



Ano 6, Vol XI, número 2, Jan-Jun, 2013, pág. 261-281.

## SAÚDE MENTAL E TRABALHO - UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

**Carla Garcia Bottega**

Psicóloga, Doutoranda em Psicologia Social e Institucional PPGPSI/UFRGS  
Rua Vicente da Fontoura, 2059 ap. 405, Bairro Rio Branco, Porto Alegre, RS,  
Brasil

[carlabott@terra.com.br](mailto:carlabott@terra.com.br)

51 96757795

**Karine Vanessa Perez**

Psicóloga, Doutoranda em Psicologia Social e Institucional PPGPSI/UFRGS

**Alvaro Roberto Crespo Merlo**

Médico, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**RESUMO:** Este artigo descreve construção histórica da relação entre saúde mental e trabalho demonstrando como foi se constituindo “A história da saúde dos trabalhadores”, na evolução das lutas e mudanças nas condições de trabalho. Buscamos apresentar a construção da discussão sobre a Psicopatologia do Trabalho, a passagem para a proposta da Psicodinâmica do Trabalho, e o momento atual, em que nos encontramos na Clínica das Patologias Sociais. Tecendo sobre acontecimentos históricos ocorridos no mundo, em especial na Europa e principalmente focando na realidade brasileira, pretendemos traçar um panorama atual do campo da saúde mental e trabalho.

Palavras-chave: Saúde Mental; Trabalho; Saúde do Trabalhador; Psicodinâmica do Trabalho; Clínicas do Trabalho.

### MENTAL HEALTH AND WORK – A HISTORICAL CONSTRUCTION

**ABSTRACT:** This article describes the historical construction of the relation between mental health and work demonstrating how "The history of health workers" was built in the evolution

of the struggles and changes in working conditions. We seek to present the construction of the discussion about the psychopathology of the work, the passage to the proposal from the psychodynamics of work, and the present moment, we are in the Clinic of Social Pathologies. Weaving on historical events that occurred in the world, particularly in Europe and particularly focusing on the Brazilian reality, we intend to give an overview of the current field of mental health and work.

**KEYWORDS:** Mental Health; Work; Health Worker; Psychodynamics of Work; Clinical Work.

## Introdução

Este artigo surge a partir da necessidade de reunir informações que permitam traçar uma construção histórica da relação saúde mental e trabalho, objetivando construir uma escrita que possa servir como material didático, fornecendo aporte para alunos, professores e pesquisadores deste campo. Além disso poderá embasar o delineamento de ações na área que permitam o entendimento de um percurso histórico que foi sendo construído com dificuldades e avanços, tanto em nosso país, como no mundo.

Entendemos que ocorreram avanços importantes nos últimos anos no desenvolvimento do campo da saúde mental do trabalhador, principalmente a partir da compreensão proposta pela Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992, 2004). Mas sabemos da grande dificuldade para a definição de procedimentos organizados para uma investigação e para o acompanhamento dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho, com aplicabilidade nos mais diversos contextos laborais.

Concordamos com Seligmann-Silva (2011), quando aponta que os quadros atuais de adoecimento que se apresentam em ações de ‘Saúde Mental Relacionada ao Trabalho’, têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, questionando também as ações terapêuticas e a reabilitação profissional/ocupacional. Uma das dificuldades encontradas é a caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, pois não existe consenso para a classificação dos distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho.

De acordo com a Previdência Social, as concessões de auxílio-doença acidentário - que têm relação com o trabalho – para casos de transtornos mentais e comportamentais cresceram 19,6% no primeiro

semestre de 2011, em relação ao mesmo período de 2012. Os afastamentos provocados por casos de transtornos mentais e comportamentais, por exemplo, saltaram de 612 em 2006, para 12.818 em 2008. Já em 2010, esse número caiu, passando para 12.150. Mas em 2011, a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais voltou a subir passando para 12.337 casos. Neste último ano as doenças que mais compõe estas concessões são Episódios Depressivos, Outros Transtornos Ansiosos e Reações ao Estresse Grave e Transtornos de Adaptação. Para o Diretor do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional (DPSSO), a rotina é um agravante da situação de adoecimento, "A pessoa acorda, vai trabalhar, volta para casa, assiste televisão e vai dormir, muitas vezes com a ajuda de medicamentos. Isso é altamente estressante" (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2012).

Enquanto isso, em relação a mortes no trabalho, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo em torno de 5.000 pessoas morrem diariamente durante o trabalho (somente no mercado formal), sendo que para cada registro, estima-se três mortes sub-notificadas. Já as doenças no trabalho afetam 160 milhões de pessoas por ano em todo o planeta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Abordar esse imenso ônus causado pelas doenças, custos econômicos e perda de recursos humanos a longo prazo resultantes de locais de trabalho insalubres constitui-se em um extraordinário desafio para governos federais, setores econômicos, formuladores de políticas e profissionais de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p.1).

Diante deste quadro, seguimos as constatações de Seligmann-Silva (2011, p.18), que nos dizem que as últimas décadas trouxeram profundas transformações ao mundo do trabalho. Ocorreu “intensificação das pressões, temores e incertezas” para os trabalhadores assalariados e suas famílias, o que fez com que fosse verificada também a expansão do “sofrimento social”. As

metamorfozes simultâneas, conforme nomina a autora, que fazem sofrer e produzem desgaste humano, precarizam a saúde mental dos trabalhadores.

A mesma autora (SELIGMANN-SILVA 2011, p.18), coloca que “[...] as metamorfozes interarticuladas – que compreendem a dominação, a produção do desgaste humano e as expressões clínicas deste desgaste” desafiam os profissionais de saúde e todos os envolvidos, no atendimento e formulação de políticas em saúde mental.

Para compreendermos a realidade atual enfrentada pelos trabalhadores, é importante o conhecimento dos processos que foram sendo desencadeados ao longo dos anos pelos trabalhadores, instituições, legislações e transformações sociais.

### **O percurso histórico**

Remetemos à Dejours (1992, p.13), para organizar como foi se constituindo “A história da saúde dos trabalhadores”, na evolução das lutas e mudanças nas condições de trabalho. Buscamos apresentar a construção da discussão sobre a Psicopatologia do Trabalho, a passagem para a proposta da Psicodinâmica do Trabalho, chegando até o momento atual, em que nos deparamos com a Clínica das Patologias Sociais. Abordando os acontecimentos históricos ocorridos no mundo, na Europa e em alguns momentos especificamente na realidade brasileira, pretendemos traçar um panorama atual da saúde mental dos trabalhadores.

No primeiro momento, Dejours (1992), sob o título<sup>1</sup> “Século XIX e a luta pela sobrevivência”, apresenta o período anterior a I Guerra Mundial. Nesta época destacam-se principalmente aspectos relativos à agressividade do ambiente; longas jornadas de trabalho, a participação de crianças; acidentes graves, com conseqüente alta mortalidade dos trabalhadores. Segundo o autor, neste período não se fala em saúde, mas sim em sobrevivência, na luta para não morrer.

---

<sup>1</sup> No livro a Loucura da Trabalho (1992), Dejours divide a introdução em quatro subtítulos que nos utilizamos neste artigo.

As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes. (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997, p.22).

No Brasil, com a limitação do uso de escravos negros, somente na segunda metade do século XIX surge alguma preocupação com a saúde do trabalhador. Como havia precariedade de alimentação e habitação, as doenças levavam a elevado coeficiente de mortalidade. (ROCHA e NUNES, 1993).

De acordo com Rocha e Nunes (1993, p.84) “Pode-se falar em um ‘surto industrial’ entre 1844 e 1875, quando aparecem as primeiras unidades manufactureiras e que eram em número bastante limitado”. Mas a partir de 1885, há implantação de indústrias em número elevado no Brasil.

Com o fim da Monarquia (1889), prevalece uma cultura nacional de exportação de café (ROCHA e NUNES, 1993). Pode-se pensar que com o advento de indústrias e as grandes fazendas, o regime de trabalho escravo tem fim e se encaminha para o trabalho assalariado. Mas conforme nos aponta Martins (1986), o trabalho assalariado não substituiu o trabalho escravo.

Para Martins (1986) há uma passagem do cativo humano para o cativo da terra. As propostas de parceria foram estabelecidas entre 1840 e 1850, e previam que o lucro da venda do café seria dividido igualmente entre fazendeiro e colono. Na verdade, o colono tinha o ônus de várias despesas, entre elas o pagamento do transporte e gastos de viagem da família, além de sua sobrevivência. E caso não estivesse satisfeito com a situação e com o patrão, poderia mudar de fazenda desde que tivesse um novo patrão-proprietário, que estivesse disposto a saldar suas dívidas.

A escravidão do negro era cara e imobilizava capital, já a “escravidão do colono” era baseada na dívida que o mantinha preso ao fazendeiro, tanto quanto era anteriormente o escravo negro. O estrangeiro utilizado para substituir o escravo, não era um assalariado, mas um colono que recebia parcialmente em dinheiro.

Mesmo após a Constituição de 1891 é importante ressaltar que não havia intervenção do estado nas relações trabalhistas, estas eram tratadas de acordo com o Código Penal (ROCHA e NUNES, 1993). As organizações de trabalhadores eram pequenas e tinham como meta reivindicações salariais e melhoria de condições de vida. “As principais reivindicações do período foram: o estabelecimento de jornada de trabalho de oito horas; a indenização e prevenção do acidente de trabalho e a regulamentação do trabalho de mulheres e menores.” (p.86).

Da I Guerra Mundial até 1968, segundo Dejours (1992), acontecem movimentos organizados dos operários na Europa, onde vão estar presentes a necessidade de inspeção médica nas fábricas e o consequente reconhecimento de algumas doenças profissionais, bem como sua indenização.

A assinatura do Tratado de Versalhes na França, que encerra oficialmente a I Guerra em 1919, e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) são acontecimentos marcantes desta época. A OIT nascida de argumentos humanitários e políticos visava à construção de legislação internacional ao custo humano pós Revolução Industrial.

[...] uma vez que através deste Organismo se suplanta barreiras geográficas, passou-se a disseminar, mundialmente, ideias acerca do trabalho e da justiça social, que favorecesse, conduzisse e mantivesse a paz e a estabilidade, e ainda, que o desenvolvimento econômico dos povos tivesse uma relação direta com a justiça social (SOUZA, 2006, p.432).

Neste mesmo período, no Brasil, é criada a primeira legislação sobre Acidentes de Trabalho em 1919 e a Lei sobre a Previdência Social, conhecida como Lei Eloy Chaves, de 1923 (ROCHA e NUNES, 1993). Somente no início do século XX vão acontecer algumas ações sanitárias do estado, mas estrategicamente situadas em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, zonas de produção do café e portuárias. Nesta época não havia uma política de saúde de âmbito nacional, mas sim para o atendimento médico individual. Importante salientar que de 1901 a 1917, ocorreram greves em quase todos os setores da indústria, que lutavam por melhorias nas condições de trabalho, e se estenderam até o ano de 1919. (ROCHA e NUNES, 1993).

As Santas Casas de Misericórdia eram as responsáveis pela assistência individual, e algumas empresas tinham um atendimento médico de base curativa com foco individualizado (ROCHA e NUNES, 1993). Mas é somente a partir da década de 1920 que se cria uma ação de base nacional, com a Reforma Administrativa e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de reorganizar os serviços comunitários do país atribuindo à União a competência pela promoção desses serviços em todo o território nacional. (FIOCRUZ, 2012)

A Previdência da época atendia aos trabalhadores que estivessem em condições de produzir, principalmente os ferroviários, marítimos e portuários. A Caixa de Aposentadoria e Pensões<sup>2</sup> era regulada pela própria empresa contratante, sem intervenção estatal (ROCHA e NUNES, 1993). Mesmo com as modificações implantadas no período, as práticas sanitárias eram voltadas para grandes campanhas, não agindo nos determinantes do adoecimento (FIOCRUZ, 2012). Conforme Ramminger e Nardi (2007), o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu tendo como foco a assistência à saúde aos trabalhadores urbanos. E esta preocupação com a “manutenção do corpo que trabalha” já estava presente na época da escravidão.

No período de 1930 a 1945, a realidade nacional vai contar com a intervenção do Estado nas relações de trabalho. Têm-se um desenvolvimento industrial, com a expansão do consumo a partir do aumento do mercado interno, principalmente na década de 1940. (ROCHA e NUNES, 1993).

Seguindo o percurso histórico traçado por Rocha e Nunes (1993), dos anos 1930 a 1935 o movimento dos trabalhadores se reorganiza e a pauta de reivindicações permanece com as questões relativas “[...] aos acidentes de trabalho, salários e jornadas em busca de melhores equacionamentos” (p.98). Apesar das legislações criadas anteriormente, neste período ainda aconteceram muitos acidentes de trabalho por falta de condições adequadas.

---

<sup>2</sup> Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), que eram geralmente organizadas por empresas e empregados. As CAPs operavam em regime de [capitalização](#), porém eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes e seguirem hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos; outro fator de fragilidade era o elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Nesta mesma época, Hitler assume o posto de Chanceler na Alemanha e tem início a II Guerra Mundial que vai durar de 1939 até 1945. Já no Brasil temos o golpe de Getúlio Vargas, que perdura por 15 anos, iniciando o Estado Novo. (FIOCRUZ, 2012)

Somente em 1943 é criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que “[...] reúne a legislação relacionada com a organização sindical, a previdência social, a proteção ao trabalhador e a justiça do trabalho” (ROCHA e NUNES, 1993, p. 106). Contudo, é apenas em 1978 que a CLT em seu Capítulo V apresenta as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, que serão modificadas de acordo com os tensionamentos vindouros, mas voltadas aos trabalhadores celetistas. (RAMMINGER e NARDI, 2007).

De 1945 até 1964, passamos no Brasil por um crescimento na industrialização. Ao mesmo tempo, “[...] grande parte dos sindicatos, sob a democracia populista, concentravam-se na discussão de uma política nacional, submetendo as questões específicas como, por exemplo, os problemas de saúde, a uma negociação direta com o Estado.” (ROCHA e NUNES, 1993, p. 110).

Neste mesmo período, vivemos um avanço econômico, com um aumento da urbanização, ampliação do papel do Estado principalmente em relação à Previdência Social, e um consequente processo de redemocratização. “Em termos do contexto político, o fato mais importante foi o golpe militar de 1964, que representou a instalação de um regime caracterizado pelo autoritarismo, excluindo a participação dos trabalhadores.” (ROCHA e NUNES, 1993, p. 123) Consequentemente, ocorreram intervenção e controle sobre sindicatos, é instituída a Lei de Greve e criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Conforme descrevem Ramminger e Nardi (2007),

Com a ditadura militar, o período dentre 1964-1980 é marcado por forte centralização política. O período se inicia com o silenciamento dos sindicatos e partidos de esquerda e termina com o surgimento de novos movimentos sociais com outras pautas de reivindicação, como aqueles que inseriram a saúde como luta política, por exemplo. (p. 215)

Depois de 1968, ao que Dejours (1992) denomina de Terceiro Período, o autor destaca um avanço na discussão pela saúde do corpo, onde entram em cena os entendimentos sobre condições de trabalho e organização do trabalho. Em relação ao panorama da saúde do trabalhador brasileiro, no início dos anos 1970, os indicadores são associados às precárias condições de vida, não condizentes com o progresso e o desenvolvimento.

Nesta época, primeiro grupo de doenças responsáveis pela concessão de aposentadoria pelo INPS<sup>3</sup> são as cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial, as doenças coronarianas, etc. O segundo são as doenças mentais que aumentaram com a migração da população rural para a periferia das grandes cidades e as perdas salariais dos trabalhadores (ROCHA e NUNES, 1993).

Outro aspecto importante a ser destacado, é que a saúde pública foi sendo substituída pela ampliação da medicina previdenciária voltada para os trabalhadores com o objetivo de “repor a força de trabalho”, principalmente nos anos de 1960 a 1980. Assim, o país garantia a continuação do crescimento da industrialização. (ROCHA e NUNES, 1993).

Apesar da história da saúde pública ter iniciado em 1808 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o Ministério só foi instituído formalmente em 1953. Mas é somente no início dos anos 1960 que os sanitaristas começam a formular propostas para os serviços de saúde e a realidade do país. Apesar de alguns marcos importantes na formulação da Política Nacional de Saúde, na realização da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963, é com a reforma administrativa de 1967 que o Ministério da Saúde passa a ser “[...] o

---

<sup>3</sup> O INPS – Instituto Nacional de Previdência Social foi criado em 1966, com a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP’s).

responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 2).

Desde o final dos anos de 1980, com o lançamento do livro *A loucura do Trabalho* de Dejours (1992), um forte movimento de discussão sobre a clínica, em *Psicodinâmica do Trabalho*, não parou de evoluir e suscitar muitas discussões, eventos e pesquisas. O próprio autor aponta que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e seus consequentes constrangimentos aos trabalhadores operaram profundas transformações na clínica das relações psíquicas do trabalho.

### **Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho**

Na década de 1970 emerge então lentamente uma demanda sobre as condições psicológicas do trabalho menos qualificado e suas consequências sobre a saúde. As primeiras investigações dedicaram-se a operários semiquilificados nos quais se analisava uma patologia mental procedentes do trabalho repetitivo, sob pressão de tempo e explorado de forma intensa. Tinha-se como objetivo destacar a doença mental ocasionada pelo trabalho de forma específica e caracterizá-la. Porém, estes objetivos não foram alcançados: ao invés de revelar doenças mentais específicas, o que foi observado com maior evidência foram comportamentos ditos estranhos, insólitos ou paradoxais. A partir de então, buscou-se destacar um conjunto de signos característicos (semiologia) que possuíssem um valor descritivo generalizável ao conjunto de uma categoria profissional, sendo característica de uma situação de trabalho hipoteticamente homogênea. Aos poucos então, desenhou-se o modelo teórico que buscava tematizar o sofrimento no trabalho e as defesas contra ele (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

As estratégias defensivas apresentam uma dualidade em relação ao sofrimento no trabalho: por um lado se fazem necessárias para que o sujeito se adapte às pressões evitando a loucura e dando continuidade ao trabalho, por outro contribuem na estabilização da relação subjetiva com a organização do trabalho sustentando uma resistência à mudança. No momento em que os trabalhadores estruturam tais defesas eles hesitam em

questioná-las, representando um grande risco de alienação (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

O funcionamento das estratégias defensivas passa por um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas nas quais os sujeitos deixam de ser vítimas passivas tornando-se agentes ativos de uma atitude provocadora em busca da redução da pressão patogênica. Entretanto, este movimento restringe-se ao nível mental, em função de que ele por si só não transmuta a realidade vivenciada (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Em meados dos anos 1980, Dejours e sua equipe de pesquisadores, começam a se indagar porque em algumas situações, apesar de estarem vivendo um grande sofrimento, os trabalhadores não adoeciam. Em contrapartida, estes desenvolviam estratégias que os permitiam lidar com o sofrimento e o trabalho e, dessa forma, não enlouquecer. Os primeiros estudos desenvolvidos no campo da Psicopatologia do Trabalho traziam uma conotação negativa para a definição de sofrimento, sendo compreendido como atravessado por forças que propiciam a evolução natural para a doença. Desse modo, as pesquisas demonstram que a bivalência do sofrimento deve ser levada em consideração exigindo então uma redefinição para o termo em psicopatologia do trabalho. A antiga definição, hoje caracterizada como sofrimento patológico era concebida como

O sofrimento que emerge quando todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho pelo sujeito, para colocá-la em concordância com seu desejo, foram utilizadas e a relação subjetiva com a organização do trabalho está bloqueada (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990, p.127).

Inicialmente, a Psicopatologia do Trabalho preocupou-se em evidenciar uma clínica de afecções psíquicas que poderia ter origem no trabalho. Basicamente foi fundamentada em um campo de conhecimento resultante dos danos físico-químico-biológicos das instituições de trabalho. A maior parte da

literatura relata estudos a respeito da saúde mental referindo-se à fadiga, ao estresse e às afecções consideradas psicossomáticas, como o infarto do miocárdio em executivos sobrecarregados e a úlcera duodenal em trabalhadores em turnos alternantes. Porém não havia estudos a respeito dos trabalhadores em atividade nos seus locais de execução e sim a respeito das doenças mentais que os afetavam (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990). A expressão “funcionamento psíquico” diz respeito ao modelo de homem que faz de cada sujeito um indivíduo ímpar, portador de desejos e anseios originários de sua historicidade e vivência passada e presente, que reage à realidade de uma forma única e singular (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990)

No início do percurso das pesquisas, ainda sob a denominação de Psicopatologia do Trabalho, ficava evidente “o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico”. Na época a preocupação em desenvolver a pesquisa clínica estava voltada para a doença mental; mas a evolução no próprio pesquisar e os questionamentos daí decorrentes foram mudando o foco da análise que passava a questionar a normalidade ao invés do adoecimento. “Normalidade que ocorre, de saída, como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento”. (DEJOURS, 2004, p.51)

Conforme nos aponta Dejours (2004, p.56):

A psicodinâmica do trabalho é antes de tudo uma práxis. Mas a psicodinâmica do trabalho não é apenas uma modalidade de intervenção no campo: continua sendo uma disciplina produtora de conhecimentos.

E, de acordo com o autor, a Psicodinâmica do Trabalho nos mostra que a relação entre a organização do trabalho e o sujeito é dinâmica, e por isso em contínuo deslocamento. É a partir desta constatação que a Psicopatologia dá lugar para a Psicodinâmica do Trabalho, onde o foco é a manutenção da normalidade apesar das adversidades vividas no cotidiano do trabalho. (DEJOURS, 2004).

Além do antagonismo ocasionado pela ideia de patológico e não patológico, Dejours e Abdoucheli (1990), relatam que a contradição relativa

à condição social/privado também estava presente. O prazer e o sofrimento estão ligados ao domínio privado enquanto o trabalho, que por si só deriva de uma natureza social, está relacionado a um funcionamento coletivo. As pressões do trabalho não são sentidas de forma idêntica ou até mesmo similar por um determinado grupo de trabalhadores que compartilham a mesma função e/ou local de trabalho. No conflito social/privado o privado se mantém, as pressões de trabalho não podem por si mesmas fazer emergir uma psicopatologia de massa. Entre as pressões do trabalho e a doença psíquica emergem o indivíduo dotado de capacidade para compreender a situação em que se encontra, podendo também reagir e defender-se dela. Cada sujeito, em função de uma vivência, personalidade e história de vida singular, encontra uma maneira particular de reagir e defender-se do sofrimento.

No Brasil, ao final dos anos 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF), fica definido que é dever do Estado a garantia de saúde da população, conforme Artigo 196, “[...] que, ao mencionar a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde.” (RAMMINGER e NARDI, 2007).

Assim como no Artigo 200 estão descritas as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhará corpo quando aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesta lei, além dos objetivos do Sistema, está incluída em seu campo de atuação a execução de ações de saúde do trabalhador, não sendo mais atribuição do Ministério do Trabalho e Emprego nem do Ministério da Previdência Social.

De acordo com Dias (1993, p. 154), o texto constitucional apresenta um conceito ampliado de saúde, o que auxilia que os anos 1980 sejam importantes nos encaminhamentos relativos à saúde dos trabalhadores. Por mais que o contexto no período não seja o mais favorável, “[...] não se pode perder a visão de processo e os ganhos significativos conquistados pelos trabalhadores [...]”.

Mesmo que para esta época as questões relacionadas às doenças profissionais e acidentes de trabalho tivessem destaque nas ações de saúde do trabalhador

[...] percebemos que o cruzamento do discurso da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental aparece de forma incipiente na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fortalecendo-se a partir da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, sobretudo por influência de profissionais ligados às universidades. (RAMMINGER e NARDI, 2007a, p. 11).

Estas conferências aconteceram, respectivamente, em 1986 e 1994. Já a iniciativa específica voltada para a Saúde do Trabalhador, com diretrizes e estratégias, vai se dar a partir da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em setembro de 2002. Na sua proposta de atenção integral, estão os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que até janeiro do ano de 2012 tem 201 unidades no país. Estes Centros recebem verbas do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para realizar “[...] ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 01).

Recentemente regulamentada, temos a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). Conforme determinação do Ministério da Saúde deve ser articulada à Política e ao Plano Nacional de Segurança e Saúde (PNSST), em todo o âmbito do SUS, além do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esta Política possui sete princípios e diretrizes, sete objetivos e seis estratégias, que buscam articular as ações e políticas de saúde nesta área. Integra a vigilância, a atenção integral, entre outras, presentes em diversas legislações até o momento. A proposta maior é sua concepção de ação “transversal”, entendendo o trabalho como determinante do processo de saúde-doença.

Nesta concepção, busca desconstruir que o processo de adoecimento seja responsabilidade do trabalhador e não dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos, o que pode ser verificado no acréscimo do princípio

da “precaução”, além dos princípios gerais do SUS. Também reforça ações já existentes desenvolvidas em muitos municípios, compreendendo a necessidade da articulação intersetorial e das atribuições nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Todo este percurso de construção histórica da saúde do trabalhador trouxe novas formas de organização do trabalho e da gestão, que em cada contexto apresentava também novas formas de manipulação da subjetividade e exploração dos trabalhadores, conforme descrito detalhadamente por Heloani (2003), ao que ele denomina “reprocessamento da percepção do espaço produtivo”.

Os estudos de Dejours e a Metodologia de Pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho (PdT) são amplamente difundidos e utilizados por pesquisadores e profissionais que estão envolvidos com o tema e a prática da saúde do trabalhador, visando aprofundar a relação entre a construção de subjetividade e o trabalho. No Brasil, a necessidade de solidificar os pressupostos de uma teoria que veja o sujeito na sua integralidade e tenha o trabalho como um fator importante na constituição do laço social e na identidade do trabalhador, fazem com que diversos trabalhos e pesquisas sejam baseados *stricto sensu* ou não na proposta da PdT. (MERLO e MENDES, 2009).

Pelo menos vinte anos após a mudança de denominação proposta por Dejours e seus pesquisadores, há uma alteração no quadro das patologias mentais relacionadas ao trabalho, levando Mendes (2007), a reservar o capítulo inicial de seu livro à discussão “Da psicodinâmica à psicopatologia do Trabalho”. Nesta escrita a autora além de descrever o histórico da abordagem proposta por Dejours, vai traçar um percurso para o entendimento das mudanças operadas na organização do trabalho e modelos de gestão, que tem levado a um aumento considerável de patologias relacionadas ao trabalho.

A estrutura psíquica dos trabalhadores no mundo contemporâneo não tornou-se mais suscetível ao adoecimento mental. Entretanto o que temos visto e o enfraquecimento da mobilização coletiva que luta contra as adversidades presentes no contexto do trabalho, expondo a crise que há atualmente nas organizações envolvendo os locais públicos, privados e sindicais. O que

prevalece é a lógica do “cada-um-por si” onde os colegas são vistos como inimigos e não como aliados na luta contra o sofrimento no trabalho. (DEJOURS, 2004). Assim, este cenário provoca um grande crescimento nas patologias decorrentes das relações atuais presentes no trabalho, sendo caracterizados como *Patologias da Solidão* por sua especificidade galgada no que vem acontecendo hoje no mundo do trabalho (FERREIRA, 2007).

Segundo Pezé (2010) e no que temos visto e discutido, há uma falência dos coletivos de trabalho, dos movimentos dos trabalhadores. E mais fundo ainda, e talvez conseqüentemente, a falta da confiança e da cooperação entre os trabalhadores. É muito difícil determinar o que vem primeiro, mas sabemos que os movimentos de despotencialização vêm sendo construídos lentamente em novos modelos de gestão, na formação dos grandes empreendedores.

As Patologias Sociais, conforme Ferreira (2007), são resultado dos seguidos embates que as pessoas tem com seus ambientes de trabalho. A dificuldades extrema de dar conta das demandas exigidas pelo trabalho contemporâneo, conciliando as adversidades e o sofrimento gerado por elas pode desencadear um processo de anestesiamento e insensibilidade diante da dor e do sofrimento do outro, bem como de seu próprio sofrer. Este processo pode ainda ser intensificado quando compartilhado por outras pessoas que compõe o grupo de trabalho

O sofrimento no trabalho tem levado as pessoas à retração, ao silenciamento, pois, se não há espaço para a fala, significa que também não há espaço para a escuta. O que facilmente se lê como “descomprometimento ou desmobilização” no trabalho, tem sido consequência do silenciamento dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho.

Na medida em que não há espaço para uma construção do sentido do sofrimento, nas relações sociais, surge o desânimo, a decepção e, até mesmo, o desespero. Para Dejours (1999, p.16), “Sempre há sofrimento. A única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo”.

## Considerações Finais

O aumento do sofrimento psíquico e muitas vezes o adoecimento em maior escala do que há pelo menos 20 anos atrás, têm demonstrado que as estratégias coletivas de defesa que possuem papel de extrema importância de resistência aos efeitos nocivos da organização do trabalho, estão perdendo espaço para o individualismo e a solidão. A solidariedade e cooperação tão necessárias ao enfrentamento cotidiano do trabalho, como recursos coletivos para a manutenção da saúde estão desaparecendo.

Para que realmente se possa desenvolver o “viver junto”, é preciso atenção e respeito ao outro, o que tem sido substituído pela competição exacerbada e banalização do sofrimento alheio a partir das mudanças, evoluções e variantes dos modelos de gestão.

Por essas razões, Dejours (2004, p.19), aponta que:

A ação racional no campo da saúde no trabalho exige novos meios de investigação; a pesquisa clínica exige novos métodos, pois é necessário identificar e compreender os processos em causa, os processos em estudo; é necessário conhecer os elos intermediários, caso se queira ter uma oportunidade de agir com eficácia.

Apesar do quadro atual não ser dos mais animadores, nossa prática tem demonstrado que a possibilidade de escuta ao vivido no trabalho traz mudanças para a vida dos trabalhadores. Temos promovido espaços coletivos de discussão, em pesquisas e intervenções, a pedido dos trabalhadores e de algumas instituições que tem modificado a realidade do trabalho. Damos passos ainda curtos e pequenos, na busca do cuidado que sabemos ser necessário para com os trabalhadores e em relação às modulações provenientes à organização do trabalho. Precisamos permanecer atentos e em permanente atualização com o que acontece no cotidiano da vida, no real do trabalho.

Já que “O poder de ação está sempre do lado daqueles que pensam” (DEJOURS, 2004, p.21), precisamos avançar na discussão sobre trabalho,

saúde e sua abordagem clínica para que possamos também avançar em nosso entendimento sobre os acontecimentos que vivenciamos com os trabalhadores.

## Referências

DEJOURS, Christophe. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours - Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. 1990. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo, SP: Atlas S.A, 1994. p. 21-32.

DIAS, Elizabeth C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, Lys E. et al. (org) **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, 1993.

FERREIRA, João Batista. Trabalho, sofrimento e patologias sociais: estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FIOCRUZ. **Linha do Tempo Fiocruz**. Disponível em:

<http://portal.fiocruz.br/content/linha-do-tempo-texto> Acesso em 30 set. 2012

HELOANI, José Roberto. **Gestão e Organização no Capitalismo**

**Globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho.**

São Paulo. Atlas, 2010.

Legislação em Saúde do Trabalhador – RENAST On Line. Atualizado em 9 de agosto de 2012. Disponível

em: <http://www.renastonline.org/temas/legisla%C3%A7%C3%A3o-sa%C3%BAde-trabalhador> Acesso em 14 nov. 2012

MARTINS, José de Souza. **O Cativo da Terra**. Editora Hucitec, 1986

MENDES, Ana M. **Pesquisa em psicodinâmica: A clínica do trabalho**. In: MENDES, Ana Magnólia. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método, pesquisas*. 01 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.001, p. 65-88, 2007.

MERLO, Álvaro R. C.; MENDES, Ana M. B. **Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação**. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*, v. 12, p. 141-156, 2009.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Transtornos Mentais: Trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas**. (Rotina vivida pelos trabalhadores é outro agravante 02/03/2012)

Disponível em: <http://previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=45575> Acesso em 02 nov. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **História da Saúde Pública**.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/679/222/historia-da-saude-publica.html> Acesso em 01out. 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE.(a) Portal da Saúde. **Sobre a Saúde do trabalhador**. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30426&janel  
a=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1) Acesso em 01out. 2012



MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Disponível em:

[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000600003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000600003&script=sci_arttext) Acesso em 30 set. 2012

NUNES, Everardo D.; ROCHA, Lys E. In:ROCHA, Lys E. et al. (org) **Isto é trabalho de gente?**. p. 77-156. São Paulo: Vozes, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para a ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010.

PEZÉ, Marie. **Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés** , Journal de la consultation, Souffrances et travail. Editions Pearson Education France, Paris. Flammarion, 2010. 214 pages.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique C. **Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público**. Revista do Serviço Público, ENAP, Brasília – DF. 58 (2): 213-226, Abr/Jun 2007.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique C. **Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras**. Psicologia, ciência e profissão [online]. vol. 27, n.4, p. 680-693, 2007a.

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

SOUZA, Zoraide. **A Organização Internacional do Trabalho – OIT**. Revista da Faculdade de Direito de Campos, Ano VII, Nº 9 - Dezembro de 2006. p. 425-466. Disponível em:



<http://fdc.br/Arquivos/Mestrado/Revistas/Revista09/Artigos/Zoraide.pdf>

Acesso em 30 set. 2012

**Sobre autores e contato:**

**Carla Garcia Bottega**

Psicóloga, Doutoranda em Psicologia Social e Institucional PPGPSI/UFRGS  
Rua Vicente da Fontoura, 2059 ap. 405, Bairro Rio Branco, Porto Alegre, RS,  
Brasil

[carlabott@terra.com.br](mailto:carlabott@terra.com.br)

51 96757795

**Karine Vanessa Perez**

Psicóloga, Doutoranda em Psicologia Social e Institucional PPGPSI/UFRGS

**Alvaro Roberto Crespo Merlo**

Médico, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Recebido em 3/4/2013. Aceito em 5/5/2013.**