

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

BÁRBARA DA COSTA SANTOS TEIXEIRA
SILVANA AMARAL DOS REIS



**SAÚDE E ADOECIMENTO DO TRABALHADOR: UMA HERANÇA DA
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA**

Rio de Janeiro

2016

BÁRBARA DA COSTA SANTOS TEIXEIRA
SILVANA AMARAL DOS REIS

SAÚDE E ADOECIMENTO DO TRABALHADOR: UMA HERANÇA DA
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como um dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: José Augusto Bisneto

Rio de Janeiro

2016

Agradecimentos – Bárbara da Costa Santos Teixeira

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por todas as bênçãos que trouxe a minha vida. Agradeço os aprendizados durante a caminhada, a família que me deu para amar e apoiar, as oportunidades recebidas e as experiências de crescimento e evolução constantes.

Aos meus pais Anna Maria e Marcos Aurélio, por serem a minha base e meu exemplo, e mais do que isso, incansáveis incentivadores do melhor de mim. Fontes de amor e inspiração, ombros amigos na alegria e na tristeza. Dedico esta vitória a vocês que permitiram que eu trilhasse este caminho, estiveram ao meu lado para levantar a cada queda e comemorar nos grandes momentos. Amo vocês mais do que as palavras seriam capazes de dizer!

À minha avó Yolanda, que não estando mais presente em vida, ainda se faz presente em meu coração e memória. Meu grande apoio em diversas etapas de vida, sou grata por ter recebido tanto carinho e doação. Esta vitória também é sua, te amo!

Aos meus familiares, que acompanharam meu crescimento e evolução, participando de cada etapa.

Aos meus professores ao longo da vida, responsáveis por cada passo que dei. Agradeço por cada ensinamento e toda a dedicação nesta missão tão linda que é ensinar.

Ao corpo docente da ESS que transmitiu todo o ensinamento necessário para minha formação como profissional. À direção, administração e funcionários. À Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Às minhas supervisoras e campos de estágio que permitiram o contato com experiências essenciais à minha formação.

Aos meus amigos, que me deram força e sempre alegraram minha vida.

À minha companheira de faculdade e TCC, uma amiga para a vida, Silvana Amaral, seu companheirismo e competência foram essenciais ao sucesso do nosso trabalho.

Agradecimentos – Silvana Amaral dos Reis

Início agradecendo à Deus, por toda luz e bênçãos que promoveu, não apenas em minha trajetória acadêmica, mas como ao longo da minha vida, me dando forças para superar toda e qualquer dificuldade.

Aos meus pais, Valter e Claudete, por todo o zelo, amizade, amor, suporte e sacrifício que fizeram por mim desde o meu nascimento, meus maiores exemplos e minha maior motivação de ascender profissional e pessoalmente, ainda ei de dar-lhes muito orgulho, amo vocês!

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, seu corpo docente, direção, administração e funcionários.

Às minhas supervisoras de campo de estágio, Kássia Zefiro e Marta Regina de A. Balthazar, por pacientemente me transpassarem toda sua experiência profissional, para agregar à minha trajetória acadêmica.

À Unidade Integrada de Saúde Mental, da Marinha do Brasil, que como instituição me forneceu todo suporte para uma incrível experiência de estágio, todos os seus funcionários, em especial aos componentes da Divisão de Apoio Hospitalar por me receberam durante dois anos de estágio de forma acolhedora, às assistentes sociais Penélope Cortés e Tatiane Tavares, pela amizade e profissionalismo.

Ao Colégio Pedro II de São Cristóvão, pela sua excelência no ensino, excelentes professores, que me prepararam para a vida universitária.

Aos meus familiares, que sempre acreditaram em mim, meus amigos, pela motivação, em especial minha amiga e companheira acadêmica, Jade Magalhães, você é um ser sensacional!

Ao meu orientador, José Augusto, pela paciência e ensinamentos que foram fundamentais para construção desse trabalho, muito obrigada!

E claro, à minha amiga de projeto: Bárbara Costa, pois até nos momentos mais difíceis pudemos nos apoiar uma na outra, sem você, não seria possível!

RESUMO

TEIXEIRA, Bárbara da Costa Santos, REIS, Silvana Amaral dos – **Saúde e adoecimento do trabalhador: Uma herança da Reestruturação Produtiva.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

No presente trabalho, buscamos compreender e apresentar os processos de trabalho que levam o trabalhador ao adoecimento físico e mental. Para isso, apresentaremos o modo de produção capitalista em sua gênese, de modo a entendermos seu funcionamento baseado na exploração da força de trabalho. Colocaremos o processo de Reestruturação Produtiva, o qual provocou a desumanização do trabalho e trouxe fortes consequências aos trabalhadores e sua saúde. Em seguida, explicaremos o caminho percorrido pela saúde do trabalhador até os dias de hoje e de que modo o processo de Reestruturação Produtiva impactou na classe trabalhadora. Por fim, falaremos do trabalho do assistente social na saúde do trabalhador, seus desafios e possibilidades, buscando contribuir para a intervenção do mesmo na busca pela melhoria das condições de trabalho e vida do trabalhador.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1 – A CENTRALIDADE DO TRABALHO NO MUNDO DOS HOMENS	7
1.1. O trabalho em sua origem e na construção do ser social	7
1.2. O capitalismo – uma síntese da trajetória do modo de produção capitalista	9
1.3. Reestruturação Produtiva e precarização do trabalho: as mudanças do capitalismo contemporâneo, suas implicações no mundo do trabalho e na vida dos trabalhadores	11
1.3.1. Reestruturação Produtiva e suas implicações no mundo do trabalho	12
1.3.2. Reestruturação Produtiva e suas implicações no âmbito social e na vida dos trabalhadores	15
1.3.3. A inserção do Brasil da Reestruturação Produtiva	20
CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	23
2.1 Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.....	24
2.1.1 A Medicina do Trabalho	24
2.1.2 A Saúde Ocupacional.....	25
2.1.3 A Saúde do Trabalhador	27
2.2 O trabalho e o adoecimento mental.....	30
2.2.1 Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	32
2.2.2 Regulamento Da Previdência Social - Anexo II - Transtornos Mentais e do Comportamento - Decreto Nº 3.048/99 de 06 de Maio de 1999, do Ministério da Previdência e Assistência Social	35
2.2.3 Assédio Moral	37
CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR – POSSIBILIDADES E LIMITES	39
3.1 A atuação e a intervenção do assistente social.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO I – Regulamento Da Previdência Social - Anexo II Transtornos Mentais e do Comportamento - Decreto Nº 3.048/99 De 06 De Maio De 1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social	52

INTRODUÇÃO

Através das experiências vividas em nossos campos de estágio curricular, que ocorreram na Petrobrás Distribuidora durante o período de dois semestres em 2014 e na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, durante três semestres entre os anos de 2014 e 2015, separadamente, foi possível observar e analisar através dos atendimentos em ambas as instituições, pelos acompanhamentos aos pacientes em regime de internação ou ambulatorial, o sofrimento psíquico ocasionado através do trabalho.

Dessa forma, desenvolveremos um trabalho de pesquisa, teórico-metodológico, a partir do levantamento e estudo bibliográfico, através de textos, artigos, teses e monografias, para ilustrar esse fato a partir de uma contextualização sócio histórica do trabalho, das condições em que os homens são submetidos no trabalho, as quais os afetam física e psiquicamente, centralizando nas principais formas de adoecimento e diagnósticos que tem sua gênese através do exercício do trabalho e de que forma o Serviço Social pode intervir ou não mediante as situações apresentadas, e assim, foi-se desenhando o presente trabalho.

A priori, definiremos o objeto de estudo dentro do que pretendemos abordar, de forma a se fazer um apanhado histórico sobre o trabalho, sua condição e principalmente a reestruturação produtiva, de forma a aclarar a configuração desse contexto na atualidade. A partir de então, desenvolveremos um entendimento de que tais precariedades se tornaram lesivas aos trabalhadores no que diz respeito à saúde do trabalhador. Sendo então uma expressão da questão social, iremos expor de que forma o Assistente Social, com sua capacidade técnica e profissional, pode intervir na promoção de uma melhor qualidade de vida do trabalhador seja na empresa ou na instituição em que se encontra inserido profissionalmente, abordando seus limites e possibilidades nessa atuação.

CAPÍTULO 1 – A CENTRALIDADE DO TRABALHO NO MUNDO DOS HOMENS

1.1. O trabalho em sua origem e na construção do ser social

A palavra “trabalho” tem origem do latim “*tripalium*”, nome dado a um instrumento de castigo e tortura, constituído de três estacas afiadas de madeira e muito comum na região europeia em fins do século VI. O ato de “trabalhar”, naquela época, tinha como significado “ser torturado”, onde os escravos e os pobres que não tinham condições de pagar os impostos eram submetidos à prática de torturas do “*tripalium*”, ou seja, os destituídos de posse eram os que trabalhavam.

Ao longo do tempo, o significado de trabalho passou a ser associado para além da tortura, devido às atividades realizadas por um grupo mais ampliado de trabalhadores em geral, como camponeses, agricultores etc. Posteriormente, o entendimento da palavra trabalho passou a ser associado à realização de uma atividade exaustiva ou difícil e, a partir do século XIV, passou a ter um significado mais próximo ao que existe hoje, como a utilização de força, habilidades e talentos humanos para o alcance de uma determinada finalidade.

A priori, a sobrevivência era a primeira finalidade humana, ou seja, a primeira necessidade posta a ser satisfeita. A satisfação dessa necessidade, fez com que os homens através de sua interação com a natureza, transformassem as matérias naturais em instrumentos ou produtos que atendessem às suas necessidades, interação essa definida como trabalho. Ora, as variadas espécies de animais também satisfazem suas necessidades de sobrevivência, porém o que diferencia os homens das demais espécies animais é a maneira que se dá essa relação, pois o processo de sobrevivência dos animais se realiza através de uma determinação genética e de uma relação imediata entre o próprio animal e seu ambiente, atuando na matéria natural de modo normalmente contínuo e comum, satisfazendo necessidades pré-estabelecidas biologicamente.

A sobrevivência, para o homem, se distingue das atividades de sobrevivência dos animais, pois interrompe o processo natural das atividades, exigindo a transformação do meio ambiente de forma não imediata sobre a matéria da natureza mas sim na transformação da mesma em instrumentos que se relacionam entre os que o executam e com a matéria, além disso, o trabalho para os homens não é

determinado por um fator genético, vai exigir habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo dos anos através da prática e de incansáveis tentativas, favorecendo o aprendizado. Ressalta-se ainda, que o trabalho não limita as necessidades postas pelos sujeitos, ao contrário, amplia a possibilidade de sempre haver novas necessidades a se satisfazerem e o modo como essas necessidades são atendidas serão diversas, pois o homem também passa a ter consciência das escolhas.

O trabalho tem correspondência direta com o modo de ser dos homens e da sociedade, pois o mesmo se torna meio para produção de qualquer bem, criando valores e se tornando central na construção das relações sociais e no próprio fenômeno humano-social, como visto anteriormente, pois o trabalho é uma atividade coletiva, onde o sujeito não é um ser isolado e está constantemente inserido em um conjunto com outros sujeitos, denominado fenômeno social.

Através do trabalho e da relação entre a natureza e o sujeito, o homem realizou um avanço qualitativo com o surgimento de um novo tipo de ser, não mais um ser natural e sim, o ser social, ou seja, o trabalho vai fundar o ser social e constituir a humanidade tal como ela é atualmente. Ao longo da história, as formas de reprodução material da vida social e as condições materiais de existência nas quais os homens vivem se modificam, transformando-os em seres teleologicamente orientados a realizar variadas atividades.

O trabalho, então, é fundante do ser social, que em conjunto com outros homens, passa, além de transformar a natureza em instrumentos que satisfazem suas necessidades, a se autoproduzir mediante o trabalho, como resultado da sua própria atividade. Cria, assim, cada vez mais novas demandas, pois o desenvolvimento do ser social implicou na criação de uma consciência humana e de uma racionalidade, onde o homem não se esgota no trabalho, mas cria sempre novas objetivações diretamente relacionadas ao mundo do trabalho. Vale ressaltar que essa visão do homem como ser social só é possível de ser verificada há aproximadamente dois séculos e meio, com a consolidação do caráter dominante, no Ocidente, do Modo de Produção Capitalista, o qual se tornou um facilitador da interação entre todos os grupos e/ou conjuntos humanos.

A partir do momento em que o produto do trabalho dos homens e sua criatividade deixam de ser objetivações em determinados contextos sócio históricos,

e os homens perdem o controle sobre ele, se tornando algo superior, a relação entre eles se distorce e o produto criado passa a dominar o seu criador, condições características de sociedades fundadas na propriedade privada dos meios de produção e na divisão social do trabalho. Ou seja, baseadas na exploração do homem pelo homem, onde o produto produzido pelo trabalhador não pertence a ele, o trabalhador é desapropriado, traço marcante da sociedade capitalista.

1.2. O capitalismo – uma síntese da trajetória do modo de produção capitalista

Introduziremos uma breve condensação da trajetória do capitalismo, que surge após o esgotamento do modo de produção feudal, no Ocidente, se consolidando entre a passagem do século XVIII para o século XX, experimentando inclusive durante 70 anos, na defluência do século XX, concorrência com experimentações socialistas. O capitalismo, porém, se disseminou globalmente, nas sociedades centrais e, também, nas sociedades periféricas, sendo predominantemente existente em todo o mundo, como um sistema planetário (NETTO & BRAZ, 2011).

O modo de produção escravista deu início à ideia do excedente econômico, apropriado pelos que começaram a explorar os próprios produtores, dando início ao fim da comunidade primitiva e apresentando o desenvolvimento da produtividade do trabalho, do desenvolvimento das forças produtivas e do sistema de trocas entre os conjuntos de homens. Este excedente configura a ideia de que o homem pode produzir mais do que consome, o que torna a escravidão útil ao proprietário, pois, ao escravizar outro homem, este proprietário extrai deles um produto excedente, o que reconfigura severamente as relações sociais, reorganizando a sociedade através do uso da força e da violência, sendo o lado opressor os proprietários e o lado oprimido, uma legião de homens sem nem ao menos ter o direito de organizar sua própria vida.

O escravismo esteve presente até a queda do Império Romano, que introduzira o princípio da propriedade privada dos meios fundamentais de produção e da exploração do homem pelo homem. De fato, estimulou o comércio e diversificou a produção de bens. Com o declínio do escravismo, entra em cena a transição para o modo de produção feudalista, constituído por unidades econômico-sociais chamadas feudos, fundados em uma base territorial fundada no tratado de

terra. O feudo representava uma sociedade polarizada em que um nobre/senhor subordinava seus produtores diretos, conhecidos como servos. A terra era dividida em duas partes, sendo a primeira a parte do senhor, e a segunda habitada pelos servos em troca de tributos e prestações. Diferente dos escravos, apesar de também serem duramente explorados, os servos possuíam instrumentos de trabalho para retirarem seu sustento, cujo excedente, porém, também era expropriado dos servos de forma violenta, como no período escravista. A crise do feudalismo leva a sociedade à Era Moderna, carregando consigo o histórico do movimento que levou à sua consolidação, a Revolução Burguesa, levando a substituição do modo de produção feudal pelo modo de produção capitalista.

O capitalismo se consolida no Ocidente, pela primeira vez na história, dando início à era do capitalismo moderno, dividido em três fases. A primeira fase, do século XVI ao XVIII, era chamada Capitalismo Comercial, em que o acúmulo de riquezas era gerado através da comercialização das especiarias e das matérias primas, iniciada no período das Grandes Navegações e Expansões Marítimas europeias. Iniciada pela Revolução Industrial, a segunda fase do capitalismo, chamada Capitalismo Industrial, era baseada no acúmulo de riqueza de produtos industrializados, oriundos das fábricas europeias e da grande capacidade de transformação da natureza através de máquinas, acelerando o tempo de produção e o aumento cada vez maior dos lucros e a exploração cada vez maior dos operários, com carga horária de trabalho de 14 horas diárias, incluindo como mão de obra ainda mais barata, crianças e mulheres no interior das fábricas. E o chamado Capitalismo Monopolista, como terceira fase do capitalismo na era moderna, iniciado a partir do final do século XIX e presente nos dias de hoje, teve como principal impacto o crescimento acelerado da economia, sendo severa a centralização do capital, gerando grandes fusões entre as empresas de grande porte, ou seja, verdadeiros monopólios.

Cabe aqui ressaltar que o intuito desse breve histórico é fornecer bases à análise do Capitalismo Contemporâneo, que será apresentado em seguida, pois no item anterior abordamos o trabalho como fundante do ser social e baseado na exploração do homem pelo homem por intermédio do trabalho, e avançamos nesta afirmativa a partir do enunciado de que o modo de produção capitalista funda-se na exploração do trabalho, em busca do lucro.

O sujeito capitalista, ao exercer sua função social no campo das atividades e das relações econômicas, disponibiliza um valor de dinheiro determinado para comprar as mercadorias, como máquinas, inovações tecnológicas, matérias primas e força de trabalho, que manuseia as máquinas e as matérias no processo de produção, para obter mercadorias e comercializá-las por um valor monetário superior ao que ele disponibilizou como investimento, apropriando-se do lucro, o qual objetiva sua função social.

1.3. Reestruturação Produtiva e precarização do trabalho: as mudanças do capitalismo contemporâneo, suas implicações no mundo do trabalho e na vida dos trabalhadores

A partir da década de 1970, o mundo do trabalho enfrenta mudanças significativas em sua estrutura e recai sobre ele forte crise. O processo de reestruturação do capitalismo contemporâneo se inicia como consequência da crise do modelo fordista de produção e o esgotamento do Welfare State.¹

A crise do modelo fordista de produção, vivenciado durante a Segunda Revolução Industrial, trouxe desaceleração da produtividade com a consequente queda nos lucros e na acumulação do capital. Resultado muito diferente do vivenciado no chamado “anos dourados” do capitalismo, esgota-se aqui a “onda longa expansiva” da dinâmica capitalista (NETTO, 2010, p.9).

O modelo fordista de produção foi substituído pelo modelo toyotista, no qual a produção fica a cargo da demanda, evitando estoques e o acúmulo de produtos não comercializados. Este modelo caracteriza-se pela flexibilização e a terceirização, um dos três principais pilares da Reestruturação Produtiva. “Tem-se aqui uma nova forma de apropriação do saber fazer intelectual do trabalho pelo capital” (ANTUNES, 1999, p.24).

Neste momento põe-se em cheque a validade dos modelos de Welfare State, reconhecidos como sistemas de proteção social baseados nas políticas keynesianas, o pacto de classes nele forjado, e a participação do Estado na economia. O avanço da ideologia neoliberal, em consonância com a Reestruturação

¹ Welfare State: Sistema econômico caracterizado pela participação do Estado na economia, através de políticas fiscais para implementação de programas sociais de educação, saúde, moradia etc.

Produtiva, exige que haja uma reorientação das políticas econômicas, voltando-se para a flexibilização e a desregulamentação das relações e condições de trabalho.

A ofensiva neoliberal se consolida com o fim do Socialismo Real no Leste Europeu e o estabelecimento de governos conservadores em países como os Estados Unidos (Reagan, 1980), Reino Unido (Thatcher, 1979) e Alemanha (Khol, 1982).

1.3.1. Reestruturação Produtiva e suas implicações no mundo do trabalho

A Reestruturação Produtiva, processo decorrente da concorrência intercapitalista e da necessidade de controlar o movimento operário, direcionou-se contra o trabalho organizado nos moldes tayloristas e trouxe consequências negativas para os trabalhadores. Estas transformações estruturais estão expressas na globalização financeira e econômica, no momento de “financeirização” da economia em curso. Este processo se assentou sobre o tripé: desregulamentação, flexibilização e privatização.

A flexibilização se qualifica tanto na produção quanto nas relações de trabalho e traz novas formas de contratação, a chamada terceirização, com empregos mais precarizados. Ela causa um processo ainda mais intenso e profundo de trabalho alienado. Constitui-se deste modo um novo proletariado, o proletariado do setor de serviços, ao passo que se reduz o proletariado fabril estável. Altera-se a relação entre excluídos e incluídos, com incremento significativo do trabalho feminino em contexto precarizado e desregulamentado e a exclusão de jovens e pessoas de meia-idade.

Esta forma de produção flexibilizada busca adesão dos trabalhadores para viabilizar seu projeto, que é concebido única e exclusivamente pelos interesses do capital. Trata-se de um envolvimento manipulatório do capital sobre seus trabalhadores, de modo a legitimar seu processo de mudança. Há uma diferenciação no controle da força de trabalho pelo capital, inutilizando táticas praticadas no despotismo fabril. Vemos aqui uma busca pelo envolvimento e participação dos trabalhadores na tentativa de eliminar sua consciência de classe.

Observamos então o crescimento da oferta de serviços, caracterizado pela dinâmica de trabalho precarizado, informal, desprovido de direitos e instável.

Objetivando um menor valor salarial a ser pago, há uma inclusão ilegal e precoce de crianças no mercado de trabalho. Há uma grande parcela de trabalhadores que necessita de trabalho a qualquer custo, inserindo-se então, de maneira informal no mercado de trabalho.

No âmbito da produção, a flexibilização permite que haja uma descentralização da mesma, ou seja, o que antes era produzido em um mesmo local pode se distribuir por diversas partes do mundo, caracterizando a desterritorialização da produção. Este movimento de um mesmo processo de produção ser desenvolvido em diferentes espaços/territórios é chamado por Marx (1978) de trabalho social combinado, precarizando ainda mais a classe trabalhadora e aumentando os níveis de exploração do trabalho. O capital rompe com sua rigidez para obter a maior liberdade e lucratividade possíveis.

A desterritorialização foi ainda uma estratégia de enfraquecimento dos trabalhadores, que se viram fragmentados diante do distanciamento posto na produção. A Revolução Tecnológica, outra dimensão do processo de Reestruturação Produtiva, “tem implicado uma extraordinária economia de trabalho vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital” (NETTO, 1996, p.92), colaborando para o aumento do desemprego, aquele chamado estrutural, aumentando a mão de obra sobrando, reduzindo salários e aumentando a exploração dos que permanecem em seu emprego. Abriga um novo paradigma tecnológico com grande consequência ao trabalho humano no mercado de trabalho.

No conjunto dos que vivem da venda de sua força de trabalho, a classe operária “tradicional”, que fixou a sua identidade classista (sindical e política) enfrentando o capitalismo monopolista, transforma-se rapidamente, afetada por diferenciações, divisões, cortes e recomposições – ademais, dada a dinâmica da própria “revolução informacional”, ela tende, enquanto proletariado industrial, a perder a grandeza estatística. (NETTO, 1996, p.94).

A despeito da fragmentação dos trabalhadores através da desterritorialização e do crescimento de trabalhadores no mercado informal, observa-se um enfraquecimento dos sindicatos de trabalhadores e um não reconhecimento de classe pelos trabalhadores. Estes não se identificam mais com sua condição no processo produtivo. Este enfraquecimento e fragmentação dificultam os processos de mobilização e lutas sociais. Ou seja:

Estas mudanças criaram, portanto, uma classe trabalhadora dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc, sem falar nas divisões que ocorrem da inserção diferenciada dos países e seus trabalhadores na nova divisão internacional do trabalho. (ANTUNES, 1999, p.25).

A desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros exigiu do Estado uma ausência quase imposta pelo Neoliberalismo. Temos aqui a restrição da participação do Estado na economia, que deve deixar o próprio mercado se autorregular, cabendo a ele a responsabilidade apenas pela ordem social e a manutenção e segurança da propriedade privada. Há a diminuição da ação controladora e das funções legitimadoras do Estado. A livre concorrência torna-se regra básica para as relações sociais e para o aumento dos lucros e da extração de mais-valia. Esta vivência de não intervenção do Estado no mercado oferece às empresas e aos capitalistas mais autonomia para flexibilizar as condições e relações de trabalho, deteriorando-o.

Com a desregulamentação, foi oferecida ao capital estrangeiro total liberdade de movimentação e foram retiradas as proteções alfandegárias. Temos assim, o crescimento da especulação contra as economias nacionais. Aumenta-se o volume da atividade de natureza financeira pelo capital.

Muitas riquezas públicas foram transferidas ao capital através das privatizações, bem como há uma desresponsabilização do Estado sobre algumas tarefas que são transferidas ao mercado.

A Reestruturação Produtiva não apenas conserva o caráter exploratório do capitalismo, mas o acentua. Vê-se uma extração de mais-valia absoluta e relativa em escala ampliada e mundializada. Mesmo minimizando sua dependência pela força de trabalho, reduzindo-a tão somente ao estritamente necessário de trabalho humano, o capital se ocupa de aumentar os níveis de exploração daqueles que permanecem em seus trabalhos formais, mas também, daqueles que se inserem no mercado informal, trabalhando de forma precária e desregulamentada. Por outro lado, criou-se o trabalhador polivalente e multifuncional, capaz de operar máquinas, mas também, executar uma dimensão mais intelectual.

Resumindo, a ideologia neoliberal aponta para a flexibilização das condições e relações de trabalho, a desregulamentação do trabalho e a manutenção das taxas

de desemprego como inerentes ao funcionamento do modo de produção capitalista, naturalizando-o e fazendo-se eficaz a qualquer mercado que se autorregule.

Tem-se na sociedade civil uma característica vinda dos tempos de acumulação primitiva, a apropriação de capitalistas pelos próprios capitalistas. Trata-se de um capitalismo imperialista que forma uma grande oligarquia financeira, movimentada de maneira crescente e articulada, que acentua a competitividade intermonopolista. É o capital elevando o processo de concentração e centralização a níveis históricos.

Esta concentração em grande escala do capital e das riquezas produzidas termina por distanciar ainda mais as classes sociais no tocante à estratificação social. Há um alargamento da distância entre ricos e pobres, ascende a xenofobia e o racismo e traz-se, ainda, grande crise ecológica. “A estrutura de classes da sociedade burguesa vem se modificando sensivelmente, inclusive com a desaparecimento de antigas classes sociais”. (NETTO, 2010, p.12).

Podemos observar que as transformações aqui destacadas envolvem a totalidade social, e devem ser entendidas de forma abrangente e totalizante, visto que afetam a todos os aspectos da vida social.

1.3.2. Reestruturação Produtiva e suas implicações no âmbito social e na vida dos trabalhadores

Frente às exigências postas pela ideologia neoliberal ao Estado, que sofre um redimensionamento de suas ações, há uma redução do papel deste na economia, mas, também, há uma redução do mesmo no âmbito social. Remetendo ao passado recente de decadência do Welfare State para justificar sua colocação, o neoliberalismo se dirige aos investimentos nas políticas sociais como onerosos ao Estado e sem verdadeira eficácia para a “Questão Social”² posta na sociedade. O Estado inicia uma retirada das coberturas sociais de financiamento público e põe-se um corte nos direitos sociais. Esta se trata de uma estratégia de ajuste do capital para reduzir seu ônus na reprodução da força de trabalho e liquidar com os direitos sociais. Temos então um Estado mínimo para o social, e máximo para os interesses do capital.

² Questão Social: surge para nomear o fenômeno do pauperismo, mais tarde, utiliza-se para expressar o conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade.

Diante deste quadro, os trabalhadores que vivenciam as mudanças no mundo do trabalho, precarizando suas condições de reprodução da vida social, somam a este quadro a redução do Estado no tocante à proteção social e ao sistema de seguridade social. O desemprego crescente, aliado ao crescimento do mercado informal de trabalho que traz condições precárias e desregulamentadas e a redução dos salários, reduzem drasticamente as condições de reprodução e manutenção da vida social dos trabalhadores, isto para aqueles que se mantiveram no mercado de trabalho, seja ele formal ou informal. Ainda existe uma grande parcela da classe trabalhadora que foi totalmente excluída do mercado de trabalho e passou a integrar uma posição social no sistema de classes, ainda mais desfavorecida: a dos miseráveis.

O Estado reduz seu investimento nas políticas sociais que se voltavam para amenizar as expressões da “Questão Social” inerentes à reprodução do modo de produção capitalista, deixando à margem grande parcela da classe trabalhadora. Nesta conjuntura há um incremento dos programas de transferência de renda voltados para a parcela excluída da população em alguns países capitalistas centrais e em muitos países periféricos. A Seguridade Social fica reduzida a políticas assistencialistas, que não visam superar a pobreza, mas sim, reduzir e confrontar a pobreza absoluta, lê-se, a miséria. Surge uma nova filantropia, mas não como a filantropia tradicional que marcou a assistência social do passado, pois são transferidas à sociedade civil algumas responsabilidades antes dirigidas à ação estatal, na forma de iniciativa autônoma. Entidades como a ONU³ criaram programas minimalistas com objetivo de reduzir a pobreza extrema pela metade até o ano de 2015, porém, segundo relatórios do PNUD⁴, estes objetivos dificilmente seriam alcançados. Sem mudanças estruturais, estes programas tornam-se estritamente emergenciais e assistencialistas.

O capital busca a retirada de qualquer freio sociopolítico que impeça sua expansão. “O capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras.” (NETTO; BRAZ, 2011, p. 235).

³ ONU: Organização das Nações Unidas

⁴ PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

O capital expande seu comando sobre áreas as quais já possuía. Um exemplo é a indústria da cultura, criando uma sociedade imediatista que acompanha as tendências postas pela mídia. Faz-se uma sociedade que vive sob prazos de validade e produtos descartáveis. Esta característica atinge áreas como o entretenimento, os esportes, o lazer e o turismo, todas comandadas de forma monopolística pelo capital.

A dinâmica cultural do capitalismo contemporâneo, o tardo-capitalismo, é parametrada por dois vetores, de natureza econômico-política e técnica: a translação da lógica do capital para todos os processos do espaço cultural (criação/produção, divulgação, fruição/consumo) e o desenvolvimento de formas culturais socializáveis pelos meios eletrônicos (a televisão, o vídeo, a multimídia). (NETTO, 2010, p.14).

Observamos na sociedade uma cultura de consumo com a ávida busca por bens materiais e ideais. Esta imediatividade da vida social desqualifica a diferença entre aparência e essência.

Para além das áreas que o capital já se fazia presente, tem-se a inserção do mesmo em áreas não antes exploradas ou pouco exploradas, como a área dos recursos naturais. Há uma apropriação destes recursos pelo capital de modo a torná-los mercadoria. Traça-se, assim, um controle da biodiversidade mundial.

Como mencionado anteriormente, a reestruturação do capital afeta a totalidade social, rebatendo, inclusive, na estrutura da família. Nasce assim novos agentes sociais: a mulher e os jovens. Esta colocação da mulher como papel principal das famílias, o papel do sustento, do provimento das necessidades básicas, ajudou a provocar a busca por seu espaço de reconhecimento na sociedade. As vanguardas feministas colocaram as demandas femininas em pauta e indicaram que estas não poderiam mais ser invisibilizadas ou deixadas de lado. Quanto aos jovens, estes romperam padrões de comportamento e trouxeram inovações de grande valor em escala internacional.

Junto aos novos agentes sociais, surgem novas identidades, que clamam pelo reconhecimento de suas demandas. Este processo gera o desenvolvimento de diversos particularismos, que geram conflitos, separações, afastamentos. A distinção entre estas identidades e a busca pelo seu reconhecimento enquanto diferentes traz o individualismo para a dinâmica social. Observamos, assim, duas concepções trazidas por Rouanet (1993): o hiperindividualismo e o anti-individualismo. No

primeiro, os homens buscam vantagens através das suas particularidades, buscam ser vistos como o mais diferente possível para que isso lhes favoreça. Estas identidades trazem consigo um apelo emocional, um sentimento de dívida para com elas. Ocorre, assim, uma despolitização das questões, perde-se a ideia de que está ocorrendo um fenômeno que afeta a todos, ou seja, “não há sociedade, só indivíduos” (NETTO, 2011, p.16). Diversos singularismos desqualificam uma condição pública universalizante. A segunda concepção remete ao teocentrismo⁵ vivido na Idade Média, segundo o qual as pessoas acreditavam nas determinações divinas e consideravam as diferenças sociais como escolhas de Deus. O anti-individualismo faz com que a individualidade se perca e os indivíduos se isolem em clãs, como por exemplo, indivíduos que buscam a religiosidade como fuga para sua condição, perdendo, assim, sua autonomia.

A pós-modernidade, programa que sucedeu a modernidade exaurida depois da metade do século XX, é funcional ao ideário neoliberal na medida em que modifica os indivíduos e forma um novo homem. O conformismo é uma das características deste novo homem.

Para além da transformação dos indivíduos, situa-se a modificação nas camadas sociais, principalmente naquela que já se situava como camada inferior. A intensificação da exploração e a degradação da vida social fez com que as camadas historicamente inferiores ocupassem lugar ainda mais vulnerável. Trata-se dos segmentos desprotegidos:

Tais segmentos compreendem universos heterogêneos, desde aposentados com pensões miseráveis, crianças e adolescentes sem qualquer cobertura social, migrantes e refugiados, doentes estigmatizados (recordem-se os aidéticos pobres) até trabalhadores expulsos do mercado de trabalho (formal e informal). (NETTO, 2011, p.13).

O aumento das distâncias sociais, provocado pelo incremento do desemprego, a redução dos salários e das condições de reprodução da vida social, somados ao aumento da concentração de lucros e renda em uma ínfima parcela da população, configurou um processo de suburbanização, uma apartação socioespacial (NETTO; BRAZ, 2011). Houve um deslocamento desta massa excluída para as regiões mais periféricas das cidades na medida em que houve um

⁵ Teocentrismo: doutrina que considerava Deus como o centro de tudo.

aumento da pauperização absoluta e relativa. O capital produz o espaço e afasta dele tudo que não lhe é funcional.

Cabe observar que as lutas e movimentos sociais sempre ocorreram e continuam ocorrendo, mesmo que na defensiva, contra o movimento que o capital vem percorrendo.

O neoliberalismo não pretende acabar com a soberania do Estado, mas sim, diminuir suas funções legitimadoras, levando em consideração que o capitalismo não poderia sobreviver sem a intervenção do Estado para legitimar seus avanços. O que o neoliberalismo solicita é que o Estado diminua suas funções coesivas. O Estado adota então novas estratégias de contenção da massa trabalhadora.

A indústria bélica sempre constituiu um elemento dinamizador da economia capitalista (NETTO, 2011), pois sem ela as taxas de desemprego e ociosidade seriam insustentáveis. No capitalismo tardio esta característica não apenas se mantém, mas se acentua e se transfere para outro âmbito. A presença do componente bélico passa a ser utilizado nas políticas de segurança pública e se coloca como negócio capitalista privado (NETTO, 2011).

Temos então a militarização da vida social visando reprimir as classes ditas perigosas. O Estado deixa de ser de bem-estar social e passa a ser um Estado penal. O Estado faz um movimento de naturalização, banalização e criminalização da pobreza. A repressão perde seu caráter excepcional e passa a fazer parte do cotidiano dos pobres, das classes perigosas, dos desempregados e trabalhadores do mercado informal, trata-se de um Estado de guerra permanente que se instala sobre os países centrais e periféricos. Vê-se a militarização da vida social e a repressão como forma eficaz de conter a população excluída dos privilégios do capital.

Devemos observar que o capital se beneficia deste belicismo, da militarização da vida social. Faz-se necessária a utilização dos serviços de segurança e vigilância privados, bem como aumenta a produção industrial voltada para este novo negócio. Prova desta nova dinâmica de contenção das classes perigosas é o aumento das mortes e a posição dos países que empregam esta política no ranking da população carcerária mundial.

Outra estratégia para conter a população excluída, mas com um viés legitimador e coesivo, é o novo assistencialismo, visando confrontar a pobreza extrema. Ações minimalistas e pontuais de controle da população.

Por todas as razões aqui elencadas, alguns autores consideram a existência de uma nova Questão Social. Netto, porém, afirma que não existe uma nova “Questão Social”, visto que aquela considerada “velha” não foi superada. O que se caracterizou foi a existência de novas expressões da Questão Social, mais acentuadas e mais complexas. A resolução da Questão Social só seria possível com a superação do modo de produção capitalista, que se apoia na exploração para a extração de mais-valia e dos lucros. Sendo assim, o capital deve buscar formas de cooptação e contensão da massa atingida pelas desigualdades, visto que a ideologia neoliberal é fundada na concepção da necessidade de manutenção de uma desigualdade social natural para a reprodução e o avanço do capital.

1.3.3. A inserção do Brasil da Reestruturação Produtiva

A inserção do Brasil no movimento de reestruturação do capitalismo se dá de forma passiva e subordinada aos interesses de organismos internacionais e dos países desenvolvidos. O processo de Reestruturação Produtiva trouxe uma ruptura com o padrão de crescimento econômico que foi vivenciado a partir da década de 1930.

A década de 1930 trouxe um padrão de crescimento de bases industriais, porém este movimento ganhou força a partir da década de 1950 com a adoção e a implementação de políticas desenvolvimentistas pelo Estado. Redefiniu-se, assim, a economia nacional, que deixa de ter base agrário-exportadora, para estruturar e consolidar o setor urbano-industrial.

Este novo modelo de industrialização, a partir da década de 40, voltou-se para o aumento dos empregos regulares e formais, aumentando, também, o segmento da ocupação com vistas a reduzir as ocupações sem carteira assinada e sem remuneração assalariada, estruturando, deste modo, o mercado brasileiro e reduzindo as taxas de desemprego. Porém, pode-se constatar que não houve uma homogeneização das condições e das relações de trabalho, visto que as principais características/problemas das economias de países subdesenvolvidos

permaneciam; eram elas, principalmente: baixos salários, informalidade, subemprego e diferenças salariais.

A tentativa de uma mudança de padrões no nível de remuneração dos trabalhadores, com o objetivo de superar os sinais de precarização e aumento do desemprego que já apareciam, ocorreu sem sucesso e desencadeou uma crise econômica por volta dos anos 1980. O modelo de desenvolvimento do Brasil se transformou, então, sob o comando presidencial de Fernando Collor de Melo, o que resultou num conjunto de medidas econômicas liberalizantes. Essas medidas consistiram na desregulamentação financeira, liberação comercial, encolhimento do setor público através das privatizações, demissão de funcionários, aumento do desemprego, tudo isto aliado a uma política econômica recessiva.

O processo de privatização constitui-se por uma grande desnacionalização da economia e uma transferência de bens públicos e de riqueza social construída pela massa da população. Tudo é transferido para a esfera mercantil. O movimento de globalização do capital que se constitui na contemporaneidade exige uma desregulamentação universal, para garantir pleno movimento ao capital em escala mundial. Apesar disso, na prática, os Estados constituídos pelos países centrais continuam mantendo barreiras e limites para proteger seus mercados nacionais.

Desta forma, podemos analisar a entrada do Brasil no movimento de Reestruturação Produtiva de maneira submissa aos comandos e interesses dos países centrais e das grandes organizações internacionais. Subordinando seu mercado ao mercado estrangeiro e substituindo produtos produzidos internamente por produtos importados, a base econômica se heterogeneizou, havendo uma desnacionalização.

Em resposta, o setor industrial se retraiu e o setor terciário aumentou, mas não supriu em qualidade e quantidade os empregos eliminados do setor industrial. Houve, então, redução dos empregos formais e regulares, apresentando um aprofundamento da desestruturação do mercado de trabalho brasileiro.

A abertura comercial e financeira desregulada gerou uma acirrada concorrência internacional, as grandes empresas reagiram aos produtos estrangeiros com maior grau de competitividade, traduzindo-se, assim, na aceleração da terceirização das atividades, redução de custos principalmente na mão-de-obra, importação de máquinas e equipamentos etc.

Caracterizou-se o desmonte do parque industrial nacional através da concorrência com produtos importados, adoção de políticas públicas de ajuste fiscal e redução da participação do Estado na economia, da privatização de empresas públicas e, principalmente, na precarização das condições e relações de trabalho, na desestruturação do mercado formal e no aumento dos índices de desemprego.

Nos dias de hoje, o Brasil tem sua situação de crise e subordinação reforçadas, a precarização das formas de trabalho se agravou, provocando processos ainda mais complexos de desigualdades sociais e novas expressões da Questão Social. A militarização da vida social e o assistencialismo minimalista se fazem presentes no cotidiano e podemos citar como exemplos, o programa de transferência de renda de maior abrangência no país, o Bolsa Família, e a implantação das UPPs, que deslocam a militarização do âmbito do confronto direto para a ocupação territorial, levando a lei e a ordem para as áreas em que vivem as populações de trabalhadores de baixa ou baixíssima renda, como forma de contê-las.

CAPÍTULO 2 - A SAÚDE DO TRABALHADOR

Para situar os processos que comprometem a saúde dos trabalhadores, podemos citar primeiramente a Reestruturação Produtiva, que foi o momento de mudança no modo de produção capitalista diante da crise produtiva que se instaurava em meados dos anos 60, início dos anos 70, em cujo seio ocorreram profundas mudanças de ordem organizacional e produtiva para combate da crise.

Visando uma acumulação de maior proporção, em escala global, iniciou-se um regime de aumento de horas de trabalho e redução real de salários, cortes de empregos, crescimento da terceirização, aumento do exército industrial de reserva, entre outros.

Os trabalhadores sofreram inúmeras perdas de seus direitos, sendo assim enfraquecidos e não se reconhecendo mais como classe trabalhadora. Diante de condições de trabalho inadequadas, a força produtiva passou a viver em uma atmosfera de instabilidade, sofrendo agressões ao que tange a seus limites físicos e psicológicos. Sentem-se pressionados e assim se submetem a todo tipo de má situação profissional, visto que o mercado se encontra cada vez mais restrito e com péssimos salários. Acumulam uma série de constrangimentos que vão prejudicando-os física e psiquicamente.

No mundo do trabalho contemporâneo, a pressão que desencadeia o sofrimento psíquico é constante, já que o trabalhador é responsável pela sua própria empregabilidade. Sendo assim, ele soma seus sofrimentos, gerando descompensação e desequilíbrio, podendo levar o trabalhador a uma doença física a partir de um descontrole emocional decorrente do ambiente de trabalho.

A saúde, porém, não se resume apenas as condições de trabalho, é expressa também nas condições de habitação, remuneração, alimentação, lazer e transporte. Esse leque é chamado de saúde do trabalhador, visto que esta reflete as condições materiais, políticas e sociais do processo de trabalho e das condições de vida desse trabalhador. Para garantir a saúde do trabalhador, devemos contar com as políticas sociais.

No que tange à saúde mental do trabalhador, podemos dizer que vários fatores podem acarretar problemas, sendo os principais o assédio moral, a posição de inferioridade diante dos companheiros de trabalhos, o estresse, a falta de

adaptação ao ambiente, as pressões sobre sua produtividade, os turnos e as condições de trabalho.

2.1 Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador

2.1.1 A Medicina do Trabalho

O trabalho é fundante do ser social e é responsável pela autonomia das pessoas. É através dele que se atinge a autonomia política, econômica e social. Este sempre existiu na humanidade com o objetivo de garantir a sobrevivência e a reprodução do homem e atender às necessidades imediatas que se colocavam. Porém, o desenvolvimento das forças produtivas fez com que o trabalho buscasse outro objetivo: o lucro.

Essa mudança de foco fez com que a força de trabalho passasse por um acelerado e desumano processo de produção, sendo consumida de forma excessiva. Os trabalhadores adoeciam devido às péssimas condições de trabalho a que eram expostos e isto ameaçava a própria reprodução do processo. A baixa remuneração da força de trabalho e a intensificação da produção garantiam a exploração do trabalhador para a extração cada vez maior de mais-valia e dos lucros. Neste contexto, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, durante a Revolução Industrial, a Medicina do Trabalho.

Com a Revolução Industrial consolida-se o modo de produção capitalista que é baseado na propriedade privada e na exploração da força de trabalho. Concentra-se a riqueza produzida nas mãos de uma pequena parcela de donos dos meios de produção e, aos trabalhadores, cabe a realização desta produção sob os eixos da exploração.

A Medicina do Trabalho reflete a influência do pensamento mecanicista e tem seu ponto de vista baseado em Taylor e Ford, que traziam consigo a busca de um único objetivo: a produtividade. Para isso, intensificou-se o ritmo de trabalho e estabeleceu-se uma divisão do trabalho baseada na especialização, que desqualificava a força de trabalho e lhe atribuía jornadas inteiras de trabalho de movimentos repetitivos. Esta divisão do trabalho entre intelectual e manual traz um esgotamento físico e mental aos trabalhadores.

As empresas passaram a contar com a presença de um médico em seu interior para tratar sua força de trabalho de modo que esta estivesse sempre apta a realizar seu trabalho. Ou seja, a Medicina do Trabalho possuía um viés restrito. Buscava a adaptação dos trabalhadores às máquinas e ao meio de trabalho, gerando assim seu bem-estar físico. Considerava somente o local de trabalho em detrimento da totalidade da vida do trabalhador.

A Medicina do Trabalho é uma atividade exclusivamente médica realizada nos locais de trabalho e busca uma adaptação da força de trabalho de acordo com as aptidões de cada um. Esta metodologia traria bem-estar físico e mental aos trabalhadores, impedindo que os mesmos ficassem grande espaço de tempo longe de suas funções.

Este serviço promovia uma dependência do trabalhador e sua família à empresa, visto que os serviços de assistência à saúde, tanto no âmbito estatal quanto no âmbito do seguro social, eram frágeis ou inexistentes. O serviço médico exercia, além disso, controle direto sob a força de trabalho.

A Medicina do Trabalho tinha seu foco na figura do médico, que deveria ser de inteira confiança do empresário, e a ele era depositada toda a responsabilidade quanto aos problemas de saúde em que incorria a força de trabalho.

2.1.2 A Saúde Ocupacional

No contexto da II Guerra Mundial, a perda de pessoal era sentida também dentro das indústrias. Os trabalhadores eram expostos a condições de trabalho ainda piores que anteriormente e seu esforço de recuperação no pós-guerra gerava uma rotina de trabalho dolorosa e intensa. Houve inúmeras perdas ocasionadas por acidentes e doenças do trabalho, o que causou preocupação entre os empresários.

A Medicina do Trabalho foi ineficaz em sua intervenção nos problemas causados pelos processos de produção, visto que surgiram novas tecnologias, novos componentes, novos produtos químicos e uma nova divisão internacional do trabalho.

Surge então a Saúde Ocupacional, responsável pela ampliação da atuação médica, intervindo sobre o ambiente no qual o trabalhador está inserido. Traz um traço inter e multidisciplinar, visando uma “higiene industrial”.

Passa-se a ver o processo de trabalho como um todo, e objetiva intervir nos locais de trabalho e controlar os riscos ambientais oferecidos pelos mesmos. A Saúde Ocupacional passa a ser considerada um ramo da saúde ambiental.

A Saúde Ocupacional é de uma prática de cunho individual e exclusiva dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal. Com interlocuções entre médicos, engenheiros e profissionais das ciências sociais, de maneira a controlar os índices de poluição, ruídos, produtos tóxicos e riscos acidentais.

No Brasil, o desenvolvimento da Saúde Ocupacional se deu tardiamente e destacou-se, na vertente acadêmica, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A Saúde Ocupacional, porém, teve sua eficácia e eficiência contestadas, visto que a capacitação de recursos humanos não acompanhou as transformações dos processos de trabalho. Além disso, tal campo não concretiza a interdisciplinaridade e ainda mantém seu referencial no mecanicismo.

A partir da década de 70, os processos de trabalho sofrem profundas mudanças, iniciando-se um crescimento do setor terciário (serviços), através do aumento das terceirizações, em detrimento do setor secundário (indústria). As indústrias tendem a se transferir para o terceiro mundo, ao passo que estes países buscam o desenvolvimento a qualquer custo e veem essa transferência como possibilidade de diminuição do desemprego.

Juntamente com isso, observa-se a implantação da automação e informatização, processo que permite diminuir a dependência do capital pelos trabalhadores e, ao mesmo tempo, aumentar a possibilidade de controle pelos mesmos. Estas novas tecnologias introduzem novos riscos à saúde de difícil medicalização, o que, junto com outros fatores, põe em xeque o modelo da Saúde Ocupacional. As modificações dos processos de trabalho mantêm os antigos riscos e trazem novas doenças relacionadas ao trabalho. Os distúrbios mentais se colocam como um problema proveniente desta mudança.

Trata-se de um período de intensificação da exploração da força de trabalho, aliada ao cerceamento de direitos e dificuldade de reprodução da vida social. Como resultado desta exploração, observamos uma época de milagre econômico, que não refletiu melhorias nas vidas dos trabalhadores.

Nas indústrias, tem-se um aumento da pressão exercida sobre os trabalhadores para crescimento da produtividade. Cresce o número de acidentes de trabalho resultante de condições precárias de execução de funções, acúmulo de cansaço devido às grandes jornadas de trabalho, e todo tipo de pressão e controle.

Além de danos físicos, estes processos trouxeram o adoecimento mental dos trabalhadores, que pode ser dar em maior ou menor grau devido à função do trabalhador.

Verificamos um aumento da tensão, quando, à complexidade da função exercida, se acrescentava o esforço de manter a atenção voltada para a detecção de riscos de acidente. Constatamos que a tensão acarretada atinge os limites do insuportável sempre que, ao mesmo tempo, forem grandes o perigo e a exigência de ritmo acelerado. (SILVA,1994,p.153).

A Saúde Ocupacional, portanto, não deu conta de preencher as novas lacunas existentes à saúde dos trabalhadores trazidas pelas modificações e intensificação do trabalho.

2.1.3 A Saúde do Trabalhador

Do processo chamado de Reestruturação Produtiva podemos destacar a característica da Saúde do Trabalhador como um campo em construção no espaço da saúde (MENDES e DIAS,1991).

A Saúde do Trabalhador busca superar o enfoque dado ao processo produtivo que desconsidera o sujeito individual e sua subjetividade e determina que exista um nexo causal entre a doença e um agente específico.

Este modelo considera uma superestrutura, ou seja, considera o conjunto de valores, crenças, representações sociais, ideias, o consumo de bens e serviços, tudo isso associado ao estudo dos processos de trabalho. Considera o trabalho como organizador da vida social, e os trabalhadores assumem papel de atores. Este modelo busca respeitar os aspectos mais elementares da vida, como: saúde, habitação, lazer, educação, saneamento básico, etc.

Entende-se que os processos que ocorrem fora do ambiente de trabalho afetam a vida do trabalhador e, conseqüentemente, sua produtividade dentro do trabalho.

A acumulação do cansaço que conduz à fadiga patológica era facilitada por condições de moradia inadequadas para o sono diurno. A fadiga era agravada quando a distância entre o local de trabalho e local de moradia era extensa, o que se tornava ainda mais penoso para o trabalhador, quando não existiam meios de transporte suficientes ou providos de um mínimo de conforto. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p.155).

Ou seja, a produtividade do trabalhador é afetada por todos os aspectos de sua vida, sejam eles financeiros, emocionais, doenças de familiares, entre outros.

As expressões da Saúde do Trabalhador são diferentes conforme o tempo e os países em que se realiza. Neste processo, os trabalhadores exercem a recusa ao trabalho perigoso e buscam ser reconhecidos em seu saber.

Como características dessa “nova prática” cabe ainda mencionar o esforço que vem sendo empreendido no campo da saúde do trabalhador para integrar as dimensões do individual x coletivo, do biológico x social, do técnico x político, do particular x geral. (MENDES e DIAS, 1991, p.347).

No Brasil, a Saúde do Trabalhador se inicia por volta dos anos 80, em um contexto de transição demográfica e traz consigo um novo pensar sobre o processo saúde-doença. Traz, também, denúncias às políticas públicas e ao sistema de saúde que não dão respostas às demandas de saúde, principalmente dos trabalhadores.

Neste contexto, percebemos a Saúde do Trabalhador como um modelo que não se relaciona apenas ao ambiente de trabalho, mas sim que engloba diversas características da vida dos trabalhadores como transporte, habitação, lazer e capacidade de consumir bens. Este processo engloba, também, a participação do Estado através de políticas sociais e oferta de serviços de saúde.

Como parâmetro de atuação no modelo de Saúde do Trabalhador, criou-se em 2004 a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, que possui:

(...) vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. (POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR).

Durante mais de três séculos, não houve no Brasil qualquer iniciativa de preservação dos trabalhadores, que eram levados ao esgotamento. Isto só foi modificado com o avanço de epidemias que dizimaram muitos escravos e trouxeram prejuízos ao trabalho. Hoje em dia, apesar das evoluções demonstradas, ainda se observa um desinteresse pelo tema por parte dos governos mais conservadores que evitam explicitar as divergências que se colocam entre patrões e empregados.

Segundo o Ministério da Saúde, ocorre no Brasil um processo de transferência do risco ao ambiente domiciliar, causado pelo crescente aumento do trabalho informal e do trabalho doméstico, este último agregando ao ambiente familiar doméstico fatores de riscos e de acidentes. Trabalhador, de acordo com o Ministério da Saúde, é todo aquele que exerce alguma atividade ocupacional/atividade de trabalho, seja ela formal, informal ou no ambiente doméstico. A descentralização das ações traz o desafio aos Municípios em se organizar no Sistema Único de Saúde (SUS) para responder aos princípios de descentralização, universalização, integralidade da assistência, controle social, entre outros, através de programas voltados para a população trabalhadora.

No que toca à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, o modelo de Saúde do Trabalhador trouxe progressos às vidas dos mesmos. Muitas empresas passaram a valorizar sua força de trabalho e buscar a promoção da saúde através de programas e estratégias para favorecer esta condição. Os programas podem ser voltados para os momentos dentro da jornada de trabalho, sendo estes, ginástica laboral, programas de aproximação da família com o ambiente de trabalho, campanhas e assim por diante. Também se observam estratégias empresariais que vão além do ambiente e jornada de trabalho, que são muito bem representadas pelos benefícios oferecidos aos trabalhadores pelas empresas.

Temos aqui um ponto delicado de observação da realidade. Como as empresas capitalistas visam à produtividade, as ações desenvolvidas pelas mesmas buscam a qualidade de vida do trabalhador para que este possa continuar

exercendo sua função (e cada vez melhor). Para além disto, observa-se que estas estratégias viram objeto de dominação da força de trabalho, algo não percebido pelos mesmos devido à alienação⁶ inerente ao modo de produção capitalista.

A dependência é assim criada por um emaranhado de laços que, cada vez mais fortemente, prendem e controlam o trabalhador, permanentemente, mesmo durante as horas do não-trabalho. A garantia de um mundo de “coisas boas” – casa subvencionada, transporte, escola, cursos e recreação organizada para o trabalhador e sua família – faz da empresa uma “mãe boa”, de grandes braços envolventes, que preside a todas as horas da vida dos trabalhadores e de suas famílias. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p.160).

Os trabalhadores são envolvidos por laços de gratidão e sentem a obrigação de retribuir com o melhor de si para o trabalho.

2.2 O trabalho e o adoecimento mental

Tanto a Saúde Mental quanto a Saúde do trabalhador são áreas que interessam à sociedade e que têm em comum a temática da saúde como fenômeno social. O trabalho, historicamente, é considerado um fator integrador da vida social, sendo capaz de prevenir a vulnerabilidade social ao atuar em conjunto com outros suportes sociais, e é naturalizado como critério favorável à saúde do trabalhador. Porém, ter trabalho ou trabalhar não garante ao trabalhador que o mesmo não adoça, pois se faz importante ressaltar que ao mesmo tempo em que o trabalho opera para manutenção da saúde e integralidade social, pode ser desfavorável às condições físicas e psíquicas, como visto anteriormente.

Fato é que as condições, jornadas e relações de trabalho comumente não são mencionadas como fatores que incidem como causa ou determinantes, ou até mesmo auxiliadoras do adoecimento. Mesmo quando se enfatiza essa relação trabalho/doença, porém, o fator principal a ser considerado é a causa biológica. Ou seja, é fato que existe um sofrimento relacionado ao trabalho e, nos tempos atuais, esse fato se torna menos invisível e mais notório, porém não é admitido pela sociedade em seu todo e, menos ainda, pela classe dominante.

⁶ Alienação: Resultado das condições sócio-históricas e materiais da sociedade. O homem como produto e não seu criador; “coisificação” do homem.

Há de se considerar que, de fato, o trabalho é concebido como uma necessidade humana, porém com relações de trabalho cada vez mais perversas, de incentivo à competitividade e ao individualismo e desestímulo à solidariedade e ao companheirismo das relações sociais, favorecendo o sofrimento e o adoecimento mental dos trabalhadores, seja por conta da falta de adaptação ao trabalho ou à equipe de trabalho, seja pela não adaptação à instituição ou empresa de trabalho, pela própria insegurança do indivíduo ao temer não alcançar as metas e exigências do trabalho, seja por causa das imposições e/ou ideologia do trabalho. E no que tange a esse tema, se faz necessária uma reflexão acerca da importância de se levar em consideração a subjetividade dos trabalhadores, pois como citado anteriormente, existem atividades que podem promover a saúde, da mesma forma que existem atividades que podem comprometê-la.

Esse comprometimento não se esgota no trabalho ou na atividade realizada, mas também nos vínculos, nas relações interpessoais entre trabalhadores e empregadores, de como esse processo de trabalho se organiza, como ele é absorvido e ressignificado por cada trabalhador. Quando o trabalho perde seu significado e sua importância, acontece então uma ruptura entre a subjetividade/satisfação do trabalhador (alienação) e a objetividade da função ou atividade realizada, podendo desse modo causar o sofrimento mental ou adoecimento e essa perda de significado, pode atingir a identidade social do indivíduo, extinguindo o prazer e o interesse de realizar e executar suas atividades, não se envolvendo com o trabalho e apenas fazendo o que está prescrito e pré-programado.

Na sociedade atual, tem-se observado um aumento da demanda por serviços de assistência e recuperação das pessoas com sofrimento e doenças mentais. No âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que, de 1998 a 2010, aumentou em 47% o número de instituições de atendimento nos serviços de saúde mental” (ROSA, 2007, p. 1).

Entende-se por Saúde Mental um estado de bem estar que seja físico, mental completo, social e não somente o estado ausente de doenças, ou seja, “é a dimensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, para realizar suas

aspirações e satisfazer as necessidades e, por outro lado alterar ou lidar com o ambiente”. (GLOSSÁRIO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, p. 1).

O conhecimento que se tem sobre a Saúde Mental e o Adoecimento Mental, parte exatamente do tratamento e dos estudos em torno dos transtornos mentais e, essas temáticas são vistas na direção das condições e relações sociais entre indivíduos e a sociedade em sua totalidade. Novamente enfatizando que a habilidade que os indivíduos e dos grupos de indivíduos têm de interagir no ambiente social e de trabalho, provendo a subjetividade de bem estar, sua afetividade, intelectualidade, formas de relação, entre outras, está diretamente ligada à saúde psíquica, que não é algo particular e individual, mas sim referente a uma interação eficiente entre os indivíduos, as oportunidades e a sociedade. Então, em relação ao trabalho “a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima índices de 30% de transtornos mentais menores e de 5% a 10% de transtornos mentais graves na população trabalhadora ocupada.” (JARDIM, 2001, p.138).

Os dados relacionados ao afastamento do trabalho por causalidades de doenças mostram que os diagnósticos que afastam os trabalhadores por mais tempo das atividades são os Transtornos Mentais. O desafio consiste exatamente na produção do “saber” sobre as doenças que considerem o campo do trabalho como fator de gênese do adoecimento em geral (físico) e das descompensações mentais em especial.

Vale lembrar que as relações sociais entre os indivíduos no âmbito do trabalho, são determinadas por vínculos e trocas, é uma relação mútua que possui uma função social historicamente determinada. Através de uma ação de transformação da natureza, os homens realizam uma produção, em que suas tarefas e funções variam de acordo com a evolução histórica dos meios de produção no mundo capitalista, que incidem nas relações de trabalho entre os homens e na própria produção.

2.2.1 Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

A partir da análise da autora Sílvia Rodrigues Jardim, já mencionada em outros momentos desse trabalho, cujo capítulo sobre “Trabalho e Doença Mental”, do livro “Organização do Trabalho e Saúde: Múltiplas Relações”, ao problematizar as

relações de trabalho com o adoecimento mental, os classifica em quatro níveis, porém diz que um nível não anula o outro, mas que são justapostos e se relacionam na forma de resultados que são particularmente ou coletivamente partilhados em sociedade. Então, antes de mencionarmos os doze transtornos e do comportamento relacionados com o trabalho, do Ministério da Previdência e Assistência Social, abordaremos os quatro níveis da autora.

O primeiro nível, chamado Nível Sociocultural, agrega as perspectivas cultural e social, onde respectivamente a primeira aborda a questão do valor simbólico do trabalho nas sociedades assalariadas e produtivas e a segunda, aborda a questão das marcas sociológicas referidas ao trabalho, emprego, profissão, ocupação, a identidade social de trabalhador e seus desencadeamentos como status social. E a dicotomia consiste no fato de que, ao mesmo tempo que a seguridade social acontece pelo trabalho, o próprio trabalho é causador do adoecimento, e o trabalhador que adoece não é mais funcional ao trabalho, se tornando inábil para exercer as funções e atividades trabalhistas. Assim, no momento em que o trabalhador se torna incapaz de trabalhar, passa a ser acompanhado pela zona de assistência, seja através de serviços de saúde, como centros médicos, seja através de benefícios remunerados. Segundo Jardim:

“O processo de desgaste (...) seguirá o rumo que o ‘social’ lhe reservar, para além e aquém, ou seja, simultaneamente aos determinantes biológicos, psicológicos ou subjetivos dos eventos do trabalho, da ação propriamente dita do trabalho sobre o corpo e a alma do trabalhador (...).” (JARDIM, 2001, p. 140).

A Autora acrescenta, ainda, que se faz possível entender a atividade do trabalho como forma de exclusão social e que se deve, ao invés de estudar as causas biológicas dos indivíduos, estudar as condições, processos e organização do trabalho, fatores capazes de adoecer e até mesmo invalidar os indivíduos.

O Nível Subjetivo, conforme a classificação da autora, trata do entendimento do trabalho com peso de valor social nas sociedades modernas. O ato de trabalhar no capitalismo, além de produzir um excedente de trabalhadores, faz com que aquele que trabalha exerça o lugar social de trabalhador, que, além de estar apto, deseja trabalhar. O fato de existirem mais trabalhadores do que oportunidades de trabalho, então, faz com que a subsistência seja afetada e o trabalhador adoença por sua instabilidade social. Ou seja, o trabalho produz socialmente a satisfação das

necessidades dos indivíduos, produz a sua subjetividade e a forma como a organização do trabalho, as relações de trabalho e o cotidiano do trabalho acontecem, podem causar momentos e situações mentalmente traumáticos, que ressignificados na particularidade e singularidade de cada indivíduo, se manifestarão de acordo com a importância subjetiva desses indivíduos. Traz-se, como exemplo:

Ser repreendido por um chefe que ameaça com a demissão coloca em risco toda a vida de um pai de família, por exemplo. A angústia aí produzida pode encontrar as mais variadas formas de expressão que podem ir desde um aperto no peito cuja a origem é, em nível consciente, desvinculada do fato desencadeador, até uma explosão de raiva com a mulher e os filhos em casa, à noite. (JARDIM, 2001, p. 144).

O terceiro nível, intitulado de Nível Biológico, é o nível menos estudado na relação entre saúde mental e trabalho, normalmente sendo pesquisado pela área da Neurologia. A autora, contudo, afirma que a erupção de sintomas prévios de intoxicações ocupacionais na psiquiatria aparecem como reclamações, sintomas como *“mal-estar, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, tonteiras específicas, dificuldades de memória e de concentração”* (JARDIM, 2001, p. 147). Ela segue dizendo:

Os processos e as condições de trabalho insalubres, são determinantes de tais acometimentos e manifestações no corpo do trabalhador. A inexperiência da clínica e ineficiência da nosologia para o diagnóstico desses casos como relacionados com o trabalho impedem o dimensionamento real da determinação de transtornos mentais pelo trabalho (JARDIM, 2001, p. 147).

Os determinantes sociais, portanto, não apenas na vida de cada indivíduo, mas como também no trabalho, no que tange a suas condições, processos, relações e organizações de trabalho, interferem física e psiquicamente no trabalhador. A ausência de conhecimento e estudos relacionados às formas de organização do trabalho, seus riscos e as manifestações do adoecimento, contudo, dificultam o entendimento da verdadeira gênese dos transtornos mentais a partir do trabalho. As hipóteses diagnósticas ou o trauma mental que levam à invalidez, afastamento do trabalho, a incapacidade e a inaptidão para exercer o trabalho, a partir da experiência de cada trabalhador, podem ocorrer não apenas nas vítimas primárias, os trabalhadores, como também nas vítimas secundárias, que são suas famílias ou pares no ambiente de trabalho.

O Nível Político, quarto e último da classificação da autora, aborda a questão da saúde, referenciando desde os manifestos e pautas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e mais postos de trabalho, até a criação do reconhecimento de que o trabalho causa um sofrimento, um adoecimento ao trabalhador:

Em relação ao processo saúde/doença, a negociação de saúde é tão antiga quanto a negociação da força de trabalho. Mas a negociação implicada no reconhecimento do diagnóstico de doença mental relacionada com o trabalho, a indicação de afastamento do trabalho para tratamento, o melhor tratamento indicado e a reabilitação para a vida são detalhes da clínica cotidiana em que o escamoteamento da dimensão do trabalho como determinante de transtornos mentais leva a verdadeiras peregrinações na busca da legitimação da relação de causalidade da doença e especificamente da doença mental pelo trabalho. (JARDIM, 2001, p. 150).

A autora esclarece, em seguida, que a análise diagnóstica apenas por parte biológica não é suficiente para o entendimento da causa do adoecimento, sem levar em consideração o quanto o trabalho implica nesse fenômeno do sofrimento psíquico. A autora afirma em seu texto que se faz necessária a transformação do tema da saúde do trabalhador em um campo de estudo, onde variadas disciplinas que tenham proximidade dessa temática possam contribuir para uma melhor apropriação do tema e produzir conhecimentos, estudos e pesquisas e, desse modo, cooperar com a formação de negociação “dos aspectos da saúde por parte dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho e, portanto, de saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde e à seguridade social” (JARDIM, 2001, p. 150).

2.2.2 Regulamento Da Previdência Social - Anexo II - Transtornos Mentais e do Comportamento - Decreto Nº 3.048/99 de 06 de Maio de 1999, do Ministério da Previdência e Assistência Social

O Decreto Nº 3.048/99 de 06 de Maio de 1999, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Anexo I), relata a nova lista de doenças relacionadas ao exercício profissional e ao trabalho, e se divide em duas colunas. Na primeira, são apresentados os nomes dos diagnósticos das doenças; na segunda, constam os fatores etiológicos ou de riscos de natureza ocupacional conhecidos relacionados a

cada diagnóstico. No entanto, nos referiremos ao Anexo II, que trata das doze categorias diagnósticas dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da CID-10).

Trata-se de transtornos mentais, que se associam e se determinam pelos lugares, tempo e por aquilo que se faz no ambiente de trabalho, pois como abordado anteriormente, trabalhar, exercer atividades e funções, podem não apenas atingir a saúde física do trabalhador, como também, a saúde mental, através de reações, efeitos e sofrimento psíquico. Assim é que a falta de reconhecimento, de significação pelo trabalhador e o próprio processo de trabalho, ou seja, como ele opera, pode se caracterizar como ameaça à integridade física e mental, cujo papel simbólico e histórico da identidade social de trabalhador auxilia no processo de adoecimento.

Abaixo listaremos os doze diagnósticos indicados pelo decreto do Ministério da Previdência e segundo a CID 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, publicada pela Organização Mundial de Saúde – OMS), ressaltando que igualmente a outras listas do tipo classificatórias, deve ser a todo momento revista de acordo com o aprofundamento do conhecimento acerca do assunto ou temática envolvida, se seguem:

- I. Demência em Outras Doenças Específicas Classificadas em Outros Locais (F02.8) relacionada ao trabalho;
- II. *Delirium*, não Sobreposto à Demência (F05.0) relacionado ao trabalho;
- III. Transtorno Cognitivo Leve (F6.7) relacionado ao trabalho;
- IV. Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0) relacionado ao trabalho;
- V. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não Especificado (F09.-) relacionado ao trabalho;
- VI. Alcoolismo Crônico (F10.2) relacionado ao trabalho;
- VII. Episódios Depressivos (F32.-) relacionado ao trabalho;
- VIII. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (F43.1) relacionado ao trabalho;
- IX. Síndrome da Fadiga (F48.0) relacionado ao trabalho;
- X. Neurose Ocupacional (f48.8) relacionado ao trabalho;
- XI. Transtorno do Ciclo Sono-Vigília (F51.2) relacionado ao trabalho; e
- XII. Síndrome do Esgotamento Profissional ou *Burnout* (Z73.0).

2.2.3 Assédio Moral

Os estudos acerca da temática de Assédio Moral são relativamente novos, porém sua existência é tão antiga quanto a do trabalho. Trata-se de uma modalidade de violência moral ou psicológica realizada no âmbito do trabalho, e vem sendo comprovada a partir de Reestruturação Produtiva e sua sistemática de gestão, pautadas da herança do fordismo, taylorismo e toyotismo (ARIANE FREIRE, 2009).

A singularidade dos estudos que envolvem esta temática consiste exatamente na banalização, intensificação e no perigo que os atos realizados e caracterizados como assédio moral vêm se sobressaindo nas relações de trabalho e sendo temática de estudo em diversas áreas profissionais e seguimentos sindicais, pois a prática continuada desses atos pode trazer o adoecimento não só físico como também mental para a saúde do trabalhador.

A Reestruturação Produtiva revela uma nova forma de gerir os recursos humanos, os trabalhadores, por conta das diversas exigências de um mercado competitivo, evidenciando o objetivo por lucratividade, cobranças e metas. O ato de Assédio moral é caracterizado pelo uso de uma conduta abusiva e continuada em caráter de humilhação aos trabalhadores, sendo realizadas não só por seus empregadores, como também companheiros de trabalho no espaço do cotidiano. Ou seja, o trabalhador é exposto à situação de constrangimento durante sua jornada de trabalho e no exercício de suas funções, através de ações repetitivas e constantes, comumente realizadas em locais hierárquicos onde há um predomínio de atos negativos.

Ressalta-se que o ato do assediante é um ato consciente, com o intuito de degradar deliberadamente as condições de trabalho, incentivar a competitividade por conta dos critérios exigidos pelo mercado de trabalho, fazendo com que o assediado perca sua credibilidade por não responder a estes critérios. Assim, ele se isola, se envergonha por conta das humilhações, e tem suas relações sociais na família e entre os amigos afetadas através do rompimento afetivo e, muitas vezes, as ações do agressor ou agressores, são retratadas e repetidas pelos companheiros de trabalho, desestabilizando, assim, a vítima.

O Assédio Moral afeta o equilíbrio emocional e modifica o modo em que o trabalhador se relaciona com o meio social e sua autoestima. Traz o sofrimento

psíquico e o estresse, que interferem diretamente na saúde do trabalhador, podendo ocasionar transtornos mais graves como o alcoolismo e a dependência química, transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais, a saber:

- a) Psicopatológicos: sintomas ou síndromes de ansiedade, depressão, mudanças de humor, irritabilidade;
- b) Psicossomáticos: sintomas físicos, com origem psíquica, como hipertensão arterial, ataques de asma, úlceras estomacais, enxaqueca, perda do equilíbrio, torcicolos, queda de cabelo, dores musculares;
- c) Comportamentais: reações auto-agressivas ou relacionadas a terceiros, transtornos alimentares, aumento do tabagismo, início ou aumento do consumo de álcool e/ou drogas, isolamento social e disfunção sexual.

Entre os transtornos mais comuns, nos trabalhadores que sofrem de assédio moral, estão o estresse, a depressão e o transtorno de adaptação, este último capaz de desenvolver a incapacidade ao trabalho e de desenvolver atividades.

Percebe-se que o assédio moral afeta a vida do trabalhador em todos os seguimentos sociais, como o trabalho e a vida social e familiar. É uma ação quase invisível, porém com consequências concretas e capazes de deixar sequelas. Por isso a questão deve ser trabalhada de modo preventivo e protetivo, através de estratégias, programas e ações, tanto pelo poder público, quanto pelo privado e dentro das próprias instituições.

CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR – POSSIBILIDADES E LIMITES

O profissional de Serviço Social encontra-se sempre permeado por contradições inerentes à sua condição de profissão e sua posição crítica e de compromisso com a classe trabalhadora. Ele sofre os impactos das conjunturas em que se insere, ao mesmo tempo em que nelas se faz requisitado, ou seja, encontra novos campos de atuação.

O avanço da ideologia neoliberal tem seu compromisso firmado com a livre regulação do mercado. Segundo essa ideologia o mercado global é capaz de se manter em perfeita harmonia através da livre concorrência e dos investimentos de capital financeiro em nível mundial. O Estado passa a não mais regular as ações do mercado, e seu envolvimento limita-se ao fornecimento de subsídios, isenção de taxas, etc.

Neste mesmo movimento, e buscando satisfazer as demandas de aumento das taxas de lucro, a ideologia neoliberal exige que o Estado reduza seus investimentos no campo social, segundo a justificativa de que tais investimentos são onerosos e ineficazes, desresponsabilizando o mesmo pelas políticas públicas e transferindo essa ação ao terceiro setor. Assim, coloca-se a redução dos profissionais de Serviço Social que atuavam neste campo.

Porém, ao retirar investimentos do campo social, aumenta-se e surgem novas expressões da “questão social”. As políticas sociais antes postas às camadas mais necessitadas deixam de vigorar e esta parcela da população encontra-se à margem. Sendo as expressões da “questão social” o objeto de intervenção do Serviço Social, na medida em que surgem novas expressões, o profissional de Serviço Social é requisitado para atuar nelas.

Situa-se aí a contradição, ao passo que o Estado reduz seu investimento no social, reduzindo assim alguns campos de atuação do assistente social, as expressões da “questão social” que são geradas por este movimento, apreendem novos profissionais para atuar em novos campos.

Na ideologia neoliberal, o campo de atuação do assistente social proposto pelo Estado se vê focalizado na assistência social, com programas de transferência de renda buscando a contenção da miséria.

Outra contradição vivida pelo Serviço Social reside no fato da profissão se inserir na divisão social e técnica do trabalho coletivo (Iamamoto, 2001). O assistente social vende sua força de trabalho, sendo assim um profissional assalariado.

A demanda ao assistente social é solicitada pelo empregador, embora os usuários sejam os alvos da ação. Ou seja, ele atua com duas classes sociais que são fundamentais na sociedade capitalista, mas que possuem diferentes interesses. Seu fazer profissional se situa no contexto das lutas de classe.

O assistente social é um profissional liberal e possui um código de ética para nortear sua ação profissional, que é seu instrumento de orientação ético-política. Sua relativa autonomia profissional pode, muitas vezes, superar as demandas institucionais.

Nesse contexto de atuação com antagonismos, o Serviço Social:

Reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que vivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação do seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, p.75).

Deste modo, se faz necessário que o assistente social exerça sua prática de maneira crítica, pautada no código de ética da profissão, buscando satisfazer os interesses e necessidades da classe trabalhadora, reafirmando assim, seu compromisso com a mesma. Uma atuação profissional pautada no posicionamento crítico de leitura da realidade social contribui para o fortalecimento e legitimação da classe trabalhadora.

O assistente social como profissional assalariado e inserido na divisão sócio-técnica do trabalho também sofre as ações das conjunturas vigentes e as alterações ocorridas no mundo do trabalho. Neste caso podemos observar novas requisições feitas ao assistente social e novas ações sofridas pelo profissional em decorrência da Reestruturação Produtiva.

Em sua condição de profissão,

[...] nos anos 90, as requisições feitas ao assistente social passaram a ser mediadas por novas formas de controle da força de trabalho, exigindo a

formulação de estratégias de atuação que se definem, também, em função das condições de trabalho dos profissionais. (CESAR, 2010, p.116).

Esta intensificação do controle da força de trabalho deve ser refletida criticamente para que a ação do assistente social não se volte apenas para a satisfação e reprodução do modo de produção capitalista. O assistente social é convocado a dar novas respostas às demandas, trabalhar não apenas na execução, mas também, na gestão e na formulação de políticas públicas e trazer novo aporte teórico.

As exigências do processo de reestruturação, desta forma, vêm implicando no redimensionamento técnico, teórico, político e ético da prática do Serviço Social [...] tudo leva a crer que sua prática profissional sofre um profundo processo de perda de autonomia e organicidade em relação às reais necessidades dos trabalhadores. (CESAR, 2010, p.142)

A precarização das condições de trabalho, indicadas pela Reestruturação Produtiva e o avanço neoliberal, também afetam o assistente social. Os baixos salários, a instabilidade, a insegurança, a intensificação do trabalho, a multifuncionalidade, são exemplos de situações que impactam no fazer profissional, atingindo não apenas o exercício da profissão, mas também o profissional, que sofre, assim como os outros profissionais, os impactos em sua saúde tanto física quanto mental.

Estas injunções relativas ao processo e as condições da prática profissional fazem com que o assistente social tenda a práticas acríticas, imediatistas e superficiais. A articulação das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é essencial para uma atuação profissional crítica e voltada para a defesa dos direitos da classe trabalhadora.

3.1 A atuação e a intervenção do assistente social

A atuação do assistente social é norteada e pautada pelo Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS Nº 273, de 13 março de 1993), composta por princípios, deveres, direitos e vedações, para orientar a prática e as ações cotidianas, o modo como o profissional em Serviço Social deve se portar, ou seja, seu comportamento ético-profissional, dentro do que está programado na relação entre o projeto ético-político, com a sociedade e os processos sócio-históricos.

Não basta ao assistente social uma prática voltada apenas ao atendimento de demandas imediatas, vivenciadas diariamente no campo de trabalho, seja ele no âmbito privado ou no público, como mencionado anteriormente. Dessa forma, o Código de Ética da profissão contém uma fundamentação teórica ética e de valores ético-políticos por trás do roteiro apresentado no código, que ilustra como a intervenção do assistente social é essencial em todo campo em que se apresentem as múltiplas expressões da “questão social”, a partir da contradição capital/trabalho.

Sobre a prática do assistente social, é possível denotar que a mesma se volta para “obtenção de algum benefício, direito ou assistência material que permita ao usuário uma melhor integração” (BISNETO, 2011, p.129), ou seja, no seu desenvolvimento social, a partir da demanda dos usuários, buscando a promoção da qualidade de vida do mesmo nos diversos âmbitos da vida, visando minimizar o esgotamento físico, mental, social, entre outros, oriundos das reconfigurações no mundo do trabalho e dos determinantes sociais em sua totalidade.

A intervenção do Serviço Social tem como possibilidade, através da escuta na entrevista ou atendimento social ao usuário e seus familiares, a obtenção de um conjunto de informações ou dados pessoais, históricos e sociais, que beneficiam no vínculo com este usuário, permitindo a identificação de outras demandas sociais por traz da demanda imediata trazida pelo usuário, que se transforma em intervenções de encaminhamentos próprios do Serviço Social para serviços diversos, como Defensorias Públicas, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), benefícios assistenciais, com o “Benefício de Prestação Continuada”, INSS (Instituto Nacional de Serviço Social), entre outros, além dos próprios encaminhamentos internos e inerentes as instituições em que o assistente social trabalha.

O trabalho do assistente social se constitui como um processo, mesmo que a imediaticidade das demandas apresente a intervenção de forma pontual. A cada momento de atendimento e/ou de intervenção profissional, o objeto da prática pode variar ou mudar. No primeiro instante, a demanda apresentada e trabalhada é minimamente solucionada e, posteriormente, esta demanda no atendimento, tanto ao usuário quanto à família, pode se transformar em uma nova demanda, ou seja, não é possível dizer quando termina o acompanhamento social ou quando o trabalho do assistente social está finalizado.

No que tange à Saúde do Trabalhador, quando se entende e se admite que o trabalho pode causar o adoecimento físico e mental do trabalhador, o assistente social tem como outra possibilidade a intervenção, a partir de programas e projetos e na gestão de políticas públicas, provendo a realização de atividades sociais ou socioeducativas, como grupos de discussões ou sala de espera, que cooperem na recuperação da saúde mental do trabalhador e entendimento da família, às vezes em conjunto com outros profissionais, através da realização de um trabalho multiprofissional, ou apenas na equipe do Serviço Social, quando houver, buscando constantemente o favorecimento da qualidade de vida de seu público usuário.

Quanto à qualidade de vida, vale dizer que é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (OMS, 1995). Envolve também, o resultado da interação de diversos fatores, como relações sociais e interpessoais, inclusive no ambiente de trabalho.

Pautado no Código de Ética do Assistente Social, como um de seus princípios está o de “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais” (Código de Ética, 1993), ou seja, outra possibilidade de atuação do profissional em Serviço Social é demonstrada através da continuidade da intervenção de forma interessada e persistente, explícita de maneira objetiva na atividade profissional, seja por programas, projetos, propostas, intervenção e articulações, ligadas às instituições em que os profissionais estão inseridos, comprovando a capacidade e os resultados que podem surgir a partir da atuação do assistente social.

Vale ressaltar que parte das possibilidades de atuação do assistente social é oriunda dos recursos materiais e humanos e dos serviços disponíveis na instituição em que o profissional está inserido. Contudo, ao mesmo tempo em que esses fatores auxiliam nas possibilidades de atuação, a falta deles favorece também os limites da atuação. Além disso, a atribuição de funções ou atividades que não relação com a profissão implica bastante nas limitações do assistente social, que deixa de realizar, por exemplo, o atendimento ao usuário, para realizar essas tarefas impostas pela instituição.

José Augusto Bisneto, em seu livro “Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática”, aborda que a prática profissional sofre limitações

tanto em nível organizacional, quanto social e institucional e que, nestes processos, os profissionais perdem parte da sua autonomia profissional, por terem que responder a questionamentos próprios da instituição em que trabalha e entendido apenas a partir do histórico da instituição. Para dar subsídio ao que abordamos anteriormente, utilizamos uma citação de Yolanda Guerra, contida no livro do autor:

Sabe-se que as condições nas quais a intervenção profissional se processa são a mais adversas possíveis: pulverização e ausência de recursos de toda ordem para atendimento das demandas; exigências pelo desempenho de funções que muito se afastam do que o assistente social, ou qualquer outro profissional, se propõe a realizar; baixos salários, alto nível de burocratização das organizações; fluidez e descontinuidade da política econômica; e ainda que o tratamento atribuído à questão social, através de políticas sociais estatais e privadas, é fragmentado, casuístico, paliativo. Desse modo, as condições objetivas colocadas à intervenção profissional não dependem, apenas, da postura teleológica individual dos seus agentes e de seus instrumentos de intervenção. (GUERRA, citada em Bisneto, p. 20-21, 2007).

A partir disso, vale dizer que cabe ao Serviço Social, no momento de planejamento de sua intervenção e futuros encaminhamentos, ou até mesmo no acompanhamento do trabalhador em sofrimento psíquico, entender a relação entre organização do trabalho e o processo de saúde-doença, no âmbito do trabalho, de que forma ele se realiza e como se materializa, se as jornadas de trabalho têm se realizado de forma longa ou se há excesso de autoritarismo nas relações de trabalho, como as crises do capital influenciam no âmbito do trabalho e na insegurança ou instabilidade no emprego, impactando diretamente na saúde do trabalhador.

E para o atendimento das demandas postas pelo trabalhador, tem-se visto um trabalho do assistente social em conjunto com a política de assistência social, a partir dos princípios contidos na Lei Orgânica da Saúde e pautados nas diretrizes do Código de Ética do Assistente Social.

Dessa forma, o assistente social, em sua prática e intervenção, baseado em uma visão crítica do real, diante do todo e, levando em consideração não apenas a configuração sócio-histórica, como também política, ligar os diferentes fatores inerentes ao trabalho, para propiciar um ambiente e relações de trabalho promotoras da saúde do trabalhador, prevenindo o adoecimento, sem deixar de considerar os fatores referentes a vida social, ou seja, fatores externos ao ambiente de trabalho,

que também interferem na saúde do trabalhador e podem ser reconfiguradas pelo processo produtivo e organizacional do trabalho.

Portanto, o assistente social é um profissional com um arcabouço teórico-metodológico suficientemente capaz de estar inserido no campo da saúde do trabalhador e na saúde mental, e intervir não apenas das relações de trabalho, como nas condições e na própria organização do processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho tem o intuito de ampliar e contribuir para estudos e pesquisas acerca da temática do processo de adoecimento físico e mental, a partir do trabalho e a forma como o profissional em Serviço Social, com toda sua capacidade teórica, intervém e atua nessa área que cada vez mais se coloca em evidência.

A importância do trabalho fica clara, a partir do entendimento de que esta atividade é fundante do homem como ser social, fundamental para a vida em sociedade e das relações sociais, influenciando na saúde do trabalhador, onde os indivíduos que exercem a função trabalho e os que não exercem são suscetíveis ao adoecimento psíquico a partir do valor social e status que o trabalho possui, além das formas de trabalho em que os homens são submetidos, característicos da Reestruturação Produtiva.

Para isso foi utilizada, inicialmente, uma abordagem histórica do surgimento do trabalho para se compreender tal qual ele é nos dias atuais, como a temática da saúde do trabalhador foi se desenvolvendo historicamente, até se tornar uma área de estudo e pesquisa, e como o avanço do neoliberalismo e as reconfigurações do sistema capitalista para responder às crises estruturais afetam diretamente a vida dos trabalhadores e da sociedade como um todo e, por fim, de que forma esses rebatimentos se apresentam, sendo umas delas o adoecimento, físico e, visivelmente hoje, o adoecimento mental.

Utilizamos, então, o método documental, a partir do levantamento e estudo bibliográfico, através de textos, artigos, teses e monografias e, o método histórico-crítico e dialético, principalmente ao que tange dizer que o trabalho pode ser tanto favorável à saúde, como também é capaz de trazer o adoecimento para o trabalhador e sua família e, assim, foi-se desenhando o presente trabalho.

Evidenciamos como o trabalho foi se degradando ao longo do processo produtivo e a Reestruturação Produtiva teve papel determinante neste processo. A flexibilização do trabalho trouxe instabilidade e a ameaça constante do desemprego, levando os trabalhadores a aceitarem empregos nas mais diversas condições de precariedade. Este movimento de Reestruturação Produtiva levou ao crescimento da inserção informal no mercado de trabalho como saída para o desemprego que se

instalou e avançou o número de empregos sem carteira assinada, sem direitos trabalhistas, condições precárias e estafantes para a jornada de trabalho.

Então, ressaltamos que a Saúde do Trabalhador e o processo de adoecimento dos trabalhadores vêm vinculados não apenas as relações de trabalho, mas têm influência das condições de outras dimensões da vida em sociedade, como habitação, saúde, transporte, educação, previdência, salário e as próprias configurações familiares. O avanço da concepção de saúde para Saúde do Trabalhador, incorpora diversas instancias da vida e as considera fatores imprescindíveis à manutenção da saúde daqueles que trabalham. Sendo assim, a Saúde do Trabalhador torna-se campo de intervenção do assistente social, na medida em que considera os determinantes sociais como parte de um processo maior de saúde-doença do trabalhador.

E como uma expressão da “questão social”, tanto a saúde do trabalhador, quanto o adoecimento, aparecem como objeto de intervenção, trazendo novos desafios para inserção e atuação do assistente social, não apenas em resposta às demandas que são e serão colocadas pelos usuários, instituições e familiares desses trabalhadores, mas também em resposta ao que se encontra preconizado no Projeto Ético-Político da profissão, mesmo que o entendimento ao acompanhamento dessa temática deva se dar de forma interdisciplinar, o Serviço Social com o seu olhar de totalidade, competência e seu compromisso profissional deve intervir de maneira contínua e na constante busca de alternativas para resolutividade das demandas postas, como afirmamos no terceiro capítulo do presente estudo.

Trazendo rebatimentos para a vida dos trabalhadores, as novas configurações de formas de trabalho, legislações e flexibilização dos meios de produção e reprodução do trabalho herdados na Reestruturação Produtiva e a partir da década de 80, incidem de maneira mais bruta não apenas na vida do trabalhador durante sua jornada de trabalho, como também em seus direitos e em sua saúde, como abordado ao longo desse trabalho.

Estes são rebatimentos que podem afetar o trabalhador fisicamente, dependendo da sua área de atuação, através da realização de movimentos repetitivos ou a posição em que o corpo se mantém por muitas horas para realizar algum tipo de atividade, como também podem afetar o trabalhador mentalmente, como visto ao longo de um dos capítulos do presente trabalho. O adoecimento

mental tem tido uma maior atenção no seu estudo e pesquisa na contemporaneidade e, trabalhar a temática do trabalho e saúde/adoecimento na forma de um objeto de estudo único é se manter atento não apenas na origem dos diagnósticos, mas também nas formas de organização do trabalho, no cotidiano dos trabalhadores, suas subjetividades e modo de ser, como determinantes sociais associados ao processo de trabalho-doença.

Tornou-se possível observar que tais estudos, mesmo que de certa forma sejam novos, já trouxeram mudanças e avanços significativos na legislação, como visto no anexo I desse trabalho, em que apresentamos o Regulamento da Previdência Social contendo uma lista de doze transtornos mentais e do comportamento, do ano de 1999.

Ressaltamos que a educação continuada não só dos profissionais em Serviço Social, mas como também de outros, que componham uma equipe inter e multidisciplinar, é fundamental para que os profissionais não se afoguem na imediatividade das demandas cotidianas e que cada vez mais se aprofundem criticamente nos estudos sobre este tema, capaz de promover rebatimentos nas políticas públicas, nas formas de prevenção e proteção ao trabalhador.

Acreditamos que conseguimos desenvolver os objetivos propostos inicialmente, sem esgotar essa temática e sim favorecendo uma maior ampliação da discussão, de forma mais aprofundada no que tange ao processo de adoecimento e atuação do assistente social, estimulando o interesse na continuidade de pesquisa desse estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 12ª edição. Campinas: Ed. Cortez e Ed. UNICAMP, 2007.

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: **Capacitação em serviço social e política social : Módulo 1 : Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social** – Brasília: CEAD, 1999.

ARAÚJO, Margarete V. **Repercussões do trabalho no adoecimento mental e na saída da crise: o caso de uma servidora da UFMG**. 2005. 37f. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia do Trabalho) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/26.pdf>> . Acesso em: 24/02/2016.

ARIANE FREIRE, Paula. **Assédio Moral e Saúde Mental do Trabalhador**. São Paulo, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Saúde Mental do Trabalhador e o Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Anais do 12º CBAS, Foz do Iguaçu, 2007.

BISNETO, José. Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, 2007.

BRASIL. Decreto 3.048/1999 – **Regulamento da Previdência Social** – Transtornos Mentais Relacionados com o Trabalho – Anexo II. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos**; n. 114, p 27-36 Brasília/DF – Brasil. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf, acesso em: 19/06/2015.

CEREST RJ II – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Transtornos mentais relacionados com o trabalho**. <https://cerestjr2.wordpress.com/transtornos-mentais-relacionados-com-o-trabalho/>, acesso em: 21/06/2015.

CESAR, Mônica de Jesus. O trabalho, a empresa e o Serviço Social nos anos 90: SERVIÇO SOCIAL E REESTRUTURAÇÃO INDUSTRIAL: requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: MOTA, Ana Elizabete (org.).

A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial e as demandas ao serviço social. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2010.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social.**

http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/CEP_CFESS-SITE, acesso em: 20/06/2015.

COORDENAÇÃO-GERAL DE MONITORAMENTO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE – **1º Boletim Quadrimestral: Informa por Ocasão do Dia Mundial em Homenagens às Vítimas de Acidente do Trabalho.** Brasília, DF, 2014.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Oboré Editorial, 1987.

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1.

FREIRE, Lúcia Maria de Barros – **O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador Diante da Reestruturação Produtiva nas Empresas.** In MOTA, Ana Elizabete (org) – A Nova Fábrica de Consensos. 3ª Edição, Editora Cortez, São Paulo, 2006.

GLINA, Débora M. R. e ROCHA, Lys E. **Prevenção para a Saúde Mental no Trabalho.** In GLINA, Débora e ROCHA, Lys. Saúde Mental no Trabalho: Desafios e Soluções. VK, São Paulo, 2000.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico.** 17ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

JARDIM, Silvia Rodrigues. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. **Saúde mental no trabalho: Desafios e soluções.** São Paulo: Editora VK, 2000.

JARDIM, Silvia Rodrigues. Trabalho e doença mental. In: BORGES, Luiz Henrique (org.); MOULIN, Maria das Graças Barbosa (org.); Araújo, Maristela Dalbello (org.). **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações.** Vitória, 2001.

MARINHA DO BRASIL. **Normas Sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil**, DGPM-501, 6ªRev, 2014.

MARX, Karl. **O capital**. Livro I. Capítulo VI (Inédito). São Paulo, Ed. Ciências Humanas, 1978.

MENDES, R. e DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. In: Revista Saúde pública. São Paulo, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Glossário do Ministério da Saúde: Terminologia em Saúde**. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf, acesso em : 11/03/2016.

NETTO, J. P. **Uma face contemporânea da barbárie**. In: encontro internacional "civilização ou barbárie", 3., Serpa, 30-31 Out. 1º nov. 2010.

NETTO, J. P. e BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINTO, Angélica Soares – **Trabalho, Saúde do Trabalhador e Serviço Social: Notas Reflexivas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PREVIDÊNCIA SOCIAL – **Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador**. www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf, acesso em: 03/10/2015.

ROSA, Cássia Regina. **Os determinantes sociais e o adoecimento mental**, 2007.

ROUANET, Sergio Paulo. **Mal-estar na modernidade**. Companhia das letras, 1993.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez, 1994.

TEIXEIRA, Sueli. **A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho**. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, Belo Horizonte, MG, v. 46, n. 76, p. 27-44, jul./dez. 2007.

TITTONI, J., and NARDI, HC. **Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional**. <http://books.scielo.org/id/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892-10.pdf>. Acesso em 08/04/2016.

VAISSMAN, Magda; LEMOS, Maria Alzira Brum (cord.). **Alcoolismo no trabalho**. Garamond, 2004.

ANEXO I – Regulamento Da Previdência Social - Anexo II Transtornos Mentais e do Comportamento - Decreto Nº 3.048/99 De 06 De Maio De 1999 do Ministério da Previdência e Assistência Social

REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

ANEXO II

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO

RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I - Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H ₂ S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
II - Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
III - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-;

	X49.-; Z57.5)
V - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
VII - Episódios Depressivos (F32.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VIII - Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
IX - Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)