

# SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO

Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

O campo da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT) é multidisciplinar, interessando gradualmente ao Direito, diante do incremento de doenças ocupacionais relacionadas com o trabalho e os acidentes do trabalho.

Para tanto, cabe uma investigação sucinta a respeito da SMRT e suas interconexões com o Direito do Trabalho, que tem como um dos objetivos a proteção à saúde mental dos trabalhadores e a prevenção dos riscos psicossociais no trabalho, ressaltando-se que o direito fundamental à saúde do trabalhador engloba sua saúde mental, de reconhecida eficácia diagonal, quando da relação trabalhador-empregador.

É preciso compreender para transformar as condições atuais causadoras do sofrimento prejudicial no trabalho, sendo papel do Direito estabelecer normas, a partir dos fatos e valores expressos, em defesa do direito à vida digna e à saúde integral dos trabalhadores.

## 1 Teorias Clínicas do Trabalho: Clínica da Atividade, Psicossociologia do Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho e Ergologia

As clínicas do trabalho são abordagens científicas, cada qual com bases epistemológicas, teóricas e metodológicas próprias, com o propósito de estudar a realidade do sujeito no trabalho, em suas vivências concretas, por meio de pesquisas e intervenções. O campo da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT) é multidisciplinar.

Ana Magnólia Mendes (2007b) elucida que a clínica do trabalho é:

[...] um modo de colocar o trabalho em análise, é um processo de revelação e tradução dos seus aspectos visíveis e invisíveis, que expressam uma dinâmica particular, inserida numa subjetividade própria a cada contexto, e que permite o acesso aos processos de subjetivação, às vivências do prazer-sofrimento, às mediações e ao processo saúde-adoecimento. (MENDES, 2007b, p. 65).



Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Professor efetivo Adjunto do Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutor em Direito Privado, com distinção acadêmica Magna cum Laude, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS) (Conceito CAPES 6). Mestre em Direito Privado, com distinção acadêmica Magna cum Laude, pela PUC Minas.

Podem ser citadas como quatro teorias clínicas do trabalho: clínica da atividade, psicossociologia do trabalho, psicodinâmica do trabalho e ergologia.

Louis Le Guillant e Paul Sivadon foram dois dos precursores da corrente da psicopatologia do trabalho, sendo o primeiro destacado pelo contributo do estudo da neurose das telefonistas acerca do trabalho das empregadas domésticas.

Já a psicodinâmica do trabalho (PDT) é uma abordagem científica de origem do médico do trabalho e psiquiatra Christophe Dejours, oriunda da psicopatologia, e consiste numa metodologia em que os trabalhadores podem se expressar acerca dos seus sentimentos e das contradições do trabalho.

O objeto de estudo da PDT é “o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação” (MENDES, 2007a, p. 30).

Christophe Dejours (2008) aponta que em uma primeira análise da clínica do trabalho, são cinco as barreiras para perceptibilidade do trabalho efetivo:

O constrangimento da clandestinidade associado à artimanha e ao zelo; os desafios na estratégia de poder; o déficit semiótico e a dominação simbólica, a *métis* ou o conhecimento do trabalho pelo corpo; e as estratégias de defesa contra o sofrimento. Todos esses obstáculos concorrem à ocultação do que, no fim das contas, aparece como a parte mais importante do trabalho: a parte submersa do iceberg é mais importante do que a parte visível ou observável acima da água. (DEJOURS, 2008, p. 51).

Assinala Gilbert Cardoso Bouyer (2010, p. 250) que são noções centrais da CPDT: “reconhecimento; identidade; compromisso entre sofrimento e defesa; sublimação; racionalidade pática (*pathique*); alienação social”.

O trabalho forma a identidade do sujeito. A clínica psicodinâmica do Trabalho (CPDT) estuda a questão da normalidade (“enigma da normalidade”), a fim de compreender as estratégias para evitar descompensações mentais. A CPDT busca descobrir como as pessoas conseguem se manter trabalhando, suportando todo o sofrimento na “normalidade enigmática”<sup>1</sup>, em que parecem estar normais diante dos outros, mas intimamente estão em sofrimento; avaliando a organização do trabalho e a relação prazer-sofrimento-trabalho.

Singulariza Cristophe Dejours (2008) acerca do trabalho das secretárias, que são “*secret-taire*”<sup>2</sup>

[...] o que remete precisamente ao fato de, em muitos locais de trabalho, serem um tipo de lata de lixo no qual cada um vem derramar tudo de negativo que pensa da própria situação, sobretudo o que pensa dos colegas. Mal acaba de ouvir histórias infames sobre um colega, este entra na sala. E cabe à secretária manter-se sorridente! Há

1 Esclarece Dejours (2014, p. 127): “Será necessário, neste caso, considerar a ‘normalidade’ como um enigma: como fazem estes trabalhadores para resistir às pressões psíquicas do trabalho e para conjurar a descompensação ou a loucura?”

2 Em um neologismo estrangeiro fruto da união de *secret* (segredo) com *taire* (calar).

momentos em que elas só pensam em uma coisa: não ouvir nada. Além disso, precisam ser discretas, manter-se caladas. Se a secretária começa a falar, os outros dirão que ela não sabe guardar segredos. E é bem verdade que não é necessário falar muito para desencadear catástrofes diplomáticas ou organizacionais. (DEJOURS, 2008, p. 57).

Vê-se, com esse exemplo das secretárias, o que os trabalhadores sofrem no trabalho pela conduta dos demais colegas que as utilizam como “lata de lixo” para despejar todos os seus murmúrios pessoais e maledicências contra os colegas de trabalho, fazendo com que elas tenham um trabalho amargurado, tornando-se mascaradas diante de todos.

Os sofrimentos do trabalho não atingem somente o trabalhador; mas também seu cônjuge, filhos, pais e parentes, que sofrem conjuntamente, certas vezes, sendo vítimas da violência de que sofre no trabalho, num ciclo impiedoso, em decorrência da raiva reprimida e do ressentimento do trabalhador.

Apontam Dejours e Bègue (2010) que:

[...] repercute também na organização e divisão das tarefas domésticas, e o preço a pagar por todos pode ser exorbitante. É assim que, para os engenheiros de centrais nucleares responsáveis pela condução de processos, submetidos à cadência do trabalho e às obrigações domésticas, foi possível mostrar que a capacidade de suportar o ritmo imposto pelo papel desempenhado só é possível caso a cônjuge renuncie a uma vida profissional, mesmo no caso em que sua qualificação e remuneração sejam

superiores às do engenheiro nuclear. O trabalho de um leva, inevitavelmente, ao sacrifício do trabalho do outro. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 32, grifo nosso).

Constatam-se os efeitos potenciais do trabalho sofrido, gerando consequências até para as esposas dos trabalhadores que têm de renunciar à sua vida profissional, a fim de se permitirem gerir a vida doméstica e familiar.

Prosseguindo, frise-se: sob o ângulo da amplitude de atingidos, essa corrente familiar que sofre alcança a comunidade e, por sua vez, a sociedade. Quando um trabalhador sofre violência no trabalho, não é só ele quem padece, mas todos.

Acerca desse ressentimento, Edith Seligmann-Silva (2011) demarca que:

foi possível identificar como o temor de perder o emprego e a necessidade de garantir a sobrevivência estavam subjacentes a essas dinâmicas voltadas para a repressão e o ocultamento da raiva. Em trabalhadores mais antigos, essa raiva era muitas vezes designada pela palavra mágoa e apresentava-se mesclada à decepção e tristeza, configurando um profundo ressentimento. A origem desse ressentimento era a percepção da falta de reconhecimento. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 273).

Existe uma exploração do fatalismo nos locais de trabalho, fazendo acreditar que os acidentes do trabalho são inevitáveis; que ocorrem por destino, em uma estratégia racional do empregador de controlar os trabalhadores, para assumirem uma visão

fatalista e não terem interesse em cobrar da empresa uma postura preventiva em relação aos riscos ocupacionais. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 274-275).

Os dirigentes empresariais usam manipular a desinformação, de forma determinada, com o objetivo de garantir o controle sobre os trabalhadores, “para uma tentativa de sistematização do uso da desinformação junto aos trabalhadores”, por meio da omissão de informações sobre os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos; pela desinformação quanto aos direitos dos trabalhadores e quanto aos critérios para pagamento por produção. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 276-278).

Mesmo profissionais de alto nível de escolaridade, como médicos do trabalho, podem sofrer ataques à sua saúde mental, tanto por parte de gestores e administradores, de empresas públicas ou privadas, como pela prática de definir que o profissional será “ambulante”, sem local estabelecido para trabalho e com consultórios que não atendem aos requisitos mínimos de funcionamento, aumentando a insatisfação do trabalhador, o sentimento de injustiça e a falta de reconhecimento, evidenciando o nexo do adoecimento com o trabalho.

O trabalhador que passa por assédio moral<sup>3</sup>,

3 Roberto Heloani e Margarida Barreto (2014, p. 39) apontam algumas das características do assédio moral: I a “temporalidade; intencionalidade; direcionalidade; repetitividade e habitualidade; localização; degradação deliberada das condições de trabalho”.

*mobbing*<sup>4</sup>, violência psicológica<sup>5</sup>, terror psicológico ou psicoterror acaba se dissociando do seu grupo de trabalho; sofre em razão do silêncio dos colegas que começam a tratá-lo com rejeição no transcorrer dos dias.

Destaca Vicent de Gaulejac (2007):

Podemos acusar o ‘capitalismo’, o ‘liberalismo’, o ‘sistema’, mas não temos nenhum meio de agir contra ele. A hierarquia, assim como os colaboradores e os subordinados, são também pegos em uma pressão permanente que não conseguem controlar. Cada um tenta descarregar sua agressividade sobre o outro, contribuindo assim para reforçar a lógica do ‘salve-se quem puder’. [...] Cada um sofre e exerce pressões em uma corrente sem fim, em que cada elo pode encontrar-se em uma posição de assediador e de assediado. (GAULEJAC,

4 De acordo com o Glossário Temático da Saúde do Trabalhador do MERCOSUL, conceitua-se *mobbing* como: “Palavra inglesa traduzida como ‘ataque, atropelamento’. Define todas as ações de hostilidade contínuas e reiteradas exercidas no âmbito do trabalho pelo empregador, pelos superiores hierárquicos, por aqueles que têm função de comando ou por terceiros, direta ou indiretamente ligados a eles, que manifestem abuso de poder, com o objetivo de afetar a dignidade do trabalhador, seu direito de não ser discriminado, o respeito à sua honra e à sua integridade física, psíquica e moral e/ou o compromisso de seu futuro laboral. Essas ações provocam isolamento, perda da autoestima, desqualificação, humilhação, violação da intimidade, difamação, supressão de direitos, intimidação, agressão verbal etc.; em casos extremos, causam perda do emprego e danos psicológicos graves que, inclusive, podem levar ao suicídio.” (BRASIL, 2014a, p. 39).

5 A Organização Mundial da Saúde (2002, p. 4) define violência psicológica como “O uso deliberado do poder, ou ameaças de recurso à força física, contra outra pessoa ou grupo, que podem prejudicar o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Inclui abuso verbal, intimidação, abuso, assédio e ameaças.”

2007, p. 226).

Nessa reflexão, cabe ressaltar a conduta de mútua hostilidade em que um trabalhador pode se encontrar; ser assediado pelo seu chefe ou por um trabalhador do mesmo grau de hierarquia e estar assediando também, ao mesmo tempo, um outro trabalhador, numa “corrente sem fim”. A desumanização e o congelamento dos sentimentos, entre os trabalhadores, faz ampliar os casos de assédio, em que todos são colocados contra todos, numa inimizada constante, evidente ou velada, acabando com a solidariedade e o amor por luta de lugares.

É preciso uma intervenção do Direito, no âmbito nacional<sup>6</sup>, para combater o assédio moral, por meio também de uma legislação federal que institua uma mediação a ser requerida pela vítima do assédio moral e/ou do assédio sexual, com a participação da figura do *ombudsman* que seria o responsável a tomar conhecimento dos casos e promover soluções.

Existe uma rejeição social ao desemprego, por “uma confusão entre desempregado e desocupado”. Quando se é demitido em massa ou por fechamento do estabelecimento, “o desempregado já não pode se autoacusar de fracassado”, havendo

6 O Estado de São Paulo avançou com a Lei nº 12.250, de 9 de fevereiro de 2006, em que veda o assédio moral no âmbito da administração pública estadual direta, indireta e fundações públicas; dispondo o art. 2º que configura assédio moral “toda ação, gesto ou palavra, praticada de forma repetitiva por agente, servidor, empregado, ou qualquer pessoa que, abusando da autoridade que lhe confere suas funções, tenha por objetivo ou efeito atingir a autoestima e a autodeterminação do servidor, com danos ao ambiente de trabalho, ao serviço prestado ao público e ao próprio usuário, bem como à evolução, à carreira e à estabilidade funcionais do servidor”.

na situação de crise, assim, uma “banalização do desemprego” que não leva a tão grande sofrimento psíquico do trabalhador nessa condição. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 452-454).

Devem ser adotadas estratégias de prevenção do estresse, por meio do controle dos riscos e das exposições, a partir da prevenção primária (eliminando ou reduzindo os riscos estressores), da prevenção secundária (identificando os trabalhadores com sinais que irão desenvolver transtornos mentais, gerenciando o estresse e fortalecendo o *coping*) e pela prevenção terciária (identificando e tratando os trabalhadores que já apresentam transtornos mentais, bem como facilitando o seu retorno ao trabalho após o afastamento). Assim, “a prevenção primária é proativa ao passo que a secundária e terciária são reativas”. (GLINA; ROCHA; 2014, p. 115-116).

Assinala Christophe Dejourns (2014) que a partir da análise da carga psíquica, pode-se classificar um trabalho como fatigante ou equilibrante, sendo que “uma organização do trabalho autoritária, que não oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica”, e que “um trabalho intelectual pode se revelar mais patogênico do que um trabalho manual”. A conversão de um trabalho fatigante em trabalho equilibrante deve perpassar pela avaliação da organização do trabalho que deve ser flexível. Em verdade, as empresas buscam trabalhadores líquidos para uma organização do trabalho sólida. O capital investe na publicidade da flexibilização negativa da legislação trabalhista, mas em seu território quer distante a flexibilização da organização do trabalho e o respeito aos direitos da personalidade dos trabalhadores.

Trata, ainda, a CPDT da “psicodinâmica do reconhecimento”, que deve integrar o julgamento de utilidade que o trabalhador faz de seu labor, diante das repercussões técnicas, sociais ou econômicas e pelo julgamento de beleza, realizado pelos seus pares a respeito da qualidade de suas atividades. (DEJOURS, 2008, p. 85-86).

A psicodinâmica do trabalho funda-se em conferir se o trabalho busca uma autorrealização no trabalho, se existe uma lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real e se o trabalhador busca reconhecimento do seu trabalho pelo julgamento do outro.

Yves Clot trabalha com uma clínica da atividade na clínica do trabalho, ressaltando a função psicológica do trabalho e desenvolvendo a capacidade dos trabalhadores agirem sobre eles próprios e seu gênero profissional; engloba atividade e subjetividade de maneiras interconectadas, estudando a atividade real e o real da atividade. (CLOT, 2006; CLOT, 2010).

Yves Schwartz apresentou uma visão ergológica do trabalho.

Esclarece Jussara Cruz de Brito (2011) que:

A ergologia não se caracteriza como uma nova disciplina ou um novo campo do saber, mas sim como uma perspectiva de análise e de intervenção sobre o trabalho gestada entre o final dos anos 60 e o início dos anos 80. [...] Como perspectiva de análise e intervenção sobre os problemas que emergem do trabalho, a ergologia explora o ponto de vista da atividade humana em suas circulações, entendendo que a atividade do trabalho opera como uma matriz. (BRITO, 2011, p. 479).

A Ergologia amplia os estudos da

Ergonomia de trabalho prescrito e real<sup>7</sup> e também analisa as normas gerais do trabalho, entendidas como “normas antecedentes” do trabalho que são definidas antes do início do trabalho, vinculadas às experiências coletivas do trabalho, à divisão social do trabalho e à luta pelo poder.

Tem como uma das ferramentas o dispositivo dinâmico de três polos (DD3P), que são o das disciplinas constituídas (as quais têm como objeto o trabalho e entre elas pode-se adicionar o Direito do Trabalho), o dos saberes da prática e o ético-epistêmico (ATHAYDE et. al., 2014, p. 231).

Destaca Jussara Cruz de Brito (2011, p. 487) que “[...] para a Ergologia, a atividade é entendida como um debate de normas e valores. Diante das normas antecedentes, na situação real de trabalho, os trabalhadores (re) criam estratégias, em um movimento contínuo de (re)normatização”.

Disciplinam Admardo Bonifácio Gomes Júnior e Yves Schwartz (2014) que o DD3P é “um dispositivo clínico de intervenção,

7 Dejours e Bègue (2010) fazem uma reflexão acerca do trabalho vivo, a conferir: “Realmente, a clínica do trabalho e, sobretudo, a ergonomia mostraram, já há um bom tempo, que o trabalho ordinário é incansável e inexoravelmente perturbado por incidentes, panes, disfunções, imprevistos e acidentes. Em outros termos: as ciências do trabalho mostram que, mesmo quando o trabalho é rigorosamente organizado por pessoas que sabem o que é o trabalho - notadamente engenheiros -, pelo serviço dos métodos ou pelos projetistas, em realidade a previsibilidade do trabalho é inevitavelmente desmentida por imprevistos, ou seja, por aquilo que justamente foge à previsão (incidentes, panes, disfunções, imprevistos, acidentes). Esta é a razão pela qual é necessário - e será necessário sempre - o trabalho vivo.” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 50).

produção e circulação de saberes que visa ampliar a margem de manobra na lacuna entre as normas antecedentes do trabalho e as possibilidades de renormalização dos sujeitos expressas nas dimensões do uso do corpo-si (por si e pelo outro).”

Assim, a clínica ergológica conjuga esses diferentes saberes, dedicando-se à lacuna entre o trabalho prescrito e o real. Os trabalhadores devem assumir um papel central para transformar os sistemas de saúde e segurança do trabalho, catalisando um processo de transformação.

Cabe tratar do Modelo Operário Italiano (MOI) de saúde do trabalhador, formado por um agrupado ordenado de pesquisadores, sindicalistas e profissionais da saúde que deram importante contributo ao desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador, combatendo a nocividade no trabalho. Pode-se citar como exemplo significativo a investigação do MOI sobre os riscos ocupacionais, que permitiu a criação do mapa de risco – atualmente norma no Brasil – por meio do item 5.16 da NR-5.

Outro significativo aporte do MOI foi a concepção de comunidade científica ampliada (CCA), inspirando a comunidade ampliada de pesquisa (CAP), privilegiando o diálogo com os trabalhadores.

É preciso incentivar a gestão cooperativa entre empregador e trabalhadores e entre serviços de saúde e segurança no trabalho e trabalhadores para formar uma comunidade no trabalho direcionada a melhorar as condições de trabalho, e não manter a produção à custo de vidas humanas.

## 2 Transtornos mentais relacionadas ao trabalho: trabalhadores desolados

Em seara mundial, os impactos da globalização atingem o trabalhador. Por exemplo, a Economia GIG ou *Freelance Economy* vem se difundindo, marcada pela precarização das relações de trabalho<sup>8</sup>, sem qualquer proteção do Direito do Trabalho. O contrato de zero hora<sup>9</sup> no Reino Unido não garante ao trabalhador a carga horária que irá trabalhar no mês e o recebimento de salário, agravando a insegurança do trabalho e segurança remuneratória do trabalhador.

Os trabalhadores públicos também são afetados. Em que pese aos aspectos parcialmente positivos ao cidadão do movimento da *New Public Management* (NPM) ou Nova Gestão Pública (NGP) desburocratizar o Estado e ampliar a *accountability*, consistente em uma abordagem dos serviços públicos, pode causar efeitos deletérios aos trabalhadores, pela cobrança aumentada e cobranças individualizadas.

A dimensão do trabalho é identificada por Ulrich Beck (2016) de uma forma peculiar, ao dispor que:

8 Patrícia Maeda (2017, p. 46) assinala que a precarização do trabalho é “[...] resultado direto da reestruturação produtiva, que, por sua vez, fundada em princípios como o da flexibilidade, implica em modelos de contratação de forma atípica (contrato temporário, subcontratação ou terceirização, contrato a tempo parcial ou com horário flexível) e no agravamento das condições de trabalho, de modo que temos verificado nas formas de organização do trabalho uma forte tendência ao que preferimos denominar de precarização do emprego e das condições de trabalho, subdividindo a precarização do trabalho em duas vertentes [...]”.

9 Disposto nos artigos 27A e 27B do *Employment Rights Act* 1996.

Talvez não haja qualquer outra situação em que a importância adquirida pelo trabalho assalariado na vida das pessoas no mundo industrial se revele tão claramente como quando dois desconhecidos se encontram e perguntam: ‘o que você é?’, e não respondem como o que fazem nas horas vagas: criador de pombos, nem com a confissão religiosa: católico, nem com alusão ao ideal de beleza: como você pode ver, ruivo e musculoso – mas, com a maior naturalidade de um mundo que a bem da verdade parece meio fora dos eixos com uma tal resposta, com a profissão: técnico da Siemens. Se sabemos a profissão do nosso interlocutor, acreditamos saber quem ele (ela) é. A profissão serve de parâmetro mútuo de identificação, com cujo auxílio contamos para avaliar as necessidades e capacidades pessoais e a posição econômica e social daquele que a ‘tem’. Por mais curioso que seja, produz-se a equivalência da pessoa com sua profissão. Na sociedade em que a vida se alinha pela trama da profissão, se revela de fato algumas informações-chave: renda, status, conhecimentos linguísticos, interesses possíveis, contatos sociais etc. (BECK, 2016, p. 204).

Essa constatação de Beck manifesta a centralidade do trabalho ainda hoje, que define a pessoa para o outro, ao mesmo tempo em que expõe a curiosidade alheia, de tentar identificar a posição econômica e social do outro a partir dessa pergunta: “o que você é”? Como diz Beck, acaba-se por estabelecer parâmetros de distinção ou identificação de alguém pela profissão que exerce, revelando informações-chave. Logo o trabalhador percebe que é digno de ser respeitado ou desrespeitado pela

profissão que exerce na sociedade, ao invés de ser estimado pela honestidade com que exerce o seu trabalho. Disso, o trabalhar assume posição crucial na saúde mental dos sujeitos.

Os transtornos mentais são estigmatizados no trabalho. Edith Seligmann-Silva (2011) revela que os trabalhadores têm receio de exteriorizar os sintomas dos transtornos mentais<sup>10</sup> relacionadas ao trabalho, pois:

[...] a resistência em assumir que não havia suportado, suficientemente, o trabalho, **conjugada ao receio de ser considerado ‘vagabundo’ e simulador de doença para obter vantagens**. O chefe geralmente lhes transmitem a insatisfação e o menosprezo com que encaravam ‘os que só viviam indo ao médico e arranjando atestado para não trabalhar’. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 272, grifo nosso).

A citação da autora evidencia um problema grave, que é o sofrimento, negado pelo próprio trabalhador, decorrente do receio de revelar sua condição de saúde, por medo. Foi difundido falaciosamente, mesmo no meio da saúde, o relatado pela autora, ou seja, que quem sofre de algum transtorno ou doença pode ou poderia estar simulando uma doença.

Configura atitude discriminatória contra o doente, acusá-lo de estar praticando simulação sem apresentação de provas concretas da alegação, por quem a imputa, o que caracteriza, na realidade, um meio de humilhar, silenciar e

10 Ressalta-se a incorreção do termo “doença mental”, devendo ser utilizada transtorno mental. Nesse sentido, a American Psychiatric Association (2014) faz uso da expressão “transtornos mentais” e a OPAS/OMS (2003) no CID-10 faz uso do termo “transtornos mentais e comportamentais”.



desprezar o doente – embora ele se mantenha sofrendo em silêncio – a fim de que não exponha as falhas da organização; tal conduta objetiva um ganho secundário para aquele que injustamente acusa o outro de simulação, como forma de fugir da responsabilidade de sua atribuição profissional, além de revelar a sua incompetência de compreender o doente e tentativa de justificar a omissão quanto à não adoção de qualquer medida preventiva para adaptar o trabalho à condição do ser humano. É uma estratégia calculada acusar o paciente/trabalhador doente de simulador, pois, quem assim o faz, acredita estar se protegendo diante da própria conduta omissa de não ouvir as queixas do doente, de não promover as melhorias necessárias, de não realizar um tratamento, de não o afastar dos riscos que agravam a doença etc.

Ademais, existe o transtorno factício autoimposto, que é um transtorno mental (não uma simulação) reconhecido pela CID, que também exige tratamento e atenção ao que sofre. E, de toda forma, mesmo esse diagnóstico requer obrigatoriamente comprovação de que o paciente não está agindo com simulação, não por mera alegação leviana do perito (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 325)

Vicent de Gaulejac (2007) reconhece que muitos trabalhadores silenciam o sofrimento mental no trabalho, dispondo que as empresas promovem:

[...] pressão, pelo tempo, pelos resultados, mas também pelo medo, que tem consequências terríveis. Ele gera comportamentos de adição, estresse cultural, sentimento de invasão, contra o qual é difícil de

se defender, e sofrimentos que o indivíduo esconde; do contrário, se fossem expressos, ele ficaria visado. (GAULEJAC, 2007, p. 214).

Aqui fica compreensível a conduta do trabalhador de esconder seu sofrimento mental, como forma de se defender para não ficar visado pelo empregador.

Christophe Dejours e Christian Jayet (2014) expõem o descrédito do sofrimento dos trabalhadores pelos executivos, sendo que:

os executivos questionam a interpretação dos dados clínicos: eles são considerados anedóticos e sem significação geral. Os executivos, às vezes, pensam que se trata apenas de choramingos e lamentações confinados ao serviço médico. Às vezes, pensam que se trata de queixas isoladas e não a expressão de um problema coletivo. Eles pensam, também, que existe no local, ‘maus elementos’, quer dizer, pessoal de má qualidade, concentrados no setor por razões históricas (envelhecimento do pessoal, seleção deplorável de personalidades frágeis etc.). **Os executivos, às vezes, questionam o médico do trabalho, sugerindo que ele estaria dando atenção excessiva a queixas banais e, finalmente, que ele estaria provocando um problema sem consistência real, chegando mesmo a questionar a qualidade profissional, sugerindo que o médico estaria muito indulgente em relação ao pessoal, até mesmo com animosidade intencional em relação a empresa**”. (DEJOURS; JAYET, 2014, p. 72, grifo nosso).

Nessa conjuntura, empresas possuem *icebergs* de transtornos mentais. Os dirigentes,

parte perversos, sádicos, psicóticos, dizem que as queixas referentes à saúde mental, que se dão nos consultórios médicos da empresa, não passam de lamentações dos trabalhadores, não lhes dando a atenção devida por isso; que os trabalhadores que sofrem adoecimento mental são indivíduos a serem expurgados da empresa. E, o mais grave, que o médico do trabalho que tudo isso evidencia, simplesmente cumprindo o seu dever legal, ético e moral de proteger a saúde dos trabalhadores, é tachado de estar provocando o problema. Assim, quem diagnostica a relação causal entre o trabalho e o transtorno mental do trabalhador é considerado o culpado, não os responsáveis pela definição da organização do trabalho e da gestão da empresa. Além do que, como visto, os médicos do trabalho ainda sofrem o desrespeito de terem a sua qualidade questionada pelos dirigentes empresariais e serem vistos como pessoas que intencionalmente querem prejudicar a empresa, enquanto na realidade é exatamente o contrário.

Exatamente é o que ocorre com o profissional do SESMT o que Dejours e Jayet (2014) afirmam que o trabalhador constata:

se quebro-galhos, corro o risco de ser puindo; se não o faço, corro o risco de ser acusado de falta de iniciativa. É exatamente essa injunção paradoxal, que é: causa de sofrimento, mal-entendidos, sonegação e má circulação de informações, fechamento sobre si mesmo e de desconfiança individual, sentimento de injustiça, fechamento de coletivos face a outros coletivos e de constituição de antagonismos e conflitos intequipes. [...] A fraude conduz o sujeito a uma posição psicológica extremamente

desconfortável. Estar fora da lei é por si só desagradável. Para a maioria das pessoas isso é ameaçador. [...] Estar na ilegalidade é, às vezes, tão insuportável que as pessoas, frequente ou sistematicamente, tentam se desembaraçar da responsabilidade da fraude remetendo-a ao vizinho. (DEJOURS; JAYET, 2014, p. 102-103).

Essa revelação dejouriana é essencial para se compreender os acidentes do trabalho e as doenças ocupacionais que, na realidade cotidiana dos médicos do trabalho, são visualizados pelas empresas como os culpados pelos acidentes e doenças físicas, além dos transtornos mentais, pelo fato de os evidenciarem às claras. Não se tem como prevenir acidentes com essa concepção empresarial, de considerar que o médico do trabalho deve praticar clandestinidades para proteger a empresa, sob pena de ser visto como inimigo da empresa. Assim, o bom médico do trabalho para a empresa é aquele que a defende a qualquer custo, pelas falcatruas e manipulações documentais. É preciso que a sociedade tenha conhecimento disso, para decidir, politicamente, que tipo de médico do trabalho irá permitir que uma empresa possua. Ressalta-se que o atual modelo brasileiro é fracassado, com médicos do trabalho submissos aos dirigentes empresariais, pelo medo do desemprego diante da falta da garantia provisória de emprego, e ainda assim por serem empregados, não servidores públicos do Estado, em serviço nas empresas, para, aí sim, terem total independência profissional.

A desestruturação social do trabalho, a ceifar a solidariedade e a cooperação, “os principais componentes do viver-junto no

trabalho”, desqualificando os empregos e obrigando os trabalhadores a cometerem fraudes na suas atividades, fizeram o aumento das patologias relacionadas à saúde mental do trabalho e o suicídio no trabalho. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 53).

Vejamos que até os trabalhadores que sofrem acidentes do trabalho são discriminados no meio ambiente do trabalho e doenças ocupacionais, como evidencia Edith Seligmann-Silva (2011):

Trabalhadores que sofreram acidentes passam frequentemente a sofrer discriminação e desqualificação, sob alegações geralmente mal esclarecidas e de caráter depreciativo, como a de que estariam com menor capacidade laborativa, ou de que talvez fossem desatentos e ‘propensos a acidentes’. Uma causa real, porém ocultada, seria possivelmente o fato de que a presença do acidentado poderia pôr em risco as defesas psicológicas de repressão e negação do medo, presentes no coletivo dos trabalhadores. Os portadores de doenças decorrentes do trabalho sofrem, em geral, a mesma discriminação. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 228).

Assume essa realidade uma óptica nefasta, visto que os acidentados e doentes são discriminados quando do retorno do trabalho, mesmo que com capacidade para o trabalho e, muitas vezes, pelos seus próprios superiores, em uma estratégia de desqualificação dos que sofrem acidentes.

Em face disso, a OMS (2010) assinala as consequências dos trabalhos precários:

Maus resultados de saúde mental estão associados ao emprego precário

(por exemplo, trabalho informal, contratos a termo incerto e trabalho a tempo parcial) (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). Os trabalhadores que sentem precariedade no seu trabalho sofrem efeitos adversos significativos na sua saúde física e mental (Ferrie et al., 2002). [...] A falta de qualidade de trabalho pode afetar a saúde mental tanto quanto a perda de trabalho (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 77).

Edith Seligmann-Silva (2011) destaca acerca de aspectos que podem ser considerados biopsicossociais que envolvem os portadores de transtorno mental e o determinante social trabalho, declarando que:

A discriminação dos ‘nervosos’ emerge, assim, como um outro fato de superexploração vinculado à desqualificação. Pessoas estigmatizadas como ‘desviantes’, especialmente após hospitalizações psiquiátricas, encontram dificuldades para serem aceitas no mercado formal de trabalho e frequentemente são exploradas em subempregos ou, mesmo, em trabalhos não pagos ou subremunerados, prestados a familiares. Algumas empresas, ao receberem de volta empregados que passaram por hospitalização psiquiátrica, os recolocam em postos de trabalho desqualificantes. [...] Alessi identificou que, em pessoas marginalizadas que viviam uma situação de ‘rotulação psiquiátrica’, a desqualificação desempenhava importante papel na dinâmica social vinculada à produção de comportamentos que conduzem a essa rotulação.”. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 227-228).

Pelo que se examina, os que sofrem de transtornos mentais, relacionados ao trabalho, encontram dificuldades de se recolocarem no mercado de trabalho, sendo submetidos a trabalhos precários e subempregos, o que pode agravar ainda mais sua condição mental, com repercussão por toda a vida.

Christophe Dejours e Christian Jayet (2014, p. 89-90) indicam as expressões diretas do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores, que os levam a “atitudes agressivas, medo de boatos, sentimento de não reconhecimento dos méritos específicos, vivência de injustiça, destruição da confiança recíproca entre trabalhadores; desenvolvimento de um individualismo, o fechamento de cada um em sua esfera privada etc”. Já as defesas contra esse sofrimento são evidenciadas quando o trabalhador se “desvencilha das responsabilidades, a adotar a conduta de ‘cada um por si’, à desconfiança sistemática, em enfrentar o sofrimento no silêncio e só verbalizá-lo no consultório médico, recusar a cumprimentar os colegas, denunciar outros grupos de incompetentes no trabalho, etc”. (DEJOURS; JAYET, 2014, p. 90-92).

A realidade evidencia que ampla parcela das empresas propositadamente não tem interesse de criar um ambiente de trabalho saudável na seara mental dos trabalhadores, pois adota conscientemente a gestão pelo medo. Destaca Christophe Dejours (1992, p. 96) que “a erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável à produção. O sofrimento mental parece como intermediário necessário à submissão do corpo”.

Destaca Dejours (1992, p. 102-113) que

a empresa busca de forma dolosa a exploração do sofrimento dos trabalhadores, como forma de aumento da produção do trabalho; assim como explora a ansiedade dos trabalhadores, pois o “medo é também um instrumento de controle social na empresa”. Há uma desolação nos trabalhadores, em parte promovida pelas avaliações individualizadas de desempenho, que ocasiona concorrência entre os colegas de trabalho e deslealdade (DEJOURS, 2008, p. 80).

Não se trata de repelir as avaliações e o controle de qualidade, mas de amplificá-los “[...] aos próprios avaliadores, para que fosse feita por pesquisadores com qualidades específicas para realizá-la, pesquisadores que saberiam ajudar e não punir as pessoas avaliadas, que saberiam treinar e estimular os profissionais em vez de desencorajá-los e desmoralizá-los. (CHAMPAGNE, 2008, p. 16)

O sofrimento acarreta o desenvolvimento de estratégias defensivas, individuais e coletivas, de proteção, adaptação ou exploração, acabando por se tornar uma ideologia defensiva, fruto de uma alienação.

Dejours (2008) reflete acerca das estratégias de defesa contra o sofrimento:

O trabalho também provoca uma série de sofrimentos em razão de constrangimentos deletérios, como os constrangimentos de cadências ou de qualidade; os constrangimentos sociais da dominação, injustiça, desprezo, humilhação; as exigências de usuários e clientes – eventualmente sua violência, um vez que esta entrou na ordem do dia. Trabalhar é também suportar esse sofrimento. Isso faz parte do trabalho. Para tanto, os agentes constroem estratégias coletivas e individuais de defesa que fazem parte, sem sombra

de dúvida, do trabalho efetivo. Mas todas essas estratégias, mesmo sendo custosas e pacientemente construídas pelos agentes, têm a propriedade de ter um funcionamento inconsciente. (DEJOURS, 2008, p. 50).

Deve-se adotar um protocolo para prevenção e investigação de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT). Para tanto, cabível apurar os riscos ocupacionais de cada local de trabalho, com a participação ativa dos trabalhadores. Nesse ínterim, devem ser levantados todos os riscos ocupacionais: físicos, químicos, biológico, ergonômicos e de acidentes, com destaque para os riscos químicos, que podem estar ocasionando intoxicações neurotóxicas e para os de natureza psicossocial.

O Protocolo de Investigação do Nexo Causal dos TMRT, proposto por Duílio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 132-137), é um importante instrumento para compreensão dos riscos que possam gerar danos à saúde mental dos trabalhadores, ao investigar os riscos de natureza ocupacional relacionados à empresa e ao trabalhador (envolvendo o seu grau de relacionamento com colegas e chefia; grau de satisfação e realização no trabalho); os riscos de natureza social; os riscos de natureza psíquica, os episódios de TMRT atuais e anteriores e os principais indicadores de transtornos para a saúde mental relacionados aos riscos psíquicos. Adverte-se, todavia, que a aplicação do protocolo é operador-dependente; então, deve ser aplicado e registrado por um profissional com independência profissional completa, em relação ao empregador, e imparcial, para evitar que seja usado inadvertidamente como meio de culpabilidade do trabalhador desolado.

É importante estabelecer um equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada. Nesse sentido a OMS (2010) apontou que:

Reconhece-se crescentemente que o excesso de trabalho e conseqüente desequilíbrio entre a vida profissional e a vida privada tem efeitos negativos para a saúde e o bem-estar (Felstead et al., 2002). Reequilibrar o trabalho e a vida privada exige apoio legislativo e relativo às políticas do governo, que permitam que os pais tenham o direito de tomar conta dos seus filhos, e a garantia de cuidados às crianças independentemente da capacidade financeira, para além de benefícios como horário de trabalho exível, férias pagas, licença de maternidade e paternidade, emprego partilhado e licença prolongada (Lundberg et al., 2007). Este tipo de políticas já começou a ser implementado, sobretudo em países de rendimento elevado. Os trabalhadores informais, como acontece com outras legislações de protecção, são excluídos destes benefícios. É chegado o momento dos governos, com a participação dos trabalhadores, tanto formais como informais, desenvolver incentivos para promoção das políticas de equilíbrio de vida profissional e privada apoiar e políticas de protecção social, que incluam mecanismos claros para financiamento e responsabilização. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 85).

Determina a OMS (2010, p. 89) que “[...] a informação existente sugere a necessidade de expansão do alcance da SHST [Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho] para inclusão do *stress* relacionado com o trabalho e comportamentos prejudiciais”.

Sobressai que os agentes patogênicos e os sintomas psiconeurológicos não são somente os relacionados com riscos psicossociais, mas também de substâncias químicas e até de ruído, conforme Quadro VIII, o que indica a necessidade de investigação.

#### Quadro I – Agentes Patogênicos e Sintomas Psiconeurológicos

Agentes Patogênicos	Sintomas Psiconeurológicos
Benzeno	Delírio, excitação e depressão, embriaguez, desorientação
Chumbo	Alucinações, excitação e depressão, insônia, convulsão, coma
Manganês	Riscos impulsivos, tremores, hipomímica facial, queixas sensoriais
Mercúrio <sup>1</sup>	Alucinação, excitação e depressão, paralisia
Monóxido de carbono	Tetania, embriaguez, cefaleia, paralisia, coma
Sulfeto de carbono	Cefaleia, coma
Ruído	Estresse, instabilidade neurovegetativa (distúrbios digestivos), estado de angústia, distúrbios psíquicos, aumento de depressão.

Fonte: CAMARGO et. al., 2010, p. 140.

1 No Brasil, o Decreto Legislativo n° 99/2017 Brasil aprovou o texto da Convenção de Minamata sobre Mercúrio, com o objetivo de “proteger a saúde humana e o meio ambiente das emissões e liberações antropogênicas de mercúrio e de compostos de mercúrio”. (BRASIL, 2017a)

Quanto ao estresse ocupacional, definem Dúlio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 60) que:

o estresse ocupacional pode influenciar o comportamento, desencadeando ou agravando o absenteísmo, a drogadição, os distúrbios do sono, o tabagismo e o consumo de cafeína. Além disso, pode levar a alterações dos sistemas musculoesqueléticos, vegetativo (autônomo), endocrinológico e imunológico. (CAMARGO et. al, 2010, p. 60)

Detemina a Organização Mundial da Saúde (2010) que:

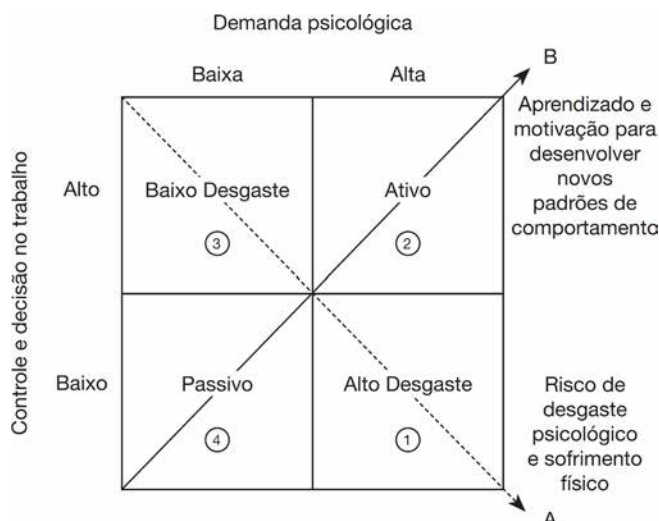
O stress no trabalho está ligado a um aumento de 50% do risco de aterosclerose coronariana (Marmot, 2004; Kivimäki et al., 2006) e existem provas consistentes segundo as quais a elevada exigência no trabalho, baixo nível de controle e desequilíbrio entre esforço e recompensa são fatores de risco para problemas de saúde mental e física (Stansfeld & Candy, 2006). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 78).

Assim, são diversas as repercussões decorrentes dos estressores mentais, podendo atingir além do aparelho psíquico. Há casos de morte pelo excesso de trabalho (*karoshi*)<sup>11</sup>, em uma morte súbita pelos estressores ocupacionais físicos e/ou psíquicos.

11 Esclarece a Enciclopédia de Saúde e Segurança no Trabalho da Organização Internacional do Trabalho que “Karoshi é uma palavra japonesa que significa morte por excesso de trabalho. Este fenômeno foi inicialmente reconhecido no Japão”, e que uma análise de ocorrências apontou que “os casos de karoshi eram de trabalhadores entusiasmados e dedicados, então eles tenderam a esquecer sua necessidade de descanso periódico, e até mesmo a necessidade de atenção médica”. (HARATANI, 1998, p. 5.20).

O modelo Demanda-Controle de Karasek (Figura 8) é uma teoria para esclarecer o estresse no trabalho que se baseia na demanda psicológica e na demanda do controle e tomada de decisões no trabalho.

**Figura 1 - Modelo Demanda-Controle de Karasek**



Fonte: PEREIRA et. al (2014).

Esclarecem Dúlio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 58) que:

a carga de trabalho, quando demasiado baixa, pode levar o trabalhador a uma hipoprosexia (diminuição da atenção), a aborrecer-se e perder a motivação. Em contrapartida, exigências demasiadamente elevadas acabam acarretando uma fragmentação dos processos cerebrais e deterioração da capacidade de julgamento. (CAMARGO et. al, 2010, p. 58).

Tal modelo é condizente ao determinar a capacidade do sujeito de controlar as exigências no trabalho. O modelo envolve a apuração da demanda psicológica e da latitude da decisão, sendo classificadas como:

**Demanda psicológica:** reflete quão duro o indivíduo trabalha, inclui a presença de prazos-limite, o esforço mental e o estímulo necessário ao cumprimento da tarefa, ou a coordenação de cargas, estressores provenientes de conflitos interpessoais, medo de perder o emprego e de obsolescência, turnos alternados.

**Latitudes de decisão:** refere-se à habilidade do trabalhador de controlar suas atividades e usar as habilidades. Inclui dois componentes: autoridade da tarefa (autonomia) e discricção de habilidade (controle sobre o uso das habilidades). (GLINA, 2014, p. 10, grifo nosso)

Conforme a teoria, o trabalho pode ser classificado de quatro formas: baixo desgaste, trabalho passivo; alto desgaste e trabalho ativo. Assim, é possível conferir que trabalhadores com altas demandas psicológicas e baixo controle e decisão no trabalho são mais propensos a desenvolverem sofrimento psíquico e físico, estando em alto desgaste<sup>12</sup>.

O trabalho passivo leva a prejuízos a saúde mental do trabalhador, quando se tem uma baixa demanda psicológica concomitante

12 A Declaração de Luxemburgo sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia, atualizada em 2007, reconhece a dicotomia do trabalho para a saúde: "O local de trabalho influencia a saúde e a doença de várias formas. O trabalho pode provocar alterações da saúde quando os trabalhadores exercem atividades em condições lesivas para a saúde, se as capacidades individuais disponíveis são inadequadas, ou se o suporte mútuo dos colegas é insuficiente. Mas, no entanto, o trabalho pode ser fonte de desenvolvimento pessoal e reforçar as competências e as capacidades individuais". Ainda, indica que um dos princípios de uma empresa deve ser instituir "códigos de conduta e diretrizes da empresa que vêem os funcionários não como fatores de custo, mas como fatores de sucesso importantes". (UNIÃO EUROPEIA, 2007)

com um baixo poder de controle e decisão no trabalho. E, certas vezes, o assédio ao trabalhador é promovido obrigando-se este a se deslocar para um trabalho passivo, desmotivado.

Um trabalho ativo permite aprendizado e motivação, decorrentes de sua demanda psicológica alta (com moderação) e também o controle no trabalho.

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima revisão, (CID-10), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), é a seguinte, a classificação geral dos transtornos mentais e de comportamento: (F00-F09) transtornos mentais orgânicos, inclusive os somáticos; (F10-F19) transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; (F20-F29) esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; (F30-F39) transtornos do humor; (F40-F48) transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; (F50-F59) síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos; (F60-F69) transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; (F70-F79) retardo mental; (F80-F89) transtornos do desenvolvimento psicológico; (F90-F98) transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência; (F99) transtorno mental não especificado. (OPAS/OMS, 2003, p. 303).

Cabe uma análise dos principais transtornos citados: os transtornos mentais orgânicos (F00-F09) são caracterizados pela

existência de uma doença, lesão cerebral ou outra afecção que justifique a disfunção cerebral; os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10-F19) são definidos como transtornos relacionados à intoxicação e uso nocivo de substâncias psicoativas, como álcool, canabinoides, cocaína, tabaco, uso de solventes voláteis, múltiplas drogas e outras substâncias; a esquizofrenia, transtornos delirantes, outros (F20-F29) têm como considerações gerais serem qualificados por sintomas alucinatorios, delirantes, modificações do comportamento, sem lesão cerebral comprovada; os transtorno de humor (F30-F39) são especificados por alterações do humor e afetos, como transtorno afetivo bipolar, mania, depressão, transtornos depressivos, transtornos persistentes do humor; os transtornos mentais neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48) são descritos por sintomas ansiosos, depressivos, fóbicos, obsessivos-compulsivos, dissociativos e somatoformes; as síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos (F50-F59) têm predomínio de desordens de alimentação, sono, função sexual, puerpério e outros; os transtornos de personalidade (F60-F69) são definidos por padrões de comportamento permanente, sendo os principais tipos de personalidade a paranoide, esquizoide, antissocial, emocionalmente instável, histriônica, anancástica, ansiosa e dependente. (CAMARGO et. al., 2010, p. 23-29).

O CID-10 ainda especifica fatores que influenciam o estado de saúde e o contato dos serviços de saúde, como nítida repercussão no mundo do trabalho, especificados entre os códigos Z00-Z99. São exemplos destes: Z56



– problemas relacionados com o emprego e com o desemprego, entre eles o 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 (Z56.4); má adaptação ao trabalho (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6); outros problemas e os não especificados relacionados com o emprego (Z56.7); Z57 – exposição ocupacional a fatores de risco, entre eles o ruído (Z57.0); radiação (Z57.1); poeira (Z57.2); outros contaminantes do ar (Z57.3); agentes tóxicos na agricultura (Z57.4); agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5); temperaturas extremas (Z57.6); vibração (Z57.7); outros fatores de risco (Z57.8); fator de risco não especificado (Z57.9); Z58 – problemas relacionados com o ambiente físico; Z59 - problemas relacionados com a habitação e com as condições econômicas, entre outros a baixa renda (Z59.6); seguro social e medidas de bem-estar social insuficientes (Z59.7); Z60 – problemas relacionados com meio social, entre eles por exclusão e rejeição sociais (Z60.4); discriminação e perseguição (Z60.5); Z65 – problemas relacionados com outras circunstâncias psicossociais; Z73 – problemas relacionados com a organização do modo de vida, entre eles o esgotamento (Z73.0), falta de repouso e de lazer (Z73.2); “stress” não classificado em outra parte (Z73.2); habilidades sociais inadequadas (Z73.4); conflito sobre o papel social (Z73.5); limites impostos às atividades por invalidez (Z73.6); outros problemas relacionados com a organização do modo de vida (Z73.8). (OPAS/OMS, 2003, p. 1077-1125).

O Manual de Procedimentos para os

Serviços de Saúde sobre Doenças Relacionadas ao Trabalho, do Ministério da Saúde (2001), apresenta, entre outras doenças, as referentes a transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, reconhecendo que assim são: demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); *delirium*, não sobreposto a demência (F05.0); transtorno cognitivo leve (F06.7); transtorno orgânico de personalidade (F07.0); transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09); alcoolismo crônico relacionado ao trabalho (F10.2); episódios depressivos (F32); estado de estresse pós-traumático (F43.1); neurastenia (inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0); outros transtornos neuróticos, incluindo “neurose profissional”; transtorno do ciclo vigília-sono, devido a fatores não orgânicos (F51.2) e sensação de estar acabado (síndrome de *burnout*, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 161-194).

Deve-se discernir entre as síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho (SPORT) e as síndromes psiquiátricas não orgânicas relacionadas ao trabalho (SPNORT). A primeira é referente a distúrbios que têm como desencadeador agentes neurotóxicos<sup>13</sup> ou consumo excessivo de bebidas alcólicas. (CAMARGO et. al., 2010, p. 41).

Segundo a Lista B do Decreto n° 3.048, de 6 de maio de 1999 (Quadro IX), e a Portaria de Consolidação n° 5/2017, do Ministério da Saúde, os agentes etiológicos mais

13 Neste grupo das intoxicações ocupacionais se classificam as doenças profissionais, em que o trabalho é causa necessária e há o nexo com o trabalho.

frequentes nos locais de trabalho que possam causar SPORT são o manganês; brometo de metila; sulfeto de carbono; tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos, chumbo; tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos, além de mercúrio e seus compostos tóxicos.

Diante dessa condição, a primeira análise a ser realizada em caso de trabalhador apresentando suposto transtorno mental e do comportamento relacionado com o trabalho, antes de adentrar na apuração de riscos psicossociais, é a averiguação dos riscos de natureza orgânica a que está exposto, a exemplo dos referidos agentes neurotóxicos.

**Quadro 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 e outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H <sub>2</sub> 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)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</li> <li>2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII)</li> <li>3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</li> <li>6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</li> <li>7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</li> <li>8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</li> </ol>
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)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</li> <li>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</li> <li>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</li> <li>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</li> <li>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</li> </ol>

<p>V - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</li> <li>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</li> <li>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</li> <li>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</li> <li>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</li> </ol>	<p>VIII - Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</li> </ol>
<p>VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</li> <li>2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</li> </ol>	<p>IX - Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</li> <li>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</li> <li>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</li> <li>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</li> <li>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</li> </ol>
<p>VII - Episódios Depressivos (F32.-)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III)</li> <li>2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)</li> <li>4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)</li> <li>5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)</li> <li>6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)</li> <li>7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)</li> </ol>	<p>X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8)</p>	<p>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)</p>

<p>XI - Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)</p>	<p>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)</p>
<p>XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)</p>	<p>1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor com dados extraídos da Lista B do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

Quanto às SPNORT não são derivadas de intoxicações por agentes neurotóxicos ou por lesões cerebrais. As SPNORT são as mais conhecidas doenças de natureza psiquiátrica relacionadas ao trabalho, pois estão vinculadas às condições de trabalho, à organização do trabalho e aos conflitos no trabalho.

Dispõem Duílio Antero de Camargo et. al. (2010) como estressores psicossociais do trabalho:

Excesso de atividades, pressão de tempo e trabalho repetitivo; Conflito de papéis entre subordinados e superiores; Falta de apoio social, por parte da chefia, colegas e família; Estressores físicos: produtos químicos, ruídos, altas temperaturas e outros; tecnologia de produção em série e processos de trabalho extremamente automatizados; trabalho em turnos. (CAMARGO et. al., 2010, p. 58-59).

Destaca Dejours (2008) uma realidade

francesa:

[...] todos os profissionais de saúde – a começar pelos médicos do trabalho – estão de acordo em um ponto: as patologias mentais ligadas ao trabalho não param de crescer e essa evolução é indissociável do impacto no trabalho provocado pelas novas formas de avaliação e gestão que foram introduzidas há cerca de quinze anos na França. (DEJOURS, 2008, p. 80).

Com a evolução da proteção à saúde e segurança dos trabalhadores, nos processos industriais, reduziram-se as SPORT; mas com a precariedade no trabalho e o aumento de conflitos, ampliaram-se as SPNROT atualmente pelos trabalhadores com os referidos estressores acima.

### 3 Síndrome de *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* (SB) foi inicialmente manifestada em 1970 e é definida pela literatura como uma combinação de exaustão emocional (falta de energia), despersonalização (falta de sensibilidade e distrato às pessoas) e baixa realização pessoal (diminuição do sentimento de competência) causada pelo estresse ocupacional crônico. (MASLACH; JACKSON, 1986).

Seu surgimento técnico foi oriundo de estudos na tentativa de se descobrir os fatores envolvidos no adoecimento dos profissionais de saúde, “pois essa é uma categoria profissional que reconhecidamente possui alto risco de adoecimento mental”. (CODO; LAGO, 2010, p. 179).

Destacam Duílio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 67) que o *Burnout* é vinculado

a “[...] uma exposição contínua a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho”. Para seu diagnóstico, além do exame clínico, pode-se utilizar uma escala de avaliação específica: a *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

É reconhecida pela OPAS/OMS no CID-10, pelo código Z73.0 (esgotamento), definido como um estado de exaustão vital, fator que influencia o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, podendo um trabalhador de qualquer profissão sofrer da referida síndrome que é mais comum em trabalhadores que têm contato de forma direta e contínua com outras pessoas.

Sair do local de trabalho não significa necessariamente sair do trabalho, visto que o trabalhador continua submerso pelos assuntos do trabalho. Dejours (2008, p. 65) destaca que no meio hospitalar já se comprovou “[...] a dificuldade encontrada em especial pela equipe de enfermagem para deixar de pensar em seus pacientes quando saem do hospital”.

Tais condições reveladas agravam a degeneração da saúde mental dos profissionais de saúde que têm contato cotidiano com pessoas doentes em ambiente hospitalar, principalmente quando do setor oncológico e de cuidados paliativos. Nessas profissões é essencial que o empregador desenvolva estratégias coletivas para prevenção dos riscos psicossociais, com programas de qualidade de vida que envolvam a espiritualidade, com livre arbítrio do trabalhador para sua participação.

Os aspectos epidemiológicos do *Burnout* revelam que professores são afetados em razão da desvalorização profissional, assim como médicos, enfermeiras, dentistas. (CAMARGO et. al., 2010, p. 68).

E a SB tem interconexão com demais

transtornos. Trata Dejours (2008) da interligação entre as doenças osteomusculares e as ordem psíquica:

Entre as patologias de sobrecarga, os distúrbios osteomusculares trazem questões muito interessantes do ponto de vista da etiologia, isto é, dos processos fisio-patológicos e psicopatológicos subjacentes: **o burn-out, o Karôshi (morte súbita, descrita no Japão)**, mas também o uso de remédios, as toxicomanias – boa parte dos toxicomânicos, principalmente entre os executivos, tem relação com a sobrecarga do trabalho – e, evidentemente, as depressões. (DEJOURS, 2008, p. 81, grifo nosso).

Cabe destacar a despersonalização na SB, definindo Klayne Leite de Abreu (2002) como:

[...] o resultado do desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, por vezes indiferentes e cínicas em torno daquelas pessoas que entram em contato direto com o profissional, que são sua demanda e objeto de trabalho. Num primeiro momento, é um fator de proteção, mas pode representar um risco de desumanização, constituindo a dimensão interpessoal de *burnout*. (ABREU et. al., 2002).

Ainda sobre o referido componente na SB, destacam Cristiane da Rosa e Mary Sandra Carlotto (2005) que “a despersonalização faz com que o profissional passe a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos, de maneira que pode desenvolver insensibilidade emocional”.

Os supracitados excertos demonstram que esse trabalhador frustrado desenvolve

o componente da despersonalização que é sentido não somente pelos seus colegas de trabalho, mas, especialmente, pelas pessoas que ela tem contato e são seu objeto de trabalho. Assim, professores tornam-se desumanizados com seus alunos; médicos(as), enfermeiros(as), técnicos de enfermagem tornam-se desumanizados com seus pacientes; secretárias tornam-se desumanizadas com os clientes. Logo, para quem deveriam prestar melhor tratamento e atenção, por ser o seu objeto de trabalho, o qual lhe possibilita ter o sustento financeiro e o seu trabalho, é onde depositam seu cinismo e um conjunto de atitudes más com a intenção de prejudicar o próximo.

O trabalhador com despersonalização transmuda-se num inimigo do seu objeto de trabalho, muitas vezes prejudicando-o deliberadamente, para atender a interesse ou sentimento pessoal. Nessa perspectiva, o risco psicossocial do trabalho não atinge somente os trabalhadores, mas é sentido por toda a coletividade que se acostumar a receber o pior de cada um.

E essa coletividade, por exemplo, são os pacientes de médicos em hospitais e ambulatorios, que sofrem violência simbólica e verbal, violência obstétrica, erro médico, inclusive com mortes e graves sequelas. Entre os médicos não é incomum sofrerem de despersonalização, tratando os pacientes como objetos, sem sensibilidade pela sua doença, fragilidade e condição.

Entende Wanderley Codo e Kennyston Lago (2010, p. 68) que “o componente emocional da empatia refere-se à habilidade de perceber os estados emocionais internos e subjetivos de outra pessoa. Dito de outra

forma, sentir o que os outros estão sentindo”. A falta de empatia entre os seres humanos vem arruinando a tessitura social, cada vez mais marcada pela rivalidade entre as pessoas, desconfiança mútua e a banalidade do mal.

Nesses exemplos evidencia-se claramente o risco para todos diante de um risco ocupacional psicossocial, pelo que “[...] os clientes mal atendidos arcam com prejuízos emocionais, físicos e financeiros, que podem, por sua vez, estenderem-se aos seus familiares e até ao seu ambiente de trabalho”. (TRIGO, 2014, p. 169).

A Síndrome de *Burnout* é reconhecidamente um transtorno relacionado ao trabalho, pelo Decreto nº 3.048/1999 - Listas A e B, e pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 do Ministério da Saúde, sendo os agentes etiológicos determinados no Decreto: ritmo de trabalho penoso (Z56.3); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6).

Deve-se acrescentar, a título de debate, que não é unânime o entendimento científico de que a Síndrome de *Burnout* seja um diagnóstico médico próprio, podendo não ser assim uma categoria nosológica. Acreditam Renzo Bianchi *et. al.* (2015) que “o estado atual da ciência sugere que o *burnout* é uma forma de depressão do que um tipo de patologia diferenciado”, fundamentando sob os seguintes argumentos: “a base sobre a qual a construção de *burnout* se sente é tênue; o desgaste se sobrepõe substancialmente com a depressão; a estrutura tridimensional da síndrome de *burnout* não é realista; o simples fato de definir o *burnout* como relacionado ao trabalho não é nosologicamente discriminante”.

Diante do exposto, evidencia-se a

divergência na literatura científica quanto à categoria nosológica da SB, indicando que mais estudos médicos são necessários. De todo modo, um eventual futuro entendimento no sentido exarado pelos supracitados autores não permite considerar que os trabalhadores que a sofrem não estejam necessitando de atenção médica ou que não seja relacionada ao trabalho, diante de que, ainda assim, seria uma forma de depressão relacionada ao trabalho, com nexos causal ou concausal reconhecido.

Cabe ainda pontuar a existência da “fadiga por compaixão”, que é diversa da SB, resultado da exposição crônica à dor e ao sofrimento, promovendo o estresse por compaixão, que desemboca na fadiga por compaixão, prevalente nos profissionais da saúde. Esclarecem essa diferenciação entre doenças Wanderley Codo e Kennyston Lago (2010):

O Burnout trata de uma síndrome que afeta aqueles trabalhadores que lidam com algum tipo de clientela; trata da dinâmica do trabalho dos ‘cuidadores’, ou seja, toda e qualquer atividade que está ligada à prestação de algum serviço. Tais atividades englobam desde o trabalho da recepcionista até o do professor. Já a Fadiga por Compaixão refere-se a uma síndrome que atinge aqueles trabalhadores que lidam, não com qualquer clientela, mas com pessoas em sofrimento e que necessitam de socorro. Assim, a Fadiga por Compaixão trata da dinâmica do trabalho dos ‘socorristas’, englobando toda e qualquer atividade ligada à prestação de serviços de ajuda/socorro. (CODO; LAGO; 2010, p. 180).

Asseveram os supracitados autores que

se deve alcançar a “satisfação por compaixão”, sendo que “[...] o ato de ajudar é algo que permeia todas as religiões e está fortemente enraizado como um dos símbolos mais claros de que uma pessoa possui uma ‘boa alma’, levando a pessoa a ter empatia e compaixão por quem lida no seu trabalho. (CODO; LAGO, 2010, p. 199).

A precarização das condições de trabalho, em panorama mundial e sobretudo nos Estados Partes do MERCOSUL, juntamente com o desamor das pessoas pelas outras, apresenta sinais de que a Síndrome de *Burnout* e a Fadiga por Compaixão cada vez mais serão uma realidade entre os trabalhadores, diante do agravamento das dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

#### 4 Depressão

Definem Duílio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 60) que “a depressão é caracterizada pela presença de humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida, levando ao fadigamento aumentado baixa autoestima, alterações do sono e do apetite”.

Vêm crescendo vertiginosamente o estresse e a depressão no meio ambiente de trabalho. Como visto alhures, são duas as naturezas dos riscos ocupacionais que podem estar relacionados com a depressão: os de ordem orgânica e os relacionados a fatores psicossociais, sendo que os primeiros podem ser decorrentes de intoxicação por neurotóxicos manipulados nos locais de trabalho, como as substâncias delimitadas no Quadro IX.

Já quanto aos fatores psicossociais relacionados a trabalho, são exemplos: “decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes; exigências excessivas

de desempenho geradas pelo excesso de competição; ameaças de perda do lugar na hierarquia da empresa; perda do posto de trabalho; demissão; situações de desemprego prolongado”. (CAMARGO et. al., 2010, p. 61).

O diagnóstico de depressão, positivo ou negativo, deve ser realizado de maneira objetiva, principalmente quando de exames periciais, para evitar-se que o subjetivismo do perito deixe contaminar a análise por suas convicções pré-concebidas.

Para tanto, são os testes recomendados para o diagnóstico da depressão: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), o teste de Rorschach, o teste de apercepção temática (TAT), o teste de Zulliger, o teste de Bender e o HTP (teste da casa, árvore, pessoa)”. E, entre as escalas para averiguação, são os principais: “inventário de depressão de Beck (BDI), a escala de autoadministração de Zung e a escala de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D)”. (CAMARGO et. al., 2010, p. 61-62).

Desse modo, o trabalhador, tanto no campo administrativo, dentro da empresa e na perícia da previdência, bem como no âmbito judicial tem o direito de ter sua doença avaliada com critérios científicos. Não é aceitável que o médico do trabalho da empresa, o perito previdenciário e o perito judicial tomem a conclusão a partir do ponto de vista pessoal no sentido de que determinado trabalhador não possui depressão, mesmo sem realizar os exames acima expostos e ainda mais quando o trabalhador apresenta relatórios médicos comprobatórios, receituários e medicamentos em uso psiquiátrico.

Verifica-se que tais condições ainda existem, diante da psicofobia que os

trabalhadores com transtornos de ordem mental sofrem, pela estigmatização dos transtornos mentais, até mesmo pelos profissionais da saúde, que tentam associar os transtornos mentais, no local de trabalho, a supostas simulações dos trabalhadores; ou que são “pessoas fracas”, que buscam ganhos secundários, uma condição recorrente que são dramas pessoais; que possuem problemas na vida privada, em uma tentativa dos zelosos colaboradores do mal de proteger a empresa, ao invés de investigarem os fatores de risco orgânico e psicossociais a que o trabalhador está exposto, que são sempre silenciados.

A tentativa reiterada do empregador é de promover um abafamento dos transtornos mentais relacionadas ao trabalho, pelo receio da apresentação de novos casos em outros trabalhadores. Em verdade, nessas situações o que pode ocorrer é o *iceberg* de transtornos mentais emergir, evidenciando o sofrimento mental dos trabalhadores. E a empresa tenta com colossal potência manter esse *iceberg* submerso, para afastar a evidência donexo causal ou concausal, pelo silêncio, omissão, fraude e clandestinidade, quando deveria investir eficazmente em programas de prevenção de transtornos mentais e programas de qualidade de vida, dando suporte imediatamente aos casos de adoecimento mental no trabalho, para evitar catástrofes.

Nessa trajetória, os trabalhadores demoram para buscar tratamento psicológico e psiquiátrico e agravam sua condição mental, pois o serviço médico da empresa não lhe ampara; ao contrário, degenera-se ainda mais, diante de que um trabalhador com episódio de depressão leve, mal assessorado, pode evoluir para grau moderado e grave.



## 5 Transtorno do Estresse Pós-traumático

Casos em que trabalhadores sofrem de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) vêm-se ampliando no mundo do trabalho, o que requer atenção, também, dos aplicadores do Direito.

Dispõem Duílio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 62) que “este transtorno é caracterizado pela sensação de entorpecimento, embotamento emocional, anedonia e principalmente pelos episódios de repetidas vivências do trauma, sob a forma de memórias intrusas (*flashbacks*)”.

O TEPT pode conjuntamente estar associado a sintomas de depressão e ansiedade. Dispõe a OPAS/OMS (2003, p. 337) que “em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F62.0)”, impondo, portanto, atenção especial do serviço médico da empresa e dos seus dirigentes.

Situações no trabalho que podem provocar o TEPT como eventos estressores são, por exemplo: assalto à mão armada e outras situações de ameaça à vida; testemunho pessoal de um acidente de trabalho grave ou fatal; vivência de um acidente de trabalho grave; acompanhamento frequente de pessoas acusadas de furto para prestar depoimento à delegacia como responsável pela empresa recebendo ameaças de morte; violência sexual, entre outros.

“Os sintomas geralmente se manifestam

dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 276). Tal evidência médico-científica deve ser de ciência, pelos aplicadores do Direito, do reconhecimento do nexos causal ou concausal entre o evento estressor ocorrido no trabalho e o aparecimento de sintomas, que pode ocorrer mesmo após anos, com uma expressão tardia do TEPT para preencher integralmente os critérios de diagnóstico.

Já no que tange à duração dos sintomas do TEPT<sup>14</sup> “[...] também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 276).

Novamente se faz necessária a instrução dos juristas em considerar que a duração dos sintomas pode ser bastante longa, diante de um estressor originado no trabalho da vítima.

Quanto ao risco de suicídio do trabalhador, assinala-se que o “TEPT está associado à ideação suicida e tentativas de suicídio, e a presença do transtorno pode

14 São escalas auxiliares para o diagnóstico de TEPT, além da anamnese e do exame mental: “Escala de avaliação de TEPT administrada pelo clínico ou *Clinician Administered TEPT Scale* – CAPS (Blake, 1990), *Impact of event scale (IES)*; *Mississippi Rating Scale for Combat Related PTSD* e *MISS – Civilian Version*; *Significant Others Scale – SOS*, [...] Questionário de Sequelas do Trauma (QST)”. (CAMARGO et. al., 2010, p. 63).

indicar quais indivíduos com essa ideiação acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometer suicídio”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 278).

À vista disso, deve-se aclarar os riscos psicossociais no ambiente de trabalho para prevenção do TEPT, que pode ocasionar até mesmo o suicídio da vítima. Ressalta-se que, conforme o Quadro IX, o TEPT é reconhecidamente um transtorno mental relacionado ao trabalho, pela Decreto n° 3.048/1999, pela Portaria de Consolidação n° 5/2017 do Ministério da Saúde e expressamente pela Recomendação 194 da OIT.

## 6 Trabalho e suicídio

O suicídio<sup>15 16</sup> do trabalhador também

15 “No Brasil, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) apontam que, por ano, 11 mil pessoas tiram a própria vida. O suicídio já é a quarta maior causa de morte de jovens entre 19 e 29 anos e a terceira maior entre homens dessa faixa etária no país. [...] idosos de 70 anos ou mais apresentaram as maiores taxas de mortalidade por suicídio: 8,9 casos para cada 100 mil habitantes, sendo a taxa geral de 5,5 por 100 mil habitantes de 2011 a 2016 no país”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, p. 11).

16 A Organização Mundial da Saúde (2014) anuncia que “estima-se que 804.000 mortes por suicídio ocorreram em todo o mundo em 2012 [...] Em países mais ricos, três vezes mais homens morrem de suicídio do que as mulheres, mas, nos países de baixa e média renda, a relação entre homens e mulheres é muito menor em 1,5 homens para cada mulher. [...] Em alguns países, as taxas de suicídio são mais altas entre os jovens e, globalmente, o suicídio é a segunda principal causa de óbito entre 15 a 29 anos. [...] A ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos de suicídio mais comuns em todo o mundo. [...] Restringir o acesso aos meios de suicídio é um elemento-chave dos esforços de prevenção do suicídio. No entanto, significa políticas de restrição (como limitar o acesso a pesticidas e

tem contornos de uma sociedade de risco, que envolve a todos. Como exemplo, destaca-se o caso do voo Germanwings 9525 (uma empresa aérea de baixo custo do Grupo Lufthansa), em 2015, que partiu da Espanha, com destino à Alemanha, e caiu matando todos os 144 passageiros e 6 integrantes da tripulação, por uma atitude intencional do copiloto, conforme investigação oficial do Ministério Público de Düsseldorf (2017), sendo que o trabalhador copiloto já havia passado por consulta em aproximadamente 40 médicos, incluindo psiquiatras, sem conhecimento por parte da empresa, pelo receio de os médicos serem processados por quebra do sigilo médico. A repercussão mundial fez com que fossem alterados os regulamentos de aviação em diversos países<sup>17</sup>.

Já na França, de 2006 a 2007 ocorreram suicídios entre funcionários da Renault, com recrudescimento após 2013.

Entre 2008 e 2009 uma onda de suicídios ocorreu na France Télécom (atual

armas de fogo ou colocar barreiras nas pontes) [...] Há indícios de que, para cada adulto que morreu de suicídio, pode haver mais de 20 outros tentando suicidar. Os suicídios são evitáveis. Para que as respostas nacionais sejam efetivas, é necessária uma estratégia multisetorial abrangente de prevenção do suicídio [...] O comportamento suicida geralmente ocorre como uma resposta ao estresse psicológico pessoal em um contexto social onde faltam fontes de apoio e podem refletir uma maior ausência de bem-estar e coesão.”

17 A Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), do Brasil, em 2015, recomendou as companhias aéreas “[...] implementar procedimentos que assegurem a permanência de pelo menos duas pessoas autorizadas na cabine de comando, em todos os momentos do voo, sendo que pelo menos uma delas seja sempre um piloto. Essa recomendação está em consonância com a de outras autoridades reguladoras da aviação civil do mundo, com base nas informações atualmente disponíveis sobre o acidente com o voo 4U9525, da empresa Germanwings [...]” (ANAC, 2015).

Orange S.A.), do ramo de telecomunicações. Ivan du Roy (2009) registra que a empresa promovia a gestão por estresse com o objetivo de forçar trabalhadores à demissão<sup>18</sup>, pela sua privatização e enxugamento de pessoal. Admitiu-se que a France Télécom se tornou um laboratório de sofrimento, especialmente entre 2008 e 2009, com uma onda de trabalhadores se suicidando; dezenas, mesmo após esse período. Alguns suicídios chegaram a ser praticados em frente aos colegas, no local de trabalho.

Registra Edith Seligmann-Silva (2011) que

No Japão, é corrente o reconhecimento jurídico de suicídios associados a situações de trabalho que sejam caracterizadas por sobrecarga continuada, prolongamento das jornadas concomitante a ausência de folgas e exiguidade de horas destinadas ao sono. A problemática tem sido denominada *karojisatu*. [...] No Brasil, entretanto, pouco se divulga sobre a escalada de suicídios que ocorrem no país em algumas categorias de trabalhadores, nem tampouco sobre o desespero e desalento dos que se matam em situações de desemprego [...]”. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 548).

Constata-se que as tragédias de trabalhadores se suicidando vêm ocorrendo com mais intensidade, como na França, no Japão. Todavia, no Brasil, atenção inadequada

18 A Organização Mundial da Saúde (2014) revela que perder um emprego “[...] e a incerteza financeira levam a um aumento do risco de suicídio através da comorbidade com outros fatores de risco como depressão, ansiedade, violência e uso prejudicial do álcool”.

é dada a essa temática<sup>19</sup>.

Christophe Dejours e Florence Bègue (2010, p. 13) relatam as dificuldades nas apurações sobre suicídio, pois “as investigações sobre suicídio, e tudo o que precedeu o trágico desfecho, terminam geralmente, antes mesmo de iniciadas”; indicando a ausência de interesse em descobrir as causas reais do suicídio de trabalhadores.

Esclarecem Dejours e Bègue (2010) acerca dessa condição que:

Em muitos casos que tomamos conhecimento, nenhuma investigação clínica pôde ser realizada após o suicídio de um assalariado no local de trabalho. Só a polícia interveio para soltar o enforcado ou registrar as características do cadáver e seus ferimentos. O inquérito policial limita-se ao laudo pericial: morte natural, suicídio ou homicídio. Depois, se limpa o ambiente, uma boa faxina no canteiro ou no escritório, e o trabalho dos colegas sobreviventes volta à rotina de sempre. A falta de reação coletiva, logo após o suicídio, pode ter consequências desastrosas. Seria possível retomar o trabalho normalmente, em seguida ao espetáculo de um suicídio? O que significa o silêncio que impera então? Se o suicídio é um ato de acusação indicando que o trabalho está em causa neste desfecho fatal, a ausência de reação significa, de fato, que nada

19 No campo trabalhadores se suicidam utilizando os próprios pesticidas, agrotóxicos e demais venenos que manipulam no seu trabalho. Tendo ciência dessa realidade, é obrigação dos trabalhadores tomarem medidas efetivas de controle dessas substâncias, como uma intervenção preventiva. A epidemiologia já demonstrou em R. Bonita et. al. (2011, p. 158) o aumento dos casos de suicídio diante da fácil disponibilização de substâncias mortais, tendo o número de suicídios reduzido após medidas de controle.

será feito para elucidar a mensagem, que nada será feito para transformar a organização do trabalho e extirpar o que pode levar ao suicídio. Ademais, isso significa que a situação é a mesma, permanece intocada, que o risco perdura. ‘Quem é o próximo?’ é a pergunta inevitável que todos os sobreviventes confessam deparar-se. [...] A ausência de reação coletiva após um suicídio não pode ser considerada como neutra. Ela tem um impacto inevitável, agrava o sentimento de impotência, de resignação, mesmo de desespero. Essa ausência sela, ainda mais do que antes do evento, um pacto de silêncio entre os colegas sobreviventes. (DEJOURS, BÈGUE, 2010, p. 22-23).

Ao que se examina, as investigações policiais são omissas quando da apuração dos suicídios ocorridos no próprio local de trabalho da vítima. Ademais, a falta de reação coletiva dos trabalhadores que não é neutra, transparece o pacto de silêncio existente, podendo gerar em alguns até a síndrome do sobrevivente.

Apontam Christophe Dejours e Florence Bègue (2010):

Que um suicídio possa ocorrer no local de trabalho indica que todas essas condutas de ajuda mútua e solidariedade – que não era nem mais nem menos que uma simples prevenção das descompensações, assumidas pelo coletivo de trabalho – foram banidas dos costumes e da rotina da vida de trabalho. Em seu lugar, instalou-se a nova fórmula do cada um por si; e a solidão de todos tornou-se regra. Agora, um colega afoga-se e não se lhe estende mais a mão. [...] **um único suicídio no local**

**de trabalho - ou manifestamente em relação ao trabalho - revela a desestruturação profunda da ajuda mútua e da solidariedade. Ou seja: a intensa degradação do viver-junto em coletividade. Quando um assalariado se suicida por razões que estão relacionadas ao trabalho, é toda a comunidade de trabalho que já está sofrendo.** (DEJOURS, BÈGUE, 2010, p. 21, grifo nosso).

Não há qualquer dúvida, então, da lógica que assume a organização de trabalho de empresas que apresentam um suicídio no local de trabalho, que é a da degeneração da solidariedade.

A adoção de avaliações individualizadas de desempenho vem gerando adoecimentos mentais nos trabalhadores, ao apontarem Dejours e Bègue (2010) que:

A avaliação individualizada dos desempenhos introduz a concorrência entre serviços, departamentos, entre sucursais, mas também entre os próprios assalariados. [...] se acrescentarmos à avaliação individualizada do desempenho a ameaça de ser colocado na ‘geladeira’, da transferência sumária, da queda em desgraça, da demissão, então o método gera não apenas o cada-um-por-si, mas ainda faz surgir rapidamente, para além da ‘emulação saudável’, condutas de concorrência e de rivalidade que derivam em condutas desleais: retenção de informações, boatarias, ‘rasteiras’, etc. A lealdade e a confiança são corroídas e são trocadas pela desconfiança e o constrangimento de vigiar o comportamento dos colegas, logo considerados como adversários. [...] **Cada um é levado, aos poucos,**

**a adotar comportamentos que, no fundo, reprova.** Pois é a solidariedade mesma que está sendo esmigalhada, triturada e, por fim, destruída. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 45-46, grifo nosso).

É grave a situação contemporânea da avaliação individualizada do desempenho dos trabalhadores; está na gênese da competição entre eles, com rivalidades entre assalariados que chegam a praticar condutas desleais reprovadas em seu próprio âmago, com agravamento de um padecer ético consigo mesmos e uma violência psicológica contra o outro. Desse modo, destaca-se que pode ocorrer entre os trabalhadores a crise de identidade e a descompensação psicopatológica. Quanto aos que possuem comportamentos que no fundo reprovam, são atingidos pelo sofrimento ético, por adquirirem hábitos no trabalho que repudiavam e negavam.

Destacam os supracitados autores que “[...] O faturamento nada tem a ver com o trabalho despendido. Este método de avaliação quantitativa é assim falso e gera, conseqüentemente, sentimentos de injustiça que causam efeitos deletérios à saúde mental”. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 45).

Contudo, os suicídios perpetrados pelos trabalhadores são vistos pelos dirigentes empresariais e acionistas como dramas pessoais, problemas derivados de traumas da infância, na tentativa de não serem responsabilizados de qualquer forma.

Ora, definem Dejours e Bègue (2010) que:

Para muitos sujeitos, o trabalho é um poderoso operador de construção e estabilização da identidade e da

saúde mental. Todos os estudos epidemiológicos o mostram: a privação de trabalho, a demissão, o desemprego de longa duração aumentam consideravelmente o risco de descompensação psicopatológica, expressa por alcoolismo, toxicomania, depressão, violência, suicídio etc. **Assim, se o trabalho pode gerar o melhor e permitir a muitos sobrepor com eficácia as falhas no terreno psicológico - assentadas pela hereditariedade e pela infância - deve-se admitir que também pode, ao inverso, desempenhar um papel preponderante nas descompensações.** (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 30-31).

Então, inequívoco que se o trabalho permite parcela dos trabalhadores superar tendências de hereditariedade e traumas da infância, construindo sua identidade favoravelmente, admite-se também que pode gerar o inverso, descompensar trabalhadores inclusive com boas vivências de infância e hereditariedade saudável.

Nesse contexto da fuga da responsabilização por parte dos dirigentes, afirmam Dejours e Bègue (2010) que:

A diretoria da empresa procura isentar-se de sua responsabilidade, imputando, geralmente, o gesto suicidário a um ‘temperamento’ depressivo ou psicopatológico próprio ao suicida, ou ainda a conflitos afetivos que o mesmo desenvolvia na esfera privada. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 12).

Nesse aspecto, uma responsabilização não só da empresa, mas dos dirigentes certamente teria papel não só de repressão da tragédia ocorrida, mas da prevenção de outros

casos. Enquanto as diretorias continuarem a juridicamente não serem responsabilizadas pelos suicídios no trabalho, não se terão medidas efetivas por parte dos que controlam o funcionamento e a definição da gestão das empresas.

Não se há de negar que o trabalhador possua outros vínculos, entre eles, a sua saúde mental, além do trabalho; sem embargo, elucidam Dejours e Bègue (2010) que:

Efetivamente, numerosos indivíduos que chegam ao suicídio no local de trabalho sofreram, em um passado recente, ou sofrem no momento do trágico evento, uma experiência particularmente difícil: conflitos conjugais, mais particularmente a separação e o divórcio, luto de dor extrema etc. **Encontrar comumente elementos como esses no histórico *post mortem* não significa que sejam sempre a causa do suicídio.** De uma perspectiva psíquica – assim como de uma perspectiva social – a separação dos espaços entre trabalho e “fora-do-trabalho” releva de uma conceituação errônea. O trabalho, em todos os casos clínicos estudados pela psicopatologia do trabalho, tem incidências importantes sobre a economia das relações no espaço privado. [...] **Realmente, os conflitos no espaço privado só podem ser responsabilizados como causa de um suicídio se for anteriormente constatado clinicamente que o agravamento do estado do paciente não se deve a uma sobrecarga na esfera do trabalho.** (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 31-33).

Fica evidente então que a existência de dificuldades fora do trabalho não se traduz em elementos ensejadores do evento, capazes de contribuir diretamente como causa do

suicídio no local de trabalho, pois só podem ser classificados como condições para tanto, se comprovado que antes do fato – suicídio – a condição de saúde do trabalhador não era decorrente do âmbito do trabalho.

Assim, definem precisamente Dejours e Bègue (2010) que:

**Os suicídios perpetrados no local de trabalho estão seguramente vinculados ao trabalho**, pois o suicídio, como toda conduta humana, está sempre endereçada. Ele participa da ordem da mensagem, mesmo se sua tradução integral é impossível. [...] A discussão deste vínculo tampouco é complicada quando o suicídio é cometido longe do local de trabalho, mas a vítima deixou um bilhete, uma carta ou escrevia um diário no qual, para explicar o seu gesto, ele incrimina a degradação de sua relação com o trabalho ou descreve as injustiças que acredita ter sido vítima. (DEJOURS, BÈGUE, 2010, p. 25, grifo nosso).

Ressalta-se que as condições da organização do trabalho podem mudar repentinamente, “de um dia para o outro”, iniciando o desenvolvimento de difamações, perseguições, discriminação, assédio moral, críticas ofensivas, exclusão; poderá até vir a configurar uma das razões a chegada da pessoa de um novo chefe; a recusa do trabalhador de mudar o local de trabalho ou não aceitar uma promoção, compreendidas essas últimas, pela organização, como “um ato de resistência” do trabalhador, diante de que o empregador espera “sinais ostentatórios de submissão” dos trabalhadores. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 30).

Demarca o Enunciado nº 39, da 1ª Jornada de Direito Material e Processual na

Justiça do Trabalho, promovida pela Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho – ANAMATRA que:

MEIO AMBIENTE DO TRABALHO. SAÚDE MENTAL. DEVER DO EMPREGADOR. É dever do empregador e do tomador dos serviços zelar por um ambiente de trabalho saudável também do ponto de vista da saúde mental, coibindo práticas tendentes ou aptas a gerar danos de natureza moral ou emocional aos seus trabalhadores, passíveis de indenização. (1ª JORNADA DE DIREITO MATERIAL E PROCESSUAL NA JUSTIÇA DO TRABALHO, 2008, p. 41).

As mudanças na organização do trabalho que têm envolvimento com as patologias mentais, relacionadas ao trabalho, podem ser caracterizadas pela adoção dos novos métodos de gestão, enfocados nos resultados: a qualidade total, o controle de qualidade, a flexibilização, o trabalho temporário, contratos de prazo determinado, precarização generalizada, com o *slogan* “fim do trabalho”; e pela ausência do reconhecimento simbólico<sup>20</sup> de utilidade ou de beleza do trabalho; essa última promovida pelos pares, ocasionando tal falta de reconhecimento um enfraquecimento da identidade do trabalhador e destruição da sua saúde mental. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p.

20 Um exemplo dado por Dejours e Bègue é que na França do século XIX professores de ensino fundamental tinham baixos salários, tendo que sobreviver inclusive de alimentos doados pelos pais dos alunos; mas tinham a recompensa pelo prestígio de serem professores junto a um povo e uma instituição. Atualmente, os professores de ensino fundamental na França têm salários razoáveis, mas sofrem pela falta de reconhecimento social. Assim, o reconhecimento social simbólico tem mais influência para a saúde mental que o próprio reconhecimento por meio de gratificações salariais, pois o que vale é o sentido. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 39).

34-40).

São três as concepções das relações entre o suicídio e o trabalho na abordagem etiológica, a saber: a noção do estresse – diante do ambiente de trabalho considerado conjuntamente com as condições particulares do indivíduo – pelo conceito de *coping* e a auto-capacidade de administrar o estresse; a análise estruturalista, que visa a conferir toda a conduta patológica – entre elas o suicídio, as vulnerabilidades do indivíduo, com fundamento em alegações de fatores genéticos, hereditários, personalidade – buscando dados no espaço privado; e a noção sociogenética que define ter o trabalho papel crucial – pela governança, organização do trabalho na saúde mental do trabalhador – devendo ser objeto de suspeição até prova em contrário; portanto, necessário apurar-se os constrangimentos sofridos pela organização do trabalho. Evidenciam-se as três concepções conflitantes entre si, não se podendo adotar um sincretismo da “causalidade multifatorial”, com o objetivo de desfalecer as concepções tratadas. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 26-28).

De capital relevância, para a prevenção dos suicídios relacionados ao trabalho, é a formação de uma rede de ajuda entre os trabalhadores. Porém, deslindam Dejours e Bègue (2010) uma realidade cruel:

**A multiplicação da incidência de suicídios no trabalho não é apenas decorrente de injustiças, quedas em desgraça ou assédios morais. Resulta, principalmente, da terrível experiência do silêncio dos outros, do abandono pelos outros, da recusa de testemunho pelos outros, da covardia dos outros.** A injustiça e o assédio que outrora teriam sido considerados experiências

árduas ou dolorosas podem, no atual contexto, degenerar brutalmente em crise de identidade. **Ser traído pelos colegas, pelos próximos, é mais doloroso do que o próprio assédio moral.** Assediada, mas beneficiando do apoio moral e da atenção dos outros, a vítima resiste muito mais psiquicamente. Por quê? Porque esses sinais de solidariedade moral significam uma comunidade de interpretação das críticas e das acusações vindas da chefia contra a vítima: sendo assim, essas são coletivamente qualificadas como injustiças, como assédio. **Já se encontrando só diante da saraivada de golpes, a vítima não sabe se deve compreender a covardia dos outros como traição ou, ao contrário, como um julgamento negativo compartilhado por todos, até mesmo pelos mais próximos, sobre a qualidade de seu trabalho. [...] Aí, se instala a espiral da depressão. Os sentimentos de impostura, de erro, de decadência etc. podem se amparar do assalariado com tal violência que ele chega a cometer o gesto suicidário.** (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 33, grifo nosso).

Nesse norte, os autores primorosamente expressam uma das condições mais estressoras no ambiente de trabalho: o silêncio, o abandono covarde dos colegas e o sofrimento negado. São situações de trabalhadores que diariamente presenciam colegas sofrendo assédio moral e violência psicológica e ficam somente na posição de espectadores de plateia em silêncio. A injustiça degrada a mente dos que sofrem violências psicológicas e veem os seus colegas desumanizados, sem solidariedade. Aparenta a vítima que os demais colegas, então, estão concordando com as atitudes violentas e que realmente é merecedor disso. Não tendo mais

nenhum apoio na empresa, vê-se sozinho e pode cometer o suicídio pelo trabalho.

Para que esse trabalhador conseguisse enxergar não estar só, mesmo sem a ajuda de qualquer humano e, também, para que os seus colegas percebessem que deveriam adotar uma conduta de solidariedade, bem atrás poderiam ter sido implementados programas de qualidade de vida efetivos na área da espiritualidade<sup>21</sup>, justamente o próximo tema.

## 7 Noologia, Espiritualidade e Trabalho

O ser humano é um ser transcendente<sup>22</sup>; possui em si um vazio que busca na vida preencher. O trabalhador, antes de ser um trabalhador, é um cidadão<sup>23</sup> e uma pessoa

21 Averte a Organização Mundial da Saúde (2014, p.44) que: “Ao considerar as crenças religiosas ou espirituais como conferindo proteção contra o suicídio, é importante ser cauteloso. A própria fé pode ser um fator protetor, uma vez que tipicamente fornece um sistema de crenças estruturado e pode defender comportamentos que podem ser considerados fisicamente e mentalmente benéficos. No entanto, muitas crenças e comportamentos religiosos e culturais também contribuíram para o estigma relacionado ao suicídio devido a suas posições morais sobre o suicídio, o que pode desencorajar os comportamentos de busca de ajuda. O valor protetor da religião e da espiritualidade pode resultar do acesso a uma comunidade socialmente coesa e solidária com um conjunto compartilhado de valores. Muitos grupos religiosos também proíbem fatores de risco suicidas, como o uso de álcool. No entanto, as práticas sociais de certas religiões também encorajaram a autoimolação pelo fogo entre grupos específicos, como as mulheres do sul da Ásia que perderam seus maridos. Portanto, enquanto a religião e as crenças espirituais podem oferecer alguma proteção contra o suicídio, isso depende de práticas e interpretações culturais e contextuais específicas.”

22 O preâmbulo da Constituição de 1988 revela que o constituinte originário a promulgou “sob a proteção de Deus”. (BRASIL, 1988).

23 O art. 1º da CR/88 define que constitui como um dos fundamentos do Brasil a cidadania. (BRASIL 1988).



que traz consigo todas as suas inquietudes existenciais e as suas crenças pessoais.

É preciso esclarecer inicialmente qual o sentido cristão do trabalho, diante dos inúmeros equívocos ocorridos quanto a indevidamente afirmar-se que significa castigo.

O sentido cristão do trabalho é de benção, marcado pelo chamamento do homem por Deus para cultivar e guardar o Jardim do Éden (Gn 2,15), antes do pecado original. Com a queda, condenado que foi o homem a comer o pão com o suor do próprio rosto (Gn 3,19), o trabalho então ficou sendo um meio de redenção do homem. Com o trabalho de Jesus na carpintaria, sobreveio a reformulação do sentido cristão do trabalho. Muito questionaram a Sua autoridade, ao vê-Lo como trabalhador carpinteiro. “Não é Ele o carpinteiro?” (Mc 6,3), assim como: “Não é Ele o Filho do carpinteiro?” (Mt 13,55). Jesus, trabalhando como carpinteiro, tornou o trabalho “santo” e “meio de santificação”. Nesse sentido, estabelece o Catecismo da Igreja (§ 2427) que o trabalho do homem é colaboração com a criação e pode ser um meio de santificação.<sup>24</sup>

Ressalta-se que o sentido do trabalho cristão passa necessariamente pela honestidade do trabalho e no trabalho, ao dispor São Paulo: “Procura ganhar honestamente pelo trabalho das próprias mãos” (Ef 4, 28). E todos devem respeitar a manutenção do trabalho honesto do próximo, pois “Quem tira de um homem o pão do seu trabalho é como um assassino do seu próximo” (Eccl 34,26).

24 Ressalta Anderson Francisco Faenello (2014, p. 119) que “o homem, pelo trabalho, não está a cumprir uma penitência ou um castigo, mas tornando-se partícipe de Deus, estendendo sua ação ao largo da história”.

Inicialmente, elucida-se a escolha do estudo da Doutrina Social da Igreja por sua influência no desenvolvimento, entre outras áreas, do Direito do Trabalho no mundo, no Brasil e no MERCOSUL<sup>25</sup>. Realçam Luiz Eduardo Gunther e William Franklin Lira dos Santos (2012, p. 99) que a fase de consolidação do Direito do Trabalho no mundo caracteriza-se “[...] sobretudo pela publicação da Encíclica Papal *Rerum Novarum* (Coisas Novas) [...]”.

A Igreja Católica Apostólica Romana, por meio de sua Doutrina Social, influenciou diretamente a melhoria das condições de trabalho no mundo, integrando o rol de marco material em matéria de prevenção de riscos ocupacionais e na proteção da dignidade da pessoa trabalhadora.

A DSI consiste em uma doutrina que engloba um conjunto, das Sagradas Escrituras, às Encíclicas e ao Compêndio da DSI.

Ressalta-se que o sentido do trabalho<sup>26</sup>

25 A vigente Constituição Nacional da Argentina de 1994, estabelece no art. 2º que “O governo federal apoia o culto Apostólico Católico Romano” (ARGENTINA, 1994, tradução nossa).

26 Esclarece o Catecismo da Igreja Católica a respeito do sentido do trabalho: “[...] O trabalho é, pois, um dever: ‘Quem não quer trabalhar também não coma’ (2Ts 3,10). O trabalho honra os dons do criador e os talentos recebidos. Pode também ser redentor. [...] O trabalho pode ser meio de santificação e de animação das realidades terrestres no Espírito de Cristo. No trabalho a pessoa exerce e realiza uma parte das capacidades inscritas em sua natureza. O valor primordial do trabalho está ligado ao próprio homem, que é seu autor e destinatário. O trabalho é para o homem, e não o homem para o trabalho”. (§ 2427 e 2428); e determina que a comunidade política tem o dever de garantir o direito ao trabalho e a proteção da segurança e da saúde. (§ 2211). Verifica-se que a Declaração de Filadélfia da OIT estabelece no parágrafo III (b) que “cada trabalhador deve ter o direito de ter uma ocupação na qual ele tenha a satisfação de utilizar, plenamente, sua habilidade e seus conhecimentos e de contribuir para o bem geral” (ORGANIZAÇÃO

para a Igreja Católica, não é de punição, instrui o Catecismo da Igreja Católica no § 378, ao dispor que “[...] o trabalho não é uma penalidade, mas a colaboração do homem e da mulher com Deus no aperfeiçoamento da criação visível”.

O Catecismo da Igreja Católica ensina que:

Os responsáveis pelas empresas têm, perante a sociedade, responsabilidade econômica e ecológica por suas operações. Têm o dever de considerar o bem das pessoas e não apenas o aumento dos lucros, ainda que estes sejam necessários, pois permitem realizar os investimentos que asseguram o futuro das empresas, garantindo o emprego. (Catecismo da Igreja Católica, § 2432).

Como se vê, a Igreja Católica define diretamente a responsabilidade das empresas no aspecto ecológico e ambiental, tendo em vista o bem das pessoas – por consequência, dos trabalhadores – pela proteção à sua vida e saúde. Define ainda o Catecismo “que a vida e a saúde física são bens preciosos doados por Deus” (§ 2288).

A Encíclica *Rerum Novarum* (RN), de 1891, de autoria da Sua Santidade, o Papa Leão XIII, é um símbolo da DSI, tendo inaugurado as Encíclicas Sociais e influenciado as constituições do trabalho, em diversos países do mundo, baseadas na garantia dos direitos fundamentais do trabalho.

A Encíclica RN, no § 20, aponta a necessidade da intervenção do Estado quando

.....  
INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1944), em similitude com o expresso pelo Catecismo.

“[...] os patrões esmagam os trabalhadores sob o peso de exigências iníquas, ou desonram neles a pessoa humana por condições indignas e degradantes que atentam contra a sua saúde por um trabalho excessivo e desproporcionado com a sua idade e sexo”. (ENCÍCLICA RERUM NOVARUM, 1891).

A supracitada Encíclica abordou também o direito de proteção da saúde dos trabalhadores pela duração do trabalho adequada, com repouso, garantindo as condições físicas dos trabalhadores nos trabalhos, entre eles os penosos, em uma análise que pode ser considerada que serviu de base para a construção dos conceitos da Ergonomia, a saber no §25:

o número de horas de trabalho diário não deve exceder a força dos trabalhadores, e a quantidade de repouso deve ser proporcionada à qualidade do trabalho, às circunstâncias do tempo e do lugar, à compleição e **saúde dos operários**. O trabalho, por exemplo, de extrair pedra, ferro, chumbo e outros materiais escondidos debaixo da terra, sendo mais pesado e **nocivo à saúde**, deve ser compensado com uma duração mais curta. (ENCÍCLICA RERUM NOVARUM, 1891, grifo nosso).

O Papa Leão XIII definiu na Encíclica RN que “não pode haver capital sem trabalho, nem trabalho sem capital” (§ 9), desejando uma concórdia entre as classes, ao considerar que “vergonhoso e desumano é usar dos homens como vis instrumentos de lucro, e não os estimar senão na proporção do vigor dos seus braços” (§ 10).

A Encíclica *Quadragesimo Anno* (QA),

de 1931, foi promulgada pela Sua Santidade, o Papa Pio XI, por comemoração aos quarenta anos da magistral Encíclica RN; revela que as legislações trabalhistas no mundo sofreram influência da RN, como na temática dos acidentes do trabalho. A Encíclica QA reitera o princípio da subsidiariedade, ressaltando a intervenção do Estado para garantir o bem-estar; alerta para os riscos do socialismo, dispondo que “ninguém pode ser ao mesmo tempo bom católico e verdadeiro socialista”.

Em prosseguimento da DSI, a Encíclica *Mater et Magistra* (MM), de 1961, da Sua Santidade o Papa João XXIII, promove esclarecimentos e ampliações da Encíclica RN, reiterando o contexto em que a RN foi promulgada; “nenhuma consideração tinham pela saúde física, pela moral e pela fé religiosa”.

A Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* (GS), de 1965, do Concílio Vaticano II, ensinou que são infames “as condições degradantes de trabalho, em que os operários são tratados como meros instrumentos de lucro e não como pessoas livres e responsáveis” (§ 27).

Determina a Encíclica MM no §23 que “Operários e empresários devem regular as relações mútuas, inspirando-se no princípio da solidariedade humana e da fraternidade cristã, uma vez que, tanto a concorrência de tipo liberal, como a luta de classes no sentido marxista, são contrárias à natureza e à concepção cristã da vida”. Desse modo, elucida os riscos sociais do capitalismo selvagem e do marxismo à sociedade e aos próprios trabalhadores.

A Encíclica *Laborem Exercens* (LE), de 1981, de autoria da Sua Santidade o Papa João Paulo II, por ocasião do 90º aniversário da *Rerum Novarum* elucidou que são elementos

de exploração “a falta de segurança no trabalho e também com a ausência de garantias quanto às condições de saúde e de vida dos mesmos operários e das suas famílias” (§ 11); que “As despesas relacionadas com as necessidades de cuidar da saúde, especialmente em caso de acidentes no trabalho, exigem que o trabalhador tenha facilmente acesso à assistência sanitária” (§ 19); que “há que ter sempre presente o direito a dispor de ambientes de trabalho e de processos de laboração que não causem dano à saúde física dos trabalhadores nem lesem a sua integridade moral” (§ 19).

Vale observar que a Encíclica LE revelou a mensagem cristã de exigir uma postura que não pode o trabalho causar danos à saúde dos trabalhadores e que se deve ter uma óptica abrangente, incluindo não só o trabalhador, mas também a saúde e a vida de sua família. Afirma, ainda, que o trabalho não é mercadoria (§ 7).

Em 1991, a Sua Santidade o Papa João Paulo II promulgou a Encíclica *Centesimus Annus* (CA), no centenário da RN, e definiu a necessidade de implantar-se uma ecologia social do trabalho, prestando o seguinte reconhecimento em relação a Encíclica RN:

A Encíclica e o Magistério social, a ela conexo, tiveram uma múltipla influência naqueles anos entre os séculos XIX e XX. Essa influência é visível em numerosas reformas introduzidas nos setores da previdência social, das pensões, dos seguros contra a doença, **da prevenção de acidentes**, no quadro de um maior respeito dos direitos dos trabalhadores. (IGREJA CATÓLICA, 2014, grifo nosso).

Tal excerto lastreia o fundamento exposto de que a DSI é um verdadeiro marco

material para a prevenção de acidentes do trabalho em todo o mundo.

A CA é precisa a respeito da responsabilidade da empresa, no §34:

A Igreja reconhece a justa função do lucro, como indicador do bom funcionamento da empresa: quando esta dá lucro, isso significa que os fatores produtivos foram adequadamente usados e as correlativas necessidades humanas devidamente satisfeitas. **Todavia o lucro não é o único indicador das condições da empresa. Pode acontecer que a contabilidade esteja em ordem e simultaneamente os homens, que constituem o patrimônio mais precioso da empresa, sejam humilhados e ofendidos na sua dignidade.** Além de ser moralmente inadmissível, isso não pode deixar de se refletir futuramente de modo negativo na própria eficiência econômica da empresa. Com efeito, o objetivo desta não é simplesmente o lucro, mas sim a própria existência da empresa como comunidade de homens que, de diverso modo, procuram a satisfação das suas necessidades fundamentais e constituem um grupo especial ao serviço de toda a sociedade. O lucro é um regulador da vida da empresa, mas não o único; a ele se deve associar a consideração de outros fatores humanos e morais que, a longo prazo, são igualmente essenciais para a vida da empresa. (IGREJA CATÓLICA, 2014)

O parágrafo mencionado estabelece claramente que a Igreja não é contrária de forma alguma ao lucro honesto, mas instrui os empregadores no sentido de que o lucro não é um indicador solitário das condições da empresa, pois pode existir mesmo estando os

trabalhadores ofendidos em sua dignidade, o que é inaceitável; adiciona, ainda, que tal condição, até mesmo sob o aspecto econômico, é prejudicial para a empresa e seus lucros em manter trabalhadores humilhados. Para tanto, institui que o maior patrimônio de uma empresa são os seus trabalhadores.

A Santa Igreja reuniu o conjunto dos seus ensinamentos sociais no Compêndio da Doutrina Social da Igreja (CDSI) que destina todo o capítulo VI a tratar do trabalho humano. Dispõe a CDSI que é um direito do trabalho “dispor de ambientes de trabalho e de processos de laboração que não causem dano à saúde física dos trabalhadores, nem lesem a sua integridade moral” (301). Define ainda o papel do empresário e do dirigente de empresa que “é também um preciso dever deles o concreto respeito da dignidade humana dos trabalhadores que atuam na empresa. Estes últimos constituem “o patrimônio mais precioso da empresa, o fator decisivo da produção” (344). (IGREJA CATÓLICA, 2012b).

A DSI revela a consciência cristã dos problemas sociais que afligem as pessoas e foi fortemente influenciadora do reconhecimento dos direitos dos trabalhadores, permitindo alcançar novos patamares de proteção.

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (DADDH) ressalta a permissão do progresso espiritual do ser humano para o alcance da felicidade; a Declaração de Filadélfia determina o direito do desenvolvimento espiritual do trabalhador; e a Declaração de Sundsvall reconhece a dimensão da espiritualidade para o homem como importante para a construção da saúde.

Dispõe a DADDH, no seu preâmbulo que:

É dever do homem servir o espírito com todas as suas faculdades e todos os seus recursos, porque o espírito é a finalidade suprema da existência humana e a sua máxima categoria. É dever do homem exercer, manter e estimular a cultura por todos os meios ao seu alcance, porque a cultura é a mais elevada expressão social e histórica do espírito. (OEA, 1948).

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento – CNUMAD (1992, p. 5), conhecida como Eco-92 ou Rio-92, reconheceu, na “A Carta da Terra” o direito de todas as pessoas ao “bem-estar espiritual”.

Portanto, é preciso compreender as ações voltadas para a espiritualidade no trabalho, tendo efeito de prevenção das doenças/transtornos ocupacionais, especialmente as de natureza mental decorrentes dos riscos psicossociais. Ressalta-se que a espiritualidade é um conceito mais abrangente do que religiosidade<sup>27</sup>, sendo o primeiro inerente a todos os seres humanos, em virtude de constituir-se o homem como um ser espiritual. Assim, a religiosidade pode ser aderente à espiritualidade, mas a espiritualidade não é atrelada à religiosidade.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, reconheceu, em 1998, o componente espiritualidade como integrante da avaliação da qualidade de vida e no conceito multidimensional de saúde<sup>28</sup>. A espiritualidade,

27 Dispõe o art. 5º, inc. VI da CR/88 que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias”. (BRASIL, 1988).

28 A OMS define “a Qualidade de Vida como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores

religiosidade e crenças pessoais interferem na qualidade de vida das pessoas, conforme a OMS<sup>29</sup>.

Determina a OMS (1998) o conceito de espiritualidade:

conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. (OMS, 1998, p. 7, tradução nossa)<sup>30</sup>.

A OMS deixa transparecer uma aproximação entre a espiritualidade e a medicina, sobretudo a psiquiatria, em face de considerar a “saúde espiritual como parte da saúde holística ou integral” (OMS, 1998, p. 9, tradução nossa)<sup>31</sup>.

.....  
em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de maneira complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com os recursos salientes de seu ambiente.” (OMS, 1998, p. 4, tradução nossa).

29 Ressalta a OMS que “É importante enfatizar que a consolidação e qualquer módulo que possa resultar do estudo não se destinem a abordar quaisquer religiões específicas e se destinam a todas as formas de espiritualidade, seja praticada em uma religião formal ou não. Para aqueles que não se afiliam ou reconhecem uma religião ou uma dimensão espiritual, o domínio se referirá a crenças ou códigos de comportamento pessoais.” (OMS, 1998, p. 4, tradução nossa).

30 “Thus, spiritually would include beliefs of a non-material nature with the assumption that there is more to life what can perceived or fully understood. Spirituality address questions such as meaning of life and purpose in life and is not necessarily limited to any specified types of beliefs os pratics.”

31 “Spiritual health as a part of holistic or

Explicitam Anselm Grun e Friedrich Assalander (2014) que a sociedade encontra-se abalada, com tantas pessoas traumatizadas por experiências vividas desde a concepção, repletas de sentimentos de autorrejeição, de inferioridade, de autoinsegurança, pelo que substituem a autoconsciência pela arrogância ou presunção, sendo que:

As pessoas se deixam impressionar facilmente pela intervenção enérgica e por palavras fortes, que, porém, na realidade, servem apenas para disfarçar a insegurança. **A arrogância e a presunção são indícios exteriores muito seguros de que essas pessoas, no fundo, estão cheias de insegurança própria e sentimos de inferioridade.** A fachada serve apenas para compensar os déficits anímicos, e custa muita energia manter essa fachada. (GRUN; ASSALANDER, 2014, p. 160-161, grifo nosso).

Do que se infere, muitos comportamentos indesejados praticados por dirigentes contra trabalhadores; entre trabalhadores; e de trabalhadores a clientes, são provenientes de uma arrogância que camufla a insegurança do próprio indivíduo e seus sentimentos de inferioridade. Tal evidência é relevante para desmascarar a falsa percepção de que pessoas com esses comportamentos são “fortes”, enquanto, na realidade, utilizam uma fachada para compensação de frustrações, despendendo muita energia vital para tanto, com a obtenção de um desgaste capaz de conduzi-las a sério abalo mental..

Diante dessa evidência, imperioso

.....  
integral health”.

reconhecer a necessidade de intervenção no campo psicológico. Uma das vias é pelo método da Abordagem Direta do Inconsciente e Terapia de Integração Pessoal (ADI/TIP), uma intervenção terapêutica criada pela psicóloga Gisela Renate Jost de Moraes (2009) ao nível do inconsciente psicológico, tratando do sentido da vida e de questões existenciais.

Adentrando na dimensão psicológica ou espiritual do trabalhador, o supracitado método permite que ele próprio construa matrizes efetivas para o seu desenvolvimento e encontre sentido na vida, dentro e fora do trabalho; leva-o a reavaliar as percepções sobre os fatos vivenciados, permitindo que tenha um tratamento dos sofrimentos percebidos e se reposicione com novas atitudes para as suas próximas vivências.

Com base no exposto, as empresas, especialmente as que possuem riscos psicossociais, devem investigar a necessidade de instalação de programas de qualidade de vida envolvendo a espiritualidade no ambiente de trabalho (EAT), com a prática de meditação, oração e apoio espiritual, o que seguramente auxiliaria os trabalhadores a encontrarem um significado na vida; a formarem a sua identidade de maneira construtiva; a terem esperança e vontade de viver; a redefinirem e enfrentarem algum sofrimento no trabalho<sup>32</sup>; a melhorarem o trabalho em equipe; a aumentarem a

.....  
32 Destacam Dúlio Antero de Camargo et. al. (2010, p. 59) que são condições individuais os “[...] fatores protetores de enfrentamento ou coping (estratégia de enfrentamento), caracterizados como o ‘esforço para reduzir os efeitos negativos do estresse (pensamentos, crenças e comportamentos) no bem-estar do indivíduo e o apoio social – que incrementa a capacidade de enfrentamento, facilitando a adaptação.’” (CAMARGO et. al, 2010, p. 59).

satisfação na vida e no trabalho; enfim, a serem instrumento de paz.

Abraham Verghese (2008, tradução nossa)<sup>33</sup> revela que “a espiritualidade produz qualidades no homem, como amor, honestidade, paciência, tolerância, compaixão, sensação de desapego, fé e esperança” e prosseguindo que:

A religião é importante, direta e indiretamente, na etiologia, diagnóstico, sintomatologia, tratamento e prognóstico de distúrbios psiquiátricos. A falta de espiritualidade pode interferir nas relações interpessoais, o que pode contribuir para a gênese do distúrbio psiquiátrico. Os sintomas psiquiátricos podem ter um conteúdo religioso. Por exemplo, a perda de interesse em atividades religiosas é um sintoma comum de depressão. Muitas e distorcidas práticas religiosas são comuns na esquizofrenia. (VERGHESE, 2008, tradução nossa)<sup>34</sup>.

Sandra Maria Alexandre Volcan et. al. (2003) realizaram um estudo transversal que concluiu que:

[...] o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores [...] Em

33 “Spirituality produces in man qualities such as love, honesty, patience, tolerance, compassion, a sense of detachment, faith, and hope.”

34 “Religion is important, directly and indirectly, in the etiology, diagnosis, symptomatology, treatment and prognosis of psychiatric disturbances. Lack of spirituality can interfere with interpersonal relationships, which can contribute to the genesis of psychiatric disturbance. Psychiatric symptoms can have a religious content. For example, the loss of interest in religious activities is a common symptom of depression. Too much and distorted religious practices are common in schizophrenia.”

pacientes idosos com câncer, o bem-estar espiritual representou um fator de proteção, estando relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade, diminuição da ansiedade e das demandas impostas pela doença. Em estudantes universitários, esteve associado à diminuição do risco de depressão e suicídio. (VOLCAN et. al., 2003, p. 440-441).

Nessa perspectiva, é desejável alcançar-se uma sociedade com pessoas humanizadas; tanto é, que se torna patente cientificamente ser o bem-estar espiritual um fator protetor para transtornos mentais, como depressão, ansiedade e protetor para redução do suicídio.

Com todas essas qualidades referidas (pessoas com amor, honestidade, paciência, tolerância, compaixão, sensação de desapego, fé e esperança), promovidas pelo desenvolvimento da espiritualidade, a sociedade de risco iria se transformar em sociedade de amor, em sociedade de perdão<sup>35</sup>!

## REFERÊNCIAS

ABREU, Klayne Leite de et al. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, Jun. 2002, p. 22-29.

AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL. **ANAC emite recomendação às companhias aéreas**. Disponível em: < <http://www.anac.gov.br/noticias/2015/anac-emite-recomendacao-as-companhias-aereas>> Acesso em: 21 jan. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos**

35 Axel Honneth (2003) assinala que o amor compõe uma das três esferas: reconhecimento, conjuntamente com o direito e a solidariedade.

**Mentais:** DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ATHAYDE, Milton et. al. A perspectiva da ergologia e o campo da saúde mental e trabalho. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. **Saúde mental no trabalho:** da teoria a prática. São Paulo: Roca, 2014. Cap. 12, p. 229-247.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco:** rumo a uma outra modernidade. Tradução de Sebastião Nascimento. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2016. 384p.

BIANCHI, Renzo; SCHONFELD, Irvin Sam; LAURENT, Eric. Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? **Front Public Health**. n. 3, 2015.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2011.

BOUYER, Gilbert Cardoso. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, Dez. 2010, p. 249-259.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado, 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 99, de 2017. Aprova o texto da Convenção de Minamata sobre Mercúrio, adotada em Kumamoto, Japão, em 10 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 2017.

BRASIL. **Glossário Temático da Saúde do Trabalhador do MERCOSUL**. 2014a. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_saude\\_trabalhador\\_mercosul.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_trabalhador_mercosul.pdf)> Acesso em: 28 jan. 2018.

BRITO, Jussara Cruz de. A Ergologia como

perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: GOMES, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquisa Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 22, p. 479-493.

CAMARGO, Dúlio Antero de; CAETANO, Dorgiva; GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães. **Psiquiatria ocupacional:** aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010.

**CATECISMO da Igreja Católica**. São Paulo: Loyola, 2017.

CHAMPAGNE, Patrick. Prefácio à edição francesa. In: DEJOURS, Christophe. **Trabalho, tecnologia e organização:** avaliação do trabalho submetida à prova do real – crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008. p.15-21.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

CLOT, Yves. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: FabreFactum, 2010.

CODO, Wanderly; LAGO, Kennyston. **Fadiga por compaixão:** o sofrimento dos profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 3/2017**. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/3>> Acesso em: 26 jan. 2018.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

DEJOURS, Christophe; FLORENCE, Bègue.



**Suicídio e Trabalho:** o que fazer? Tradução de Frank Soudant. Brasília: Paralelo 15; 2010.

DEJOURS, Christophe. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, Christophe. **Trabalho, tecnologia e organização:** avaliação do trabalho submetida à prova do real – crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008.

GAULEJAC, Vicent de. **Gestão como doença social:** ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. Prevenção do estresse no trabalho. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. **Saúde mental no trabalho:** da teoria a prática. São Paulo: Roca, 2014. Cap. 6, p. 113-135.

GOMES JUNIOR, Admardo Bonifácio; SCHWARTZ, Yves. Psicologia, saúde e trabalho: da experiência aos conceitos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, Jun. 2014. p. 345-351.

GRUN, Anselm; ASSLANDER, Friedrich. **Trabalho e espiritualidade:** como dar novo sentido a vida profissional. Petrópolis, Vozes, 2014.

HARATANI, Takashi. Karoshi: muerte por exceso de trabajo. In: STELLMAN, Jeanne Mager (Org.). **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo de la OIT.** 4 ed. Ginebra: OIT, 1998. Cap. 5.

HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys

Esther. **Saúde mental no trabalho:** da teoria a prática. São Paulo: Roca, 2014. Cap. 2, p. 31-48.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento:** a gramática moral dos conflitos sociais. Trad. de Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003.

IGREJA CATÓLICA. **Compêndio da Doutrina Social da Igreja.** 7 ed. São Paulo: Paulinas, 2012b. 527p.

IGREJA CATÓLICA. Papa (1857-1939: Pio XI). **Carta Encíclica Quadragesimo Anno** : 40º aniversário da Rerum Novarum. São Paulo: Paulinas, 2012a.

IGREJA CATÓLICA. Papa (1878-1903: Leão XIII). **Carta encíclica de Sua Santidade o Papa Leão XIII “Rerum Novarum” sobre a condição dos operários.** 18 ed. São Paulo: Paulinas, 2012. 58p. (A voz do Papa, 6).

IGREJA CATÓLICA. Papa (1978-2005 : João Paulo II); **Carta encíclica “Laborem exercens”:** sobre o trabalho humano: no 90º aniversário da Rerum Novarum. 11. ed. São Paulo: Pia Sociedade Filhas de São Paulo, 1999. 97p.

IGREJA CATÓLICA. Papa (1978-2005: João Paulo II). **Carta Encíclica “Centesimus Annus” do Sumo Pontífice João Paulo II.** 7 ed. São Paulo: Paulinas, 2014. 110p. (A voz do Papa, 126).

IGREJA CATÓLICA. Papa (1978-2005: João Paulo II). **Carta Encíclica de João Paulo II sobre o trabalho humano “Laborem Exercens”:** 90º aniversário da “Rerum Novarum”. São Paulo: Paulinas, 2015. 104p. (A Voz do Papa, 99).

MAEDA, Patrícia. **A era dos zero direitos:** trabalho decente, terceirização e contrato zero-hora. São Paulo: LTr, 2017.

MASLACH, Cristina; JACKSON, Susan E. **Maslach Burnout Inventory.** Palo Alto: Consulting Psychologists, 1986.

MENDES, Ana Mangnólia. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, Ana Mangnólia. (Coord). **Psicodinâmica do trabalho:** teoria, métodos e pesquisas. São

Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. Cap. 1.

MENDES, Ana Mangnólia. Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: MENDES, Ana Mangnólia. (Coord). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b. Cap. 3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção básica 5: saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MONTESSO, Cláudio José; STERN, Maria de Fátima Coêlho Borges; ELY, Leonardo. (Coord.). **1ª Jornada De Direito Material e Processual na Justiça Do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2008.

MORAES, Gisela Renate Jost de. **As chaves do inconsciente**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**. 1992. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/rio92.pdf>> Acesso em: 24 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais**. Brasília: SESI, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud**. 2002. Disponível em: < [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/es/)> Acesso em: 31 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão**. 9ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003

ROY, Ivan de. **Orange Stressé: le management par la stress à France Telecom**. Paris: La Découverte, 2009.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIGO, Telma Ramos. Síndrome de burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. **Saúde mental no trabalho: da teoria a prática**. São Paulo: Roca, 2014. Cap. 8, p. 160-175.

UNIÃO EUROPEIA. **Declaração de Luxemburgo. 2007**. Disponível em: < [http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg\\_Declaration.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf) > Acesso em: 06 fev. 2018.

VERGHESE, Abraham. Spirituality and mental health. **Indian J Psychiatry** . 2008, Out-Dez; 50(4): 233–237.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

**Publicado originalmente no Capítulo “Saúde Mental relacionada ao Trabalho” (pg 417-467) do Livro Direito da Prevenção de Riscos Ocupacionais. Editora Lumen Juris.**