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicol. Soc* 2007; 19: 112-119.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
4. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis* 1999; 9(1): 13-36.
5. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(5): 538-542.
6. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2007;17:327-352.
7. OIT; Organização Internacional do Trabalho. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva; 1984.
8. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(12):2679-2691.
9. Levi L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: Enciclopédia de Salud y Seguridad em el Trabajo. Copyright da edição inglesa. Madrid: Organizacion Internacional Del Trabajo; 1998.
10. Leka S, Griffiths A, Cox T. *Work Organization & Stress*. Geneva: WHO; 2003.
11. Wunsch Filho, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab* 2004;2(2):103-117.
12. Baker D, Karasek RA. *Occupational health: recognize and preventing workrelated disease and injury*. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
13. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6 special issue):431-442.
14. Belkic K, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health* 2004;30(2):85-128.
15. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. *Rev Saúde Pública* 1988;22(4):311-326.
16. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública* 1991; 25(5): 341-349.
17. Shikida CD. et al. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. *Revista Análise Econômica* 2007 (25); 47: 123-127.
18. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 797-807.

19. Bègue F, Dejours C. Suicídio e trabalho: o que fazer? Editora Paralelo 15; Brasília; 2010.
20. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
21. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do Trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Betiol MIS, coordenador. São Paulo: Atlas; 1993.
22. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez/Oboré; 1992.
23. Vilela LVO, Assunção AA. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. Cad. Saúde Pública 2004; 20(4): 1069-1078.
24. Miranda FAN, Carvalho GRP, Fernandes RL, Silva MB, Sabino MGG. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. Rev Bras Enferm 2009;62(5):711-716.
25. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de Enfermagem. Rev Saúde Pública 2003;37(4):424-433a.
26. Rocha LE, Debert-Ribeiro M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Rev. Saúde Pública 2001; 35(6): 539-547.
27. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 1979;24:285-307.
28. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of swedish men. Am J Public Health 1981;71:694-705.
29. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. Ciênc. Saúde Coletiva 2003; 8(4): 991-1003b.
30. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988;78:1336-1342.
31. Silva RR. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho 2009;12(1):123-135.
32. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. Rev. Saúde Pública 2004; 38(2): 164-171.
33. Durand, G. Introdução Geral à Bioética, Ed. Loyola, São Paulo; 2003.
34. Feito L. Vulnerabilidad. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid; 2007.
35. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Centro de Estudos de Bioética da Universidade de Açores, Ponta Delgada, Portugal; 2006.
36. Ayres et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz. São Paulo/Rio de Janeiro, 2006; 375-417.
37. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2005.
38. Kottow M. The vulnerable and the susceptible. Bioethics 2003; 17: 460-471.

LEIKA GARCIA SUMI
RAFAEL DIAS LOPES
PAULA CAROLINA CAMPOZAN
HILDA CLOTILDE PENTEADO MORANA
QUIRINO CORDEIRO

Introdução

Já é bastante conhecida a grande contribuição dos transtornos mentais na geração de incapacidade para o trabalho. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos psiquiátricos estão entre as três maiores causas de incapacidade moderada e grave para atividades da vida diária.¹ Os transtornos depressivos, independentemente do gênero, são a maior causa de anos perdidos por doença em todo o mundo. As estatísticas da Previdência Social indicam que os transtornos mentais, em 2012, aposentaram cerca de 8% dos segurados, o que equivale à terceira maior causa de aposentadoria em nosso meio. Em 2013, 9,5% dos benefícios de auxílio-doença, concedidos pelo INSS, foram devido a doenças mentais, configurando-se na terceira maior causa de afastamentos do trabalho. Em janeiro de 2014, 164.800 segurados receberam o auxílio-doença previdenciário; desses, 14.480 foram afastados devido a transtornos mentais.²

Alguns estudos conduzidos no País têm trazido informações relevantes sobre o tema da saúde mental no mundo do trabalho. Em Minas Gerais, foi realizada uma análise do registro médico pericial em segurados do INSS requerentes de auxílio-doença,³ e o resultado demonstrou que os diagnósticos mais frequentemente registrados foram os transtornos depressivos e os transtornos ansiosos. Outro estudo interessante,⁴ realizado no Recife, mostra a distribuição de aposentadorias por invalidez por causas específicas, sendo que os transtornos mentais aparecem na terceira posição, perdendo somente para doenças do sistema osteomuscular e doenças do aparelho circulatório. E, dentre os transtornos mentais, não há uma predominância clara de um transtorno sobre os outros, sendo que os transtornos de humor, os transtornos psicóticos e os transtornos ansiosos aparecem todos, aproximadamente, na faixa dos 25% de prevalência.

Vale ressaltar, no entanto, que os transtornos mentais têm sua gênese na multifatoriedade,⁵ com causas genéticas, ambientais e socioculturais, em que o estresse é um dos componentes dessa equação. E, como se sabe, são inúmeras e incontáveis as causas de estresse, variando idiossincriticamente. Uma das possíveis causas de estresse conhecida é o trabalho. A tríade estresse, doença mental e incapacidade laborativa é de difícil reconhecimento, principalmente quando deve haver a legitimação da situação de adoecimento como sendo profissional, ou seja, o nexos causal entre doença e trabalho, sendo o labor e sua dinâmica causadores do adoecimento. Essa é uma das grandes dificuldades das perícias psiquiátricas, particularmente as trabalhistas e previdenciárias. A relação saúde mental e trabalho abrange desde o mal-estar no trabalho, o sofrimento mental advindo das vivências subjetivas no seu cotidiano e a doença mental propriamente dita. A não caracterização do papel do trabalho como agravante ou desencadeante de distúrbios psiquiátricos ocasiona prejuízos não só à qualidade e à eficácia do tratamento, mas também aos direitos legais do trabalhador, que deixa de usufruir de benefícios previdenciários aos quais eventualmente tenha direito. Em contrapartida, a configuração de nexos causal não pertinente é também danosa, pois onera de maneira injusta o sistema produtivo e previdenciário, ocasionando grande impacto social.

Sendo assim, a responsabilidade dos médicos peritos, em especial dos psiquiatras, é muito grande, devendo esses profissionais zelar pela correta avaliação e repercussão da doença na vida do periciado, para que não haja benefício indevido nem negação de direito legítimo.

Conceitos

Perito e assistente técnico

O perito médico nada mais é do que o profissional médico, nomeado em uma perícia por uma autoridade, a quem cabe o conhecimento técnico de área médica específica, o conhecimento da legislação, o comportamento ético e a competência para redação do laudo pericial.⁶

O conhecimento médico, de suma importância para a realização de uma perícia apropriada, está intimamente relacionado com uma boa formação profissional. E para que haja uma boa formação, é necessária uma boa instituição acadêmica, com bons professores, dedicação e muito contato com pacientes. Quanto mais um aluno de Medicina e um residente entrarem em contato com pacientes, de maneira adequadamente supervisionada, maior será seu conhecimento sobre a epidemiologia, curso, evolução e prognóstico das doenças, conhecimento fundamental para a prática pericial. Desse modo, fica claro que para ser um bom perito é preciso antes ser um bom médico.

Além disso, o médico que irá realizar laudos periciais deve deter conhecimentos da legislação da área específica da perícia. Com relação a perícias previdenciárias, é fundamental conhecer detalhadamente a lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os princípios básicos, as competências e o regime geral da Previdência. Já com relação a perícias criminais, é fundamental o conhecimento do código penal nas áreas que tratam da imputabilidade penal (artigos 26, 27 e 28) e das medidas de segurança (artigos 96, 97, 98 e 99). No âmbito das perícias cíveis, é condicionado ao perito psiquiatra, minimamente, o conhecimento dos artigos 3.º e 4.º do Código Civil Brasileiro, bem como do Código do Processo Civil. Isso, para deixar claro que, além da formação técnica em Medicina, o perito deve dominar a legislação e sua aplicação nas áreas em que atuar.

Como já postula o Código de Ética Médica, em seus artigos 93 e 98,⁷ o médico perito deve atuar com absoluta isenção e nunca deve ser perito ou auditor de pessoas ou instituições com quem tenha relações capazes de influenciar seu trabalho (sem suspeições), devendo ser sempre imparcial. São impedidos de ser peritos a parte, a testemunha, o cônjuge ou qualquer outro parente, em linha reta ou colateral até o terceiro grau. Em situações de suspeição, ou seja, quando o perito for amigo íntimo ou o inimigo capital de uma das partes em lide, o mesmo deverá declinar de sua indicação e não trabalhar no processo.

O perito deve exercer seu trabalho com autonomia. Segundo a Resolução n.º 126/2005, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), essa é situação sem a qual o médico perito não pode exercer a contento seu ofício (“artigo 5.º: O médico na função de perito não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influenciar no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão”). Vale ressaltar ainda que, de acordo com a referida Resolução do Cremesp, o médico perito não precisa acatar a sugestão do médico assistente do periciado, podendo tomar sua decisão do modo como lhe convier, desde obviamente que a mesma esteja amparada por questões técnicas e éticas.

Após a realização do exame pericial, o perito elaborará, então, o laudo pericial, documento oficial e elemento probatório fundamental, que será entregue à autoridade solicitante, e que deverá conter, em critérios gerais, preâmbulo, identificação do periciando, quesitos, histórico (anamnese, exames complementares e documentos médicos), análise e discussão dos resultados, conclusão e respostas aos quesitos. Vale lembrar que ao perito caberá a elaboração de um documento em uma linguagem que integre conceitos médicos e jurídicos e que facilite o entendimento médico para a autoridade requisitante, leiga nos assuntos médicos. Portanto, o perito fornecerá informações que permitirão entender se o periciado faz ou não, do ponto de vista médico, jus a determinado bene-

fício. O perito tem o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei. Assim, o perito produzirá uma prova pericial que instruirá um processo.

O médico pode, entretanto, escusar-se do encargo de perito alegando motivo legítimo. A escusa será apresentada à autoridade que o nomeou, que avaliará a pertinência da alegação feita. O perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas, responderá pelos prejuízos que causar à parte, ficará inabilitado a participar de outras perícias e incorrerá na sanção que a lei estabelecer.

Cabe às partes de uma lide nomear assistente técnico para acompanhar a perícia médica. Essa figura é um médico que trabalhará para uma das partes. Realizará a perícia contraditória. É importante ficar claro que todos os meios de investigação dados ao perito da autoridade são extensivos ao assistente técnico. Assim, para o desempenho apropriado de suas funções, os peritos e os assistentes técnicos podem se utilizar de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder de parte ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com plantas, desenhos, fotografias e outras quaisquer peças.

O médico da empresa pode atuar como assistente técnico em uma perícia envolvendo a própria empresa e seus funcionários. O CFM, por meio da Resolução CFM n.º 2.015/2013, modificou a redação do Artigo 12 da Resolução CFM n.º 1.488/1998. A nova Resolução dispõe sobre as regras específicas para médicos que prestam assistência ao trabalhador, normatizando a perícia médica e a atuação do médico de empresas como perito e assistente técnico. Com o novo entendimento, os médicos de empresas passam a poder atuar como assistentes técnicos em perícias “nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados)”.

Como justificativas para tal decisão, o CFM coloca claramente suas concepções acerca das diferenças existentes entre a figura do “perito” e do “assistente técnico”, como segue: “o papel do assistente técnico é acompanhar a perícia em nome da parte, disponibilizando os conhecimentos especializados que ela não possui; o perito funciona como assessor técnico do juiz, enquanto os assistentes técnicos auxiliam as partes nos processos judiciais, razão pela qual suas atuações são parciais; o trabalho do assistente técnico é fiscalizar o trabalho do perito, este sim submetido a compromisso e às regras de impedimento e suspeição; o assistente técnico emite parecer e não laudo pericial”. Assim, apesar de atuarem em uma perícia médica, os médicos perito e assistente técnico não desempenham o mesmo papel, de acordo com a presente manifestação do CFM. Desse modo, o médico assistente técnico passa a ter sua atuação considerada como “parcial”, não precisando se submeter “a compromisso e às regras de impedimento e suspeição”, às quais estão sujeitos os médicos peritos.

Assim sendo, o CFM aproxima seu entendimento sobre essa questão daquele expresso no Código de Processo Civil, em seu Artigo 422, que afirma

que “o perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso. Os assistentes técnicos são de confiança da parte, não sujeitos a impedimento ou suspeição (redação dada pela Lei n.º 8.455, de 24.08.1992)”. Ademais, o Artigo 423 do mesmo Código afirma que “o perito pode escusar-se (art. 146), ou ser recusado por impedimento ou suspeição (art. 138, III)”, não colocando tal possibilidade para o assistente técnico, por considerá-lo necessariamente como “parcial”, já que é profissional contratado por uma das partes, não podendo, por óbvio, ser considerado figura imparcial ou neutra no processo. A presente Resolução CFM n.º 2.015/2013, que diferencia a figura do médico perito do médico assistente técnico, não fere também os artigos do Código de Ética Médica, que versam sobre a regulamentação das perícias médicas. O Artigo 93 considera que é vedado ao perito “ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado”. Por sua vez, o Artigo 98 determina que é vedado ao médico “deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência”. Assim, nenhum dos dois Artigos do Código de Ética Médica fala sobre a figura do assistente técnico, apenas do perito.

No entanto, em alguns Estados do País, há decisões de seus Conselhos Regionais de Medicina que apresentam posição contrária àquela que foi emitida pelo CFM. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, a Resolução Cremers n.º 12/2009, em seu Artigo 1, determina que “é vedado ao médico do trabalho de empresa/instituição atuar como perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo envolvendo empregado/funcionário ou ex-empregado/funcionário da mesma empresa/instituição”. Em São Paulo, a Resolução Cremesp n.º 156, de 10 de outubro de 2006, em seu Artigo 7.º, decide que “o médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresa e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho ou o que presta serviço à empresa não pode ser perito judicial, securitário ou previdenciário, ou assistente técnico, em casos que envolvam esta mesma empresa contratante e/ou seus assistidos atuais ou passados”. Além disso, o mesmo Cremesp, em sua Resolução n.º 126, de 31 de outubro de 2005, afirma o que segue: “Art. 1.º – Perito médico é a designação genérica de quem atua na área médica legal, realizando exame de natureza médica em procedimentos administrativos, e processos judiciais, securitários ou previdenciários; atribuindo-se esta designação ao médico investido por força de cargo/função pública, ou nomeação judicial ou administrativa, ou ainda por contratação como assistente técnico das partes. Art. 2.º – As causas de impedimentos e suspeição aplicáveis aos auxiliares da Justiça se aplicam plenamente aos peritos médicos. § 1.º – É vedado

ao médico do trabalho de empresa/instituição atuar como perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo envolvendo empregado/funcionário ou ex-empregado/funcionário da mesma empresa. § 3.º – Constitui infração ética expressa no art. 120 do Código de Ética Médica, Resolução CFM n.º 1.246/88 (art. 93 do novo Código de Ética Médica, Resolução CFM n.º 1931/2009), o médico ser perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo, envolvendo seu paciente ou ex-paciente”. Aqui, a decisão do Cremesp não só equipara a figura do médico perito com a do médico assistente técnico, como também veda ao médico atuar como assistente técnico em causas envolvendo funcionários ou ex-funcionários da empresa na qual trabalha.

Desse modo, em que pese a nova Resolução do CFM ser mais recente que as decisões desses Conselhos Regionais, bem como em que pese uma decisão do CFM poder ser considerada superior àquela de um de seus Conselhos Regionais, os médicos de empresas dos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, por exemplo, devem se atentar para as questões expostas acima antes de atuar como assistentes técnicos em processos envolvendo trabalhadores de empresas em que trabalham ou trabalharam. Além disso, o médico deve tomar cuidado especial se for atuar como assistente técnico de empresa em que trabalha ou trabalhou em ações contra funcionários dessa mesma empresa, que foram ou são seus pacientes. Nessa situação, o médico pode ser acusado de se valer de informações confidenciais, que obteve em seu exercício profissional como médico assistente/clínico, para prejudicar seu próprio paciente/funcionário em uma ação judicial em favor da empresa. Isso poderia ser configurado como quebra de sigilo profissional, o que infringiria o Código de Ética Médica em seu Artigo 73 (“é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”), bem como em seu Artigo 76 (“é vedado ao médico revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”). Desse modo, além de responder por infração ética em seu Conselho de classe, o médico também poderia ser chamado a responder na esfera cível (Código Civil: “Art. 144 – Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deve guardar segredo”) e criminal (Código Penal: “Art. 154 – Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”).

Perícia médica

A perícia médica é o exame realizado por médico perito, com o objetivo de instruir a autoridade solicitante sobre conhecimentos médicos específicos para formação de juízo, fornecendo prova técnica.⁸ O conceito fundamental

da perícia médica é a determinação da existência ou não de doença. Com base nisso, são feitos os desdobramentos específicos de cada área do direito em que a perícia é realizada. Resumidamente, no caso das perícias previdenciárias, o desdobramento é a capacidade laborativa, nas criminais, a imputabilidade, nas cíveis, a capacidade para os atos da vida civil, nas trabalhistas, a capacidade laborativa e onexo doença-trabalho, na vara de família, a dinâmica familiar.

O *setting* pericial é totalmente diferente do assistencial.⁶ Inicialmente, não há sigilo absoluto das informações, já que elas serão fornecidas ao solicitante. O periciado não escolhe seu perito, e sim é intimado a passar por avaliação. O médico perito tem o dever com a verdade e a justiça, independentemente do tipo de consequência que isso acarretará ao periciado. Não há paciente, nem intenção de tratamento. Diferentemente da relação médico-paciente, a relação perito-periciado não é pautada na empatia e total confiança. O periciado tem o interesse de obter um benefício, o que pode levá-lo a prestar, distorcer, omitir e até inventar informações que levem ao resultado pretendido, por isso a hipótese de simulação deve ser considerada.

As perícias psiquiátricas foram regulamentadas recentemente pelo CFM, por meio da Resolução CFM n.º 2.057/2013, que consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria no país. A referida Resolução define o roteiro pericial em Psiquiatria em seu Capítulo XIII (Dos Atos Periciais em Psiquiatria). Os objetivos do ato pericial em Psiquiatria são esclarecidos no artigo 35 da Resolução, como segue: “O ato médico pericial, além de elucidar o diagnóstico, destina-se a esclarecer à autoridade que o solicitou, dentre outros pontos, sobre: capacidade civil, capacidade laboral, invalidez, imputabilidade penal ou prognóstico de risco de violência”.

Incapacidade laborativa

A incapacidade é um conceito estritamente relacionado à atividade produtiva. Pode ser definida como a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para o labor, em decorrência de alterações patológicas secundárias a doenças ou acidente.⁶ Deve ser levado em consideração não só a doença, mas também seu agravamento e os riscos que o periciado possa representar, em decorrência de sua doença ou acidente, para si e para terceiros. Importante lembrar que não necessariamente a capacidade laborativa é sinônimo de ausência de doença. Deve-se sim avaliar a repercussão da doença na capacidade para o trabalho.

Além disso, o conceito de incapacidade engloba algumas características: grau, temporalidade e abrangência. Entende-se por incapacidade parcial aquela que permite o desempenho de parte das atividades habituais, sem risco de vida ou agravamento da doença quando o trabalhador estiver em atividade. Já a incapacidade total impossibilita que o periciado execute as atividades habituais, não permitindo atingir a média de rendimento alcançado por trabalhadores em condições normais na mesma função.

Quanto à temporalidade, considera-se como temporária a incapacidade em que exista previsão de recuperação ou melhora em determinado período de tempo, ao contrário da permanente, em que não há possibilidade de melhora, mesmo com o tratamento adequado. Por fim, a abrangência da incapacidade laboral pode ser uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional, quando há impedimento para apenas uma atividade específica, diversas atividades e impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, respectivamente.

Invalidez

Conforme o manual de perícia médica da Previdência Social,⁶ a invalidez é a incapacidade laborativa total, permanente e omni-profissional; ou quando acarreta risco de vida para o periciado ou terceiros; e também quando apresenta risco de agravamento de sua doença. Importante lembrar que é o tipo de incapacidade bastante simulada, devendo o perito utilizar-se de bom conhecimento técnico prático para evitar uma avaliação errônea.

Alienação mental

Embora seja um conceito relativamente comum na prática jurídica (porém pejorativo e obsoleto na prática clínica), são raras as suas definições teóricas. Um excelente exemplo de conceituação é encontrado na portaria normativa n.º 1.174 do Ministério da Defesa,⁹ na qual se conceitua alienação mental como “todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho”. Essa mesma portaria classifica necessariamente como casos de alienação mental as demências, as esquizofrenias crônicas, os transtornos delirantes e o retardo mental grave ou severo. As outras condições psiquiátricas necessitam ser excepcionalmente graves e persistentes para alcançar o status de alienação. Por isso é importante o bom conhecimento técnico do perito a respeito do curso e evolução desses transtornos.

Incapacidade para a vida independente

A incapacidade para a vida independente é outro termo com escassas definições médicas e jurídicas. Segundo a Súmula 29, da Turma Nacional da Uniformização dos Juizados Especiais Federais,¹⁰ incapacidade para a vida independente não só é aquela que impede as atividades mais elementares da pessoa, mas também a impossibilita de prover o próprio sustento. Trata-se de um conceito mais abrangente e amplo, que não se limita somente à capacidade laborativa mas, como afirma a revisão de acórdão da 5.ª turma recursal de São

Paulo: “... O conceito de incapacidade para a vida independente, portanto, deve considerar todas as condições peculiares do indivíduo, sejam elas de natureza cultural, psíquica, etária – em face da reinserção no mercado do trabalho – e todas aquelas que venham a demonstrar, ‘in concreto’, que o pretendente ao benefício efetivamente tenha comprometida sua capacidade produtiva *lato sensu*. Ou seja, a incapacidade não se dá só laboralmente, mas também para as atividades de vida diárias, que englobam autocuidados e tarefas básicas.

Assédio moral

O termo assédio moral é definido como “atos comissivos ou omissivos, atitudes, gestos e comportamentos do patrão, da direção da empresa, de gerente, chefe, superior hierárquico ou dos colegas, que traduzem uma atitude de contínua e ostensiva perseguição que possa acarretar danos relevantes às condições físicas, psíquicas, morais e existenciais da vítima.”¹¹

Para que seja caracterizado assédio moral, o ato deve apresentar quatro elementos essenciais:

- a) conduta abusiva;
- b) natureza psicológica de atentar contra a dignidade psíquica do indivíduo;
- c) reiteração prolongada da conduta ofensiva;
- d) finalidade de exclusão.

Quanto à classificação, o assédio moral pode ser: vertical descendente (praticado pelo superior hierárquico contra o seu subordinado), horizontal (praticado dentro de um mesmo grau de hierarquia) e vertical ascendente (ocorre de um ou mais empregados contra o superior hierárquico).

O assédio moral pode levar ao dano moral, que diz respeito às questões ético-morais do indivíduo afetado. Nessa situação, em que pese o sofrimento apresentado pela vítima, não há doença psíquica instalada. No entanto, o assédio moral pode levar, além do dano moral, ao dano psíquico, quando há adoecimento mental decorrente do assédio moral perpetrado.

Dano psíquico

O dano psíquico é um prejuízo à vida ou à integridade psicológica do indivíduo, que ultrapassa a capacidade de enfrentamento e adaptação da vítima, levando ao adoecimento mental.

Para ser caracterizado dano psíquico, é necessário que haja um nexo causal entre a doença e o assédio sofrido. Tal relação só poderá ser estabelecida por meio de uma perícia psiquiátrica, realizada por profissional experiente, que investigará a cronologia dos sintomas e do assédio, a predisposição genética para doenças mentais, a história pessoal e a personalidade

pré-mórbida, bem como a duração dos sintomas e sua continuidade no meio externo ao trabalho.

Vale notar que não cabe ao perito a verificação dos fatos alegados, tais como constrangimento ou coação, mas sim se houve uma alteração psíquica decorrente do fato alegado. Para isso, a caracterização de um transtorno mental subsequente aos fatos alegados caracterizará o dano psíquico.

Entre os diversos transtornos psiquiátricos, a síndrome de *burnout* é um diagnóstico que deve ser lembrado em perícias desta natureza. Tal síndrome é caracterizada por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade.¹² Como síndrome, o *burnout* seria o resultado da combinação entre as características individuais da pessoa (principalmente personalidade, mas também história de vida e bases genéticas) com as condições do ambiente de trabalho ou do trabalho em si. Essa síndrome não está categorizada na Classificação Internacional de Doenças,¹³ em nenhuma de suas edições, apesar de uma corrente de pesquisadores entender que equivale ao “esgotamento”, classificado com CID Z73.0.

Já o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido erroneamente classificado por alguns profissionais como secundário ao assédio moral. No entanto, entre os critérios diagnósticos da CID-10, a “exposição a evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica” é condição necessária para sua caracterização. Portanto, não há que se necessariamente falar em TEPT no caso de assédio moral, pois, por mais danoso que seja, na esmagadora maioria das vezes não se configura como uma catástrofe.

Acidente de trabalho

Conforme o artigo 19, da lei 8.213/91,¹⁴ “é o ocorrido no exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda os sofridos pelos segurados especiais, provocando lesões corporais ou perturbações funcionais que causem a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária”.

As entidades mórbidas consideradas como acidente de trabalho são as seguintes:

- a) doença profissional, assim entendida como a produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade;
- b) doença de trabalho, aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Não serão consideradas como doença de trabalho:

- a) a doença degenerativa;

- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produz incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

A Portaria/MS n.º 1.339/1999 lista os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, sendo eles:

- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
- *Delirium*, não sobreposto à demência (F05.0)
- Transtorno cognitivo leve (F06.7)
- Transtorno orgânico de personalidade (F07.0)
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09)
- Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)
- Episódios depressivos (F32)
- Estado de estresse pós-traumático (F43.1)
- Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0)
- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8)
- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2)
- Esgotamento profissional (Z73.0)

Importante frisar que não é somente com o diagnóstico dessas doenças citadas que já se faz possível o enquadramento como transtorno relacionado ao trabalho, sendo necessário, para tanto, a verificação donexo causal.

Perícias administrativas

São perícias realizadas com finalidades específicas nos serviços que atendem aos servidores públicos nas esferas municipal, estadual ou federal. Portanto, além do regime jurídico dos servidores públicos federais, há legislações próprias nos diversos Estados e municípios, o que confere a esse tipo de perícia características muito particulares, dependendo do serviço em que estiver inserido.¹⁵

Esse tipo de perícia é determinada pela autoridade administrativa competente.

Os principais procedimentos da perícia médica administrativa são: ingresso e admissão (exames ocupacionais), licenças (saúde, gestante, cuidar de pessoa da família), readaptação, acidentes de trabalho e doença profissional, aposentadoria por invalidez, constatação de invalidez em dependente, horário especial para servidor portador de deficiência, constatação de deficiência em aprovados para vagas de concurso reservadas a portadores de necessidades es-

peciais, processos administrativos (indicando a capacidade de entendimento e determinação do servidor diante do fato imputado, análogo ao que ocorre na esfera penal) e isenção de imposto de renda.

Perícias militares

As perícias militares, em regra geral, têm os mesmos preceitos das demais perícias administrativas já citadas.

Cada entidade (Exército, Aeronáutica, Marinha, Polícia) possui legislação própria que a orienta, com particularidades isoladas. As perícias são realizadas por médicos militares, sendo permitida a avaliação por um civil, em caráter de exceção, caso não haja um especialista credenciado na corporação.

Situação peculiar acontece com os pilotos. Esses profissionais, ainda que sejam da aviação civil, devem ser submetidos à perícia psiquiátrica (tanto para ingresso quanto para renovação), realizada por militar da Aeronáutica; sendo o único caso em que um civil necessariamente deve ser periciado por militar.

As atribuições dos peritos militares incluem: controle periódico de saúde dos militares de carreira, verificação da capacidade laborativa, prorrogação do tempo de serviço (militar de carreira), concessão de licenças para tratamento de saúde própria e suas prorrogações, concessão de licenças para tratamento de saúde de pessoa da família e suas prorrogações, licenciamento (militar de carreira), desincorporação (militar de carreira), justiça e disciplina, e permanência ou saída do serviço ativo de militar temporário.¹⁶

Perícias previdenciárias

As perícias previdenciárias são realizadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e pela Justiça Federal. O trabalhador, quando afastado das suas atividades laborativas, por mais de 15 dias, será avaliado por um médico perito oficial e concursado do INSS. O perito oficial avaliará o trabalhador e poderá ratificar ou não o afastamento inicialmente solicitado pelo médico assistente. Essa avaliação determinará a presença de doença, limitações e tipo de incapacidade. Muitas vezes, esses trabalhadores que buscam receber um benefício devido ao afastamento por doença, não são contemplados ou por não estarem incapacitados ou por alguma falha na perícia oficial. Nesse momento o periciado pode solicitar judicialmente receber o que entende ser seu direito. Como o INSS é uma autarquia, a justiça que julgará os processos contra ele será a Justiça Federal. Esses processos discutirão uma questão médica, ou seja, a presença de limitações físicas ou psíquicas decorrentes de doenças físicas ou transtornos mentais. Para essa avaliação, o juiz nomeia um médico de sua confiança, o perito judicial. O perito, tanto o oficial do INSS quanto o judicial da Justiça Federal, além da matéria médica pertinente, deve conhecer a legislação da área, para adequada realização do seu trabalho. Essa legislação, no contexto previdenciário, se encontra na lei número 8.212/91, que dispõe sobre a organização da Previdência Social.

A Previdência Social é uma instituição pública, é o seguro social para a pessoa que contribui e que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados. Está organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, isto é, deve ser para todos os trabalhadores, depende da contribuição desses e seu caráter não é facultativo. A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.¹⁷ O médico perito em seu laudo discutirá nas perícias previdenciárias a doença, a presença ou não de incapacidade, o tipo de incapacidade, a presença de agravamento e as datas importantes (do início da doença, do início da incapacidade e do agravamento, quando houver). A autoridade solicitante determinará o tipo de benefício a ser recebido com base nas informações médicas e nas leis. O doente incapaz para o trabalho não obtém o benefício em muitas situações, por exemplo, quando não contribui com a Previdência, quando não é segurado ou quando sua doença ou incapacidade seja anterior ao início da filiação à Previdência (exceto nos casos de agravamento).

Algumas definições são importantes para entender o contexto da perícia previdenciária:

1. Segurado – Aqueles que contribuem. Empregados, os trabalhadores com carteira assinada; empregados domésticos, aqueles que prestam serviços para uma pessoa ou família e cuja atividade executada não gere lucro ao empregador; trabalhadores avulsos, os contratados por sindicatos ou órgãos gestores de mão de obra; contribuintes individuais, que são os prestadores de serviço autônomos; segurados especiais, os trabalhadores rurais, pescadores e artesãos; e segurados facultativos, aqueles que não têm renda própria, mas contribuem (donas de casa e estudantes, por exemplo).¹⁷ Para ser considerado segurado o trabalhador deve contribuir pelo menos com 12 prestações previdenciárias.¹⁴

2. Dependente – É o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado de qualquer condição (menor de 21 anos ou inválido), os pais, o irmão (não emancipado, menor de 21 anos ou inválido).¹⁷

3. Período de carência – É o tempo mínimo de contribuição que o trabalhador precisa comprovar para ter direito a um benefício previdenciário. Varia de acordo com o benefício solicitado.¹⁸ O acidente de trabalho e algumas doenças específicas isentam o contribuinte do período de carência: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida e contaminação por radiação.

4. Auxílio-doença – Benefício pago ao segurado total e temporariamente incapaz para o trabalho que gozar do período de carência, cuja doença tenha surgido ou se agravado após a sua filiação ao INSS.¹⁴

5. Aposentadoria por invalidez – Benefício pago ao segurado total e permanentemente incapaz para o trabalho, que gozar do período de carência e cuja doença tenha surgido ou se agravado após a sua filiação ao INSS.¹⁴ O Decreto n.º 3.048/99¹⁹ preconiza as seguintes situações como “grande invalidez”: cegueira total; perda de nove ou dez dedos das mãos; paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; perda dos membros inferiores acima dos pés (quando a prótese for impossível); perda das mãos e pés (ainda que a prótese seja possível); perda de um membro superior ou um membro inferior (quando a prótese for impossível); alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social; doença que exija permanência contínua no leito e incapacidade permanente para atividades da vida diária. Nessas situações haverá acréscimo de 25% ao valor da aposentadoria.¹⁴

6. Auxílio-acidente – É um benefício com caráter indenizatório pago aos segurados após sequelas consolidadas de acidentes de qualquer natureza, na presença de redução da capacidade para o trabalho. Esse auxílio também pode ser pago quando há incapacidade total para o trabalho habitual, com preservação da capacidade para outras atividades.¹⁴

7. Benefício assistencial – Também conhecido como LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) é destinado ao maior de 65 anos ou deficiente, cuja renda *per capita* familiar seja menor que um quarto do salário mínimo. Sendo deficiente aquele que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Estes impedimentos obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas por um prazo mínimo de dois anos.²⁰

Grande parte dos periciados em perícias previdenciárias são indivíduos fora do mercado de trabalho, com baixa formação e doentes (a presença de doença nem sempre é sinônimo de incapacidade). As questões sociais estão presentes com grande frequência e alguns trabalhadores que não são contemplados por benefícios continuam afastados do trabalho e não retornam aos seus empregos por uma série de razões (inaptidão no exame admissional, fechamento da empresa, não aceitação da perícia pelo médico que assiste o trabalhador, não aceitação do doente em retornar às atividades). Muitas vezes, são esses trabalhadores que entrarão com processos judiciais e buscarão seus direitos nos Juizados Especiais Federais. Tal situação acaba dificultando bastante o trabalho do perito, que precisa balizar seu trabalho por aspectos eminentemente técnicos.

Perícias trabalhistas

A Justiça do Trabalho concilia e julga as ações judiciais entre trabalhadores e empregadores e outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho,

bem como as demandas que tenham origem no cumprimento de suas próprias sentenças, inclusive as coletivas.²¹ Os órgãos da Justiça do Trabalho são o Tribunal Superior do Trabalho (TST), os Tribunais Regionais do Trabalho (TRTs) e os Juízes do Trabalho. O juiz do trabalho solicita avaliação pericial para averiguação da presença da doença ocupacional ou do trabalho (nexo causal), bem como repercussão dessa patologia no trabalhador (incapacidade e sequelas). O perito judicial avalia o periciado e o local de trabalho, por meio da perícia médica e da vistoria no local de trabalho, em busca do nexo causal. O trabalhador pode adoecer por diversas causas, relacionadas ou não com o trabalho, pode sofrer de doenças genéticas, sem qualquer relação com as atividades desempenhadas, doenças relacionadas diretamente ao trabalho (doenças profissionais) e agravadas ou desencadeadas pelo trabalho (doenças ocupacionais), além dos acidentes típicos de trabalho. Outras categorias de acidentes também são consideradas acidentes de trabalho, os sofridos a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. Schilling, em 1984,²² propôs a divisão das doenças em três grupos, de acordo com sua relação com o labor:

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Os fatores de risco para a saúde e para a segurança dos trabalhadores podem ser classificados em cinco grupos: físicos (ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas, pressão atmosférica), químicos (agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais), biológicos (vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios), ergonômicos e psicossociais (decorrem da organização e gestão do trabalho, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores, trabalho em turno

noturno, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores), mecânicos e de acidentes (ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho). Esses fatores de risco, considerados clássicos para avaliação denexo causal, na maioria dos casos em psiquiatria não se enquadram. É muito claro que determinadas alterações osteoarticulares estarão associadas a um risco ergonômico específico, ou que uma alteração respiratória pode ser associada a um risco químico. E como determinar o nexocausal para as doenças mentais? Obviamente, algumas intoxicações podem ocasionar sintomas psíquicos, algo que se classifica como transtorno mental de origem orgânica, mas essas serão a minoria das avaliações realizadas pelo perito psiquiatra.

Grande parte dos transtornos mentais não tem sua etiologia definida, apresentando em sua gênese fatores orgânicos, bioquímicos, genéticos e ambientais. O trabalho pode ou não ser considerado um fator importante para o surgimento da doença mental em determinados contextos. Cabe ao perito trabalhista avaliar esse contexto e determinar o trabalho como causa direta ou concausa (grupo III de Schilling) do transtorno mental. Para a avaliação do nexocausal o perito utiliza conhecimentos epidemiológicos (determinadas doenças mentais acometem com maior frequência algumas classes de trabalhadores), anamnese detalhada da percepção do trabalhador sobre seu adoecimento, pesquisa ativa sobre antecedentes mórbidos pessoais e familiares, pesquisa de outros fatores de risco de adoecimento (uso de álcool ou drogas) e acontecimentos traumáticos em outras esferas da vida do trabalhador.

A vistoria no local de trabalho pode acrescentar informações importantes para o perito. Condições físicas ruins, ruído excessivo, alta carga de exigências, ausência de pausas, escalas desorganizadas ou excesso de horas extras podem contribuir para o adoecimento mental, e o perito somente irá ter acesso à realidade desses fatores estressores visitando o local de trabalho. Nessa vistoria, o perito psiquiatra deve estar atento à organização do trabalho, horários, turnos, escalas, horas extras, ritmos de trabalho, políticas de pessoal na empresa, quantidade de trabalho executada e existência de treinamentos e reciclagem. As exigências mentais também devem ser exploradas, como o grau de atenção e concentração destinado ao trabalho, o nível de vigilância e a necessidade de tomar decisões. O adoecimento mental é um processo complexo, o mesmo fator de risco pode, em diferentes trabalhadores, desencadear diversos tipos de respostas e repercussões psíquicas. Algo que pode ser estimulante para uma pessoa pode ser extenuante para outra, essas controvérsias sempre estarão presentes nas perícias trabalhistas.

Referências

1. Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996, 117-200.
2. São Paulo. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. Dados estatísticos da Coordenação Técnica do Programa de Inspeções Médicas instituído por Resolução SE n.º 01 de 14/01/2013. São Paulo: Diário Oficial do Estado; 2013.
3. Siano AK, Ribeiro LC, Ribeiro MS. Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. J. Bras. Psiquiatr 2010; 59(2).
4. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela Previdência Social. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(6):1661-1672.
5. Miguel CL, Gentil V, Gattaz WG. Clínica Psiquiátrica, a visão do departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. São Paulo: Manole; 2011.
6. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal. Brasília; 2010.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. D Of União. 24 set 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: D Of União. 13 out 2009;(195, seção I):173. Disponível em: www.in.gov.br.
8. França GV. Medicina Legal, 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
9. Brasil. Portaria Normativa MD n.º 1.174, de 6 de setembro de 2006. Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção da Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas. Diário Oficial da União. 7 set 2006.
10. Processual Civil. Ofensa ao Art. 535 do CPC não configurada. Benefício assistencial. Renda mensal per capita familiar. Reexame do conjunto fático probatório. Impossibilidade. Súmula 7/STJ. (STJ, Relator: ministro Herman Benjamin, Data de Julgamento: 17/09/2013, T2 – Segunda Turma).
11. Gudes MN. Terror psicológico no trabalho. 2. ed. São Paulo: LTr; 2004.
12. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiquiatr. Clín. 2007; 34(5).
13. CID10 Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
14. Brasil. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 ago 1991.
15. Epiphanyo, E. B., Vilela, J. R. P. X. Perícias médicas: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
16. Normas Técnicas sobre perícias médicas no Exército (NTPMEx), aprovadas pela Portaria n.º 247-DGP, de 7 out 09.
17. Brasil. Lei n.º 8.212, de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 jul 1991.
18. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br>.
19. Brasil, Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 7 maio 1999.
20. Brasil. Lei n.º 12.470 de 31 de agosto de 2011. Altera os artigos 21 e 24 da Lei 8.212, de 24 de junho de 1991. Diário Oficial da União, 1 set 2011.
21. Tribunal Superior do Trabalho. Disponível em <http://www.tst.jus.br>.
22. Schilling RS. More effective prevention in occupational health practice? J Soc Occup Med 1984;34(3):71-9.

20 Perícias em saúde mental e trabalho: algumas considerações

Júlio CÉSAR FONTANA-ROSA

Este texto é um resumo das aulas praticadas nos cursos de Especialização em Medicina do Trabalho, módulo de saúde mental e trabalho, realizadas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Santa Casa de São Paulo.

A relação saúde mental e trabalho não se dá de forma pacífica. Os métodos de administração, produção e vendas por conta da demanda podem trazer um ônus não tolerável para o psiquismo.

Desnecessário ressaltar que no mundo globalizado esta relação tende cada vez mais às exigências nunca antes experimentadas pelas pessoas envolvidas nestes métodos.

Como sabemos, a Psiquiatria Forense ocupa-se de avaliações de portadores de transtornos mentais nas diferentes esferas judiciais e administrativas. Do nosso interesse, ela se volta para o estudo das relações dos transtornos mentais com as condições de trabalho, bem como das consequências destes na capacidade laboral.

Por que avaliar capacidade para o trabalho? Porque o psiquismo é um patrimônio. Um patrimônio avaliado numa perícia médica, por um especialista com sua experiência clínica embasada na literatura pertinente. E que seja capaz de diagnosticar, avaliar suas consequências nas relações com o trabalho, suas origens e igualmente definir um prognóstico.

O especialista capaz de atender às exigências dessa modalidade de perícia deve trazer a formação não apenas na psiquiatria, mas também o conhecimento de Medicina do Trabalho. E, de fato, embora não oficial, mas de forma oficiosa, os magistrados exigem também dos profissionais a especialização em Medicina do Trabalho.

E nesse ponto surge um grande problema: são raros os profissionais especialistas em psiquiatria com especialização em Medicina do Trabalho. Em nosso Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo, desde minhas primeiras aulas no final dos anos 80 até a presente data, não creio ter encontrado mais que dez psiquiatras cursando a matéria. O mesmo se verificava no mesmo curso, na Faculdade de Medicina da Santa Casa, onde lecionei por alguns anos.

Por que um patrimônio? Nas nossas atividades estamos sempre utilizando algum patrimônio: seja físico, seja psíquico, seja moral. No nosso especial interesse, o patrimônio psíquico, no presente trabalho.

Quando assistimos a uma aula, por exemplo, o primeiro patrimônio que está sendo utilizado é nossa visão. Se ela está funcionando devidamente, não nos damos conta da sua importância. Entretanto, se um evento no trabalho nos leva a um comprometimento da mesma, isto pode levar à redução ou perda da minha capacidade para o trabalho, para esta ou aquela função. Portanto, afetou este meu patrimônio, visto que o meu rendimento depende do seu bom funcionamento..

Do mesmo jeito, temos nas funções psíquicas um patrimônio: se estou deprimido, voltado para minhas ruminções, posso não ter a devida atenção para o meu trabalho. O humor deprimido pode me levar à insuficiência para atender demandas, prejudicando minha volição. Meu pensamento pode estar com temores, como no caso de vítimas de assaltos, e daí levar a evitações de lugares e situações que causem ansiedade, ou mesmo pânico. E assim por diante.

Uma vez entendida essa condição de que o psiquismo é um bem, portanto, se ele é prejudicado por conta de uma relação com o trabalho, isso pode gerar uma necessidade de indenização.

Essa necessidade pode decorrer mesmo de quadros transitórios, visto que houve o dano moral. E nos casos permanentes, o dano psíquico.

As ações trabalhistas e acidentárias são as duas modalidades com maior solicitação de perícias em psiquiatria forense interessando, como o próprio nome diz, as relações de trabalho.

A busca desse direito por parte daquele que se sentiu prejudicado psiquicamente dá-se pela ação judicial. Uma vez que os magistrados não dominam o conhecimento médico, solicitam então a avaliação do especialista. Este passa a ser *longa manus* do juiz, ou seja, representando o braço da lei no exame pericial.

Entretanto, fazer perícias não é um momento fácil para o médico. Os profissionais dessa área, de modo geral, não estão afeitos à ideia de serem questionados quanto às suas decisões, seja nos diagnósticos, seja nos tratamentos. Raramente um paciente questiona o profissional, e raramente o profissional duvida da fala do paciente. Nas perícias, os examinandos podem questionar o examinador e, por outro lado, seus discursos também estão sob dúvidas.

Na área pericial, visto haver o direito às dúvidas das partes, podem surgir diferentes questionamentos, diversos daqueles que o profissional está acostumado em seu trabalho como profissional que atende ao paciente para fazer seu diagnóstico e prescrever este ou aquele tratamento.

O perito se volta para o diagnóstico, mas não para fins curativos, e sim para quantificar algum prejuízo ao patrimônio. Seja para fins de indenização, seja para fins de avaliar necessidades de afastamento do trabalho, conforme veremos mais adiante.

A perícia em psiquiatria forense, interessando relações de trabalho, tem particularidades que merecem toda nossa atenção, como vemos a seguir:

Em uma perícia, o autor do processo, no caso o sujeito que ingressa com a ação, entende que:

1. tem uma perturbação nas funções psíquicas;
2. que ela (perturbação) decorre das condições de trabalho;
3. que ela determina um prejuízo na capacidade laboral;
4. que ela não se resolveu com o tratamento.

Importante dizer que esses questionamentos são nucleares em uma perícia, e se não forem atendidos ela não se prestará para que o juiz decida de forma adequada.

Então, temos que responder às seguintes perguntas:

1. Tem doença/acidente (diagnóstico)?
2. Tem relação com condições de trabalho (traumas concentrados ou diluídos)?
3. Determina algum grau de incapacidade?
4. Qual o prognóstico (temporário ou permanente)?

1. Sobre o diagnóstico: – Tem doença/acidente (diagnóstico)?

Precisamos definir o diagnóstico para então definir a etiologia. Caso contrário, não podemos discutir se há relação ou não com o trabalho.

Surge então o grande problema da perícia em saúde mental e trabalho.

De modo geral, os transtornos mentais não têm uma etiologia definida: raramente se fala em causa, mas sim em causas. Portanto, etiologia pluri-dimensional.

Discordâncias nos diagnósticos mesmo entre especialistas

Outra dificuldade está no fato que na maioria dos casos não temos exames comprobatórios como em outras especialidades (pneumonia, diabetes etc.).

O diagnóstico pericial tem que ser realizado em exames de curta duração. Enquanto o paciente é atendido diversas vezes, mesmo por anos, na perícia o examinando, quando muito, permanece por uma hora, não sendo raros exames de alguns minutos.

Outro elemento complicador para se definir o diagnóstico está no fato que os elementos complementares como receitas, atestados e cópias de prontuários, que deveriam se prestar para consubstanciar essa finalidade, consoli-

dar o diagnóstico, muitas vezes são colocados sob dúvidas pela parte contrária. Importante que o perito não se entregue a essas dúvidas e faça o seu entendimento sobre a valoração destes documentos pela coerência dos mesmos com os demais elementos.

De modo geral o exame é apoiado nos discursos do examinando e/ou do acompanhante e, portanto, passíveis de dúvidas pela parte contrária. Parte esta que, por meio do seu assistente técnico, também pode trazer o seu discurso e este ser conflitante com o primeiro.

O perito tem que analisar a coerência dos relatos. Muito frequentemente observamos peritos com a preocupação de descobrir se a pessoa está mentindo, simulando. Para um especialista esta preocupação não existe, visto que ele saberá, de forma serena, avaliar a consistência dos relatos. Sem entrar em conflito com o periciando.

2. *Sobre relação com o trabalho: tem relação com condições de trabalho (traumas concentrados ou diluídos)?*

O acidente do trabalho *lato senso* compreende:

- a) o acidente propriamente dito, ou seja, um trauma concentrado, como um traumatismo craniano, uma intoxicação aguda por agentes químicos etc.;
- b) a doença do trabalho, ou seja, o trauma diluído, como uma depressão decorrente de um continuado assédio;
- c) a doença profissional, quando os agentes causadores encontram-se na relação trazidas pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001, revisto pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007.

Por exemplo, saturnismo, causado pela exposição ao chumbo, pneumoconiose, pela exposição à sílica etc.

Nexo causal/Concausal

Causal: relação direta

a) dificuldade para estabelecer relação causal, na grande maioria dos casos, pela dificuldade em estabelecer diagnóstico.

Como já foi dito, em sua maioria os transtornos mentais não têm uma base etiológica definida de consenso;

De modo geral a etiologia é pluridimensional.

Se tivermos múltiplas causas, podemos ter a alegação de que o trabalho não é a causa.

Vamos considerar a condição de pluricausalidade.

Então temos que perguntar:

Qual a participação dessa dimensão chamada trabalho?

Daí surge então a condição de concausa, em que se avalia o papel das condições de trabalho na gênese e/ou evolução do transtorno mental.

A própria legislação acidentária já prevê esta condição. No entendimento da lei 8213/91, parágrafo 1.º, equiparam-se ao acidente do trabalho:

II – O acidente que ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte ou perda, ou redução da capacidade para o trabalho.

Desse modo, cabe ao perito avaliar, nas possíveis determinantes, a resposta à indagação acima: qual a participação do trabalho?

Essa participação pode ser na gênese e/ou agravamento do quadro.

Quando se fala em agravamento, deve-se considerar que em algumas situações o examinando já trazia uma alteração psíquica quando do ingresso. Temos que perguntar se esta o incapacitava para aquelas atividades. Se ele desempenhava adequadamente suas atividades, atendendo à demanda, em tese não trazia incapacidade.

Se, no exercício das funções, veio a apresentar agravamento e conseqüente incapacidade, o perito tem que responder se o trabalho concorreu para o agravamento ou se foi uma evolução natural do transtorno.

3. *Sobre capacidade/discapacidade – Determina algum grau de incapacidade/incapacidade?*

No tocante à capacidade:

Quando falamos em capacidade estamos nos referindo à aptidão para atender às demandas de um trabalho. Considera-se para tanto, entre outras coisas, o fato de que essa demanda solicita jornada de oito horas e, no mínimo, cinco dias por semana.

Portanto, quando se fala em capacidade não devemos considerar apenas um momento da vida da pessoa, por exemplo, seu estado para atender à demanda da perícia.

Temos que considerar as necessidades para atender às demandas laborais.

Há um subjetivismo permeando a discussão sobre a capacidade/discapacidade. Nesse momento, mais do que nunca, a experiência clínica pode trazer uma luz para a decisão. Experiência esta que, somada aos conhecimentos da Medicina do Trabalho, torna mais consistente esta discussão.

Quando falamos em capacidade temos que pensar que é o nosso potencial para o labor em um determinado momento.

O ideal é que seja 100%. Entretanto, por diferentes motivos, nem sempre conseguimos apresentar essas condições (preocupações, cansaço etc.).

E de quanto precisamos do nosso potencial para o desempenho desta ou daquela profissão?

Digamos que, para determinada profissão, com 70% conseguiremos atender devidamente às solicitações.

Então, se tenho pleno potencial, 100%, e em função do estresse no ambiente eu perco, digamos, 30% do meu potencial, ainda posso continuar desempenhando minhas funções. Mas, registre-se, no limite.

E se alguém tem 80% de potencial e perde os mesmos 30% estará abaixo do desejado, e as consequências serão mais previsíveis, levando à incapacidade para atender às demandas.

Daí, o mesmo ambiente pode trazer problemas imediatos para alguns e não para outros. Frisamos o termo imediato pelo fato de que muitos que estão no seu limite também podem estar sofrendo.

4. *Sobre o prognóstico – Qual o prognóstico (temporário ou permanente)?*

Importante antes definir o que se denomina prognóstico.

Trata-se de uma previsão do que se pode ainda esperar da evolução de um quadro, no caso, o transtorno depressivo. Pode evoluir para a cura, manter-se da mesma maneira, evoluir para o agravamento, ou não se pode prever.

O prognóstico está na dependência de vários fatores: a natureza da doença; as características do paciente (mais ou menos resistente, p.ex.), o tratamento recebido (correto, por tempo suficiente, insuficiente, tipos de procedimentos etc.); e, finalmente, as condições que permeiam a vida da pessoa, sejam aquelas que já existiam, sejam aquelas que passaram a existir após o evento (muitas delas decorrentes dos mesmos).

Essa discussão é de vital importância, visto que necessitamos de uma definição se o quadro é provisório ou permanente. É certo que o ambiente psiquiátrico não é um depósito de doentes crônicos, e que os tratamentos podem e trazem bons resultados.

Porém, por conta de diferentes fatores, podemos ter quadros para os quais não vislumbramos uma melhor evolução.

Diferentes fatores concorrem para o prognóstico: o perfil da pessoa, a solução ou manejo dos fatores desencadeantes relacionados ao trabalho, tipos de tratamentos recebidos e fatores estressógenos supervenientes.

Em muitos casos, o examinando não está recebendo tratamento. Diferentes motivos podem levar a essa condição: falta de interesse (decorrente do próprio quadro depressivo); falta de condições, pode não ter mais o convênio, não consegue atendimento no serviço público, e não tem como pagar atendimento particular, e por vezes, mesmo tendo atendimento, não tem como comprar a medicação.

E, mesmo quando recebe tratamento clínico, diferentes transtornos mentais, especialmente os depressivos e ansiosos, necessitam de psicoterapia, mesmo que na forma de um suporte. Somente a medicação, sem este acompanhamento, pode não trazer os resultados esperados.

Logo, essa informação deve ser oferecida no laudo, ou seja, se o perito entender que sem tratamento, ou que o tratamento que tem oferecido é inadequado, deve sugerir por um prognóstico reservado.

Entretanto, quando se conclui que não há tratamento ou que este não se entende adequado, o perito deve se posicionar. Entende-se pela segunda condição, que ainda teria um tratamento e, mesmo com relatórios mostrando diferentes atuações terapêuticas, sem uma resposta. O profissional deve trazer uma sugestão. Esta sugestão acima é controversa para alguns peritos que entendem que não é função dos mesmos propor tipos de tratamentos.

Concordamos com isso, desde que o examinando ainda não apresente lista comprovando os mais diferentes tratamentos disponíveis e ao alcance. Dizer que ainda existe tratamento, quando inúmeros outros, disponíveis e ao alcance, foram realizados, é o mesmo que questionar tudo que foi feito. Assim, o perito deve apresentar então uma proposta alternativa, distinta daquela que foi oferecida, e comunicar ao juiz que o caso não pode, por este motivo, ser considerado permanente.

Se não está em tratamento, a sugestão é de uma assistência, sem dúvida. Mas se recebe, por exemplo, tratamento apenas medicamentoso, em intervalos de consultas, que o perito entende muito espaçados, e sem uma abordagem psicoterápica, também poderá dizer que não se vislumbra um melhor prognóstico.

Por exemplo, alguém que já utiliza antidepressivos corretamente, há muitos meses (ou anos), com abordagem psicoterápica regular, e não tem uma boa resposta, é de se entender que não há um prognóstico favorável. Como já exposto, se discordarmos e entendermos que ainda não é definitivo, permanente, apesar de todo o cortejo de tratamentos experimentados, e que ainda pode ter melhores resultados, temos que justificar. E para isso, no mínimo, oferecer uma proposta alternativa ao tratamento recebido.

Quais são os tipos de perícias psiquiátricas mais frequentes, nas quais se discute relação com o trabalho e suas consequências?

a) Administrativas

• Perícias do Instituto Nacional do Seguro Social

Nessas perícias, os peritos avaliam a necessidade da concessão de benefícios. A avaliação para fins de afastamento por doença comum não discute relação com trabalho, mas apenas se há incapacidade e tempo de afastamento.

Na dependência do entendimento do perito, utilizando ou não documentos (comunicação de acidentes do trabalho – CAT, por exemplo), o benefício pode ser concedido como acidente do trabalho (lembrando que a doença profissional e as doenças do trabalho são compreendidas também como acidentes do trabalho).

- Perícias de seguradoras particulares

De acordo com o contrato, o segurado, vítima de algum infortúnio, com consequências psíquicas, pode ter direito a prêmios. Nessa situação, a seguradora pode condicionar o pagamento na dependência de uma avaliação do seu *expert*.

Conselhos Regionais de Medicina: podemos incluir aqui, esfera administrativa, perícias realizadas por peritos (três) nomeados nos Conselhos. Têm como finalidade avaliar profissionais envolvidos em algum processo administrativo nas quais se faz necessário definir se existe ou não comprometimento da capacidade para o exercício da profissão.

b) Judiciais

b.1 – Previdenciárias: benefício comum e acidentário, e aposentadoria previdenciária e acidentária. A Justiça Federal tem competência para julgar as causas movidas em face do INSS, exceto aquelas que versem sobre acidente do trabalho, em razão do que dispõe o artigo 109, inciso I, da Constituição:

Art. 109 – Aos juízes federais compete processar e julgar:

I – as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho.

Dessa forma, é da competência da Justiça Federal o julgamento de benefícios decorrentes de qualquer acidente (exceto aqueles do trabalho).

b.2 – Acidentárias: auxílio acidente e aposentadoria acidentária. Tratam dos acidentes relacionados ao trabalho:

Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991

Art. 19. Acidente do 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 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Também se consideram acidentes de trabalho as entidades mórbidas previstas no art. 20 da Lei n.º 8.213/91, conforme se vê a seguir:

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.

b.3 – Trabalhistas

Nas perícias da Justiça do Trabalho, dois tipos de avaliações são solicitados: indenização e reintegração. Na indenização, é solicitado um ressarcimento pelo prejuízo experimentado pelo autor, por conta de danos psíquicos que ele entende trazidos pelas condições de trabalho. Na reintegração, é solicitada a revisão da demissão, sob a alegação de que, quando da dispensa, o autor estava incapaz para o exercício de suas funções, em virtude de transtorno psíquico que seria decorrente das condições de trabalho.

b.4 – Cíveis

De acordo com o artigo 186 do novo Código Civil Brasileiro (CCB), “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

E, no capítulo I do CCB, que trata da obrigação de indenizar, no seu artigo 927 temos que “aquele que, por ato ilícito (artigos 186 e 187), causar dano a outrem fica obrigado a repará-lo”.

Portanto, podemos ter danos psíquicos e/ou morais, em virtude de ato ilícito, por ação e/ou omissão e, para tanto, se faz mister a perícia que comprove o dano, bem como a relação com o ato.

b.5 – Criminais

Na avaliação das lesões pessoais, no artigo 129 do Código Penal, nos casos não mortais, temos situações em que há necessidade da avaliação das funções psíquicas.

De acordo com o grau de comprometimento das funções psíquicas, levando a modificações da capacidade (laboral e/ou para as demais atividades da vida de relações) do sujeito, o agente pode ser enquadrado em uma das três formas de lesões: leve, grave ou gravíssima.

Conclusão

As especialidades Psiquiatria Forense e Medicina do Trabalho formam um binômio de fundamental importância no atendimento às necessidades da Justiça. Assim, desempenham um importante papel social, seja na aplicação das leis, seja no aperfeiçoamento das mesmas.

A diversidade de casos, bem como o crescente desenvolvimento do conhecimento sobre o assunto, torna a matéria extremamente cativante. Aliada a isso, a crescente demanda dos casos afins na Justiça mostra um terreno cada vez mais promissor para a atuação do profissional.

21

Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: a aplicação do nexa técnico epidemiológico previdenciário (NTEP)

JOÃO SILVESTRE DA SILVA-JUNIOR

Introdução

*A*s doenças são consideradas como relacionadas ao trabalho quando o aumento na sua frequência ou o início das suas manifestações são decorrentes da exposição ao ambiente e/ou condições de trabalho.¹ Na análise da possível etiologia ocupacional de um adoecimento, três pontos devem ser levados em consideração: evidência da doença, evidência da exposição e evidência da relação causal.²

No âmbito da Medicina do Trabalho é recorrente o uso da classificação de Schilling para o estudo do nexa causal entre adoecimento e aspectos ocupacionais. Nas doenças consideradas de etiologia múltipla, ou de causa multifatorial, o trabalho pode ser entendido como um fator contributivo no adoecimento (Schilling II) ou agravador de um distúrbio latente (Schilling III). Ou seja, a exposição ocupacional aumenta a probabilidade da ocorrência de uma doença, mas não é, necessariamente, o fator causal.³

Uma das estratégias utilizadas na análise etiológica é o uso de ferramentas da epidemiologia, em especial a observação de um excesso de frequência de adoecimento em determinados grupos ocupacionais ou profissões.³ Quando o agente causador do adoecimento é relacionado ao trabalho, torna-se obrigatória a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT),* mesmo por presunção.⁴ Para tais quadros é sempre indicado o afastamento do trabalhador da exposição ao fator de risco ocupacional. Conforme a gravidade da doença, cabe ao profissional de saúde emitir atestado médico para repouso.

Os segurados empregados com vínculo formal de trabalho fazem jus ao benefício previdenciário auxílio-doença, quando afastados do trabalho por

*Por meio da CAT todas as empresas são obrigada pela Lei 8.213/916 a informar à Previdência Social todos os acidentes de trabalho ocorridos com seus empregados, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata.

prazo superior a 31 dias.* A Previdência Social é responsável por distribuir renda quando o trabalhador não encontra meios para garantir o seu sustento por meio de desempenho de atividade laborativa. O auxílio-doença é pago aos trabalhadores segurados que comprovem a total incapacidade laborativa por motivo de alteração morfofisiológicas provocadas por doenças ou acidentes. No processo de avaliação do direito cabe ao perito médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) avaliar se o agravo à saúde que justifica a incapacidade laborativa é desencadeado ou agravado pelo trabalho.⁵ Em tais casos, o benefício será classificado como auxílio-doença acidentário (B91).⁶

Todos os trabalhadores com relação de trabalho regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que façam jus ao recebimento do auxílio-doença acidentário têm direito à estabilidade no emprego, isto é, à manutenção do seu contrato de trabalho na empresa pelo prazo mínimo de 12 meses após a cessação do benefício.⁶ Além disso, durante a vigência do afastamento deverão ser mantidas as contribuições do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).⁷

O critério administrativo para a caracterização da espécie acidentária do benefício é determinado pela aplicação do nexos técnico previdenciário que pode ser de três tipos: individual ou por doença equiparada a acidente de trabalho; profissional ou do trabalho; e epidemiológico.⁸

Os nexos técnicos previdenciários

O nexos técnico individual ou por doença equiparada a acidente de trabalho é aplicado em situações comprovadas de acidentes de trabalho (tipo ou trajeto trabalho-casa-trabalho) ou agravos que estão relacionados diretamente a condições especiais nas quais o trabalho é realizado, nos termos do § 2.º do art. 20 da Lei n.º 8.213/1991.⁶ A principal ferramenta para caracterização do nexos individual é a apresentação da CAT pelo requerente do benefício no momento da perícia médica previdenciária.

O nexos técnico profissional ou do trabalho é fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais de acordo com a profissiografia do trabalhador. A base para essa caracterização são as listas A (agente/fator de risco versus doença) e B (doença versus agente/fator de risco) do anexo II do Decreto n.º 3.048/1999.⁸

O nexos técnico epidemiológico previdenciário (NTEP) é aplicável conforme a lista C do anexo II do Decreto n.º 3.048/1999,⁸ alterado pelo Decreto n.º

*A partir de 01/03/2015, por força da Medida Provisória n.º 664, de 30 de dezembro de 2014, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o seu trabalho integral pelos primeiros 30 dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença ou de acidente de trabalho ou de qualquer natureza.

6.042/2007.⁹ Essa lista foi construída a partir de análise da significância estatística entre doenças motivadoras da incapacidade entre trabalhadores e as atividades econômicas às quais os beneficiários estavam vinculados. Nessa associação, foram considerados somente os casos de trabalhadores beneficiados pelo auxílio-doença por afastamento superior a 15 dias, excluindo-se mortes e afastamentos inferiores a 15 dias.¹⁰ Os grupamentos diagnósticos foram organizados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10.^a versão (CID-10) e a atividade econômica da empresa foi classificada conforme Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE).

O NTEP é baseado em matriz criada a partir do banco de dados da Previdência Social e foi implantado a partir de abril de 2007. A sua caracterização se baseia em aspectos coletivos de adoecimento e depende de indicação do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) do INSS. O uso do nexa epidemiológico é uma ferramenta recente no âmbito da Previdência Social e prevê a diminuição da injustiça social em matéria de saúde do trabalhador nos campos econômicos, tributários, administrativos e financeiros.¹¹ Para qualquer uma das possibilidades de nexa técnico, o perito médico pode exercer sua autonomia decisória e negar a caracterização acidentária do requerimento. Para tais situações, a legislação instituiu que o ônus da prova é da empresa, pois cabe a ela demonstrar não haver fatores de risco no trabalho para o agravo incapacitante em análise.⁹

A epidemiologia do NTEP em transtornos mentais e comportamentais

Comparando os registros da Previdência Social entre 2006-2008, ou seja, antes e depois da implantação do NTEP, observou-se um aumento de 45,9% no número de notificações dos acidentes de trabalho típicos, de trajeto e de doença ocupacional. No período houve um incremento da concessão de benefícios auxílio-doença acidentários em 152%. Esse resultado é justificado pelos registros sem emissão de CAT, que correspondem ao número de acidentes cuja CAT não foi registrada no INSS, mas o acidente/doença ocupacional é caracterizado por meio de um dos possíveis nexos técnicos previdenciários.¹² Portanto, pode-se supor que o NTEP seja o principal motivador desse incremento nas caracterizações acidentárias sem emissão de CAT.

O NTEP proporciona o uso de critérios da Epidemiologia Ocupacional na análise das relações entre adoecimento incapacitante e trabalho. Assim, promoveu mudança no perfil epidemiológico dos benefícios previdenciários, com diversificação dos agravos à saúde considerados ocupacionais.^{13,14}

Os três agravos classificados como os mais frequentes motivadores de concessão do benefício auxílio-doença entre os requerentes no período entre 2008-2011 foram lesões por causas externas, distúrbios osteomusculares e

transtornos mentais.¹⁵ Esse é o mesmo perfil dos casos em que o sistema do INSS indica ao perito a aplicação do NTEP.¹⁶

Estudos demonstraram que o nexó epidemiológico influenciou o aumento de notificação acidentária de quadros específicos, como respiratório¹⁴ e neurológico.¹³ Acerca dos transtornos mentais, houve um aumento na ordem de 1.157% no número de concessões do benefício auxílio-doença acidentário no biênio 2006-2007.¹⁷

No quadro 1 são apresentados os intervalos da CID-10 do capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais em que se reconhece NTEP e as respectivas classes de CNAE indicados na lista C do Decreto n.º 3.048/99.

Quadro 1. Listagem dos intervalos de CID-10 do capítulo referente aos transtornos mentais e comportamentais em que se reconhece NTEP e as respectivas classes de CNAE indicados na lista C do Decreto n.º 3.048/99

Intervalo CID-10	CNAE
F10-F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa)	0710 0990 1011 1012 1013 1220 1532 1622 1732 1733 2211 2330 2342 2451 2511 2512 2531 2539 2542 2543 2593 2814 2822 2840 2861 2866 2869 2920 2930 3101 3102 3329 3600 3701 3702 3811 3812 3821 3822 3839 3900 4120 4211 4213 4221 4292 4299 4313 4319 4321 4329 4399 4520 4912 4921 5030 5212 5221 5222 5223 5229 5231 5232 5239 5250 5310 6423 7810 7820 7830 8121 8122 8129 8411 8423 8424 9420
F20-29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes)	0710 0990 1011 1012 1013 031 1071 1321 1411 1412 2330 2342 2511 2543 2592 2861 2866 2869 2942 3701 3702 3811 3812 3821 3822 3839 3900 4120 4211 4213 4222 4223 4291 4292 4299 4312 4391 4399 4921 4922 4923 4924 4929 5212 5310 6423 7732 7810 7820 7830 8011 8012 8020 8030 8121 8122 8129 8423 9420
F30-F39 (Transtornos do humor [afetivos])	0710 0892 0990 1011 1012 1013 1031 1220 1311 1313 1314 1321 1330 1340 1351 1359 1411 1412 1413 1422 1531 1532 1540 2091 2123 2511 271 02751 2861 2930 2945 3299 3600 4636 4711 4753 4756 4759 4762 4911 4912 4921 4922 4923 4924 4929 5111 5120 5221 5222 5223 5229 5310 5620 6110 6120 6130 6141 6142 6143 6190 6311 6422 6423 6431 6550 8121 8122 8129 8411 8413 8423 8424 8610 8711 8720 8730 8800
F40-F48 (Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes)	0710 0990 1311 1321 1351 1411 1412 1421 1532 2945 3600 4711 4753 4756 4759 4762 4911 4912 4921 4922 4923 4924 4929 5111 5120 5221 5222 5223 5229 5310 6110 6120 6130 141 6142 6143 6190 6311 6422 6423 8011 8012 8020 8030 8121 8122 8129 8411 8423 8424 8610

Dos 200 mais frequentes diagnósticos de agravos caracterizados como acidente de trabalho entre 2011-2013, seis são transtornos mentais e comportamentais.¹⁸ No quadro 2 é possível observar o quantitativo de caracterizações acidentárias de cada um desses adoecimentos incapacitantes sem emissão de CAT. Ou seja, são casos nos quais o perito médico do INSS determinou, à revelia do empregador do requerente, a relação denexo técnico entre adoecimento incapacitante e exposição ao ambiente/condições de trabalho.

No triênio 2011-2013, diagnósticos como “F32: episódios depressivos” ou “F33: episódios depressivos recorrentes” foram caracterizados como doença relacionada ao trabalho sem emissão de CAT em mais de 80% dos casos. Em mais de 90% dos casos de “F31: transtorno afetivo bipolar”, a caracterização acidentária foi determinada pela aplicação dos nexos técnicos previdenciários. Em contrapartida, mais da metade dos quadros de “F43: reação ao estresse grave e transtorno de adaptação” foi notificada por abertura e registro de CAT (quadro 2).¹⁸

Quadro 2. Distribuição dos acidentes de trabalho (AT) registrados na Previdência Social conforme os seis diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais mais frequentes e o quantitativo absoluto/relativo de notificações sem emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), 2011-2013, Brasil

Agravos	2011		2012		2013	
	Total de AT	AT sem CAT (%)	Total de AT	AT sem CAT (%)	Total de AT	AT sem CAT (%)
F43: Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação	6.588	2.811 (42,7)	7.892	2.829 (35,9)	8.989	3.050 (33,9)
F32: Episódios depressivos	4.006	3.597 (89,8)	3.628	3.123 (86,1)	3.876	3.291 (84,9)
F41: Outros transtornos ansiosos	2.563	2.070 (80,8)	2.741	2.107 (76,9)	3.154	2.308 (73,2)
F33: Transtorno depressivo recorrente	1.022	904 (88,5)	1.060	919 (86,7)	1.138	1.005 (88,3)
F31: Transtorno afetivo bipolar	522	482 (92,3)	481	435 (90,4)	529	503 (95,1)
F40: Transtornos fóbico-ansiosos	229	179 (78,2)	-	-	247	137 (55,5)
F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	263	248 (94,3)	249	230 (92,4)	221	201 (91,0)

O uso do NTEP como instrumento de melhoria nas condições de trabalho

Schaefer, Lobo e Kristensen¹⁹ indicam que os dados previdenciários sobre os transtornos mentais estão aquém da realidade, tendo em vista que muitos quadros acabam não sendo diagnosticados, principalmente pela ausência de lesão física aparente. Portanto, a problemática que envolve esse grupo de patologias pode ser ainda mais grave.

Jacques²⁰ discute teorias divergentes acerca da importância da relação existente entre o exercício laborativo e o adoecimento mental. Para o autor, a multicausalidade, que é uma característica desses quadros, interage de forma complexa para se estimar o trabalho como determinante ou como fator desencadeante a partir de uma estrutura preexistente. Dessa forma, o uso de ferramentas epidemiológicas pode auxiliar sobremaneira o estabelecimento donexo causal.

Estudo conduzido com trabalhadores afastados do trabalho há mais de 15 dias encontrou associação estatística entre fatores individuais e condições de trabalho desfavoráveis relatados por requerentes que solicitavam benefício auxílio-doença por transtornos mentais. O estudo foi conduzido na cidade de São Paulo entre 2011-2012 e encontrou uma maior probabilidade de transtornos mentais incapacitantes entre trabalhadores do sexo feminino, de cor de pele branca, com alto nível de escolaridade e com alto consumo de cigarro e álcool, além de presença de diversas comorbidades. Condições de trabalho em que houve exposição à violência e a estressores psicossociais do trabalho estiveram fortemente associadas aos quadros de desgaste mental, quando comparado a outras doenças.²¹

É direito das empresas contestarem a aplicação do NTEP pela perícia médica mediante a comprovação de inexistência de correspondente relação etiológica entre o trabalho e o agravo incapacitante.^{9,22} Sendo assim, a necessidade de se criar um perfil de morbimortalidade dos empregados para fins de diagnóstico epidemiológico e de monitoramento permanente deve se tornar atividade permanente dos Serviços de Saúde Ocupacional. O papel do Médico do Trabalho como assessor técnico é definir as estratégias de cuidados à saúde dos trabalhadores. Possíveis nexos causais entre adoecimento e ambiente/organização de trabalho devem ser diagnosticados, estudados e minimizados. O direcionamento para investimentos em diagnóstico e tratamento de situações de trabalho insalubres é esperado.²³

O estímulo para ações de prevenção de acidentes e doenças do trabalho é decorrente da criação do Fator Acidentário de Prevenção (FAP). Esse instrumento foi criado pela mesma legislação que preconiza o NTEP e permite a flexibilização da tributação coletiva dos Riscos Ambientais do Trabalho (RAT), antigo Seguro Acidente de Trabalho (SAT). A alíquota do RAT é

a contribuição destinada ao financiamento dos benefícios acidentários e da aposentadoria especial. O FAP é calculado considerando os registros de acidentes e doenças do trabalho e de benefícios acidentários contabilizados em um período de dois anos.⁹

Ainda que a princípio pareça se tratar de mecanismo meramente fiscal-tributário, o FAP pode trazer melhorias no âmbito da segurança e saúde do trabalhador nas organizações empresariais. Essa expectativa decorre do entendimento de que investimento nessa área implicará maior ou menor alíquota de contribuição das empresas.^{24,25}

O FAP poderá reduzir em até 50% o imposto devido por empresas, a depender da aplicação de controles coletivos eficientes que permitam prevenir e reduzir doenças em seus trabalhadores. Em caso das corporações não mitigarem os riscos ocupacionais, de modo que os seus indicadores de morbidade previdenciária sejam piores que os de seu próprio ramo de atividade econômica, haverá um incremento de até 100% na alíquota do RAT.²⁴

Sabe-se que a subnotificação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais traz prejuízos à Saúde Pública. Nesse tipo de panorama há uma limitação para diagnosticar problemas e programar ações a serem empreendidas para minimizar o sofrimento da população que sustenta economicamente o País. Autores consideram que a introdução do NTEP minimizou a subnotificação de acidentes de trabalho no setor formal nos casos de longo afastamento por doença.²⁶ A aplicação dessa ferramenta previdenciária causou uma mudança no padrão das concessões de benefício previdenciário, criando uma nova característica de epidemiologia e aumentando a diversificação dos agravos à saúde considerados ocupacionais.²³

Recomendações à instituição previdenciária acerca do NTEP

Todeschini e Codo¹⁰ indicam que o NTEP não deve ser considerado como uma matriz que pressupõe a causalidade de doenças ocupacionais, pois sua base metodológica “identifica o excesso de risco em cada área econômica e não busca diretamente uma associação causal, mas sim associação de probabilidade”. Dessa forma, pode ser um guia para a estruturação de processos corporativos com objetivo de mapear e prevenir doenças que possam acometer os trabalhadores em uma maior frequência. No âmbito da Previdência Social, o uso do NTEP veio agregar informação que pode auxiliar no exercício da atividade médico-pericial, haja vista que nem todos os servidores possuem formação em Medicina do Trabalho.

A aplicação do NTEP pode ser melhorada com a realização de anamnese focada em descrição da história ocupacional e a padronização da análise do nexos por meio de diretrizes médico-periciais em doenças ocupacionais.⁴

Algumas documentações podem aprofundar e auxiliar essa discussão da relação entre doença e trabalho, como: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), Programa de Controle do Meio Ambiente de Trabalho (PCMAT), Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT), Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), relatórios e documentos médicos ocupacionais.²⁷

Estudo conduzido por Silva-Junior e colaboradores¹⁶ demonstrou que o NTEP foi descaracterizado em 44,5% das situações nas quais o sistema indicou relação entre CNAE do empregador e CID-10 incapacitante. Recomendamos que o estudo da profissiografia dos trabalhadores possa minimizar erros na aplicação do nexó técnico epidemiológico.

As vistorias dos ambientes de trabalho devem ser instituídas de forma mais sistemática, pois essa é a maneira mais eficaz de estabelecer relações de causalidade nas doenças ocupacionais. Quando a discussão da relação causal entre agravo incapacitante e atividade laborativa seja discutível, cabe um aprofundamento da análise, com decisão fundamentada, mesmo nas situações de descaracterização do nexó. Dessa forma, deve-se prezar para que o NTEP não entre em descrédito social.²³

A instituição previdenciária deve investir em treinamentos periódicos para padronizar os critérios de análise e minimizar vieses relativos a perfil técnico, administrativo e ideológico-político dos peritos médicos responsáveis pela aplicação do NTEP. Também é recomendável a realização de monitoramento periódico da qualidade técnica das atividades periciais, a fim de corrigir inconsistências e encaminhar para cursos de atualização os profissionais insuficientes.¹⁶

Reforçamos a recomendação de Santana²⁵ para atualização e revisão da base estatística do NTEP, visto que a lista C do Decreto n.º 3.048/99 advém do estudo da matriz de benefícios previdenciários concedidos entre 2000-2005.

Considerações finais

A abordagem epidemiológica das informações previdenciárias é importante na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador para promoção da saúde, prevenção de adoecimento e reabilitação profissional.^{28,29}

O importante aumento das concessões de benefícios acidentários após a implantação do NTEP pode influenciar na conscientização das empresas no que tange à prevenção de doenças e acidentes relacionados com o trabalho. A correta aplicação do NTEP é essencial para garantir justiça social a cada trabalhador lesionado em decorrência do exercício do seu trabalho e

impedido de ser produtivo para a sociedade em decorrência da incapacidade que o acometeu.

Estudo ecológico sobre o banco de dados previdenciários demonstrou uma queda persistente na configuração acidentária dos benefícios previdenciários auxílio-doença entre 2008-2011.¹⁵ Essa informação corrobora o alerta de Correa Filho²⁴ de que não se deve confiar em métodos e instrumentos isolados para estimular a avaliação, o controle e a correção dos agravos associados ao trabalho. A sensibilização da sociedade para a cobrança de ações articuladas de políticas públicas e privadas em prol do desenvolvimento socioeconômico sustentável é sempre necessária.

Referências

1. Mendes R, Dias E. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia e saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
2. Verbeek J. When work is related to disease, what establishes evidence for a causal relation? *Safety and health at work* 2012;3(2):110-116.
3. Dias EC [organizador]. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).
4. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.488, de 06 de março de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. *Diário Oficial da União*, 06 mar 1998; Seção I:150.
5. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):630-638.
6. Brasil. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 14 ago 1991.
7. Brasil. Decreto nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 11 mai 1990.
8. Brasil. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 07 mai 1999.
9. Brasil. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 fev 2007.
10. Todeschini R, Codo W. Uma revisão crítica da metodologia do nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP). *Revista Baiana de Saúde Pública* 2013;37(2):486-500.
11. Oliveira PRA, Branco AB. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário NTEP – Fator Acidentário de Prevenção FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador. São Paulo: Ltr; 2009.
12. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social: 2010*. Brasília; 2011.
13. Lunardi MS, Soliman LAP, Pauli C, Lin K. Epilepsia e acidentes de trabalho no Brasil: um estudo das estatísticas nacionais. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2011;69(2b):332-335.

14. Branco ABA, Ildefonso SAG. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. *J Bras Pneumol* 2012;38(5):550-558.
15. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saude Publica* 2014;48(1):186- 90.
16. Silva-Junior JS, Almeida FSS, Santiago MP, Morrone LC. Caracterização do nexso técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios auxílio-doença. *Rev. bras. saúde ocup* 2014;39(130).
17. Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocup* 2010;35(122):187-191.
18. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: 2013. Brasília: MPS; 2014.
19. Schaefer LS, Lobo BOM, Kristensen CH. Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. *Estud. Psicol. (Natal)* 2012;17(2):329-36.
20. Jacques MG. O nexso causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicol Soc* 2007;19:112-119.
21. Silva-Junior JSD, Fischer FM. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. *PLoS ONE* 2014;9(12):e115885.
22. Techy A, Siena C, Helfenstein Jr M. O exercício legal da medicina em LER/DORT. *Rev Bras Reumatol* 2009;49(4):473-9.
23. Silva-Junior JS, Almeida FSS, Morrone LC. Discussão dos impactos do nexso técnico epidemiológico previdenciário. *Rev Bras Med Trab* 2012;10(2):72-79.
24. Corrêa Filho HR. O Fator Acidentário Previdenciário como instrumento epidemiológico de controle de riscos do trabalho. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(4):432-439.
25. Santana VS. Bases epidemiológicas do Fator Acidentário Previdenciário. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(4):440-453.
26. Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS [organizadores]. Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: IPEA; 2011.
27. Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 31, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexso Técnico Previdenciário e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 11 set 2008.
28. Pinto Junior AG, Braga AMCB, Roselli-Cruz A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012;17(10): 2841-2849.
29. Jakobi HR, Barbosa-Branco A, Bueno LF, Ferreira RGM, Camargo LMA. Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no Estado de Rondônia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013;18(11):3157-68.

22 Estigma e preconceito: reflexões sobre a saúde do trabalhador no cárcere

ARLINDO DA SILVA LOURENÇO

A sociedade insegura da sobrevivência de sua ordem desenvolve a mentalidade de uma fortaleza sitiada. Mas os inimigos que lhe sitiaram os muros são os seus próprios “demônios interiores” – os medos reprimidos e circundantes que lhe permeiam a vida diária e a “normalidade” e, que, no entanto, a fim de se tornar suportável a realidade diária, devem ser dominados, extraídos do cotidiano e moldados por um corpo estranho, um inimigo tangível com que se possa lutar, e lutar novamente, e lutar até sob a esperança de vencer.

Zigmunt Bauman

Em seu livro sobre o mal-estar na pós-modernidade, do qual se retirou a citação de abertura deste capítulo, Bauman¹ nos diz que uma das características desta era é a da “impossibilidade de ficar contente”. Psiquicamente, continua o autor, “a modernidade é irremediavelmente autocrítica: um exercício infundável e, no fim, sem perspectivas, de autocancelamento e autoinvalidação” (*idem, ibidem*). Impossibilitados de ficar contentes e sem perspectivas em curto prazo que alterem a ordem sempre incerta das coisas, perambulamos, sem nos fixar em nenhum ponto, como “turistas ou vagabundos” necessitados de um “lar” (não a casa, mas o aconchego), aproveitando sempre a nova onda, que nos permita chegar a algum porto mais seguro na areia da praia.

Para se referir a esse personagem sem lar e que não se fixa em nenhum lugar, Bauman (*idem*) utiliza a figura do nômade, esse sujeito que deve perambular contínua e insistentemente pelo mundo, seja por causa de seu desejo e disposição em conhecer outros locais, bem como os prazeres existentes nos recônditos do planeta (o turista), seja porque a sua presença num local qualquer da cidade, causa repulsa, temor e resistência por parte do “outro” (o vagabundo). O nomadismo, mas também a instabilidade, a insatisfação, o autocancelamento, a fluidez de lugares e funções, a ação de mudar constantemente de local, não se fixando em nenhum deles, parece ser também uma das características do trabalho do Agente de Segurança Penitenciária, funcionário responsável

pela segurança institucional do cárcere, mas, também, das pessoas que lá se encontram, sejam elas outros trabalhadores ou as pessoas privadas de liberdade e condenadas à pena de prisão. Nomadismo que se expressa naquelas mudanças sistemáticas de postos de trabalho no interior do cárcere, revezando-se com colegas, nas transferências institucionais, nem sempre por vontade expressa do transferido, ou mesmo nas transformações ligadas mais intimamente ao próprio “eu”, de identidade (a pessoa deixa uma condição civil para outra, “quase militar”) ou de domicílio (alguns deles mantêm seus lares e suas famílias em outras localidades, distantes do local de trabalho), ocasionando problemas de saúde com necessidade de afastamentos do trabalho por longos períodos, às vezes com sequelas consideráveis e aposentadoria, sendo as mais comuns.

Este capítulo pretende prosseguir e aprofundar as reflexões realizadas no doutorado defendido em 2010 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, quando foram tratadas as relações de trabalho dos Agentes de Segurança Penitenciária no interior do cárcere* e se descobriu, dentre outras coisas, que, muitas vezes, aquele funcionário ressentia-se do estigma e do preconceito a que está submetido em decorrência de executar as suas funções profissionais no interior de instituições tão paradoxais como são as prisões, tendo como “matéria-prima” ou “objeto-fim” de suas funções laborais a população de internos a qual a sociedade excluiu de seus meios de convivência habituais em razão das atividades ou condutas contrárias à norma social realizadas por estes últimos. Naqueles espaços repletos de mecanismos de controle da população reclusa, perguntarmo-nos “quem é o pássaro preso no interior da gaiola”, “quem é o rato contido na ratoeira” ou “quem é o peixe no interior do aquário”** é inevitável, já que, ambos, reclusos e funcionários, encontram-se integrados a uma rede nem sempre visível de controle que, embora para os primeiros seja muito mais difícil escapar, também afeta sobremaneira os segundos.

Outra das dimensões atitudinais encontradas na modernidade é a separação entre “bons” e “maus”, ou entre as “pessoas de bem” e as “outras pessoas”. Embora produto inevitável da sociedade de consumidores,¹ a criminalidade, com a conseqüente criminalização de certos estratos mais vulnerabilizados da sociedade, é tratada quase basicamente com a pena de reclusão, conhecida mais popularmente como pena privativa de liberdade. Tanto é assim que o Brasil é considerado, atualmente, o terceiro maior encarcerador do planeta, atrás apenas dos Estados Unidos da América e da China (ou o quarto, a depender do referencial estatístico que se adotar. Em algumas referências, a Rússia seria o terceiro país em número absoluto de pessoas presas), segundo o Conselho Na-

* Lourenço, A. S.. *O espaço de vida do Agente de Segurança Penitenciária no cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários*. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo; 2010.

** Mecanismos de controle da população reclusa, assim denominados porque se assemelham ou têm funções de contenção muito próximas desses objetos conhecidos no “mundo dos homens livres”.

cional de Justiça (CNJ).^{*} Essa massa de pessoas marginalizadas duplamente, primeiramente em razão das precárias condições de vida, da quase inexistência de políticas públicas de qualidade e da vulnerabilidade pessoal e coletiva resultante das duas primeiras e, segundo, pelo clamor social por justiça e, conseqüentemente, pela reclusão das mesmas em instituições prisionais superlotadas e sem condições de existências minimamente decentes, vai se relacionar por um período de sua vida, mais curto ou mais longo a depender da sentença judicial expedida, com o Agente de Segurança Penitenciária no interior do cárcere.

Em instituições complexas como são as prisões, nascidas e mantidas como mecanismos de defesa social (contra os pobres, doentes, miseráveis, perigosos, loucos, diferentes e desempregados, entre outros, segundo, principalmente Foucault² e Melossi e Pavarini³), o estigma e o preconceito são evidenciados de forma mais intensa, por conta da sua própria peculiaridade. Se, por um lado, o Agente de Segurança Penitenciária se ressentido de desempenhar as suas funções num regime “semiaberto” invertido,^{**} sentindo-se “preso” por um período de tempo determinado de sua vida profissional, ou enquanto dura o período de trabalho diário e durante o tempo que não atinge o período legal para aposentar-se, as pessoas condenadas à pena privativa de liberdade, por razões óbvias, deverão, quando libertadas, enfrentar todas as dificuldades inerentes a quem deixa, depois de anos ou décadas, essas instituições. O próprio termo que designa as pessoas que deixam as grades depois de cumprir suas sentenças, não deixa dúvidas da nova condição social que deverão enfrentar por um tempo em suas vidas: “egressos”.^{***}

* Fonte: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/28746-cnj-divulga-dados-sobre-nova-populacao-carceraria-brasileira>, disponível em 17 de junho de 2014.

** O sistema penal brasileiro é considerado progressivo; isso quer dizer que as pessoas condenadas à prisão cumprirão suas penas de forma a galgar etapas ou fases progressivas e intermediárias entre a própria prisão e a liberdade. Uma dessas etapas intermediárias é o regime semiaberto, com unidades prisionais sem muralhas e de vigilância mais flexível, em que os condenados podem, inclusive, realizar determinadas atividades diárias em regime de liberdade, como trabalho e estudos, retornando ao presídio no período noturno, para pernoitar. Quando os funcionários queixam-se de que desenvolvem as suas atividades laborais em regime semiaberto invertido, querem dizer que estão “presos” na instituição durante o dia e vão para suas casas para pernoitar, retornando horas depois para novo plantão no interior das instituições; ou seja, de maneira inversa aos prisioneiros.

*** A palavra “egresso” indica, dentre outras: “(jur.) o indivíduo que, tendo cumprido toda a pena, sai do estabelecimento prisional, readquirindo a liberdade” (Houaiss, 4 p. 1.104). No Estado de São Paulo, há núcleos especializados no atendimento e acompanhamento das pessoas nessas condições: as Centrais de Atendimento ao Egresso, da Secretaria de Administração Penitenciária. A ideia é acompanhar por algum tempo aquelas pessoas libertadas do cárcere, ajudando-as em tarefas normalmente mais simples, como a retirada de documentos pessoais, até as mais complexas e difíceis, como conseguir um emprego ou retornar aos estudos. Para mais informações: http://www.reintegracaosocial.sp.gov.br/egresso_familia.php, acesso em 16 de junho de 2014.

Na condição de pessoas que estiveram presas e foram libertadas, deverão enfrentar dificuldades que, eventualmente, já se manifestavam naquele período anterior à condenação judicial com a sua consequente privação de liberdade, como a de se fixar num emprego (quando, de alguma forma, já contavam com algum meramente qualificado) ou de se fixar numa comunidade. O momento posterior ao encarceramento é sentido por muitos como muito mais difícil, já que, agora, competirão com outros do mundo livre por condições de existência pessoal e familiar num mundo pós-moderno em que “(...) racionalizar significa *cortar* e não criar empregos, e o progresso tecnológico e administrativo é avaliado pelo ‘emagrecimento’ da força de trabalho, *fechamento* de divisões e *redução* de funcionários” (Bauman,¹ p. 50. Itálicos e aspas do autor).

O estigma social protagonizado pelos sujeitos condenados à prisão é particularmente um tema recorrente na obra de alguns autores considerados clássicos, como Clemmer;⁵ Foucault;² Garland;⁶ Goffman;⁷ Sykes⁸ e Wacquant,⁹ para citar os estrangeiros, e Sérgio Adorno;^{10,11} Salla;^{12,13} Thompson;¹⁴ Coelho;¹⁵ Dias;¹⁶ Paixão¹⁷ e Sequeira,¹⁸ no caso de autores em língua portuguesa. Também é narrado em primeira pessoa na literatura brasileira e internacional, por meio de indivíduos que experienciaram a prisão em suas vidas, em especial: Dostoiévski;¹⁹ Ramos²⁰ e Mendes.²¹ Cada um à sua maneira e segundo métodos de análises próprios, traz a lume as origens da instituição prisional, como também suas funções manifestas e outras tantas latentes, incluindo o cotidiano vivido por quem já esteve recluso. Em todos eles, entretanto, há uma proposta crítica de reflexão e compreensão da sociedade a partir da existência e da manutenção dessas instituições. É justamente essa criticidade em relação à forma como as sociedades modernas vão esquadrihando perfis, condutas e identidades, transformando a prisão no instrumento de controle por excelência, que orientará a nossa análise neste trabalho.

Quando relacionados, Agentes de Segurança Penitenciária e pessoas presas comporão aquele segundo tipo de estigmatizados dos quais descreve Goffman²² (p. 39): “Um segundo tipo de pessoa informada é o indivíduo que se relaciona com um indivíduo estigmatizado pela estrutura social – uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar ambos como uma só pessoa”. Nesse caso, todos os envolvidos, direta ou indiretamente, com as pessoas privadas de liberdade e condenadas à prisão, estarão sujeitas a esse tipo de estigma social destinado a quem “cuida, trata ou intervém” junto a outros estigmatizados socialmente em razão de sua condição, neste caso, de pessoas que cometeram crimes e, julgadas culpadas, foram condenadas a cumprir pena em instituições asilares como são as prisões.

Por estigma, compreendem-se as marcas, visíveis ou invisíveis, que carregam aquelas pessoas que, em razão de uma deficiência ou formação física considerada inadequada (pessoas com deficiência auditiva, visual, olfativa, tátil, física ou mental); situações sociais, econômicas ou culturais degradantes,

ou pessoas moradoras de habitações muito precarizadas, como barracos feitos de lona, plástico ou caixas de papelão; pessoas com poder aquisitivo extremamente limitado, como os “miseráveis” excluídos da sociedade de consumo que se alimentam com os restos de comida deixados pelo restante da população, ou que perambulam a esmo pelas ruas ou estradas da cidade; situações momentâneas de existência, mais simples ou mais complexas, como as pessoas com transtornos mentais leves, moderados ou graves e, eventualmente, internados em instituições de tratamento para esses casos, e pessoas condenadas à prisão, ou, como já dito, pessoas que, direta ou indiretamente, têm contato com esses “outros”, ou os funcionários de instituições de acompanhamento, tratamento ou meramente internação, e familiares, amigos e conhecidos daqueles “outros”. Em resumo, o estigmatizado é alguém que “escapa” daquelas condições normativas e normatizadoras da sociedade em questão:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados mais comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de ser nelas encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com “outras pessoas” previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua “identidade social” – para usar um termo melhor do que “status social”, já que nele se incluem atributos como “honestidade”, da mesma forma que atributos estruturais, como “ocupação” (Goffman,²² p. 11-12).

Aquelas características que tornariam algumas pessoas diferentes de nós, no sentido de serem portadoras de sinais sociais, estruturais ou físicos depreciados socialmente, porque fora do padrão tido como normal, seriam os estigmas. Assim, pessoas estigmatizadas seriam aquelas que deixaríamos de considerar “criatura comum e total, reduzindo-os a pessoas estragadas e diminuídas” (Goffman,²² p. 12):

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatizaria alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem honroso ou desonroso (*idem, ibidem*, p. 13).

À guisa de ilustração, eis dois exemplos: quando encontro alguém e travo com essa pessoa uma conversa inicial apresentando-me como psicólogo que trabalha em instituições prisionais, é comum que ele/a se impressione e tome uma posição defensiva de imediato, tecendo inúmeras considerações sobre as condições de trabalho nessas instituições, o perigo constante, a corrupção dos

funcionários, a violência dos presos etc. No caso dos Agentes de Segurança Penitenciária, e sendo este o segundo exemplo que se pretende trazer, é ilustrativo o direito de resposta solicitado pelo Sindicato dos Funcionários do Sistema Prisional de São Paulo à emissora de rádio CBN, em razão de um pronunciamento do sociólogo e coordenador da Organização não governamental “Viva Rio” naquele meio de comunicação, no dia 20 de janeiro de 2013, quando acusou os ASPs de “extremamente corruptos e de servirem aos interesses dos narcotraficantes”*. Ao generalizar condutas que podem ser encontradas em alguns funcionários do sistema prisional, mas também em outras categorias profissionais, incluindo aquelas denominadas de *colarinho branco*** , para todo o conjunto da categoria profissional, o declarante daquela notícia traz, consigo, aspectos da estigmatização a que estão sujeitos esses profissionais.

(...) nem sempre estamos dispostos à aventura da percepção: somos insensíveis e desatentos às coisas que povoam nosso mundo e, por isso, sofremos de uma perda, de um empobrecimento que nos faz capitular e enxergar através de mediações impostas (Bosi, 23 p. 115).

Portanto, o estigma sofrido e suportado por funcionários e pessoas condenadas à pena de prisão dá vazão a uma série de preconceitos sociais, sem consideração prévia da não validade do pensamento preconceituoso por parte dos sujeitos sociais. Sendo locais de moradia e de trabalho extremamente precarizados²⁵ e verdadeiros depósitos de pessoas excluídas da sociedade dos homens livres, condenados e não condenados são colocados na mesma vala comum, guardadas as devidas características de cada um desses dois grupos de pessoas:

Estão ambos ligados nessa realidade. “ASP – detento” sugere um par dialético no exercício de poder, melhor situando, “sistema prisional – detento”. Lembra-nos a discussão de Simone Weil sobre a dialética do poder, no desenraizamento e opressão. De um polo se passa a outro. Há um intercâmbio de essências no exercício do poder total. Não se consegue sair desse binário, mesmo saturando-se o limite de um desses polos, a não ser, segundo ela, que ocorra um novo termo, já de certa forma transcendente.²⁴

* Matéria disponível em: <http://www.sifuspesp.org.br/index.php/materia-2/1689-240113-sifus-pesp-pedira-direito-de-resposta-a-radio-cbn-sobre-declaracao-do-coordenador-viva-rio.html>, acesso em 03 de fevereiro de 2013.

** Na moderna criminologia crítica, o espaço destinado à reflexão sobre os crimes de colarinho branco é extenso, como é extensa também a reflexão sobre o fato de que perpetradores desses crimes geralmente não caem nas malhas do direito penal e da justiça e, conseqüentemente, não são habitantes contumazes das prisões (ver, por exemplo, Baratta²⁶).

Se o que é defendido aqui é que os dois grupos dos quais se escreve neste trabalho, ASPs e pessoas condenadas à prisão são estigmatizadas socialmente, é bem possível que também sofram preconceitos em relação ao seu “estar no mundo”. Se em relação ao segundo grupo isso é bastante evidente, já que evitamos empregar profissionalmente, em nossas casas ou em nossas empresas, egressos do sistema prisional, também pode ser comprovado em relação ao primeiro grupo, dos funcionários das prisões que, uma vez investidos do cargo, não tardarão a sofrer as mazelas do cárcere, sendo identificados como cuidadores de pessoas perigosas, corrompidas, violentas ou da “escória” da sociedade:

As margens incriminadas servem de esgotos para onde os eflúvios inevitáveis, mas excessivos e venenosos, da sedução consumista são canalizados, de modo que as pessoas que conseguem permanecer no jogo do consumismo não se preocupam com o estado da própria saúde.¹

Não é incomum ouvir de integrantes deste último grupo – o “corpo funcional”²² – que, normalmente, não se identificam para colegas ou mesmo amigos, como funcionários do cárcere. É comum que a vida no interior do cárcere passe ao largo das relações conjugais e amorosas, como das relações fraternas, filiais e de parentesco. Também não é incomum encontrar egressos do sistema prisional nas ruas ou outros locais de circulação da cidade que dizem, simplesmente, conhecer-me de Guarulhos, município da Grande São Paulo onde se localiza a penitenciária em que trabalho.

Explorados pelas típicas condições de habitabilidade e de saúde precárias (pessoas privadas de liberdade) e de trabalho pauperizado a que estão submetidos (Agentes de Segurança Penitenciária), além da violência geralmente encontrada nesses lugares e a que estão expostos dia após dia (seja a violência dos detentores do poder estatal contra as pessoas que cumprem suas penas de reclusão ou do próprio empregador contra os funcionários do cárcere), ambos os grupos acabam por não encontrar saídas para as crises decorrentes dessas condições a que não conseguem safar-se; quando isso acontece, a via de escape nem sempre é o que se pode considerar como satisfatória. Além de máquinas de punição para pessoas desalinhadas em relação à sociedade e que serviriam com o propósito de transformação dos indivíduos, a instituição prisional também é uma verdadeira “máquina de moer gente”:

Vocês nos confiaram estes ladrões e estes assassinos porque os consideraram como animais selvagens; vocês nos pediram para transformá-los em dóceis cordeirinhos do outro lado destas grades que os protegem; mas não há nenhuma razão para que nós, guardas, representantes da lei e da ordem, instrumentos de sua moral e de seus preconceitos, não os consideremos, também segundo o convite de vocês, animais selvagens. Nós somos como vocês. Nós somos vocês.

Portanto, nesta jaula em que vocês nos fecharam com eles, nós restabelecemos entre eles e nós a relação de exclusão e de poder instaurada pela grande prisão entre eles e vocês.²⁸

Por preconceito, compreendem-se as ideias e as ações irrefletidas acerca do “outro” considerado diferente de nós, bem como as reações contrárias que nos afastam ou nos fazem discriminar, às vezes violentamente, aquelas pessoas, conforme Crochik:²⁷ “(...) frente a uma pessoa que apresenta particularidades que rompem com nossa percepção usual do que é uma pessoa no cotidiano, temos de disfarçar o susto ou justificá-lo para desculpar a nossa reação”. Ao pensar sem refletir sobre o “outro diferente” ou ao portador de algum estigma social e culturalmente desenvolvido (preso, homossexual, negro, judeu, idoso, pessoa com deficiência, estrangeiro etc.), reagimos contrariamente ou de forma reativa, buscando preservar em nós o que consideramos a normalidade prevista. Nesse sentido, o preconceito pode ser entendido como uma defesa contra a nossa própria anormalidade ou as deficiências em nós, identificadas ou projetadas nos outros.

As duas atitudes descritas – a complacência benevolente e a rejeição fascista – não são inatas, desenvolvem-se. A primeira se aproxima da cordialidade de que aprendemos a desenvolver como um verniz civilizatório, mediante uma educação hipócrita que nos impede de manifestar a nossa estranheza de forma espontânea, ou de não manifestar estranheza alguma, se desde pequenos desenvolvermos a nossa curiosidade, mas não a rejeição frente a pessoas desconhecidas. A segunda contém o enrijecimento próprio daquele que, ao ter de aprender a ser forte, despreza toda fragilidade, inclusive a própria; a educação nos leva a seguir rigidamente as regras estabelecidas, ou seja, nos obriga a ser duros conosco, nos leva a ser duros com os outros.²⁷

O americano Philip Zimbardo, num experimento conhecido mundialmente como a *Prisão Experimental de Stanford*, em 1971 simulou o ambiente prisional e as possíveis relações interpessoais entre os dois principais grupos de referência no interior desses ambientes: os prisioneiros e os guardas de prisão. Em situação controlada de laboratório, esse pesquisador visava, inicialmente, estudar as reações dos dois grupos à singularíssima circunstância de confinamento e reclusão, obrigatória no caso do grupo de prisioneiros, e à condição de controle e vigilância desses primeiros pelo grupo dos guardas de prisão. Para além desse objetivo principal, acabou-se por investigar as consequências pessoais e grupais, quando sob tais circunstâncias, para os sujeitos da pesquisa.

O estudo de Zimbardo, relatado em livro recentemente traduzido para a língua portuguesa,²⁹ planejado inicialmente para durar duas semanas, teve que ser cancelado apenas seis dias depois do seu início, quando o próprio idealizador e a equipe de observadores do experimento se viram obrigados a

interrompê-lo porque, tanto guardas de prisão quanto prisioneiros acabaram por desenvolver vários e complexos comportamentos considerados desviantes, muitos deles resultando em atos de vandalismo, violência, incluindo sua variante sexual, rebelião, tortura física e psicológica, exibidos por ambos os grupos. As conclusões dos pesquisadores caminharam no sentido de que pessoas tidas como *normais* na sociedade livre tendem a modificar, de forma considerável, suas condutas e posturas quando submetidos às condições descritas:

(...) Foi nesta altura que ficou claro que tínhamos que terminar o estudo. Tínhamos criado uma situação espantosamente poderosa, uma situação em que reclusos estavam a retrair-se e a comportar-se de forma patológica e em que alguns dos guardas estavam a comportar-se de forma sádica. Mesmo os guardas “bons” sentiam-se impotentes para intervir e nenhum dos guardas desistiu no decurso do estudo. De fato, deve-se salientar que nenhum guarda alguma vez chegou tarde para o seu turno, deu parte de doente, saiu mais cedo ou exigiu um pagamento suplementar por trabalho extra.²⁹

Percebe-se que, quanto mais frouxos os laços que vão mantendo entre si (funcionários com seus pares, pessoas privadas de liberdade com seus pares, um grupo com o outro, pessoas privadas de liberdade e funcionários com seu grupo de amigos ou familiares), maior a tensão decorrente das relações de internamento (para uns) e de trabalho (para outros) no interior do cárcere e, conseqüentemente, mais severos os problemas de saúde, física ou mental, que vão acometendo ambos os grupos:*

(...) a frustração, a revolta e a agressividade reativas muitas vezes não conseguem encontrar uma saída. Conhecemos muito mal os efeitos da repressão dessa agressividade sobre o funcionamento mental dos trabalhadores.³⁰

Há, nesse campo de pesquisa científica, vasto caminho a ser percorrido até que sejam compreendidos em pormenores os mecanismos, ou as relações entre variáveis existentes no trabalho no interior do cárcere. Por exemplo, pode-se mencionar possível relação entre o trabalho nessas instituições e expectativa de vida para os trabalhadores, relacionada de passagem na tese de doutorado defendida por este autor.²⁵

* Para dados relativos à problemática saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil e por Estado federativo, é importante que se investigue no sítio do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão do Ministério da Justiça Brasileiro (<http://www.mj.gov.br/depen>); para dados relativos à mesma problemática, agora em relação aos ASPs, há uma lista ampla com indicações de bibliografia na tese de doutorado defendida pelo autor em 2010 e lançada em livro em 2011, já mencionada neste trabalho.²⁵

Seja como for, a mera identificação de problemas decorrentes das condições de trabalho em instituições tão paradigmáticas como são as prisões não nos permite avançar naquele sentido de transformação dessa realidade. Insiste-se na tese de que:

As mudanças sociais tão necessárias, passam por políticas públicas penais e penitenciárias de melhor qualidade, como: prisões menores e mais equipadas (com mais escolas e salas de aula, oficinas de trabalho e outros espaços de convivência para os internos); espaços de encarceramento menos superlotados; por ambientes institucionais mais salubres (ventilados, iluminados e protegidos das intempéries climáticas); por redução de jornada de trabalho do ASP, ou uma organização do trabalho que preveja diminuição do tempo dispensado no interior do cárcere; por funcionários mais esclarecidos e conscientes do que podemos chamar de momento intermediário para a abolição do cárcere.²⁵

Propor alternativas reais de superação do drama que vivem esses dois grupos, pessoas condenadas à prisão e Agentes de Segurança Penitenciária, como superação da própria pena privativa de liberdade, pode parecer mera utopia, mas esse pensamento expressa a opinião de muitos que acreditamos numa outra sociedade, mais justa, solidária e humana: “(...) não se deve esperar por esse futuro, é preciso fazê-lo” (Weil,³¹ p. 110). Finalmente, compartilha-se a ideia de que contrapor-se ao falseamento da realidade é opor-se à opressão, à coisificação e à exploração que esta traz consigo. É desejar que os homens celebrem os momentos festivos de um movimento por melhores condições de trabalho e salário, por exemplo, mesmo que esse movimento traga a angústia da dúvida do dia seguinte (a ressaca). Antes o receio de não saber o que acontecerá porque, como homens e mulheres que lutam para melhorar as suas vidas, promovemos uma manifestação que traz como marca a solidariedade, do que recermos continuamente a opressão advinda do chicote e da cadeia imaginários personificados na figura dos capatazes inescrupulosos e alienados do tempo de Weil: “(...) contentamo-nos em gozar, plenamente, sem segundas intenções, o sentimento de que, enfim, contamos para alguma coisa; que vamos sofrer menos; que vamos ter férias pagas”.³¹

Referências

1. Bauman Z. O mal-estar na modernidade. Trad. Gama, M., Gama, C. M.; revisão técnica: Fridman LC. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
2. Foucault M. Vigiar e punir. História da violência nas prisões. Trad. Vassallo LMP. 3. ed. Vozes. Petrópolis; 1984.
3. Melossi D, Pavarini M. Cárcere e Fábrica. As origens do sistema penitenciário (Século XIV – XIX). Trad. Lamarão, S. 2. ed. Rio de Janeiro: E. Revan: Inst Carioca de Criminologia; 2010.
4. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1. ed. São Paulo: Objetiva; 2009.
5. Clemmer D. The Prison Community. New York: Rinehart & Company, inc; 1958.
6. Garland D. Punishment and Modern Society: a study in social theory. Oxford, Clarendon Press; 1995.
7. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos (Debates, 91; dir. Guinsburg, J.; trad. Leite DM. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2008.
8. Sykes G. The society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison. New Jersey – USA: Princeton University Press; 1999.
9. Wacquant L. As prisões da miséria. Trad. Telles, A. Trad. Intr. Posf. Borges, MLXA. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
10. Adorno SA Prisão sob a Ótica de seus protagonistas. Itinerário de uma pesquisa. Tempo Social. Rev Sociol USP 1991,3(1-2):7-40.
11. Adorno S. Sistema Penitenciário no Brasil: problemas e desafios. Rev USP 1991, 3:65-78.
12. Salla F. As prisões em São Paulo: 1822-1940. São Paulo: Annablume/Fapesp; 1999.
13. Salla F. De Montoro a Lembo: as políticas penitenciárias em São Paulo. Rev Bras Seg Públ 2007. 1(1):72-90.
14. Thompson AFG. A questão penitenciária. Petrópolis: Vozes; 1976.
15. Coelho EC. A oficina do diabo e outros estudos sobre criminalidade. Rio de Janeiro: Record; 2005.
16. Dias JC. O Sistema Penitenciário Brasileiro: panorama geral. R. CEJ 2001, 15:8-11.
17. Paixão AL. Recuperar ou punir: como o Estado trata o criminoso. São Paulo: Autores Associados; 1987.
18. Sequeira VC. Vidas abandonadas: crime, violência e prisão. São Paulo: E. EDUC; 2012.
19. Dostoiévski, F. Recordações da casa dos mortos. Trad. Vieira, J. G. São Paulo: Martin Claret; 2006.
20. Ramos G. Memórias do cárcere. São Paulo: E. Record; 1992.
21. Mendes LA. Memórias de um sobrevivente. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
22. Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Nunes MBML. Rio de Janeiro: E. Guanabara Koogan; 1988.
23. Bosi E. O tempo vivo da memória: ensaios de Psicologia Social. São Paulo: Ateliê Editorial; 2003.
24. Carvalho MC. Prefácio. In: Lourenço AS. O espaço de vida do Agente de Segurança Penitenciária no Cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários. Curitiba: Juruá; 2011.
25. Lourenço AS. O espaço de vida do Agente de Segurança Penitenciária no cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários. Curitiba: Juruá; 2011.
26. Baratta A. Criminologia crítica e crítica do Direito Penal. Introdução à Sociologia do Direito Penal. 3. ed. trad. Pref. Santos JC. Rio de Janeiro: E. Revan: Inst Carioca de Criminologia; 2002.

27. Crochík JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
28. Foucault M. Estratégia, Poder-Saber. Org. sel. textos: Motta MB. Trad. Ribeiro VLA. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006 (Col. Ditos e Escritos, volume IV).
29. Zimbardo P. O efeito Lúcifer. Como pessoas boas se tornam más. Trad. Novaes T. São Paulo: Record; 2012.
30. Dejours C. A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Paraguay AI, Ferreira LL. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
31. Weil S. A condição operária e outros estudos sobre a opressão. Sel. Apres. Bosi E. Trad. Langlada TGG. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

Os transtornos mentais estão entre as primeiras causas de afastamento no trabalho, de baixa produtividade laboral, de acidentes e de aposentadoria precoce. A saúde mental é o pilar de sustentação para o capital humano, sendo condição básica para a qualidade de vida e para a participação efetiva do indivíduo na sociedade e na geração de renda. Países que investem em um melhor cuidado da saúde física e mental do seu capital humano têm maiores chances de um melhor desempenho competitivo e de inovação. Neste livro, especialistas de vários campos de conhecimento abordam a complexa relação entre saúde mental e trabalho.

O objetivo deste livro é alertar para a necessidade de tratar e inserir no trabalho pessoas com transtorno mental e de promover um ambiente laboral sustentável e adequado para a saúde mental dos indivíduos. Para isso, é importante que os atores de diferentes setores da sociedade se engajem e atuem de forma integrada e colaborativa, de modo a implementar medidas eficazes que promovam a saúde mental do trabalhador.



CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP

01301-910 – Tel: (11) 3017-9300

www.cremesp.org.br

ISBN 978-85-89656-23-8



9 788589 656238