

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

DILMA DA SILVA ALVES

**TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL: COEXISTÊNCIA INCONTROLÁVEL NA
SOCIEDADE CAPITALISTA**

**MACEIÓ-AL
2023**

DILMA DA SILVA ALVES

**TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL: COEXISTÊNCIA INCONTROLÁVEL NA
SOCIEDADE CAPITALISTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Reivan Marinho de Souza

Maceió-AL
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

A474t Alves, Dilma da Silva.

Trabalho e adoecimento mental: coexistência incontrolável na sociedade capitalista / Dilma da Silva Alves . – 2023.
77 f.

Orientadora: Reivan Marinho de Souza.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió,
2023.

Bibliografia: f. 75-77.

1. Adoecimento mental. 2. Trabalho. 3. Sociedade capitalista. 4. Ambiente de trabalho – Saúde mental. I. Título.

CDU: 331.472.4 : 613.86



***01UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS0,FACULDADE DE
SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL**

DISCENTE: DILMA DA SILVA ALVES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 20/10/2023

Título: **TRABALHO E ADOECIMENTO MENTAL: coexistência incontrolável na sociedade capitalista.**

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dr.^a Reivan Marinho de Souza (orientadora)

Prof.^a Ms. Sandra Barros Lima

Assistente Social Maria Zenaide Siqueira

À Thayná Rayanne da Silva Alves.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa, com saúde e forças para chegar até o final.

À minha mãe, Maria Josefa da Silva, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

Ao meu marido, Ronaldo José Alves da Silva, por todo o apoio, pela compreensão e pela paciência demonstradas durante o período de elaboração do trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Reivan Marinho, por aceitar conduzir meu trabalho de conclusão de curso, por suas contribuições teórico-metodológicas para a construção desse TCC.

Também agradeço todos os meus professores do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, pela excelência da qualidade técnica de cada um.

Agradeço em especial à minha filha, Thayná Rayanne da Silva Alves, por ter compreendido minhas ausências, não só durante o período de elaboração deste TCC, mas durante todo o curso — no qual, em muitos momentos, com ela deixei de brincar para me dedicar aos estudos.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para realização deste trabalho, meu muito obrigada.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso, intitulado *Trabalho e adoecimento mental: coexistência incontrolável na sociedade capitalista*, propõe apreender a problemática do adoecimento mental, marcada pelas condições e relações de exploração do trabalho no desenvolvimento dos processos de reprodução do sistema do capital na referida sociedade. A pesquisa realizada possui natureza bibliográfica e documental, baseada nos fundamentos teórico-metodológicos da tradição marxista. Dentre os autores estudados estão José Paulo Netto, Sérgio Lessa, Leguillante, Ivo Tonet, Ricardo Antunes, Friedrich Engels, Seligmann-Silva e Dejours, os quais contribuíram para a apreensão das complexas relações entre o sistema capitalista, as condições de trabalho e os impactos na saúde física e mental dos trabalhadores. Também foi analisada, ainda que genericamente, a função do Estado na contemporaneidade, através da política pública e de serviços de assistência à saúde mental, no sentido de apreender sua intervenção para prevenir adoecimentos nos ambientes de trabalho. Verificou-se com a pesquisa que a dinâmica da reprodução capitalista continua, até os dias atuais, produzindo processos de adoecimentos físicos e mentais. No entanto, verifica-se o agravamento da problemática em face da severa crise do capital, da precarização provocada pelas agruras das transformações no mundo do trabalho, pela aplicação acelerada das tecnologias de informação nos processos de trabalho e pela insuficiência da intervenção do Estado na problemática. Nesse sentido, apesar dos limites da função do Estado e do avanço do neoliberalismo, entende-se a importância do fortalecimento de lutas sociais, no sentido de garantir o investimento massivo de políticas públicas que protejam e promovam o direito social ao bem-estar da saúde física e mental dos/as trabalhadores/as.

Palavras-chave: trabalho; adoecimentos; saúde mental; precarização; sociedade capitalista.

ABSTRACT

This course conclusion work, entitled “Work and mental illness: uncontrollable coexistence in capitalist society”, proposes to understand the problem of mental illness, marked by the conditions and relations of labor exploitation in the development of the processes of reproduction of the capital system in society. said company. The research carried out was bibliographic and documentary in nature, based on the theoretical-methodological foundations of the Marxist tradition. Among the authors studied are José Paulo Netto, Sérgio Lessa, Leguillante, Ivo Tonet, Ricardo Antunes, Friedrich Engels, Seligmann-Silva and Dejours, who contributed to understanding the complex relationships between the capitalist system, working conditions and impacts on physical and mental health of workers. The role of the State, through public policy and mental health care services, in contemporary times, was also analyzed, albeit generally, in order to understand its intervention to prevent illnesses in the workplace. The research found that the dynamics of capitalist reproduction continues, to this day, producing processes of physical and mental illness. However, the problem is worsening in the face of the severe capital crisis, the precariousness caused by the hardships of transformations in the world of work, the accelerated application of information technologies in work processes and the insufficiency of State intervention in this problem. In this sense, despite the limits of the State's function and the advance of neoliberalism, the importance of strengthening social struggles is understood in order to guarantee massive investment in public policies that protect and promote the social right to health, well-being, physical and mental health of workers.

Keywords: work; illnesses; mental health; precariousness; capitalist society.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVC	Acidente vascular cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD IV	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial e Infante Juvenil
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesões por esforços repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores da saúde mental
Naps	Núcleos de Atenção Psicossocial
Noas	Norma de Assistência À Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Mundial do Trabalho
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso

TICs Tecnologias da informação
Ufal Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A RELAÇÃO ENTRE O DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA E O ADOECIMENTO FÍSICO E MENTAL	16
2.1	Fundamentos históricos do desenvolvimento capitalista no capitalismo concorrencial, condições degradantes de reprodução da classe trabalhadora.....	16
2.2	Capitalismo monopolista, produção taylorista-fordista e a problemática da saúde do trabalhador.....	26
2.3	Reestruturação produtiva, precarização do trabalho e adoecimentos.....	35
3	ADOECIMENTO MENTAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	45
3.1	Processos e tipos de adoecimento mental e seu desenvolvimento na atualidade	45
3.2	A Política de Saúde Mental no Brasil e a rede de apoio institucional	53
3.2.1	Considerações acerca da Reforma Sanitária Brasileira	53
3.2.2	A Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde Mental	57
3.3	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como Rede de Apoio ao trabalhador.....	64
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS.....	75

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado *Trabalho e adoecimento mental: coexistência incontrolável na sociedade capitalista*, aborda o adoecimento mental no ambiente de trabalho, uma problemática social que vem sendo amplamente discutida nos últimos anos, em face do número crescente de pessoas adoecidas, no Brasil e no mundo, em decorrência das condições precárias e insalubres, dos ritmos excessivos de trabalho e demais circunstâncias/problemas relacionados às atividades laborais.

O interesse pelo objeto de pesquisa se deve à experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social no Hospital Universitário Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA-Ufal) no período pós-pandemia, ponto de partida fundamental para a reflexão das condições de trabalho e dos desafios enfrentados pela equipe multiprofissional de saúde. A observação dos relatos desses profissionais, que muitas vezes resultaram em afastamentos, devido a problemas mentais relacionados ao trabalho, foi um testemunho das questões que envolvem a saúde mental no ambiente de trabalho na área da saúde. Portanto, a pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) trouxe uma série de desafios, incluindo a exposição constante ao sofrimento, ao luto e às perdas dos pacientes, bem como a pressão insuperável em um ambiente de trabalho que se tornou potencialmente mortal. Essa vulnerabilidade à doença física e mental experimentada pelos profissionais de saúde é uma questão que merece atenção. Além disso, a realização da pesquisa demonstrou a importância de estudar com mais propriedade a temática e adquirir conhecimentos, dada a relevância do tema para os profissionais de Serviço Social, que estão inseridos em instituições na área da saúde, em particular aquelas/es envolvidos com a problemática da saúde mental. Posto isso, conforme determina a resolução n.º 383/99, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que “Caracteriza o Assistente Social como Profissional da Saúde.”

Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa foi entender os determinantes histórico-sociais do adoecimento mental provocado pelo trabalho. De forma mais específica, buscou-se identificar os elementos que levam ao adoecimento mental no ambiente de trabalho, analisando fatores como ritmo de trabalho, pressão, estresse, intensidade, condições e relações de trabalho, dentre outros. Noutros termos, apreender de que forma as novas relações de trabalho — como as mudanças nas modalidades de emprego e a precarização das condições de trabalho — podem afetar

a saúde mental dos trabalhadores; bem como verificar de que maneira as legislações trabalhistas, ou a falta delas, contribuem para o adoecimento mental do trabalhador, examinando aspectos relacionados aos direitos laborais, à jornada de trabalho, à segurança no trabalho, entre outros.

Observa-se no Brasil a carência de políticas públicas efetivas para minimizar as desigualdades sociais, resultando em uma população vulnerável que busca suprir suas necessidades básicas dedicando grande parte de suas vidas ao trabalho. Essas pessoas, os trabalhadores, podem não perceber que estão adoecendo física e mentalmente em ambientes de trabalho desgastantes e estressantes.

Na contemporaneidade, isso se deve em parte à adoção de estratégias de controle do trabalho que levam à exploração intensa dos trabalhadores por empresas, indústrias, ainda que mascarada pelos princípios da flexibilidade e da autonomia dos trabalhadores, implementados pela reestruturação contemporânea. Isso significa que os empregadores buscam o máximo de produtividade, às custas do bem-estar e da saúde dos trabalhadores. Essa exploração leva a um ciclo no qual os trabalhadores se esforçam para atender às demandas, às metas cada vez maiores nos seus ambientes de trabalho, tal como aqueles que estão na informalidade, enquanto as políticas públicas não fornecem proteção e suporte adequados.

Diante dessa realidade, da configuração dessa problemática na sociedade, o questionamento que direcionou a pesquisa foi saber por que e como o Estado e as organizações participam para prevenir e intervir dos adoecimentos nos locais de trabalho. A hipótese ou pressuposto da pesquisa é a de que, embora o Estado possa intervir criando legislações mais efetivas para garantir a proteção integral do trabalhador em todos os seus aspectos, isso não significa que efetivamente venham atuando no sentido de garantir as condições de trabalho e de reprodução social do trabalhador; ao contrário, as instituições investem na fiscalização e na punição dos trabalhadores que não se adequam aos ritmos e metas do trabalho. Entende-se que o Estado, com suas legislações, e as empresas, as indústrias devem se comprometer para criar ambientes laborais saudáveis, aderindo aos programas e às práticas de gestão humanizada, que visam garantir o bem-estar e a saúde dos trabalhadores. Daí a importância de as instituições promoverem assistência ao trabalhador, bem como a sua conscientização, a partir de movimentos educativos que promovam vínculos de confiança nos ambientes de trabalho.

Durante as pesquisas, verificou-se que as leis existentes não estão sendo efetivadas e que os agravos à saúde do trabalhador vêm se ampliando, além das mudanças nas modalidades de trabalho — juntamente com o agravamento das desigualdades sociais e retrocessos nas políticas públicas — têm gerado inseguranças significativas para os trabalhadores. A retirada de direitos sociais, o desemprego, o aumento de horas de trabalho, a perda de autonomia, a intensa competição nos ambientes laborais e a falta de senso de pertencimento, o surgimento de novas modalidades de trabalho dependentes do desenvolvimento das tecnologias da informação (TICs), bem como a reconfiguração da indústria, das empresas e das instituições públicas são fatores que podem desencadear problemas emocionais e sofrimento psíquico. Transtornos como depressão, ansiedade, crises de pânico, estresse e a síndrome de Burnout tornam-se recorrentes nestas situações. Além disso, é importante ressaltar que o adoecimento mental também pode ter impactos negativos na saúde física do trabalhador, contribuindo para o desenvolvimento de outras doenças, como diabetes, hipertensão e problemas cardiovasculares.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), estima-se que transtornos mentais como a ansiedade e a depressão afetam 264 milhões de pessoas em todo o mundo, resultando em um impacto significativo na economia global, com perdas de produtividade estimadas em US\$ 1 trilhão por ano. Além disso, é importante destacar que o investimento na prevenção e no tratamento de transtornos mentais no ambiente de trabalho pode trazer grandes benefícios. A OMS (2020) destaca ainda que a cada US\$ 1 investido em tratamento de transtornos mentais há um retorno estimado de US\$ 4, em termos de melhorias na saúde e na produtividade dos trabalhadores. Os números alarmantes ressaltam a importância de abordar de forma proativa os desafios relacionados à saúde mental no local de trabalho.

A pesquisa realizada possui natureza bibliográfica e documental, baseada nos fundamentos teórico-metodológicos da tradição marxista. Quanto aos procedimentos metodológicos, na pesquisa bibliográfica foram realizados o levantamento, a leitura e a sistematização de obras clássicas e contemporâneas referentes ao objeto da pesquisa. Dentre os diversos autores estudados estão José Paulo Netto, Sérgio Lessa, Leguillante, Ivo Tonet, Ricardo Antunes e Friedrich Engels, entre outros. Esses estudiosos contribuíram para a apreensão das complexas relações entre o sistema capitalista, as condições de trabalho e os impactos na saúde física e mental dos trabalhadores. Dentre os autores que analisam a saúde do trabalhador, nos

referenciamos em Seligmann-Silva e Dejours, que forneceram uma base teórica para a compreensão das condições de trabalho e do impacto na saúde mental dos trabalhadores. Foram utilizadas como fontes na pesquisa documental legislações, reportagens, artigos em jornais, dados de instituições como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a OMS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de trabalhos acadêmicos recentes, para garantir conhecimento e análise atualizados, abrangendo objeto de estudo. Através dessa pesquisa, da reflexão crítica do problema de pesquisa, foi possível entender as raízes do adoecimento mental no ambiente de trabalho e identificar estratégias eficazes para lidar com essa grave problemática, que carece de intervenção pública urgente. Ou seja, também foram envidados esforços no sentido de chamar a atenção para a necessidade de políticas públicas que protejam e promovam o bem-estar dos trabalhadores face ao aceleração das transformações do mundo do trabalho na atualidade. Ao longo da pesquisa, também foi dedicado tempo ao estudo em disciplina eletiva no curso de graduação que permitiu o conhecimento de referências bibliográficas sobre a Reforma Sanitária Brasileira, a política de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), além das reflexões pertinentes sobre o tema saúde mental em sala de aula.

Para demonstrar os resultados da pesquisa, este trabalho de conclusão de curso (TCC) está estruturado em três seções: a primeira, configurada nesta introdução, contempla os objetivos, o problema, a metodologia de pesquisa, considerações gerais sobre o tema, a relevância do estudo, o motivo que levou a investigação e, por fim, a estrutura do trabalho.

Na segunda seção, intitulada *A relação entre o desenvolvimento capitalista e o adoecimento físico e mental*, aborda os determinantes históricos da Revolução Industrial e das consequências do desenvolvimento capitalista para a saúde da classe trabalhadora. Trata também da produção capitalista contemporânea, expressa no taylorismo-fordismo e na produção flexível (toyotismo), e seus impactos para as condições e relações de trabalho dos trabalhadores nelas vinculados, geradoras de processos de adoecimento físico e mental.

Por fim, na terceira seção, intitulada *Adoecimento mental e política de saúde mental*, são apresentadas as configurações sociais que impactam na saúde mental do trabalhador, expondo como a problemática da saúde mental se constitui historicamente nas sociedades (antiga e moderna). É abordada a questão da saúde

no Brasil, a conquista da Reforma Sanitária, quando então foi possível criar o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata, por fim, da reforma psiquiátrica brasileira, da política de saúde mental, e aponta os avanços e retrocessos com base na nova Política Nacional de Drogas, promulgada durante o Governo do Presidente Jair Messias Bolsonaro, através do Decreto n.º 9.761/2019 (Planalto, 2019).

Conforme exposto a seguir, entende-se que os determinantes dos processos de adoecimento físico e mental de trabalhadores estão associados às condições de trabalho resultantes do desenvolvimento capitalista, iniciado na Revolução Industrial. A problemática do adoecimento físico e mental se propagou globalmente com as transformações histórico-sociais no capitalismo. Sendo assim, as complexas alterações no mundo do trabalho impactaram e impactam significativamente no processo de reprodução da classe trabalhadora, haja vista o avanço das formas de exploração e precarização das condições e relações trabalho, que afetam, sobretudo, a relação saúde e doença, refletindo em diversos aspectos da vida em sociedade.

Espera-se, por fim, que o trabalho ora apresentado contribua com as pesquisas e reflexões na formação profissional de assistentes sociais acerca da temática contemporânea da saúde mental.

2 A RELAÇÃO ENTRE O DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA E O ADOECIMENTO FÍSICO E MENTAL

Esta seção expõe elementos importantes acerca dos fundamentos históricos e materiais da sociedade capitalista, sua relação com os processos de adoecimento físico e mental da classe trabalhadora. Tal processo é marcadamente determinado pelo desenvolvimento da manufatura, consolidado com a Revolução Industrial, e expandido com a produção taylorista-fordista e a reestruturação produtiva contemporânea, conforme exposto a seguir.

2.1 Fundamentos históricos do desenvolvimento capitalista no capitalismo concorrencial, condições degradantes de reprodução da classe trabalhadora

Os fundamentos histórico-materiais da sociedade capitalista se constituem desde a acumulação primitiva do capital, entre os séculos XVI e XVIII, na Europa Ocidental — período de decadência e transição do feudalismo para o capitalismo. Estes fundamentos são determinados pelo processo de expropriação violenta dos trabalhadores das terras feudais e pela transformação dessa massa de trabalhadores disponíveis em mercadoria para atender às necessidades de estruturação da manufatura flamenca de lã nas cidades. Nesse processo, afirma Marx, os trabalhadores se tornam “livres como pássaros” (1996, p. 348), livres como mercadorias disponíveis para serem exploradas sob o comando, sob o controle individual do capital.

O processo violento de expropriação e a condição dos trabalhadores livres, contratados como mercadoria pelas manufaturas emergentes, o aumento da produção das mercadorias, o crescimento da burguesia comercial, a formação do capitalismo mercantil e o avanço das navegações marítimas abriram a possibilidade da conquista de novos mercados. No entanto, cumpre destacar que, apesar da existência do trabalhador coletivo, da subordinação parcial do trabalho ao capital/o controle sob o comando individual do capitalista, da configuração da divisão sócio-técnica do trabalho (separação entre trabalho manual e intelectual) e do aumento da produtividade, foi o limite técnico da organização da manufatura — o trabalhador parcial, preso à sua ferramenta, desenvolvendo atividades com traços ainda artesanal

— o processo que impossibilitou o aumento da produção de mercadorias e da formação do mercado mundial, uma necessidade premente da expansão desenfreada do capital.

Assim, o acirramento das contradições dessa primeira forma clássica da produção capitalista na manufatura provocou sua superação e a constituição do novo estágio do desenvolvimento capitalista, com a Revolução Industrial, no século XVIII, na Europa Ocidental. Mas foram a necessidade do aumento da produtividade de mercadorias com vistas à acumulação de capitais e a configuração do mercado mundial — que requereu o revolucionamento dos meios de produção, por meio da aplicação da ciência ao modo de produzir, configurando a típica tecnologia capitalista, com a inserção da maquinaria na grande indústria e pela intensificação da exploração das forças produtivas — que alteraram significativamente as relações de produção e a sociedade capitalista. Este é o momento de constituição do capital produtivo industrial, no estágio do capitalismo concorrencial, com a produção estritamente capitalista, que irá se desenvolver tendencialmente a partir de então, consolidando a condição de subordinação integral da força de trabalho ao capital. Conforme destaca Huberman,

A invenção de máquina para fazer o trabalho do homem era uma história antiga, muito antiga. Mas como a associação da máquina à força a vapor ocorreu uma modificação importante no método de produção. O aparecimento da máquina movida a vapor foi o nascimento do sistema fabril em grande escala. Era possível ter fábricas sem máquinas, mas não era possível ter máquinas a vapor sem fábricas (1981, p. 184).

As transformações das relações sociais, também propiciadas pela Revolução Francesa, reconfiguraram a sociedade e o Estado, haja vista a superação do feudalismo, do antigo regime, instaurando a sociedade moderna, da prosperidade, agora controlada pela burguesia como classe dominante, consolidando as características estruturais do modo de produção capitalista. A luta de classes como expressão da relação antagônica entre burguesia e proletariado, resultante da contradição entre capital e trabalho, se agrava, para o que se tem como exemplo o enfrentamento dos movimentos organizados do proletariado urbano industrial, constituídos no final do século XVIII e ao longo do século XIX, denunciando as extensas e intensas jornadas de trabalho, o trabalho mal remunerado e sem qualquer garantia de proteção social. A implementação do maquinário, do avanço tecnológico

também era uma forma de violação, já que provocava o barateamento e o desemprego da força de trabalho. Os movimentos operários, as associações, os partidos políticos operários e os sindicatos que se proliferaram à época converteram o operário em sujeito revolucionário e a burguesia na classe conservadora. Segundo Montaño e Duriguetto (2011), na sociedade capitalista as relações sociais de produção são desumanizadas, o trabalhador vende sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência e, ao vende-la em troca de um salário, o trabalhador se torna alienado e explorado.

A Revolução Industrial transformou a história da humanidade, pois foi um marco no desenvolvimento capitalista, trouxe o aprimoramento da produtividade — as máquinas passaram a substituir os trabalhadores que produziam manualmente seus produtos, os artesãos perderam o domínio de suas atividades e foram substituídos por maquinários, conforme exposto anteriormente. Toda essa transformação introduziu novas técnicas e instrumentos no processo produtivo, ampliando significativamente o processo de acumulação e a concentração de riqueza sob o controle burguês, transformando o mundo do trabalho, abrindo as portas para novos desenvolvimentos tecnológicos. Desenvolve-se a especialização da força de trabalho, resultante da mecanização do processo produtivo, que modernizou a divisão sócio-técnica do trabalho.

Segundo Braverman (2012), uma das características do processo de industrialização foi a consolidação, o aperfeiçoamento da divisão sócio-técnica do trabalho, o que implicou na separação entre trabalho intelectual e trabalho manual. Desse modo, o trabalhador perdeu o controle do processo produtivo e passou a ser controlado objetiva e subjetivamente pelas máquinas, tornando-se mero apêndice destas.

A perda da autonomia do trabalhador com a inserção do maquinário na grande indústria desenvolve-se porque:

[a] produção [é] para um mercado cada vez maior e oscilante, realizada fora de casa, nos edifícios do empregador e sob rigorosa supervisão. Os trabalhadores perderam completamente sua independência. Não possuem a matéria-prima, como ocorria no sistema de corporações, nem os instrumentos, tal como no sistema doméstico. A habilidade deixou de ser tão importante como antes, devido ao maior uso da máquina (Huberman, 201, p. 125).

O desenvolvimento industrial ocorreu de maneira desigual entre os setores produtivos. Autores como Marx, Engels e Huberman apontam diversos problemas relacionados à Revolução Industrial, à medida que a industrialização transformou o modo de vida da classe trabalhadora. Segundo os autores, essas mudanças não implicaram melhorias nas condições de vida e trabalho dos trabalhadores, produziram, ao contrário, um número significativo de desempregados, afetando diretamente a reprodução social dos trabalhadores. Os operários recebiam salários aquém do necessário para suprir suas necessidades básicas, uma vez que já não era necessário o trabalhador qualificado com uma remuneração salarial satisfatória, situação que fez aumentar significativamente a fome, as condições degradantes de habitação e vestimenta, além das doenças físicas e mentais.

Esse processo histórico não possibilitou à classe trabalhadora fazer escolhas que atendessem suas necessidades de reprodução biológica e social. Engels (2008, p. 155) destaca que: “A miséria só permite ao operário escolher entre deixar-se morrer lentamente de fome, suicidar-se ou obter aquilo de que necessita onde encontrar – em outras palavras, roubar. Não espanta o fato de a maioria preferir o furto ao suicídio ou à morte por fome”.

Engels (2008) pontua ainda que as inovações obrigaram os camponeses a abandonarem suas atividades agrícolas, pois os grandes arrendatários tinham métodos e conhecimentos de produção agrícolas, o que permitiu aumento significativo na produtividade, de modo a torná-los grandes fornecedores e produtores. Deste modo, houve um barateamento dos produtos, fazendo com que os pequenos proprietários de terras, agricultores e artesãos — que produziam suas mercadorias em pouca quantidade — não suportassem a concorrência, tendo sido obrigados a se desfazerem de suas propriedades e atividades, além de migrar para as cidades em busca de emprego. Além disso, as leis criadas para favorecer a classe burguesa, a exemplo da lei dos “cercamentos”, citada por Marx em *O capital*, consistia na expulsão dos camponeses de suas terras para que o capitalista se apoderasse dos recursos coletivos, transformando-os em propriedade privada, permitindo o controle capitalista da produção agrícola. Nesse contexto, os trabalhadores não tiveram alternativa que não trabalhar nas fábricas.

Embora, por um lado aumentasse a riqueza de parte da burguesia, por outro, a pobreza tornava-se cada vez mais expressiva — essa expropriação dos camponeses das terras de onde tiravam seu sustento obrigou uma grande massa de trabalhadores

a ir em busca de sua sobrevivência nas cidades industriais, tornando-os dependentes dos capitalistas e contribuindo para a criação de um exército industrial de reserva, bem como para a formação da classe trabalhadora industrial, com o crescimento acelerado do capitalismo. Com a grande procura por cidades industriais, não houve um planejamento de urbanização e os operários começaram a se alojar em vielas — dando origem à favelização — chamadas por Engels (2008) de bairros com “má fama”; para o autor, esses bairros foram estrategicamente construídos às margens das cidades para esconder a miséria e a degradação.

Todo o contexto social foi redesenhado com os novos moldes da sociedade capitalista. Essa transformação social, econômica e política mudou completamente a rotina da população e constituiu um novo trabalhador — o proletariado urbano industrial. Em suas pesquisas, Engels (2008), Marx e Dejours (1987) apontam que, ao migrarem para as cidades industriais em busca de sua subsistência, os trabalhadores se deparam com a exploração do capitalismo exacerbado sobre a massa de operários, e neste momento da história do desenvolvimento capitalista o processo de trabalho ficou marcado por excessivas horas de trabalho em condições perigosas e insalubres. Engels (2008), em seu artigo, cita Artizan, o qual retrata as condições degradantes de sobrevivência dos trabalhadores e os processos de adoecimento:

Essas ruas são em geral tão estreitas que se pode saltar de uma janela para outra da casa em frente e as edificações têm tantos andares que a luz mal pode penetrar nos pátios e becos que as separam. Nessa parte da cidade não há esgotos, banheiros públicos ou latrinas nas casas; por isso, imundícies, detritos e excrementos de pelo menos 50 mil pessoas são jogados todas as noites nas valetas, de sorte que, apesar do trabalho de limpeza das ruas, formam-se massas de esterco seco das quais emanam miasmas que, além de horríveis à vista e ao olfato, representam um enorme perigo para a saúde dos moradores. É de espantar que não se encontre aqui nenhum cuidado com a saúde, com os bons costumes e até com as regras elementares da decência? Pelo contrário, todos os que conhecem bem a situação dos habitantes podem testemunhar o ponto atingido pelas doenças, pela miséria e pela degradação moral. Nesses bairros, a sociedade chegou a um nível de pobreza e de aviltamento realmente indescritível. As habitações dos pobres são em geral muito sujas e aparentemente nunca são limpas; a maior parte das casas compõe-se de um só cômodo que, embora mal ventilado, está quase sempre muito frio, por causa da janela ou da porta quebrada; quando fica no subsolo, o cômodo é úmido; freqüentemente, a casa é mal mobiliada e privada do mínimo que a torne habitável: em geral, um monte de palha serve de cama a uma família inteira, ali deitando-se, numa promiscuidade revoltante, homens, mulheres, velhos e crianças. Só há água nas fontes públicas e a dificuldade para buscá-la favorece naturalmente a imundície (Artizan, *apud* Engels, 2008, p. 79).

Os operários eram submetidos a jornadas de trabalho de 12 a 16 horas diárias; além disso, os autores apontam que os capitalistas davam preferência a empregar nas fábricas mulheres e crianças, por serem mão de obra barata, e que com isso houve o aumento de desemprego entre os homens. Era primordial que todos os membros da família estivessem submetidos às exaustivas jornadas de trabalho, sem distinção — crianças, mulheres e idosos —, isso porque os salários eram baixos e impossibilitavam a sobrevivência às custas de apenas um dos membros da família. Os ambientes de trabalhos eram superlotados, com pouca iluminação e sem oxigenação, geralmente expostos a produtos tóxicos, poeira e fumaça, condições degradantes que levaram ao aumento expressivo nos casos de doenças decorrentes do ambiente de trabalho. Além disso, eram comum acidentes de trabalho que ocasionavam lesões ou até a morte do operário, devido à falta de proteção adequada que garantisse a segurança do trabalhador. Conforme salienta Engels (2008),

O operário é, de direito e de fato, um escravo da classe proprietária, da burguesia; é seu escravo a ponto de ser vendido como uma mercadoria e, tal como uma mercadoria, seu preço aumenta e diminui. Se a procura por operários cresce, seu preço sobe; se diminui, seu preço cai; e se a procura cai a ponto de um certo número de operários não ser vendável, eles ficam como que em estoque e, como não há emprego que lhes forneça meios para subsistir, morrem de fome (p. 120).

A Revolução Industrial trouxe, portanto, consequências devastadoras para os trabalhadores, com o avanço do desenvolvimento tecnológico, processo que exigiu a modernização da divisão sociotécnica do trabalho e o fortalecimento da relação de dominação de classes, conforme exposto anteriormente. Lessa (1999) discorre que, com a evolução das forças produtivas, os indivíduos estabelecem um novo modelo de sociedade: a sociedade capitalista, que se divide em duas classes sociais, a classe dominada e a dominante. Em suas palavras, “[...] o desenvolvimento das forças produtivas amplia a capacidade de os homens produzirem desumanidades” (Lessa, 1999, p. 28).

Para Dejours (1987), a desumanidade é resultado das exigências das organizações que traziam ameaças à vida e à saúde dos operários, descrito na literatura da época sob o nome de “miséria operária,” que em diversos momentos estabelecia uma luta pela sobrevivência, um verdadeiro grito de socorro da classe operária, que vivia em situação degradante. O pauperismo estava cada vez mais

extremo e, com isso, sobreviver e enfrentar os perigos impostos à vida do trabalhador nas organizações de trabalho tornou-se um desafio.

A situação da massa operária era desumana, a luta entre as classes estava cada vez mais acirrada, os proletários se uniram através de movimentos sociais para combater a exploração da classe trabalhadora. São formados clubes de trabalhadores, cooperativas e associações, com a finalidade de fortalecer a solidariedade de classe e os movimentos sociais. Nesse contexto, houve degradação da saúde física e mental dos trabalhadores e os vínculos familiares começam a ser rompidos.

Os conflitos entre as classes antagônicas se intensificaram com a criação dos sindicatos, que assumiram papel decisivo na defesa dos direitos dos trabalhadores, pois travaram lutas por melhores salários, pela redução da jornada de trabalho e pela segurança no trabalho. No entanto, a ausência de leis trabalhistas e a repressão do Estado limitavam as ações dos sindicatos. A situação de pobreza era marcante, as lutas e os conflitos se intensificaram, pondo a necessidade da mediação do Estado, que é chamado a intervir com cada vez mais frequência nos conflitos.

Cumprido salientar que o processo de desumanização da vida social, conforme exposto acima, está marcado pelas condições precárias de trabalho e vida da classe trabalhadora, como: “[...] falta de higiene, promiscuidade, esgotamento físico, acidentes de trabalho, subalimentação, que potencializam seus respectivos efeitos e criam condições de uma alta morbidade, mortalidade e de uma longevidade reduzida” (Dejours, 1987, p. 14). A saúde do trabalhador se torna uma problemática social pública.

Friedrich Engels (2008) explica que a questão da saúde da classe trabalhadora nos primórdios do desenvolvimento industrial resultava da negligência da burguesia em relação às condições de vida e trabalho nas fábricas, visto que:

O proletariado é desprovido de tudo – entregue a si mesmo, não sobreviveria um único dia, porque a burguesia se arrogou o monopólio de todos os meios de subsistência, no sentido mais amplo da expressão. Aquilo de que o proletariado necessita, só pode obtê-lo dessa burguesia, cujo monopólio é protegido pela força do Estado. Eis por que o proletariado, de direito e de fato, é escravo da burguesia, que dispõe sobre ele de um poder de vida e de morte (Engels, 2008, p. 118).

Em suas reflexões, o autor salienta ainda que operários tinham a saúde debilitada em função dos baixos salários, das longas e intensas jornadas de trabalho,

das condições de moradia insalubre, sem ventilação, sem água e com esgotos a céu aberto; das vestimentas inadequadas para as temperaturas elevadas de frio e da alimentação insuficiente. Além disso, destaca que as condições insalubres de trabalho nos espaços ocupacionais na indústria provocavam risco iminente de acidentes e doenças das mais diversas. As condições gerais de reprodução social e física da classe trabalhadora provocaram numerosas enfermidades, inclusive as doenças que atingem os pulmões. Verificava-se que:

A aparência de tísicos de tantas pessoas que se encontram pelas ruas é claro indicativo de que a péssima atmosfera de Londres, em especial nos bairros operários, favorece ao extremo o desenvolvimento da tuberculose [...] ficamos assombrados com a quantidade de gente que parece meio ou completamente tísica. Nem mesmo em Manchester as pessoas têm esse aspecto – esses espectros lívidos, esguios e magros, de tórax estreito e olhos encovados, rostos inexpressivos, inermes, só em Londres sua quantidade me deixou chocado, embora se saiba que todos os anos a tuberculose provoque, nas cidades industriais do norte, verdadeira hecatombe [...] Além de outras doenças respiratórias e da escarlatina, o grande rival da tuberculose, causador de devastações entre os operários, é o tifo. Segundo relatórios oficiais sobre as condições sanitárias da classe operária a esse flagelo universal é provocado pelo péssimo estado das habitações operárias, a má ventilação, a umidade e a sujeira (Engels, 2008, p. 138).

Nesse sentido, Engels (2008) destaca que vários fatores desencadearam a alta taxa de mortalidade prematura. Entre eles as “epidemias”, que se espalharam rapidamente causando mortes em massa de operários. Apesar de terem afetado também o ambiente em que vivia a burguesia, os bairros operários foram os mais atingidos devido à falta de estrutura, pois o proletariado vivia na insalubridade e sem oxigenização — fato este que favoreceu a propagação das doenças respiratórias, como asma, bronquite e enfisema, mas principalmente as doenças de maior gravidade, a exemplo da tuberculose e do tifo.

Engels (2008) aponta negligência e faz duras críticas ao posicionamento do Estado e acerca da saúde e das condições de vida impostas pela sociedade burguesa à classe trabalhadora, no qual condicionaram à morte milhares de operários, por várias doenças decorrentes deste contexto. Destaca-se a falta de atendimento médico como fator importante entre a vida e a morte dos operários. Saliencia também que,

Outras enfermidades têm sua causa imediata não nas condições habitacionais em que vivem os operários, mas em sua alimentação. Esta, já inadequada para os adultos, é totalmente imprópria para as crianças – e faltam aos operários os recursos e o tempo para proporcionar a seus filhos uma nutrição conveniente. É preciso referir também o costume, muito

difundido, de dar às crianças aguardente, ou até ópio. Tudo isso concorre, além dos efeitos danosos das outras condições de vida sobre o desenvolvimento físico, para o aparecimento de muitas doenças do aparelho digestivo, que deixam sequelas para o resto da vida (Engels, 2008, p. 141).

É perceptível que a má alimentação e, conseqüentemente, a desnutrição traziam danos irreversíveis à saúde física da classe operária, visto que os poucos alimentos aos quais tinham acesso não eram suficientes para uma qualidade nutricional devido aos baixos salários recebidos, os quais não permitiam uma boa alimentação e o crescimento adequado das crianças. Eram comuns deformações nas crianças (sequelas físicas), reflexo das condições desumanas de desnutrição às quais os filhos do proletariado eram submetidos. Verificou-se também o hábito dos pais oferecerem álcool e opiáceos para as crianças dormirem e não sentirem fome, criando dependência de entorpecentes. Outro elemento importante apontado pelo autor é que as doenças que mais afetaram a classe trabalhadora decorriam da desnutrição, dentre elas:

A escrofulose é quase uma regra geral entre os trabalhadores, e pais escrofulosos têm filhos escrofulosos, principalmente se a causa originária da doença opera de novo sobre crianças que a hereditariedade predispôs a ela. Outra consequência da alimentação deficiente durante o período de crescimento é o raquitismo (doença inglesa cujos sintomas incluem protuberâncias nodosas nas articulações), muito frequente entre os filhos dos operários: a formação dos ossos torna-se lenta, o desenvolvimento do esqueleto é retardado e, ao lado de afecções raquíticas habituais, são comuns deformações nas pernas e na coluna vertebral. Não é preciso dizer a que ponto esses males são acentuados pelas vicissitudes a que os operários estão expostos em razão das flutuações do comércio, do desemprego e dos salários miseráveis em tempos de crise (Engels, 2008, p. 141).

Para o autor, outro fator que debilitava a saúde dos operários seria o alto consumo de álcool, costume muito difundido pelos trabalhadores e, embora fosse danoso à saúde, deixava de ser um vício e passava a ser uma necessidade existencial, dadas as condições físicas e sociais em que se encontravam. Era comum presenciar pessoas de todas as idades ingerindo aguardente, inclusive mulheres e crianças. Conforme explica,

[...] é inevitável que um grande número de operários se torne alcoólatra, também é inevitável que o alcoolismo provoque efeitos destrutivos sobre os corpos e os espíritos de suas vítimas, agravando todas as predisposições às doenças derivadas das condições gerais de vida dos operários e favorecendo ao máximo as enfermidades pulmonares e abdominais, sem esquecer a eclosão e a propagação do tifo (Engels, 2008, p. 143).

As consequências do desenvolvimento capitalista foram nefastas para a saúde dos trabalhadores, tanto para a física quanto para a mental. O autor alerta que os impactos do industrialismo afetaram drasticamente a saúde da classe trabalhadora, “Mulheres incapacitadas para procriar, crianças aleijadas, homens exauridos, membros quebrados, gerações inteiras doentes, debilitadas e desgastadas” (Engels, 2008, p. 203). Conforme exposto, constatou-se que, além das doenças físicas, também foram apresentados relatórios dos mais diversos profissionais que comprovaram o adoecimento mental dos operários — estados depressivos que os deixavam fragilizados, de modo que, quando acometidos por outras doenças, não desenvolviam resistência, fato que dificultava a cura. Em outras palavras, esses relatórios demonstraram “[...] um estado depressivo geral que afeta todas as funções vitais e um progressivo debilitamento das energias espirituais e físicas” (Engels, 2008, p. 193).

É perceptível que as discussões em relação às problemáticas geradas pelas atividades laborais na saúde dos operários giravam em torno das péssimas condições de trabalho a que estavam submetidos os trabalhadores. Diante de todos os fatos apresentados, observou-se que os tipos de doenças, mutilações e deformações eram sequelas específicas de cada tipo de atividade desenvolvida; além disso, as características apresentadas nas doenças que afetavam homens, mulheres e crianças eram diferenciadas, pois cada um tinha sua particularidade. Desse modo,

Os efeitos do trabalho nas fábricas sobre o organismo feminino são particulares. As deformações físicas, consequência de um trabalho muito prolongado, são ainda mais graves nas mulheres: deformações na bacia, seja por uma má posição dos ossos da bacia ou por seu desenvolvimento defeituoso, seja por desvios na parte inferior da coluna vertebral, manifestam-se geral e frequentemente como resultantes do excessivo trabalho fabril (Engels, 2008, p. 197).

Em sua abordagem, o autor argumenta que as condições gerais de trabalho supracitadas impulsionaram as lutas dos movimentos operários por melhores condições de vida e trabalho, por melhores condições de subsistência. De acordo com Netto e Braz (2012), o Estado reconhece o trabalhador como detentor de direitos trabalhistas, regulamentando a jornada de trabalho e defende as reformas sociais, reduzindo parcialmente os efeitos da exploração sobre os trabalhadores. Algumas conquistas, como os direitos trabalhistas, foram alcançadas pela pressão das lutas

dos trabalhadores; no entanto, estas não atingem o controle da propriedade privada, dos meios de produção e do trabalho pelo capital.

Pode-se afirmar, portanto, que os problemas evidenciados por Engels e pelos demais autores acerca da saúde dos trabalhadores são resultantes da exploração e dos sofrimentos vivenciados pelos operários a partir da Revolução Industrial, os quais se estendem para outros momentos do desenvolvimento do capitalismo. A questão da saúde do trabalhador é uma das expressões dos fundamentos do desenvolvimento capitalista — ou seja, a problemática da saúde é produzida pela reprodução do capital na sociedade capitalista.

No item a seguir, tem-se a continuidade da exposição, procurando demonstrar as bases do capitalismo monopolista, o desenvolvimento da produção contemporânea taylorista-fordista e a problemática da saúde do trabalhador.

2.2 Capitalismo monopolista, produção taylorista-fordista e a problemática da saúde do trabalhador

De acordo com Netto e Braz (2012), as bases do capitalismo monopolista no final do século XIX, nos anos de 1870, só foi possível devido ao desenvolvimento técnico-científico e econômico da industrialização, expresso na exploração do petróleo, do aço, da metalurgia, na descoberta da eletricidade, da eletromecânica. Com esses avanços foi possível constituir a indústria pesada, a indústria de base, que propicia a expansão desenfreada do capital produtivo industrial e, conseqüentemente, a formação dos monopólios, oligopólios, trustes e a constituição do capital financeiro para alimentar a expansão da acumulação capitalista. Verifica-se uma dinâmica veloz, uma dinâmica acelerada da reprodução do capital. Com o surgimento dos monopólios, os pequenos e médios capitalistas terão muitas dificuldades para concorrer no mercado, dada a predominância de uma nova atuação dos bancos — que antes funcionavam como intermediários de pagamentos, e agora atuam como sistema de crédito, contribuindo para o processo de centralização do capital. Esse novo estágio de desenvolvimento ficou conhecido como capitalismo monopolista e nele os bancos obtêm destaque por investirem em ações dos monopólios industriais, associando-se a estes. Origina-se uma nova forma de capital, o capital financeiro — que aglutina o capital comercial, o capital produtivo industrial e o capital bancário — e é o momento da fusão de capitais para constituir o capital monopolista financeiro, configurando a

fase imperialista, como dizia (Lênin *apud* Netto; Braz, 2012, p. 193), “[...] o imperialismo é a nova fase monopolista do capitalismo”. Nessa fase, as empresas monopolistas avançam para a expansão dominante dos mercados externos, com a exportação de capitais sob a forma de capital de empréstimo, cedendo créditos a juros acordados e capital produtivo, implantando indústrias em outros países.

Conforme Netto e Braz (2012), a indústria bélica ganha destaque, tornando-se um componente central da economia, tendo como principal clientela os Estados nacionais. A indústria bélica tem um aspecto peculiar no capitalismo, pois, por um lado, pode funcionar como um fator anticrise, gerando lucros significativos para empresários envolvidos na fabricação de armas e equipamentos militares. No entanto, essa mesma indústria também está intrinsecamente ligada às guerras e esses conflitos podem desencadear crises no sistema capitalista devido à destruição das forças produtivas.

Os relatos de Netto (2012) apontam que o sistema econômico mundial, a divisão internacional do trabalho, resultou numa hierarquização entre os países, de domínio e exploração sobre os menos desenvolvidos. Nesse contexto, o imperialismo consolidou a ligação de nações e Estados, levando a uma economia na qual todos são interdependentes, sem prejuízo da hierarquia e de suas relações de domínio e exploração.

O imperialismo é um sistema econômico e político caracterizado pela busca de lucros excedentes através da produção maciça de mercadorias e pelo controle sobre pequenas e médias empresas. No entanto, essa busca por lucros excessivos pode ser prejudicada pela queda nos lucros em decorrência da superprodução. Para lidar com isso, ocorre uma aceleração nos avanços tecnológicos na indústria, o que visa conter a superprodução e o acúmulo de produtos — algo que, por sua vez, leva a uma diminuição dos preços e, conseqüentemente, dos lucros.

A fase clássica do imperialismo ganhou destaque durante a crise de 1929, quando o Estado começou a intervir na economia para garantir as condições necessárias à produção e à acumulação de capital. Nesse período, surgiram partidos políticos que representavam os interesses dos trabalhadores, juntamente com movimentos sindicais operários que buscavam melhores condições de trabalho e salários. Além disso, a Revolução de Outubro, na Rússia, teve papel importante ao estabelecer o primeiro Estado socialista, desafiando as estruturas tradicionais do imperialismo capitalista, representando um golpe para o imperialismo.

No entanto, em países como a Itália surgiu o fascismo, que reprimia e perseguia os trabalhadores, além de negar seus direitos. Na Alemanha, a trágica experiência do nazismo dizimou populações inteiras no mundo, numa perseguição xenófoba em torno da primazia da raça ariana. Foram fincadas as raízes do imperialismo, que ascendeu causando terrorismo, ocupação de territórios, trabalho escravo e o grande investimento na indústria bélica.

Segundo Netto e Braz (2012), desde o fim da Segunda Guerra Mundial até a década de setenta do século XX, o capitalismo monopolista viveu uma fase de prosperidade nos países centrais, conhecida como “anos dourados”, por quase trinta anos. Nesse período, a economia imperialista teve mudanças importantes, como a exportação de capitais, girando entre os próprios países imperialistas — salvo que, para países periféricos, aconteciam empréstimos dos Estados pelos países centrais; se desenvolviam linhas de crédito ao consumidor, para itens desde o vestuário até automóveis; surgia a inflação, em decorrência da velocidade na circulação monetária, em que quanto maior a velocidade, menor a quantidade do dinheiro, da depreciação da moeda e da emissão de títulos de crédito dos bancos; se colocava o crescimento do setor terciário e de serviços, incluindo atividades financeiras e securitárias, comerciais, publicitárias, médicas, educacionais, etc. Esse crescimento do setor terciário abrange uma massa de pessoas no mercado de trabalho, algumas qualificadas e outras não, causando uma hipertrofia em relação aos outros setores da economia.

Com todos esses acontecimentos, observa-se que o estágio imperialista agrava as contradições do modo de produção capitalista, o qual passa a requerer um Estado interventor na economia para assegurar os superlucros e as condições externas à produção e acumulação. Noutros termos, um Estado de Bem-estar Social, com o reconhecimento dos direitos sociais, civis e políticos, desenvolvendo políticas públicas e sociais como mecanismo de coesão social. O movimento sindical conseguiu conquistar alguns direitos sociais e este Estado de Bem-Estar Social consolida a condição de cidadania nos países centrais, não significando a imposição de limites e restrições aos monopólios. Além disso, ficam sob a incumbência da intervenção estatal os tributos recolhidos da massa da população, o que lhe garante a prestação de vários serviços públicos através das políticas públicas de saúde, educação, transporte, habitação, etc. Esses mecanismos de coesão social foram implantados também pela burguesia monopolista, porque os trabalhadores assalariados dos

países centrais puderam participar da economia capitalista comprando alguns bens da produção industrial de mercadorias, inaugurada com a organização produtiva rígida taylorista-fordista. As relações sociais de produção legitimam-se com esta configuração do Estado de Bem-Estar Social.

A economia capitalista desenvolve-se com a produção taylorista-fordista, viabilizada pela indústria automobilística de Henry Ford, constituindo-se num dos símbolos da produção e acumulação capitalista rígidas, dominantes no século XX. O taylorismo, modelo de gestão do trabalho, é produzido por Frederick Winslow Taylor, nos Estados Unidos da América (EUA), no final do século XIX, com a instituição de três princípios de controle dos tempos e movimentos do trabalho, através da gerência científica, para modernizar e aperfeiçoar as formas de controle do trabalhador com vistas a garantir a eficiência, a eficácia das atividades e, enfim, ampliar a produtividade.

De acordo com Pinto (2007), o método taylorista foi criado por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), jovem americano que abandonou os estudos para trabalhar como operário numa metalúrgica cujos proprietários tinham vínculos com sua família. Através de sua experiência como operário, ele concluiu que: dividindo as atividades dos operários e controlando o tempo dos movimentos determinaria o tempo real gasto por cada operação, otimizando a produção. A partir daí, Taylor desenvolveu um sistema de organização do trabalho que se espalhou por várias indústrias no mundo. Mais tarde, se formou engenheiro mecânico, aprimorando seus conhecimentos e suas técnicas.

O administrador mais experimentado deixa, assim, ao arbítrio do operário, o problema da escolha do método melhor e mais econômico para realizar o trabalho. Ele acredita que sua função seja induzir o trabalhador a usar a atividade, o melhor esforço, os conhecimentos tradicionais, a habilidade, a inteligência e a boa vontade - em uma palavra - sua iniciativa, no sentido de dar o maior rendimento possível ao patrão. O principal problema da administração pode ser, então, em resumo em obter a melhor iniciativa de cada operário. E o autor usa a palavra iniciativa no sentido mais amplo, para abranger todas as boas qualidades do trabalhador (Taylor, 1970, p. 47 *apud* Pinto, 2007, p. 23).

Gounet (1999) ressalta que os objetivos desse sistema de gestão e organização do trabalho são a promoção de uma especialização extrema das atividades, a padronização das ferramentas de trabalho e o controle dos movimentos executados e dos comportamentos. Produz-se uma fragmentação maior entre as

dimensões intelectual e física do trabalhador. Este *modus operandi* da organização do trabalho irá se transformar em formas de controle do trabalhador. O que distinguirá o sistema taylorista do modelo anterior é que toda a responsabilidade de controle da fábrica, bem como da sua produção, fica a cargo da administração da empresa. São repassadas todas as técnicas ao operário, em forma de testes, para, logo mais, incrementá-las na execução padronizada, ficando explícito o controle do ritmo do trabalho e a intensificação da exploração do tempo de trabalho, a fim de extrair a mais-valia do trabalhador (Fleury; Vargas, 1983). O elemento central desse sistema é o controle do tempo e dos movimentos dos trabalhadores.

Braverman (2012) discorre a respeito:

[...] o trabalho em si era organizado de acordo com os princípios tayloristas, enquanto os departamentos de pessoal e acadêmicos têm-se ocupado com a seleção, adestramento, manipulação, pacificação e ajustamento da mão de obra para adaptá-la aos processos de trabalho assim organizado. o taylorismo domina o mundo da produção (2012, p. 85).

Este modelo de gestão é incorporado por Henry Ford na produção de automóveis, conforme discorreremos mais adiante. Taylorismo e fordismo se articulam para consolidar a modernização da produção industrial e/ou empresarial via simplificação, fragmentação e desespecialização das atividades, com vistas a reduzir o tempo de trabalho socialmente necessário, baratear a força de trabalho e ampliar a produção de mercadorias. Esse modelo produtivo também gera a desumanização do trabalho, por tratar o trabalhador como parte do maquinário. Diversos autores destacaram o traço perverso e destrutivo desse sistema de produção, causador de danos à saúde e ao bem-estar dos trabalhadores. Segundo Pinto (2007),

[a] idéia fundamental [do] sistema taylorista /fordista, como nos referimos a ele daqui em frente é levar a especialização das atividades de trabalho a um plano de limitação e simplificação tão extremo que, a partir de um certo momento, operário torna-se efetivamente o "apêndice da máquina" tal como fora descrito ainda em meados do século XIX por Karl Marx ao analisar o avanço da automação na indústria da época repetindo o movimento tão absolutamente iguais e num curto espaço de tempo quanto possam ser executados por qualquer pessoa, sem a menor experiência de trabalho no assunto (p. 33).

Segundo Gounet (1999), Henry Ford implantou o fordismo e fez mudanças em seu sistema associando os princípios do taylorismo; os profissionais eram especializados em fabricar os veículos por inteiro, por isso era necessário conter a

porosidade do trabalho, os tempos mortos de uma etapa para a outra. Mediante apropriação das concepções de Taylor, não se fez necessário incorporar profissionais especializados, mas fragmentar ao máximo as atividades. Ao aplicar o método taylorista (organização científica do trabalho) — baseado na racionalização extrema do processo de trabalho, com operações para combater o desperdício, principalmente de tempo —, tinha como objetivos incrementar, acelerar a “produção em massa” para baixar os preços dos veículos, confeccionar veículos simples e conquistar grandes mercados.

Henry Ford realiza importantes transformações no modo de produzir mercadorias, tais como: uma produção em massa para reduzir os custos de produção; o parcelamento de tarefas, no qual o operário exerce uma única função, de forma repetitiva, durante sua jornada de trabalho, sendo conseqüentemente desqualificado, pois já não precisa ser especializado; cria-se uma esteira rolante de montagem, com funcionários lado a lado, cada um na função que lhe cabe, processo que permite uma produção fluida, limitando o transporte entre as operações. Ford padronizou as peças, comprando das empresas que as fabricavam, tendo o controle direto do processo de produção, de cima para baixo, hierarquicamente; e, por último, a automatização das fábricas, diminuindo o tempo de produção dos veículos, viabilizada pela esteira de montagem no processo de trabalho — considerada a grande inovação tecnológica da produção fordista no século XX (Gounet, 1999).

O taylorismo-fordismo constituiu um modelo ou padrão de produção que interferiu negativamente na saúde do trabalhador, de modo que os desdobramentos da produção em massa no desenvolvimento capitalista afetaram sobremaneira as condições de trabalho e a vida dele. Segundo Braverman (2012), o contexto social de aceleração de produção permitiu que a organização do trabalho atingisse a saúde do trabalhador, pois as concepções tayloristas de gestão — o domínio da gerência científica sobre o processo de trabalho — ampliam significativamente a subordinação do trabalhador à lógica extenuante da produção de mercadorias. O operário, como mero executor de tarefas, perde a sua dimensão criativa no trabalho, pois é desapropriado do conhecimento e tem suas capacidades cognitiva e intelectual inibidas, transferidas para a gerência científica, que se encarrega do trabalho intelectual. Essas perdas atingem a saúde física e mental do trabalhador, pois ocorrem através de uma ação disciplinar de controle. Isso significa que:

As instrumentações de dominação que se fazem através da desinformação, da utilização de sentimentos e da estimulação do orgulho pelo trabalho bem feito são algumas das técnicas adotadas pelo poder que recebe fortalecimento considerável da disciplina, favorecendo a sua eficácia. Preparando o terreno para garantir a aceitação das exigências disciplinares (Seligmann-Silva, 2011, p. 168).

Segundo Pinto (2007), existem alguns sistemas adotados no fordismo que não fazem parte do sistema taylorista, como as experiências, habilidades e qualidades intelectuais dos operários, desnecessárias ao fordismo, já que se tratava de um trabalho repetitivo, sem necessidade de acúmulo de conhecimento para tal; a rotatividade nos quadros das empresas, principalmente nos níveis mais próximos às esferas operacionais; baixo nível de qualificação profissional e educacional dos trabalhadores; e o surgimento do departamento de Recursos Humanos, que passa a controlar a vida profissional e secular do operário, a fim de restabelecer sua produção nas funções diárias na fábrica.

Para Gounet (1999), a crise do fordismo se deu porque várias fábricas foram mudando, aos poucos, seus métodos de produção a partir de uma demanda de veículos mais diversificada e com menos produção destes, entendendo que a produção em massa já não era tão viável, visto que, para baixar custos com contratação de operários, foram inseridos no mercado de trabalho os imigrantes — com salários aquém do proposto no sistema fordista e submetidos a condições de trabalho cada vez piores, acarretando o desemprego dos operários formais e paralisando a venda de veículos.

A disputa entre os fabricantes de veículo aumentou a exploração sobre a classe operária e, mesmo sem aumentar os salários dos operários, buscava manter a produção em massa e com baixo custo. Desse modo, os trabalhadores eram obrigados a fazerem horas extras, submetidos a péssimas condições de trabalho, o que os levava ao adoecimento. Os operários adoecidos pelo sistema começaram a se revoltar, dando início à crise do sistema fordista.

Gounet (1999) afirma que com o acirramento da competitividade as condições de trabalho foram se deteriorando, principalmente em decorrência da inserção das novas tecnologias e dos trabalhadores imigrantes, que entram no mercado de trabalho, refletindo, desse modo, o aumento do desemprego e do medo de perder o emprego em quem já estava empregado nas indústrias. Conforme expõe,

[...] fica claro que a escolha adotada enriquece uma minoria de acionista e diretores que estão a frente das montadoras, mantendo trabalhador numa situação de exploração cada vez mais insustentável, atuando muitos deles nas indústrias subcontratadas, em condições ainda mais terríveis (jornadas de 50 a 60 horas semanais, sem férias, mal pagos...) para marginalização. [...] o sistema de acumulação da indústria automobilística aparece como um fantástico processo de marginalização, exclusão e estratificação social (Gounet, 1999, p. 52).

Acerca do perfil e da condição de reprodução social do trabalhador, Seligmann-Silva (2011) afirma que, quando submetido à rigidez e ao controle do modelo de produção taylorista/fordista, este realiza modificações na sua vida para se encaixar no perfil do sistema produtivo, mudando, inclusive, seu comportamento dentro e fora da organização; toda essa pressão sofrida reflete em adoecimentos físicos e mentais.

Seligmann-Silva (2011) aponta ainda que Taylor ignorava os problemas decorrentes das atividades laborativas dos operários, mesmo quando os trabalhadores apresentavam alto índice de fadiga. A autora relata que no auge do fordismo, quando os ritmos de trabalho estavam acelerados, observou-se que as peças estavam com “defeitos irreparáveis”, causando prejuízos à organização — a causa seriam os “fatores humanos”. A partir desse fato, foram observadas com maior veracidade as pesquisas da época, apresentadas pelo pesquisador Elton Mayo.

Para Braverman (2012), desde os primeiros anos do sistema taylorista os sindicatos se posicionaram contra o modelo de produção, pois seu sistema destituía os conhecimentos dos trabalhadores, tornando-os “acerebrais”, anulando a parte pensante do trabalhador, explorando apenas sua capacidade física. Mais adiante, já na vigência do taylorismo-fordismo, vários elementos fizeram com que movimentos sindicalistas iniciados pela associação dos trabalhadores industriais do mundo intensificassem a crise da Ford.

A redução do trabalhador ao nível de um instrumento no processo produtivo, não está [...] exclusivamente associada à maquinaria. Devemos também observar ou na ausência da maquinaria ou em conjunção com máquinas individualmente, a tentativa de tratar os próprios trabalhadores como máquinas (Braverman, 2012, p. 151).

Destaque-se que: “Ao longo do século XX, com a produção em massa, a ampliação do controle e a intensificação do trabalho, proporcionadas pela expansão do taylorismo-fordismo, novas formas de acidentes e adoecimentos com nexo laboral passaram a fazer parte do cotidiano do trabalho” (Antunes, 2018, p. 157).

Braverman (2012, p. 59) aponta que “[...] os aspectos técnicos dos processos de trabalho são agora dominados pelos aspectos sociais que o capitalista introduziu: isto é, nas novas relações de produção [...]”. O ritmo acelerado e a fragmentação significativa das atividades (manuais e intelectuais) executadas fazem com que se amplie o processo de alienação do trabalhador, provocando insatisfações.

É perceptível que, apesar dos anos iniciais do fordismo terem abrangido o desenvolvimento em todo mundo, acirrou-se a competitividade e, por conseguinte, foram vivenciados períodos de crises, inclusive humanitárias, devido às guerras instaladas pela disputa de territórios e pela necessidade imanente de expansão do processo de acumulação. A produção “em massa” fordista para constituir o consumo “em massa” tornou os preços dos produtos mais acessíveis e oportunizou aos trabalhadores o ganho de quase o dobro do salário — uma maneira de incentivá-los a produzir mais. O fordismo¹, conforme dito, se expandiu no mundo inteiro, alterando as relações de produção e a gestão do trabalho, postas desde a grande indústria. Durante a sua vigência e para além dele, os adoecimentos físicos se mantiveram e outros mais complexos foram produzidos; esses novos adoecimentos envolvem a dimensão psicológica/mental, haja vista o intenso ritmo de trabalho e as condições precárias e insalubres, tanto de trabalho quanto de vida.

O modelo de produção industrial taylorista-fordista gerou adoecimentos por causa das condições estressantes de trabalho às quais submeteu os trabalhadores. Ricardo Antunes (2009) pontua que a especialização, a padronização e a fragmentação das tarefas são características marcantes desse modelo. Afirma o autor que a intensificação do trabalho nas indústrias e empresas da época exigia do trabalhador atividades monótonas e repetitivas, assim, as consequências desses

¹ Segundo Gounet (1999), o Japão tentou introduzir os métodos do fordismo em seu país, em suas fábricas, mas compreendeu que não tinha como concorrer com a Ford, que se tornou gigante com seu sistema de produção em massa. Além disso, o país estava frágil economicamente, pois tinha acabado de perder a guerra, de modo que o então o presidente de Tóquio expulsou as fábricas filiais norte-americanas criando assim a lei da indústria automobilística no seu arquipélago, a fim de proteger a produção japonesa. Contudo, é questão de honra para o Japão competir com os Estados Unidos, mas o país não obteve sucesso por vários fatores — como a exigência de demanda diversificada, a falta de espaço para produção em massa, entre outros. Mas a guerra da Coreia, em 1950, trouxe novas mudanças com a criação do Ministério do Comércio Internacional da Indústria (MITI), que traz a indústria como setor prioritário à economia nacional, erguendo barreiras alfandegárias para se proteger dos Estados Unidos, liberando empréstimos subsidiados para as indústrias crescerem no mercado, racionalizando o ramo de autopeças também como setor prioritário e desenvolvendo as rodovias para a nova demanda automobilística. Nasce o sistema produtivo do Japão, com métodos flexíveis, chamado de toyotismo, tendo sido a empresa de automóveis Toyota a primeira indústria a adotá-lo em sua linha de montagem. Discorreremos a respeito no próximo item.

fatores foram devastadoras para a saúde física e mental dos mesmos. Por fim, apreende-se que esse modelo foi um grande vilão para a saúde física e psicológica dos trabalhadores no decorrer de seus longos anos de vigência.

Apesar das condições atuais de gestão e organização do trabalho serem outras, com a produção toyotista observa-se que não há uma distinção do modelo de produção fordista. A produção toyotista se generaliza com a reestruturação produtiva, conforme demonstraremos no item seguinte, quando então abordamos e explicitamos os adoecimentos produzidos com o avanço e a consolidação das condições e relações flexíveis de trabalho.

2.3 Reestruturação produtiva, precarização do trabalho e adoecimentos

A reestruturação produtiva surgiu em resposta à crise capitalista, ao desgaste do modelo de produção taylorista-fordista e do Estado de Bem-Estar Social. Segundo (Brenner, 1999, *apud* Antunes, 2009), a crise se deu pelo excesso de capacidade de produção, o que levou à queda da taxa de lucro da indústria de transformação. Aliado a isso, houve a expansão da indústria na Alemanha e no Japão, o que provocou uma redução do lucro de seus concorrentes. Os países centrais e periféricos se baseavam na acumulação rígida e na produção fordista; a crise do capital assumiu contornos incontroláveis, com a redução significativa das taxas de acumulação e seus impactos para a classe trabalhadora, com o aumento do desemprego. Aliadas ao agravamento do fenômeno do desemprego, ocorreram a queda no investimento na produção industrial e a hipertrofia do sistema financeiro, haja vista os riscos eminentes de investimento no capital produtivo industrial. Para autores como Antunes (2015) e Mota (2005), certos elementos foram determinantes para o esgotamento do keynesianismo e da crise do fordismo, principalmente a superprodução de mercadorias, a baixa lucratividade de setores industriais e a expansão do fenômeno do desemprego.

Antunes (2009) argumenta que a crise capitalista instaurada em 1970 se estende até os dias atuais, expressando o esgotamento de um padrão de dominação de classe; no entanto, aparece apenas com uma crise econômica que afeta a queda tendencial de lucro, mas que efetivamente expressa a reorganização das novas formas de dominação pelo capital. Tem-se, nos anos de 1980, com as novas formas de dominação do capital, a transição do modelo de acumulação rígido para o flexível, a implantação da produção toyotista, o reordenamento do Estado com o

neoliberalismo, o investimento significativo na informática e microeletrônica nos processos de trabalho na indústria, na esfera dos serviços, e as implicações negativas destas mudanças para a classe trabalhadora.

Gounet (1999) afirma que a produção flexível, ou o Toyotismo, surgiu em resposta à crise do fordismo nos anos de 1970, com a pretensão de eliminar o trabalho repetitivo, desqualificado, desmotivador e embrutecedor fordista, levando os trabalhadores à polivalência e ao trabalho em equipe, e as empresas a evitarem o desperdício com a produção “consciente”, de acordo com as exigências do mercado consumidor.

Mas, conforme os estudos do referido autor, a produção flexível é implantada pela Toyota, indústria de automóvel japonesa, no ano 1950, precisamente pelo engenheiro Taiichi Ohno, o qual postula a defesa do *just in time* como princípio básico da organização produtiva para diminuir o tempo de trabalho, reduzir os gastos, flexibilizar a produção e as relações de trabalho, com vistas a ampliar a competitividade entre as empresas. À época (1950)², foi realizada uma pesquisa pelos japoneses, com base na experiência fordista dos EUA, para tentar implantá-la no Japão e a partir daí se colocar em concorrência com as empresas estadunidenses. Contudo, dada as condições próprias do arquipélago japonês, o avanço da produção toyotista só foi possível nos anos de 1980 — momento de agravamento da crise capitalista, a qual requer processos de organização produtiva que respondam às necessidades prementes de garantia da acumulação de capital.

O método toyotista se expande nos anos de 1980, no contexto da reestruturação, consistindo na “produção enxuta” — puxada pela demanda, que combate o desperdício na fábrica com quatro operações, a saber: a produção propriamente dita, a estocagem, o controle de qualidade e o transporte; a flexibilidade da organização do trabalho — processo em que o trabalhador opera várias máquinas e realiza o trabalho em equipe reduzida; instala-se o *kanban* — uma placa que avisa quando o produto está com defeito e requer manutenção imediata, porque não há mais setor específico para realizar este serviço, tampouco estoque suficiente para

² Segundo Gounet (1999), nos anos 1950 a organização ativa dos sindicatos era frequentemente considerada um obstáculo ao sistema produtivo, de modo que os empregadores buscavam neutralizá-los de diversas formas, incluindo a criação de sindicatos pró-patronais, para garantir a continuidade das mudanças nas condições de trabalho. Para eles, o sindicato possuía dois defeitos significativos: a solidariedade de classe e a não colaboração com o patronato. Os sindicatos eram combativos, deferiam, em média, de 118 a 170 paralisações do trabalho por mês, principalmente entre 1946 e 1948. O patronato defendia que era preciso acabar com o sindicato.

substituir o produto defeituoso. O objetivo desse sistema é confeccionar diversos produtos em série, de modo restrito, para atender a um mercado consumidor específico. Destaque-se que, para produzir um carro de forma mais rápida, tornou-se necessário mudar a produção, a configuração das máquinas, com o grande investimento na microeletrônica e na informática, bem como a inovação da gestão do trabalho com as relações flexíveis de trabalho, mudanças que poderiam levar até mais tempo para serem efetivadas. No final da década de 1970, mas principalmente nos anos de 1980, isso foi sendo alterado mundialmente, com a redução do tempo de trabalho de quatro horas, para a confecção de um produto do setor de autopeças, em três minutos. Os fabricantes de autopeças passaram a ser contratados pela grande indústria de automóvel através do processo de terceirização, via subcontratação, com os custos salariais dos trabalhadores reduzidos em até 50%. Essas empresas também seguiram as exigências da Toyota, como estarem instaladas próximo às fábricas, no intuito de reduzir o tempo gasto com transporte e o deslocamento ao trabalho. Em síntese, o toyotismo, a produção flexível, se caracteriza pelos 5 zeros: zero atrasos, zero estoques, zero defeitos, zero pães, zero papéis (Gounet, 1999).

Sobre a flexibilidade da produção e das relações de trabalho, o novo sistema de produção exige mais do operário, que passa a ter de operar até 5 máquinas de uma só vez, e ainda colaborar com um colega que precisar, seguidos ainda de um sistema de produção com 3 sinais luminosos (*kanban*), no qual estes devem oscilar entre o laranja e o verde, o que significa uma elevação constante do ritmo de produção. A flexibilidade da produção tem que acompanhar a do trabalho e do trabalhador, de modo que a política de base é usar o mínimo de trabalhadores e o máximo de horas extras, contratando novos operários de acordo com as exigências da produção. Ao exigirem do operário polivalência, as indústrias condicionam o trabalhador a um alto índice de estresse prejudicando sua saúde, uma vez que enfrentam horas exaustivas de trabalho não remunerado e em péssimas condições. Algumas organizações sindicais se manifestaram contra os abusos cometidos pelos capitalistas com a implantação da produção flexível, enquanto os trabalhadores respondem aos abusos praticados com protestos e greves.

Esse modelo produtivo flexível afetou negativamente a classe trabalhadora devido ao aumento do desemprego e da precarização das condições e relações de trabalho. Com a reestruturação produtiva do capital, marcada pelo crescimento dos capitais financeiros especulativos e pelas novas demandas na área da tecnologia,

comércio e expansão dos capitais, as condições de trabalho tornaram-se ainda mais precarizadas e as taxas de emprego reduziram. A classe trabalhadora viu-se obrigada a se submeter às novas regras da gestão flexível e à exploração intensa da sua força de trabalho. Na realidade, os países com estrutura capitalista favorável se uniam para ganhar força no mercado industrial e comercial, conseguindo eliminar os países com indústrias intermediárias, incluindo os asiáticos e do Terceiro Mundo, deixando-os numa situação de dependência. Quanto mais concorrência intercapitalista, desenvolvimento de tecnologia e expansão de capitais financeiros imperialistas, maior a redução da oferta de emprego. Isso atinge, sobretudo, os trabalhadores subordinados a esse processo, pois não conseguem acompanhar o ritmo tecnológico, cenário que acarreta o desemprego e a precarização das condições de trabalho. Vários países periféricos de capitalismo dependente, que não conseguem gerir sua economia interna, devido à desleal concorrência, têm que se submeter aos ditames do capital estrangeiro e suas demandas. Nessa lógica destrutiva, em que os grandes avanços tecnológicos deveriam ser motivo plausível para a redução da jornada de trabalho, sabe-se que, em alguns países centrais — como a Inglaterra e o Japão — há uma política de prolongamento da jornada de trabalho, argumento usado para a saída da crise.

A lógica do capital voltada à produção de mercadorias e valorização traz consequências desastrosas para o trabalhador, levando-o a vivenciar processos que agravam sua condição já precária de vida, como a intensificação da exploração, a pobreza, o desemprego, a destruição do meio ambiente e da natureza, entre outras, em escala globalizada, já que o capitalismo expressa as formas mais bárbaras de extrair o lucro na produção de mercadorias.

De acordo com Antunes (2015), o toyotismo chega como uma das estratégias de reestruturação do ciclo reprodutivo do capital em crise, na intenção de recompor sua dominação societal. A proposta da acumulação flexível e do toyotismo como novo padrão de produção, conforme exposto anteriormente, provoca várias alterações econômicas, com a proposta da acumulação flexível, da gestão organizacional e da adoção da microeletrônica e da informática ao processo de trabalho. Estas alterações impactam nos trabalhadores pelo aumento do desemprego, da informalidade, da precarização das condições de trabalho; e o capital, neste cenário de crise estrutural, procura exercer o controle sobre tais trabalhadores. Esse contexto foi chamado de “A era da acumulação flexível”. Segundo Ellen Wood (1997, apud Antunes, 2015, p. 50),

“[...] às transformações econômicas e culturais, mudanças na produção e mercado, ligadas ao pós-modernismo, na verdade, conformam um momento de maturação e universalização do capitalismo”. Na verdade, alguns autores divergem em suas análises quanto ao toyotismo. Na visão de Harvey (1992), trata-se de uma nova forma de organização produtiva e de gestão do trabalho, onde se tem um trabalhador qualificado, participativo e multifuncional e que supera as contradições, constituídas do próprio sistema capitalista. Outros autores, como Gounet e Antunes, afirmam, com as devidas diferenças entre si, que o toyotismo é a continuação de um sistema já existente (fordismo), com diversas características diferentes da forma do trabalho, mas tendo como alvo principal a garantia da acumulação exponencial de capital, afetada pela crise estrutural. Esses dois autores entram num consenso quanto à observação da especificidade dessas mutações e das consequências no interior do sistema de produção capitalista, no qual ocorre a emergência de um regime de acumulação flexível nascido em 1973.

No contexto brasileiro, Netto e Braz (2006) salientam que o enfrentamento do capital à sua crise, originada desde 1970, consistiu em implementar a reestruturação produtiva de forma a responder aos anseios capitalistas pela manutenção das taxas de lucro. O processo de reestruturação capitalista possibilitou o avanço dos ideais neoliberais e contribuiu para desmoronar o parco sistema de regulação econômica, de política social existente no Brasil. O Estado passa a desregular direitos trabalhistas e a desmontar o setor produtivo estatal, trazendo uma nova forma de reorganização do capital e sua ideologia política, o "neoliberalismo". A partir daí, foram estabelecidas novas relações de trabalho e outra configuração ao Estado, que passou a redimensionar políticas sociais e priorizar a seletividade, a meritocracia nas funções estatais de proteção social.

Antunes (2015) argumenta que essas alterações expressam a reorganização do capital com base nos processos de acumulação e dominação. Então, as distintas manifestações do modelo japonês (ou Toyotismo) devem ser objeto de reflexão, de modo que a “questão da qualidade total” e a liofilização organizativa da ‘empresa enxuta’ tornaram-se objetos de suas pesquisas.

Antunes (2015) afirma ainda que a grande falácia da “qualidade total” se exprime na ideia de que o produto foi fabricado para ter durabilidade. Todavia, ele é fabricado para ter o menor tempo de duração, no intuito de acelerar o processo produtivo e ter sua reposição a curto prazo. Por isso a qualidade total não se contrapõe

à taxa decrescente do valor de uso das mercadorias, mas torna-se compatível com a lógica da produção destrutiva, diminuindo efetivamente a qualidade dos produtos, pois o modo de produção capitalista é inimigo da durabilidade destes. O grande questionamento é sobre um sistema do capital que transforma em descartável e desperdiça o que deveria ser preservado, tanto no valor de uso social quanto para evitar a destruição da natureza, bem como no processo de destruição da força humana do trabalho, causada pelo processo de liofilização organizativa da “empresa enxuta”.

Desta forma, Antunes (2015) aponta que o padrão de acumulação flexível se fundamenta em um sistema produtivo organizacional tecnologicamente avançado, com técnicas flexíveis de gestão da força de trabalho, o qual insere computadores no processo de trabalho na indústria e na esfera dos serviços. Utiliza-se de trabalho em equipe, baseado na participação e no envolvimento dos trabalhadores, estruturado de maneira horizontalizada, articulado às atividades das diversas empresas terceirizadas contratadas, com a finalidade de reduzir o tempo de trabalho, intensificando as condições de exploração da força de trabalho e procurando reduzir o trabalho improdutivo, que não cria valor; as empresas e/ou indústrias enxutas passam a admitir um menor contingente de trabalhadores para aumentar a produtividade. Essas mutações no processo produtivo afetam diretamente o mundo do trabalho, pois com a desregulamentação dos direitos trabalhistas são eliminados postos de trabalho na indústria e nos serviços em várias partes do mundo; aumenta-se a fragmentação no interior da classe trabalhadora; tem-se a precarização e terceirização da força de trabalho; o fim do sindicalismo de classe, com a conversão num sindicalismo de empresa/patronal. Os países centrais adotaram o sistema toyotista como forma de superar a crise do capital, realizaram adaptações ao modelo de produção fordista, mesmo com as singularidades e particularidades de cada país, a despeito da sua distinta inserção na divisão internacional do trabalho. Conforme destacado anteriormente, os movimentos sindicais se adequam à instabilidade do mercado de trabalho e à luta pela sobrevivência, imposta pelo avanço do toyotismo.

As transformações do mundo do trabalho foram sentidas de forma contundente, principalmente em países periféricos/dependentes como o Brasil — um país que depende de países industrializados, ou melhor, do desenvolvimento da economia mundial. O processo de acumulação flexível de trabalho e as mudanças foram observados principalmente na desregulamentação das leis trabalhistas e nas

novas formas de trabalho baseadas na informalidade. Antunes discorre que “[...] foi observado um processo de desindustrialização e desproletarização, tendo como consequência a expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informatizado, entre outros” (2001, p. 105).

Para Netto e Braz (2006), as transformações decorrentes da reestruturação produtiva trazem implicações para os trabalhadores, principalmente no que se refere à exigência de trabalhadores polivalentes, em diversos espaços de trabalho. Desse modo, o mercado de trabalho fica seletivo, o que, de certa forma, traz instabilidade para o trabalhador, que não consegue se encaixar no perfil exigido, tendo em vista que nem todos têm a oportunidade de qualificação.

De acordo com Montão e Duriguetto (2011), o desemprego estrutural e o aumento do exército industrial de reserva resultam das inovações tecnológicas que levaram os trabalhadores a ficarem fora do mercado de trabalho, ao serem substituídos por máquinas automatizadas, informatizadas. Acrescente-se que as consequências desse aumento do desemprego incidem na competitividade entre os trabalhadores, fato que pressiona os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, pois pode levar à redução de seus salários e à ameaça do desemprego pela instabilidade do mercado de trabalho. Outros desdobramentos desses impactos para os trabalhadores são a redução da garantia da proteção social e o expressivo processo de adoecimento.

Antunes (2015) enfatiza que as novas relações e a intensificação do trabalho são devastadoras para a saúde do trabalhador, pois geram insegurança e, conseqüentemente, estresse e outras doenças relacionadas às condições de trabalho nas atividades laborativas. Seguindo a mesma linha de pensamento, Dejours (2002) afirma que as doenças decorrentes do trabalho resultam de uma soma de fatores, inclusive da intensificação do trabalho, da precarização das condições de trabalho, da flexibilização e da precariedade das relações de trabalho, entre outros.

Dentre os processos de adoecimentos estão as doenças físicas e mentais. E entre os adoecimentos mais recorrentes do impacto da produção flexível sobre os trabalhadores temos as lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), a tendinite, as doenças que atingem o sistema ósseo, doenças que expressam os movimentos repetitivos do trabalho, atualmente pelo uso demasiado de tecnologias digitais.

Conforme Montão e Duriguetto (2011), a desregulamentação das leis trabalhistas amplia o desemprego, a superexploração e a precarização do trabalho, devido ao aumento da informalidade, na qual estabelece a flexibilização das relações trabalhistas, favorecendo as organizações a assimilarem os novos métodos de gestão toyotista e de relações de trabalho que intensificam a exploração da força de trabalho. Os autores afirmam que se trata de um retrocesso social iniciado na década de 1980, que avançou por todo o mundo; e no Brasil, especificamente, o movimento de retirada de direitos na década de 1990 foi impulsionado pela aprovação da Lei nº 8.949/1994, que modificou as leis trabalhistas, resultando na perda de garantias do vínculo empregatício. Esse evento foi apenas um entre muitos, já que as flexibilizações foram aumentando gradualmente e as perdas de direitos ficaram cada vez mais evidentes em cada reforma trabalhista realizada no país, as também conhecidas “contrarreformas”, conforme denominadas por Behring (2003).

É perceptível que nas últimas décadas as modificações das leis trabalhistas brasileiras modernizaram a economia e o Estado — à medida que enfraqueceram os direitos sociais, visto que intensificaram a exploração da força de trabalho — impulsionado pela lei nº 13.467/2017, cuja finalidade é flexibilizar as relações de trabalho, permitindo formas atípicas de contratos, como o contrato intermitente. Essa modalidade permite que empregador não tenha compromisso com o empregado e, em contrapartida, permite que o empregado esteja disponível para o empregador, aguardando a convocação para trabalhar a qualquer momento. O empregador paga apenas pelas horas proporcionais ao tempo trabalho cumprido pelo trabalhador. Isso significa que:

[...] submetidos a essas modalidades de trabalho com contratos “zerados”, “uberizados”, “pejotizados”, “intermitentes”, “flexíveis”, os trabalhadores ainda são obrigados a cumprir metas, impostas frequentemente por práticas de assédio capazes de gerar adoecimentos, depressões e suicídios (Antunes, 2018, p. 40).

Os impactos da regressão/ redução significativa da garantia dos direitos sociais e trabalhistas que protegem a classe trabalhadora é sentida principalmente no cenário de agravamento das desigualdades sociais e da condição de saúde do trabalhador, que, submetido a longos períodos de exploração, tem comprometida sua capacidade laborativa; aumentados, os processos de adoecimento (físico e mental) podem tornar os trabalhadores inaptos para o retorno ao mercado de trabalho. Nesse contexto,

trazemos à tona fato histórico ocorrido na Inglaterra do século XVIII, quando pessoas trabalhavam exaustivamente por longos períodos de 14 a 16 horas diárias e, quando adoeciam ou morriam, eram imediatamente substituídas. De modo similar, verificamos o quão atual é o descarte de trabalhadores considerados “inúteis” pelos capitalistas.

O impacto da reestruturação produtiva para a saúde da classe trabalhadora é cada vez mais expressivo, dadas as exigências e as pressões às quais os trabalhadores são submetidos nos mais diferentes espaços de trabalho. O resultado disso se expressa no número elevado de pessoas afastadas de suas atividades laborais, com diversos problemas de saúde relacionados ao estresse, à fadiga, ao ritmo intenso de trabalho, às disputas intrasetores nos locais de trabalho e a ameaça ao desemprego.

Os processos de adoecimento dos trabalhadores, resultante das incidências da reestruturação produtiva — conforme já salientado, se configuram na complexificação de acometimentos físicos e mentais. Isto não é novo no desenvolvimento capitalista, pois a problemática da saúde do trabalhador se constitui desde o início da industrialização, no século XVIII, a exemplo da manifestação das doenças pulmonares — como a pneumonia —, a desnutrição, as doenças endêmicas provocadas pela alimentação precária em proteínas e vitaminas, habitações e ambientes de trabalho insalubres (sem ventilação, iluminação), carência de água potável e sem sistemas de esgoto, mas principalmente pelo trabalho degradante/ com ritmo intenso. À época, as dificuldades eram maiores e a ciência não tinha acumulado conhecimentos para enfrentar as epidemias, o que é exemplificado pelo caso da peste negra, que não estava diretamente relacionada ao trabalho, mas às condições degradantes da reprodução social em geral.

Na atualidade, os processos que acometem a saúde do trabalhador se ampliaram significativamente. Pressupomos que a complexificação da crise de acumulação e do desenvolvimento acelerado das forças produtivas podem incidir sobre a diversidade, a gravidade e a ampliação dos adoecimentos dos trabalhadores. Dentre os adoecimentos mais recorrentes da sociedade contemporânea temos a LER/DORT, a diabetes, as doenças cardiorrespiratórias, as doenças que atingem o sistema ósseo (coluna-lombar, cervical) e os adoecimentos mentais/transtornos (ansiedade, depressão, síndrome do pânico, tentativas de suicídio, a dependência ao uso abusivo de drogas, etc.), que serão demonstrados na sessão seguinte.

As doenças que atingem o sistema ósseo podem causar danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores, pois resultam dos movimentos repetitivos e intensos no trabalho, provocados pelo em demasia de computadores e celulares, cujos sistemas de informática estão integrados aos processos de trabalho na produção fabril e na esfera dos serviços. Essa inovação tecnológica se distingue dos tempos da grande indústria e do fordismo, pois, na atualidade, complexificam as relações de trabalho, com novas modalidades de trabalho completamente dependentes dos sistemas de informática.

Em síntese, as relações precarizadas de trabalho, as condições postas aos trabalhadores nas atividades ocupacionais, provocam o esgotamento físico e mental, ainda que tal esgotamento se manifeste de forma diferente entre os trabalhadores. É tão comum encontrar trabalhadores sequelados e doentes em decorrência das atividades laborais, pois, conforme Dejours (1987, p.11), “Falar da saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo o faz”.

3 ADOECIMENTO MENTAL E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Apresentam-se nesta sessão os determinantes e características principais do processo de adoecimento mental dos trabalhadores no contexto da dinâmica do desenvolvimento capitalista contemporâneo. São destacados os elementos que agravam a condição de precarização da vida do trabalhador, bem como os decorrentes da pandemia de COVID-19, provocadores do surgimento e do agravamento de transtornos mentais, relacionados ao isolamento social, às mortes de familiares, ao desemprego, à precarização das condições de trabalho e de vida, no contexto de consolidação e complexificação da reestruturação produtiva.

Reflete-se na exposição acerca dos elementos fundamentais da Reforma Sanitária no contexto da Política de Saúde, a Política de Saúde Mental no Brasil e a rede de apoio institucional, através do protagonismo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais demonstram a intervenção do Estado sobre a configuração dos adoecimentos mentais na sociedade. É importante ressaltar que atualmente as residências terapêuticas têm papel fundamental, pois são utilizadas como estratégia de desinstitucionalização. Tais políticas e serviços foram redimensionados com a luta organizada dos profissionais da área da saúde, que no final do século XX e início dos anos de 1970, iniciaram o movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM). A partir disso, postularam — e postulam — a defesa do acesso universal dos usuários da política de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a garantia de intervenção universal sobre os adoecimentos mentais nas redes de serviços.

3.1 Processos e tipos de adoecimento mental e seu desenvolvimento na atualidade

A relação saúde *versus* doença na contemporaneidade está relacionada à dinâmica acelerada do desenvolvimento da sociedade capitalista, aos processos de trabalho precários e que impactam na vida dos trabalhadores. As extensas jornadas de trabalho, o ritmo, a intensidade, a disputa pela permanência no emprego face à ameaça do desemprego, enfim, o estresse cotidiano das condições precárias de trabalho vem afetando as relações sociais e a vida dos trabalhadores.

Atualmente, convém salientar, há grande número de pessoas com transtornos mentais nos ambientes de trabalho e na sociedade, processo que vem despertando o interesse de pesquisadores do tema e a construção de ações mais diversas de enfrentamento. Pesquisadores apontam que um dos principais fatores de estresse e, conseqüentemente, do adoecimento psíquico são as relações de trabalho e as transformações resultantes dos impactos da reestruturação produtiva, posto que:

A exigência de metas, a rotinização do trabalho, o despotismo dos coordenadores e supervisores, os baixos salários, os adoecimentos e padecimentos decorrentes das condições de trabalho são traços constitutivos desse novo proletariado de serviços que está em expansão no Brasil e em várias partes do mundo. Constitui, portanto, uma nova parcela que amplia e diversifica a nova morfologia do trabalho no Brasil e em várias partes do mundo (Antunes, 2018, p. 151).

Os transtornos mentais, psíquicos, emocionais, como expressão das formas de adoecimento modernas, atingem um número significativo de trabalhadores nos últimos tempos. Conforme dito, resultam do ritmo acelerado do trabalho e da vida dos trabalhadores nas cidades, nos espaços urbanos, os quais se agravaram na pandemia da COVID-19. No entanto, apesar das organizações de trabalho serem os vilões da saúde mental, existem outros fatores como o desemprego, os problemas financeiros, as perdas e os conflitos familiares, o alcoolismo, o uso de drogas abusivo que contribuem para o surgimento de transtornos mentais.

Para Seligmann-Silva (2011), as relações conflituosas no trabalho, atreladas às cobranças excessivas dos ritmos intensos e das longas jornadas de trabalho, podem desencadear sentimentos negativos resultantes das pressões e sofrimentos no labor. Estes sentimentos podem levar ao desenvolvimento de transtornos mentais ou mesmo agravar algum problema pré-existente. Nessa mesma linha de raciocínio, Antunes discorre que:

A pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores às demandas do mercado, cujas atividades passaram a ser ainda mais controladas e calculadas em frações de segundos, assim como a obsessão dos gestores do capital por eliminar completamente os tempos mortos dos processos de trabalho, tem convertido, paulatinamente, o ambiente de trabalho em espaço de adoecimento (Antunes, 2018, p. 160).

O isolamento social durante a pandemia, as novas modalidades precárias de trabalho e o avanço da flexibilização das relações de trabalho são os desafios

enfrentados pela sociedade e que vêm contribuindo para o agravamento do adoecimento mental. Observa-se ainda que a busca frenética dos trabalhadores pelo emprego no mercado de trabalho, bem como a concorrência interna nos espaços de trabalho, ocasionou o desequilíbrio emocional e mesmo o transtorno mental. Assim,

A flexibilização constitui hoje uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (Antunes, 2018, p. 159).

Pode-se afirmar que, desde a Revolução Industrial, os processos de degradação das relações de trabalho trazem danos tanto à saúde física como à saúde mental dos trabalhadores. Embora a saúde do trabalhador tenha sido negligenciada por muito tempo, alguns questionamentos chegaram a associar a problemática da saúde à degradação social. No entanto, a maioria das reflexões centravam, sobretudo, na relação entre degradação social e saúde física; com o passar dos anos do desenvolvimento capitalista, a problemática da saúde foi considerada tanto no que se refere à saúde física quanto à mental. A complexificação da problemática da saúde mental demonstrou o quão necessário é apreender sobre a subjetividade humana, a dinâmica do desenvolvimento capitalista e a precarização das condições de trabalho e de reprodução da força de trabalho.

Os impactos da pandemia têm demonstrado a necessidade de capturar o nexo causal entre os processos de adoecimento físico e psíquico e a organização de trabalho; por essa razão, estão se tornando foco de diversos debates em todo mundo, devido ao número alarmante de pessoas adoecidas em razão das atividades excessivas no trabalho.

Recebendo salários menores, enfrentando jornadas de trabalho bem mais extensas do que as do conjunto dos assalariados contratados sem tempo determinado e com direitos, sofrendo constantemente as burlas em relação à legislação social do trabalho, vivenciando a expansão dos acidentes e adoecimentos, a terceirização não para de se ampliar. Agora com o respaldo legal que vem sendo obtido pelo governo da devastação (Antunes, 2018, p. 166).

Antunes (2018) relata que a estrutura organizacional utiliza técnicas de gestão que requerem trabalhadores participativos envolvidos no processo produtivo, de

maneira que manipula a classe trabalhadora incentivando-a a utilizar sua subjetividade para desenvolver, de forma polivalente, as atividades produtivas. Deste modo, exploram sutilmente os ideais de cooperação, polivalência e autonomia do trabalhador no processo de trabalho. Esses ideais enfraquecem a luta da classe trabalhadora contra o capital. Para o autor, as organizações usam políticas coercitivas como técnicas que agem veladamente, de maneira que os trabalhadores não se percebem explorados e submetidos a uma sobrecarga de trabalho, tendo seus direitos violados pelas empresas.

Pinto (2007) pontua que, atualmente, os processos produtivos sob o controle capitalista requisitam inovações técnicas de trabalho. As organizações de trabalho como modelo produtivo e de acumulação flexível de trabalho impõem para os trabalhadores atividades laborativas para além da empresa, pois as exigências são por “colaboradores” disponíveis para o dispositivo organizacional, invadindo, inclusive, o cotidiano do indivíduo em seus momentos domésticos e de lazer, tornando sua vida uma extensão do trabalho. Um controle que só é possível devido às novas tecnologias digitais, que permitem que o trabalhador esteja em total comunicação e disponibilidade para a empresa, situação que contribui para o desgaste mental do trabalhador. Isso significa que,

A incorporação de novas tecnologias, a precarização das relações de trabalho, a intensificação do ritmo, a diminuição dos pontos de trabalho, a sobrecarga e a exigência diz que permanecer trabalhando tem ampliado e agravado o quadro de doenças e de risco de acidentes. Os distúrbios osteomusculares e as lesões por esforços repetitivos DORT/LER, além dos transtornos psíquicos, são hoje as principais causas de afastamento no trabalho e de aposentadoria precoce, com fortes e impactos nas contas da Previdência (Lancman, 2004, p. 27 *apud* Pinto, 2007, p. 10).

Nos relatos da pesquisa de Seligmann-Silva (2011) a intensidade do trabalho se apresenta como principal elemento produtor de cansaço mental e físico. De acordo com a autora, os operários que participaram da pesquisa relataram sentimento de desânimo e descontrole emocional; além disso, citam irritabilidade, fadiga e cansaço. Aponta ainda que houve uma evolução para a fadiga patológica e o esgotamento profissional (síndrome de Burnout), entre outros. A Síndrome de Burnout, o esgotamento profissional, está diretamente ligada às condições das atividades laborativas, posto que se trata de uma patologia resultante da sobrecarga de trabalho, quando o indivíduo adquire esgotamento físico, mental e emocional. Seguindo a

mesma linha de pensamento de Seligmann-Silva, Bonavides (2013) enfatiza que todo esse desgaste afeta não apenas o psiquismo do trabalhador, mas também traz consequências à sua vida como um todo — ou seja, nas relações interpessoais, familiares e profissionais. Segundo a autora,

[a] síndrome de burnout não traz consequências nocivas apenas para o indivíduo que a padece. Com a perda na qualidade do trabalho executado, as constantes faltas, as atitudes negativas para com os que o cercam, assim como outras características peculiares, acabam por atingir também os que dependem dos serviços deste profissional, os colegas de trabalho e a instituição. Os transtornos devido à rotatividade, o absenteísmo, os afastamentos por doença além dos custos com a contratação e treinamento de novos empregados, oneram a folha de pagamento, além da queda de produtividade e de qualidade que acabam por denegrir a imagem da empresa (Benevides-Pereira, 2013, p. 391).

Seligmann-Silva (2011, p. 511), de modo similar, afirma que “[...] o esgotamento profissional incide amplamente em empresas onde o assédio organizacional tem sido bem caracterizado”. Diversos autores apontam o Burnout e a depressão como algumas das principais síndromes que atualmente atingem a sociedade. No pós-pandemia, as empresas modificaram as formas de realização do trabalho, e entre tais modificações está o trabalho *home office*, como citado anteriormente, que permite ao trabalhador trabalhar sob total controle da organização de trabalho, que o sobrecarrega, sem nenhuma fiscalização do órgão regulador.

A Organização Mundial Saúde (OMS) reconheceu o Burnout como uma síndrome específica das atividades laborativas. Sendo classificada como um estresse crônico, relacionado aos problemas de trabalho, seja pela sua execução ou pela falta de (emprego/desemprego). Convém destacar que,

Os fatores de risco podem ser químicos, biológicos, ambientais, psicológicos, genéticos, sociais e culturais. Uma pessoa que em seu estado normal é vítima de extrema violência, em que sua vida corre risco, ou que sofre uma importante tortura mental da qual não pode se esquivar, pode desenvolver um quadro denominado de transtorno do estresse pós-traumático e vir a evoluir, posteriormente, para uma doença mental, como depressão ou outra qualquer (Razzouk, 2016, p. 173).

Além das doenças mentais, há outras doenças relacionadas à patologia de trabalho, como as físicas. Pode-se observar que trabalhadores acometidos por acidentes de trabalho foram amputados ou sofreram traumatismos que os levaram à morte ou deixaram sequelas por toda a vida. As doenças crônicas são as responsáveis

por um grande número de afastamentos de trabalho, estando relacionadas às atividades repetitivas no trabalho, são causadoras de lesões na musculatura, com as mais comuns sendo a tendinite e a lombalgia crônica, entre outras.

O adoecimento mental, conforme exposto, resulta de um desgaste psíquico, com desdobramentos das pressões sofridas pelo trabalhador no ambiente de trabalho, advindas dos gestores e dos colegas de trabalho, que exigem do trabalhador alta produtividade, com metas e inúmeras demandas a serem alcançadas, provocando sobrecarga psíquica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Trabalho (OIT), a estimativa é de que a cada ano há uma perda total de 12 bilhões de dias não trabalhados por causa da depressão e da ansiedade, gerando custo para os cofres públicos globais de 1 trilhão. As organizações orientam, através das suas diretrizes, que governantes, organizações de trabalho e gestores dos setores públicos e privados de todo o mundo criem estratégias para proporcionar locais de trabalho seguros e saudáveis.

As entidades citam ainda que a falta de autonomia, as altas demandas de trabalho, o assédio moral, o *bullying* — entre outros fatores recorrentes no ambiente de trabalho — são nocivos à saúde psíquica do trabalhador, podendo desencadear estresse laboral, exaustão, esgotamento mental e depressão. São verificados

Dois tipos de ansiedade a primeira resulta da desestruturação das relações psico-afetivas espontâneas com os colegas de trabalho, e seu envenenamento pela discriminação e suspeita, ou de sua implicação forçadas nas relações de violência e de agressividade com a hierarquia. [...] segunda forma de ansiedade resulta do risco que paira sobre a saúde física as más condições de trabalho colocam o corpo em perigo de duas maneiras: risco de acidente de caráter súbito e de grave amplitude [...] a ansiedade é seqüela psíquica do risco que a nocividade das condições impõe ao corpo (Dejours, 1987, p. 78).

Em suas diretrizes, a OMS orienta os gestores a darem oportunidades de emprego às pessoas com problemas mentais, pois isso pode melhorar ou piorar a qualidade de vida dos indivíduos com transtornos mentais, a depender da qualificadora, que seria o ambiente de trabalho em que ele está inserido. Além disso, aponta como uns dos problemas que podem dificultar a cura o “estigma” que rodeia pessoas com problemas mentais. A OIT e a OMS alertam que os desgastes psicossociais podem incorrer em agravamento na categoria física. De acordo com as

entidades, no ano de 2016, a estimativa era de que 745 mil pessoas morressem de acidente vascular cerebral (AVC) por causa do excesso de trabalho.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2016) conceitua “[...] saúde mental como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, a saúde mental não tem relação apenas com a questão do adoecimento, mas com todo o contexto social que o indivíduo habita podendo ser potencializador do adoecimento. Convém salientar que as primeiras abordagens acerca do adoecimento mental acontecem logo após o período Pós-Guerra, devido aos expressivos sinais de adoecimentos que acometiam os trabalhadores nas organizações de trabalho. Alguns profissionais da psiquiatria buscavam responder aos questionamentos em torno das doenças que eram desconhecidas na época.

Para Seligmann-Silva (2012), os pioneiros nos estudos sobre os transtornos mentais foram Dejours e Louis Le Guillant, pois adentraram no mundo das organizações para compreender os motivos de tanto sofrimento das pessoas, dos trabalhadores. Embora tivessem desenvolvidos teorias diferentes, a psiquiatria social e psicopatologia do trabalho são consideradas pela autora como um momento muito importante, posto que contribuiu para o avanço dos estudos acerca dos transtornos mentais, entendendo as organizações de trabalho como potencializadoras dos distúrbios.

Para Seligmann-Silva (2012, p. 34) “[...] os estudos voltados para a produção social dos distúrbios psíquicos se concentravam tradicionalmente em duas linhas preferenciais de investigação: a primeira parte da vertente macrossocial e a segunda [era] voltada para o exame das esferas microssociais”. Conforme a autora, havia discordância entre os teóricos, pois, embora tanto Dejours como Le Guillant tenham analisado as chamadas “neuroses das telefonistas”, tiveram compreensão diferentes.

Segundo a perspectiva de análise de Dejours, o desenvolvimento do transtorno mental só seria possível se o indivíduo estivesse predisposto à doença — o grande feito do pesquisador foi a criação da Psicodinâmica do trabalho; ele acreditava que a Psicopatologia do trabalho não seria capaz de responder os questionamentos relacionados às dinâmicas do ambiente de trabalho, resultando em adoecimentos. De acordo com Seligmann-Silva (2012), Dejours nega a existência de qualquer doença mental caracterizada e decorrente do trabalho. Diferente de outros autores, Dejours

acredita que “[...] o trabalho poderia apenas favorecer ao surgimento de uma descompensação, isto é, o desencadeamento de um transtorno mental”.

Para a autora, Louis Le Guillant conseguiu, através dos estudos das “neuroses das telefonistas”, identificar diversos transtornos mentais. Desse modo, Le Guillant associa o transtorno mental às questões relacionadas à dinâmica do trabalho; Seligmann-Silva (2012) afirma que as pesquisas de Le Guillant sobre as “neuroses das telefonistas” e das empregadas podem ser consideradas os primeiros estudos críticos que evidenciaram o impacto da dinâmica do trabalho das organizações para a saúde do trabalhador.

Ainda conforme Seligmann-Silva (2012), Le Guillant descreve as condições de trabalho e mostra a forma de trabalho que as organizações impõem à classe trabalhadora, situações que traziam sofrimentos e ressentimentos. De acordo com o relato do autor, os trabalhadores estavam expostos a condições de trabalho degradantes, à intensificação dos ritmos e às pressões diversas, sob o controle do poder institucional hierárquico. Os constrangimentos sofridos e as imposições de determinadas relações de trabalho refletem no psiquismo do indivíduo, numa proporção que tem a capacidade de desorganizar o psicológico, refletindo nas condições de vida e de trabalho, inclusive na produtividade.

Para Seligmann-Silva (2012), os estudos desses pesquisadores serviram de base para os mais diversos temas de pesquisa relacionados à saúde mental e ao trabalho na atualidade, sendo eles: psicopatologia geral, psiquiatria clínica, psicologia do trabalho, psicanálise psicodinâmica e psicossomática, ergonomia, organização do trabalho entre outros.

A autora considera, portanto, a existência de vários tipos de transtornos mentais que se destacam no ambiente de trabalho, alguns identificados em suas pesquisas com maior persistência — entre eles a ansiedade, a depressão, as síndromes neuróticas vinculadas ao trabalho, os distúrbios psicossomáticos e a epilepsia (Seligmann-Silva, 2012). Além disso, a autora enfatiza diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento desses distúrbios, entre os quais os ambientes de trabalho precarizados, os maus tratos recebidos pelos seus respectivos patrões, as cobranças excessivas, a competitividade, os baixos salários, o assédio moral, o assédio sexual e a humilhação.

Importante salientar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o uso abusivo de drogas das mais diversas também potencializam transtornos mentais, que

podem estar relacionados aos problemas decorrentes da dinâmica do trabalho ou às fragilidades emocionais e comportamentais no convívio familiar e social.

Vimos, portanto, como a problemática da saúde mental e dos diversos processos de adoecimento físico se amplia, se agrava à medida que a crise e a dinâmica do desenvolvimento da sociedade capitalista impõem aos trabalhadores precárias condições de trabalho, a intensidade do ritmo de trabalho com pressões para atingir metas, a ameaça do desemprego, a autoridade de supervisores/gerentes metamorfoseada no trabalho em equipe da produção flexível, salários insuficientes para garantir a reprodução do trabalhador e de sua família, e a instabilidade de permanência no emprego.

3. 2 A Política de Saúde Mental no Brasil e a rede de apoio institucional

3.2.1 Considerações acerca da Reforma Sanitária brasileira

A Reforma Sanitária brasileira é um marco histórico no país, resultante de décadas de lutas dos movimentos sociais. Representou um movimento fundamental na busca por melhorias no sistema de saúde e na promoção do acesso universal aos serviços de saúde, desde as décadas de 1970 e 1980, durante o regime militar. Nesse período, houve uma crescente mobilização social, de profissionais de saúde e estudantes, em busca de mudanças no sistema de saúde do país (Bravo, 2009).

Os sanitaristas lutaram pela criação de um sistema de saúde integral, equitativo e universal, ou seja, que garantisse atendimento médico a todos/as cidadãos/ãs, independentemente de sua renda. Isso porque o sistema de saúde vigente à época era apenas para aqueles que pudessem pagar, ou para os contribuintes — realidade de poucos brasileiros. Além disso, a Reforma Sanitária buscava maior participação da comunidade na gestão e no controle social do sistema de saúde. Conforme postula o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS),

[A] Reforma Sanitária é na verdade a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios,

territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (2010, p. 19).

No entanto, convém salientar que as conquistas sociais decorrentes da Reforma Sanitária só foram possíveis com o processo de redemocratização vivenciado pelo país na década de 1980.

Bravo (2009) destaca a importância dessa transformação social e a participação ativa na construção do SUS, refletindo como a Reforma Sanitária mudou a maneira como a sociedade brasileira compreende a saúde e como essa transformação continua a modificar o sistema de saúde. Para ela, o movimento da Reforma Sanitária teve papel fundamental, pois foi através das lutas dos movimentos sociais — que contaram com a participação de diversos membros da sociedade, ou seja, de profissionais da saúde, comunidade, estudantes e sanitaristas — que se processaram melhorias na qualidade de vida e de saúde da população brasileira.

A Reforma Sanitária transformou a sociedade brasileira a partir do momento em que permitiu a indivíduos sociais a participação em projetos e diretrizes da nova política de saúde, ou seja, do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido: “A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política estando estreitamente vinculada à democracia” (Bravo, 2009, p. 96).

De acordo com a autora, o marco histórico da saúde foi durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que contou com a participação da sociedade para discutir a saúde, em sentido amplo, ou seja, a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros (Bravo, 2009). Foram colocados em debate temas como o acesso universal à saúde, a participação da comunidade na gestão da saúde, a integração dos serviços de saúde e a promoção da equidade no sistema de saúde. Essa conferência foi de extrema importância na formulação das diretrizes que mais tarde seriam incorporadas à Constituição de 1988, possibilitando a criação do SUS.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos [...] e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (Bravo, 2009, p. 96).

A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como um direito fundamental, estabeleceu-a como direito de todos os cidadãos brasileiros e consolidou a universalização do atendimento à saúde, por meio da criação do SUS. A saúde deixou de ser vista apenas como um serviço para aqueles que pudessem pagar por ele e passou a ser uma política pública não contributiva, ou seja, financiada com recursos do Estado, integrando, inclusive, o tripé da Seguridade Social.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2010), a constituição de 1988 foi resultado das mobilizações sociais, ocorreu a democratização e a efetivação do tripé da seguridade social, que assegura direitos fundamentais, como: Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Na Constituição Federal (1988) consta no Art. 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No Art. 198 foram estabelecidas as diretrizes do SUS, enquanto política descentralizada e de total responsabilidade do governo, que considera prioritárias as atividades que promovem a prevenção na saúde, prevendo ainda a integralidade do atendimento, evitando danos à assistência dada à população e garantindo a participação da sociedade na elaboração de melhorias da política de saúde.

Segundo Bravo, a Constituição Federal aprovou requisições sociais fundamentais como:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (Bravo, 2009, p. 97).

Estabelecido o SUS, por meio da Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990) são detalhados os objetivos, diretrizes e competências de cada esfera do Governo, bem como os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade; enquanto a Lei nº 8.142/90

(Brasil,1990) “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

É importante reiterar que o SUS é de fundamental importância para o povo brasileiro, sendo considerado o melhor e maior sistema de saúde gratuito do mundo. No entanto, não pode ser considerado um sistema sem problemas, devido aos desfalques sofridos em suas estruturas pelos desgovernos atuantes no Brasil. Os autores a seguir discorrem que:

o Sistema Único de Saúde, sofre diariamente as pressões que o Estado impõe sobre a destinação dos recursos públicos. No contexto da mercantilização, a saúde é tratada como uma mercadoria. Outro agravante é a colisão que existe com o tripé que compõe os princípios do SUS — equidade, universalidade e integralidade —, dadas as inúmeras tentativas de privatização do serviço público de saúde.(...)De modo geral, entende-se que o sucateamento e a dificuldade do acesso à saúde são um problema estrutural, decorrente de vários fatores, dentre estes: a desigualdade em relação ao tipo de cobertura que o usuário vai receber, além do desfinanciamento da política de saúde sob a justificativa de que a saúde é uma mercadoria, além da falta de cobertura assistencial integral ao usuário (Silva; Duarte, 2023, p. 25-37).

A análise atual de Correia (2022) acerca do SUS é de que, ao longo do tempo, os investimentos nele realizados têm sido reduzidos, gerando perda de autonomia, posto que parte dos recursos financeiros a serem investidos exclusivamente no Sistema passa a ser destinada às empresas privadas. A justificativa para tal é a de que os hospitais privados estão complementando o SUS. Conforme a autora,

O Estado implementa as contrarreformas para atender às necessidades do grande capital, por meio de ajustes neoliberais, alimentando o processo de financeirização do capital. Essa realidade, somada aos referidos precedentes legais na Constituição de 1988, resultou na expansão dos interesses do capital na área da saúde, no livre mercado e por dentro do SUS (Correia, 2022, p. 176).

É de fundamental importância ressaltar que as novas legislações aprovadas pelo Estado brasileiro têm, com frequência, destacado o propósito de mercantilizar a saúde pública no país. Essas mudanças muitas vezes geram impacto desproporcional sobre a população mais pobre do país, que depende exclusivamente do sistema público de saúde. O desfinanciamento dos serviços de saúde resulta na precarização do atendimento, deixando a população desassistida e enfrentando dificuldades crescentes para obter cuidados adequados.

Durante a pandemia de COVID-19, o SUS demonstrou sua importância para a população brasileira, apesar de décadas de sucateamento. O sistema enfrentou as demandas relacionadas ao combate ao vírus, ainda que de forma lenta, devido à escassez de recursos. Enquanto isso, o governo de Jair Messias Bolsonaro minimizou a gravidade do problema sanitário enfrentado pelo Brasil e pelo mundo — ao tempo em que países desenvolvidos mobilizaram todos os recursos disponíveis para combater o vírus através de estratégias sanitárias, o Brasil parecia estagnado, perdendo vidas para a COVID-19 (Correia, 2022).

O SUS teve que passar por um processo de reestruturação para lidar com a doença e salvar vidas. O cenário da pandemia foi devastador em todo o mundo, e, apesar das muitas vidas perdidas devido à falta de investimentos na saúde pública, o sistema continua a enfrentar os desafios e prejuízos decorrentes da pandemia e que persistem (UNASUS, 2021).

As consequências da COVID-19 não se limitaram aos impactos imediatos na saúde. A pandemia exigiu mudanças significativas na forma de trabalho e de vida da população, resultando na perda de empregos, familiares e fonte de renda para muitos. O medo constante de perder o emprego ou de contrair o vírus gerou uma série de sentimentos que tiveram impactos na saúde física e mental dos indivíduos.

Os desafios de um sistema de saúde são constantes e novas demandas sempre surgem, seja no enfrentamento de uma nova doença, como a COVID-19, por exemplo, ou na incorporação de novos medicamentos e de tecnologias de ponta. O grande desafio, sobretudo, é a oferta de serviços: a demanda é sempre crescente, as mudanças tecnológicas são frequentes e o SUS é construído diariamente (UNASUS, 2021).

3.2.2 A Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde Mental

Para discutir a questão da saúde mental, começamos considerando como a loucura foi percebida ao longo da história pelas diferentes sociedades. Nas sociedades antigas, as pessoas em sofrimento psíquico eram frequentemente vistas como indivíduos com conexão com o sobrenatural, sendo, portanto, veneradas. Isso contrasta com o ocorrido na Idade Média, em que a doença mental era associada a algo negativo e a pessoa que a experimentava era considerada como alguém que merecia passar por tal aflição devido a pecados cometidos, sendo, por isso, punida

por Deus. Nesse período, a loucura era associada ao demônio, levando as pessoas em sofrimento psíquico a serem confiadas aos cuidados da Igreja Católica. Foi nesse contexto que surgiram as casas de misericórdia, onde as pessoas consideradas insanas eram mantidas afastadas da sociedade e de suas famílias, muitas vezes sujeitas a diversas formas de violência (Foucault, 1961).

Foucault afirma, em *História da Loucura*, que a designação de loucura e que a consequente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma 'percepção' do indivíduo como ser social, dispersa e produzida por diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, a partir de critérios que dizem respeito à transgressão de normas. (Portocarrero *apud* Amarante, 2000, p. 64).

Na Idade Moderna, a loucura passou a ser vista como uma irracionalidade e, embora a necessidade de atendimento médico fosse reconhecida, não havia profissionais suficientes para abarcar a crescente demanda de pessoas com problemas mentais. Como resultado, para lidar com esse problema social, muitos indivíduos foram relegados a manicômios e hospícios. É importante ressaltar que não apenas as pessoas em sofrimento psíquico eram consideradas socialmente indesejáveis, mas todas aquelas que não se encaixassem no perfil social da época, incluindo pessoas ociosas, marginalizadas e andarilhos, entre outros (Foucault, 1961).

A histórica exclusão das pessoas com problemas de saúde mental da sociedade era, na verdade, uma consequência do sistema capitalista excludente. Aqueles considerados "inúteis" para o capital eram isolados tanto dos olhos da sociedade quanto de suas próprias famílias. Para mascarar esses problemas sociais, as autoridades frequentemente alegavam que tais indivíduos representavam uma ameaça para a sociedade e aos seus familiares. As pessoas com sofrimento mental, portanto, eram completamente isoladas de seus laços familiares e do convívio social, prática que persistiu por décadas.

No entanto, as transformações sociais permitiram que Philippe Pinel (1745-1826) mudasse o curso da psiquiatria, ao reconhecer os transtornos mentais como problemas comportamentais tratáveis. Foi a partir da sociedade contemporânea que o sofrimento psíquico passou a ser reconhecido como uma doença a ser tratada, com ênfase na medicina psiquiátrica. Esse novo olhar de Pinel deu início aos estudos e avanços na clínica psiquiátrica para melhor entender esse tema, antes amplamente desconhecido. Contudo, contrariando as expectativas de Pinel, os locais que deveriam

ser alternativas de cuidados para os doentes mentais se tornaram espaços de tortura, com tratamentos violentos e cruéis.

Essa lógica de isolamento se espalhou por todo o mundo — incluindo o Brasil, com a criação do primeiro hospício sob o domínio de Dom Pedro II. Quando adentravam os manicômios, essas pessoas eram despojadas de sua identidade, história e direitos de cidadania. Eram submetidas a maus-tratos, violência, preconceito, discriminação e abandono, totalmente isoladas de qualquer vínculo que pudesse proporcionar conforto.

Como mencionado, a prática do isolamento é uma consequência do capitalismo excludente, que gera novas configurações sociais. Ele determina se um indivíduo é útil para o capital com base na sua força de trabalho e, quando essa força de trabalho não pode ser explorada, todos aqueles que não contribuem para o capital se tornam socialmente indesejáveis, reforçando a culpabilização do indivíduo por sua própria miséria e pobreza.

Isso é exemplificado no livro *O Holocausto Brasileiro*, que retrata as histórias de sofrimento vividas diariamente pelos internos do Hospital Colônia, que funcionou de 1930 a 1980. O hospital até tinha um cemitério próprio, o que demonstra que sua intenção não era curar, mas servir como depósito de seres humanos. De acordo com o livro, durante esses anos de funcionamento, 60 mil pessoas morreram devido aos maus-tratos, torturas e abandono (Arbex, 2013).

A ideologia do isolamento perdurou muitos anos até que a história começasse a mudar. No Brasil, especificamente, a busca por direitos sociais para pessoas com sofrimento psíquico começou a ganhar destaque na década de 1970, quando movimentos sociais emergiram em busca de direitos para elas. Esses movimentos se inspiraram nas ideias de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que se tornou referência mundial ao fechar os manicômios na Itália e transformar a história da psiquiatria. Suas ideias foram trazidas para o Brasil, onde tornou-se um importante nome na luta antimanicomial.

As lutas e reivindicações sociais ganharam força durante o período de redemocratização do Brasil. O cenário nacional tornou-se palco de intensos questionamentos por parte da população insatisfeita com a situação do país. Durante décadas, as demandas sociais foram sufocadas devido ao contexto ditatorial vivenciado no país.

É importante destacar que esse período foi marcado por comoção social devido aos relatos impactantes das condições desumanas às quais os indivíduos com transtornos mentais eram submetidos nos hospitais psiquiátricos locais, muitas vezes localizados em lugares insalubres e abandonados. As denúncias eram diversas, relatando as violências diárias enfrentadas pelos pacientes, que frequentemente levavam à morte.

De acordo com Amarante (1998), o estopim para o processo de assistência psiquiátrica pública foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), desencadeada após profissionais e estagiários denunciarem as péssimas condições de trabalho e o abandono dos pacientes. Isso gerou grande repercussão na imprensa nacional e desagradou a instituição responsável pela política de saúde mental. Como retaliação, todos os 260 estagiários e profissionais das quatro instituições localizadas no estado do Rio de Janeiro foram demitidos.

Como mencionado anteriormente, trabalhadores, sanitaristas, sindicatos e associações de familiares se uniram para criar o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e foram às ruas em busca de um tratamento humanizado para pessoas com transtornos mentais. As violações de direitos em todas as formas levaram os trabalhadores da saúde a questionar os métodos de tratamento e as precárias condições de trabalho. Nesse primeiro momento, o movimento tinha um caráter predominantemente de reivindicações trabalhistas.

Com a intenção de romper com o isolamento social e as crueldades a que os internos eram submetidos, os movimentos sociais se fortaleceram. Um dos marcos importantes desse período foi a Carta de Bauru, em 1987, que representou um momento histórico ao apresentar princípios e reivindicações que refletiam o descontentamento da classe trabalhadora brasileira dada a negligência do Estado em relação à saúde mental e suas formas de tratamento. A carta realizou duras críticas ao financiamento estatal de hospitais psiquiátricos e à “mercantilização da doença”. O documento enfatizou ainda a importância de uma articulação entre diversos movimentos sociais e colocou a desinstitucionalização no centro da discussão (Amarante, 1998). Segundo expõe o manifesto,

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento,

marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos [...] (Bauru, 1987, p.1).

A carta foi um passo adiante na história do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, marcando um compromisso com a extinção dos manicômios e a luta contra a exclusão e a discriminação. O movimento recusou o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizada e inaugurou um novo compromisso com a humanização do tratamento de transtornos mentais (Bauru, 1987). Assim,

[...] um aspecto muito importante no que diz respeito ao processo social da reforma psiquiátrica em relação a lei é inclusão do Ministério o público Estadual que deve ser comunicado no prazo de 72 horas de todas as internações involuntárias como pode ser observado no artigo 8 e por outro lado, enquanto a lei nacional era debatida 8 leis estaduais e muitas leis municipais foram aprovadas provocaram o avanço do processo da reforma psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2007, p. 70).

A ementa da lei inicialmente estabelecia o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos como responsabilidade tanto do Estado como dos municípios. Por outro lado, o Ministério Público e o Poder Judiciário tinham a responsabilidade de combater as internações compulsórias. Após 12 anos em tramitação no Congresso Brasileiro, em 6 de abril de 2001 foi sancionada a Lei Paulo Delgado (nº 10.216/01), que trata da “[...] proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais” e do acesso à saúde e a todos os direitos assegurados às pessoas (Brasil, 2001). O Artigo 3º desta lei estabelece que:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais" (Brasil, 2001).

A partir da aprovação da referida lei, a saúde mental no Brasil passou por uma transformação significativa com a Política de Saúde Mental, que rompeu com a ideologia do isolamento das pessoas em sofrimento psíquico. Isso levou a uma nova abordagem, na qual o indivíduo não é mais visto apenas por sua patologia, mas como um ser integral. Portanto, as pessoas em sofrimento psíquico passaram a ter seus

direitos garantidos por lei, incluindo o direito a um tratamento adequado, à convivência com a família e à integração na comunidade. Isso significa que,

A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. Portanto, importa-nos que a reforma da psiquiatria significou a problematização social de saberes até então cristalizados, avançando na direção de reconhecimento da reabilitação social do indivíduo, promovendo uma atenção à saúde integralizada à seguridade social, buscando a efetivação da cidadania do doente mental e instrumentalizar a atenção psicossocial a este segmento (Rocha, 2012, p. 40).

Entretanto, surgiu uma nova problemática relacionada às estratégias para atender a essa nova demanda social, uma vez que ainda não estavam claramente definidas as responsabilidades dessa nova demanda. A Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, considerando a Lei nº 10.216/2001, estabeleceu as responsabilidades do SUS no cuidado das pessoas com transtornos mentais. Além disso, definiu os tipos de dispositivos de cuidados comunitários que substituiriam os manicômios e suas funções (Brasil, 2002).

Considerando a Lei, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve: Art. 1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas 4.1 (Brasil, 2002).

Amarante (2018) enfatiza que esses lugares não têm a capacidade de curar e reabilitar por si só, mas o tratamento é de fundamental importância. Ele destaca que o verdadeiro lugar da emancipação e da autonomia está na cidade, nas relações sociais, nos espaços de convivência coletiva e na participação social. Promover o direito ao lazer, ao trabalho, à cultura, à saúde, à educação, à moradia e à cidade sustentável é essencial para quebrar o histórico de segregação da loucura. O autor ressalta que:

O lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade (Amarante, 2018, p. 1098).

Conforme salientado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica marca um novo momento na democracia brasileira, instituindo um modelo de atenção baseado nos princípios positivos da abordagem psicossocial e no tratamento individualizado de cada usuário, não se limitando ao diagnóstico científico da Medicina.

[...] as inovações da reforma psiquiátrica, por meio da inclusão social da loucura e da diferença, no campo do direito ao trabalho, do direito à cultura e do direito à cidade, têm sido marcantes e singulares, rompendo a segregação histórica do louco realizada através das instituições e saberes fundantes da psiquiatria e das práticas manicomiais (Amarante, 2018, p. 1091).

No entanto, é evidente que, apesar das conquistas com a legislação mencionada, há divergências nas leis brasileiras, que não se articulam para garantir os direitos. Se faz necessário superar tais conflitos, pois prejudicam as pessoas com transtornos mentais, deixando-as de fora dos direitos constitucionais. Segundo a autora,

Para Amarante (2007), na esfera jurídico-política existem desafios para pessoas em sofrimento psíquico, posto que as normas sociais e a legislação podem conter regras prejudiciais aos usuários. Essas regras tornam-se grandes empecilhos ao exercício pleno da cidadania. Um exemplo ocorre com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que foi estabelecido na Lei Orgânica de Assistência Social (Loas),

e cuja concessão somente é permitida às pessoas que não exerçam atividades laborativas, impedindo, inclusive, a participação dos usuários em projetos e cooperativas de geração de renda. Isso dificulta a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico.

3.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como Rede de Apoio ao Trabalhador

A Constituição Federal de 1988 garantiu à população brasileira o direito à saúde, conforme estabelecido no Art. 196. A saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado, garantido, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. No Art. 200 dessa mesma lei, é determinado que a saúde é de responsabilidade do SUS, o qual abrange ainda os cuidados à saúde do trabalhador, incluindo o controle, a prevenção e a fiscalização, entre outras atribuições (Brasil, 1988).

As atribuições do SUS em relação à saúde do trabalhador incluem:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

Consta na Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/90, enfatizado no Art. 3º, que: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990). Além disso, o Art. 6º desta mesma lei trata dos cuidados e ações de vigilância epidemiológica e sanitária direcionada à proteção e à promoção do bem-estar do trabalhador, promulgando ações para promover a recuperação e a reabilitação de trabalhadores que sofreram danos de saúde devido às condições de trabalho. Se faz necessário compreender a saúde de modo amplo, nos serviços de baixa e alta complexidade.

A Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que antecede a implantação do SUS e da lei orgânica da saúde, dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória. No Art. 2º da referida lei,

[...] a ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde. No § 1º compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação. No § 2º A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim (Brasil, 1975).

O Ministério da Saúde é encarregado de definir, por meio de regulamento, a organização e as atribuições dos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica, além de promover a implantação e a coordenação desses serviços. A vigilância epidemiológica é uma ação conjunta de serviços de saúde — tanto públicos quanto privados — devidamente habilitados para essa finalidade (Brasil, 1975).

Para proteger e cuidar da saúde do trabalhador é estabelecido, conforme a lei anteriormente citada, que profissionais das redes pública e privada de saúde têm a obrigação de notificar o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), quando da suspeita ou confirmação de doenças e/ou agravos à saúde relacionados ao trabalho. A notificação é compulsória e obrigatória, como previsto no Art. 8º da lei.

Vale ressaltar que, embora o sistema DATASUS contenha alguns dados obtidos por meio da ficha de notificação do Sinan, nem todos os casos são notificados. Portanto, o número de casos relatados pode ser significativamente maior. De acordo com o sistema, nos últimos três anos foram registradas 5.258 (cinco mil duzentas e cinquenta e oito) pessoas com transtornos mentais relacionados ao trabalho. No entanto, é importante destacar que esse número pode não refletir totalmente a realidade, dada a subnotificação de casos (DATASUS, 2023).

As Investigações acerca de Acidentes de Trabalho relacionados à Exposição a Material Biológico trazem resultados alarmantes; de acordo com dados do Ministério da Saúde, nos últimos três anos 184.186 (cento e oitenta e quatro mil cento e oitenta e seis) pessoas foram expostas a ou sofreram intoxicação por material biológico (DATASUS, 2023).

A Resolução nº 96, datada de 23 de março de 2012, estabelece as diretrizes para o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho e aborda diversas medidas relacionadas à prevenção de doenças ocupacionais. Ela também promove a integração dos serviços do SUS, com o objetivo de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores; isso inclui a realização de ações de fiscalização e orientação dos trabalhadores (Brasil, 2012). Essas medidas visam proteger a saúde dos trabalhadores e reduzir o número de acidentes e exposições a materiais biológicos nos locais de trabalho.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) está diretamente vinculado à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e é parte do SUS. Seu propósito é fornecer serviços de controle e assistência especializada aos trabalhadores, ampliando o acesso aos serviços de saúde e realizando ações de vigilância em saúde do trabalhador. O objetivo principal é proteger, prevenir e promover o bem-estar dos trabalhadores. É importante ressaltar que o Cerest não se restringe a trabalhadores formais ou informais, abrangendo todas as áreas, tanto rural quanto urbana, e atendendo até mesmo aqueles que não se encontram atualmente empregados, desde que tenham sofrido algum dano relacionado ao trabalho (Brasil, 2023).

Para acessar os serviços do Cerest, os usuários podem ser encaminhados por qualquer rede de serviços de saúde do SUS, assim que um agravo ou doença relacionado ao trabalho for identificado por um profissional de saúde.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 9),

[...] são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia e oferecer atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é integrá-los a um ambiente social e cultural específico, designado como seu 'território', que é o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e de suas famílias. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Cumprе salientar, de acordo com o Ministério da Saúde (2011), que os CAPS desempenham papel crucial no tratamento e cuidado das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, sendo dispositivos de cuidado criados para substituir os antigos hospitais psiquiátricos. Inicialmente, muitos CAPS oferecem

atendimento 24 horas para atender às necessidades imediatas, através dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar (Amarante, 2018, p. 2071).

Quando um indivíduo busca atendimento em um CAPS ele é acolhido por uma equipe multidisciplinar que busca compreendê-lo em sua complexidade. Os profissionais realizam uma avaliação abrangente das necessidades do indivíduo e fazem encaminhamentos para outros serviços, caso identifiquem demandas adicionais. Assim, o CAPS se torna uma porta de acesso para outros cuidados de saúde.

Amarante (2018) destaca a importância de tornar esses espaços desburocratizados e flexíveis, permitindo o acesso dos usuários aos serviços. A política de saúde mental prioriza o tratamento dos indivíduos em relação a outras doenças. No entanto, apesar dos benefícios oferecidos pelos CAPS, muitos usuários evitam procurar esses centros devido aos estigmas associados ao ambiente. Isso pode resultar em agravos à saúde devido à demora em buscar atendimento médico.

Os CAPS podem ser definidos como dispositivos de serviços abertos e comunitários que oferecem atendimento diário e são referência para pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. São estruturados de acordo com o tamanho da população dos municípios brasileiros, com equipes multiprofissionais que realizam acolhimento e aplicam estratégias de cuidados baseadas nos princípios da humanização e da reabilitação. Isso pode incluir psicoterapia, oficinas terapêuticas, medicação assistida, terapia ocupacional, entre outras intervenções (Brasil, 2023).

Inicialmente, os CAPS eram classificados de acordo com o tamanho da população e o tipo de atendimento oferecido. CAPS I e CAPS II se diferenciam apenas pelo porte, de modo que os dois possuem o mesmo público-alvo prioritário, pessoas com transtornos mentais devido ao uso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS III se diferencia dos demais por prestar atendimento contínuo (24 horas), sendo considerado um aparelho de grande porte. O Centro de Atenção Psicossocial e Infância Juvenil (CAPSi) é direcionado especificamente a crianças e adolescentes com intenso

sofrimento psíquico relacionado ao consumo de substâncias, incluindo álcool e drogas. Como citado anteriormente, o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSAD IV) é considerado um aparelho de grande capacidade, atendendo pessoas de todas as idades e que apresentam quadro grave e intenso de sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Este dispositivo oferece serviço de urgência e emergência, funciona ininterruptamente, conta com internações que ultrapassam as 24 horas. Este aparelho é motivo de muita discussão por causa da sua política de isolamento (Ministério da Saúde, 2017), como já citado.

Em 2011, a política de saúde mental se desenvolveu ainda mais com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. Esta rede é uma abordagem abrangente para a atenção em saúde mental e promove a integração de serviços, bem como a oferta de cuidados em diferentes níveis de complexidade, com o objetivo de garantir um atendimento mais eficaz e humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), consta no:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)".Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;III - combate a estigmas e preconceitos;IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;VI - diversificação das estratégias de cuidado.

Já a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), adota a nova Política Nacional de Atenção Básica, que prevê uma configuração que "[...] revisa as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". Novas portarias foram lançadas apontando novas diretrizes e modalidades de CAPS, bem como redefinindo os serviços e horários de atendimento, tratando ainda sobre "os incentivos financeiros", conforme cita a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.

Art. 1º Esta Portaria redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III). Art. 2º O CAPS AD III é o Ponto de Atenção

do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. XVII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e XVIII - articula-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário (Brasil, 2012).

Segundo Correia (2022), a nova política de saúde mental fere os direitos dos indivíduos garantidos pela constituição de 1988, pois possui viés punitivo para os usuários de entorpecentes e/ou álcool. Além disso, se apresenta como a antiga política de saúde mental, com ideias manicomiais e de isolamento, sendo financiada pelo próprio Estado. Para Campos (2019), a Portaria do Ministério da Saúde de nº 3.588, de 21/12/2017, determina o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV (CAPSad IV), preconizando ainda o aumento das comunidades Terapêuticas e dos recursos financeiros a serem disponibilizados pelos estados para essas instituições, além do aumento dos leitos em enfermarias de saúde mental e hospitais gerais. Observa-se um claro objetivo de trazer as práticas arcaicas de isolamento.

Percebe-se que com a inserção desse novo dispositivo os serviços se tornam centralizados, diferentes dos demais CAPS, que buscam inserir o indivíduo na sociedade e em comunidade, no qual tem ênfase o tratamento na lógica do cuidado em todas as esferas, para “além da doença”, visando o bem-estar e entendendo a pessoa como um cidadão de direitos sociais, tendo suas demandas respeitadas. Quanto às alterações postas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, os autores, a seguir,

[Avaliam] as mudanças na PNSM por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência (sua formalização como manifesto de um movimento nacional está expressa na Carta de Bauru, em 1987). Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002b, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como ‘nova’ PNSM está sendo

imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal (Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020, p. 15).

A discussão sobre as mudanças na política de saúde mental no Brasil é complexa e envolve diferentes perspectivas e interesses, sendo importante considerar a diversidade de opiniões e avaliações sobre o assunto para uma análise abrangente. Pode-se considerar que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), atrelada ao SUS, foi e está sendo paulatinamente desmontada, após o golpe sofrido pela então Presidente Dilma Rousseff, no mesmo ano em que o Presidente Michel Temer instituiu a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou os gastos públicos em saúde por 20 anos (Brasil, 2016).

As consequências refletem em mortes e na falta de atendimento nos hospitais públicos, um preço alto para a classe trabalhadora brasileira. No entanto, os momentos de retrocesso continuaram não apenas na política de saúde mental, mas em todas as políticas públicas, que seguiram em declínio com o “desgoverno” vivenciado no Brasil, tendo na Presidência da República Jair Messias Bolsonaro (2018-2022).

Sobre a Emenda Constitucional nº 95, Correia (2022, p. 82) discorre que:

Com a Emenda Constitucional (EC) nº 95, o governo Temer implantou um novo regime fiscal, que é a constitucionalização do ajuste fiscal, funcional à financeirização do capital, congelando os gastos sociais por vinte anos para liberar recursos para a impagável dívida pública que precisa ser auditada. [...] A EC nº 93 aumentou a desvinculação dos recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social. O aprofundamento das medidas de austeridade fiscal implicou o desfinanciamento das políticas sociais. A retirada de direitos continua acelerada, com a reforma trabalhista, em 2017, e a reforma da Previdência Social, em 2019, entre outras medidas que visam expropriar direitos da classe trabalhadora, flexibilizar leis ambientais e exterminar povos originários em favor de mineradoras, pecuaristas e do agronegócio.

Correia (2022) destaca ainda uma série de desafios e retrocessos nas políticas públicas no Brasil, especialmente no campo da saúde mental, durante os últimos anos. A Emenda Constitucional nº 95, que congelou os gastos públicos em saúde por 20 anos, teve impacto significativo na capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população. Essa medida fez parte de uma agenda mais ampla de austeridade fiscal e cortes de gastos sociais.

Além disso, o Decreto nº 9.761/2019, promulgado durante o governo Bolsonaro, estabeleceu a nova Política Nacional de Drogas, confirmando o

compromisso com as comunidades terapêuticas para abordar o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante notar que muitas dessas instituições têm vínculos religiosos, estando amplamente ligadas a diferentes religiões; são instituições financiadas pelo próprio Estado. Desta forma, a nova política reforça uma abordagem proibicionista e assemelha-se a um modelo manicomial ao destacar a abstinência e o isolamento como medidas de tratamento.

Conforme citado anteriormente, outras reformas e mudanças políticas também tiveram impacto negativo nas políticas sociais, como a reforma trabalhista e a reforma da Previdência Social. Essas medidas têm sido criticadas pela exacerbação das desigualdades sociais e pela retirada de direitos da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que favorecem interesses econômicos do capital financeiro em expansão.

Desse modo, convém considerar que a política de saúde mental não foi a única afetada por essas mudanças; muitas outras áreas da Seguridade Social também enfrentaram (e enfrentam) desafios significativos. A expectativa da população brasileira em relação ao governo atual, de José Inácio “Lula” da Silva (2023-2027) é de que ele trabalhe para minimizar as perdas sofridas nas políticas públicas e garanta direitos em todas as áreas da Seguridade Social. A melhoria das políticas públicas, incluindo a saúde mental, é fundamental para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral, que sofrem as agruras das condições precárias de trabalho, de vida e dos adoecimentos delas decorrentes. Isso envolve não apenas o financiamento adequado, mas também a promoção de políticas públicas que combatam desigualdades sociais, estigmas e preconceitos, e que respeitem os direitos humanos e a dignidade de todos os cidadãos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho analisou-se o adoecimento mental de trabalhadores em contextos diversos do desenvolvimento da produção capitalista, dada a crescente demanda de pessoas, trabalhadores/as, adoecidos/as física e mentalmente, provocadas por condições e relações de trabalho precárias, bem como pela ausência e efetividade de políticas de saúde e de proteção social para a classe trabalhadora.

A pesquisa teve como objetivo geral apreender as causas, as configurações do adoecimento físico e mental marcadas pelas condições e relações de trabalho degradantes. Constatou-se, conforme demonstrado, que as precárias condições de trabalho — historicamente postas desde o início do capitalismo — foram provocadas pelas longas jornadas de trabalho, pela exploração intensa e o ritmo de trabalho acelerado, por contratos e relações de trabalho sem garantia de proteção trabalhista, pela ameaça ao desemprego e por salários baixos, além da evidência das disputas, da concorrência interna no ambiente de trabalho, sem política de saúde, os quais são indicativos do adoecimento, do sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Os determinantes históricos e sociais do adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores demonstram a relação entre trabalho, dinâmica da produção material, crise capitalista e adoecimento. Com o desenrolar da pesquisa, verificou-se que com o avanço do desenvolvimento da produção, da acumulação capitalista, tem-se o aumento e a complexificação dos processos de adoecimento mental.

Assim, durante a pesquisa e a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, foi verificado que as teorias existentes acerca das causas do adoecimento mental no trabalho apontam elementos relevantes para compreender quais as consequências desses processos para a vida dos indivíduos trabalhadores. Autores como Christopher Dejours (1987), psiquiatra francês, pioneiro no Brasil na abordagem essa temática com o livro *A loucura do trabalho*, lançado na década de 1950, abriu caminhos para diversos estudos sobre o tema. Na contemporaneidade, Ricardo Antunes (2009) traz rico conhecimento em seus estudos sobre os diversos elementos que configuram o mundo do trabalho, apontando determinadas incursões quanto à relação entre adoecimento mental e trabalho. Esses autores, e outros estudados, ainda que sob perspectivas de análise teórico-metodológicas diferentes em relação ao adoecimento mental no trabalho, foram fundamentais para as nossas reflexões. Dejours não postula que as relações de trabalho necessariamente originem

adoecimentos mentais, mas, segundo ele, o indivíduo pode desenvolver adoecimentos mentais se predisposto. Enquanto outros autores apontam/afirmam que o adoecimento mental se origina das relações de trabalho.

A nosso ver, tanto as referências bibliográficas como os dados da realidade sobre o mundo do trabalho — sistematizados pelos organismos internacionais e nacionais, como OIT, IBGE e OMS — demonstram o agravamento da problemática da saúde do trabalhador no mundo contemporâneo, decorrente das condições e relações de trabalho estressantes e ou degradantes/precárias. Sendo o adoecimento mental (os agravos/ transtornos mentais expressos na ansiedade, depressão, síndrome de Burnout, síndrome de pânico) um dos elementos que vêm provocando — antes, durante e após a pandemia — o maior índice de afastamento de trabalhadores do ambiente de trabalho, conforme destacamos na introdução.

O agravamento da problemática do adoecimento mental revela o quanto os indivíduos trabalhadores foram e, na atualidade, com a reestruturação produtiva, têm sido pressionados a pensar, planejar, executar, administrar/gerir atividades e serviços ininterruptos no trabalho. Os trabalhadores fazem tudo ao mesmo tempo, perderam o controle do seu trabalho, pois agora são dominados pelos sistemas de informática, que vigiam, que controlam seu trabalho diuturnamente. Essa dinâmica desmistifica a falaciosa concepção de autonomia no trabalho posta pela produção flexível, pois produz um estresse subjetivo, uma sensação contínua de trabalho inconcluso, e a vida passa a se resumir ao trabalho e à luta pela sobrevivência, com os adoecimentos se reproduzindo incontrolavelmente. Assim, podemos afirmar que os males físicos e mentais sofridos pelos trabalhadores e pela sociedade em geral demonstram o quanto a dinâmica voraz do trabalho precário e a crise social, econômica e ideológica do capitalismo do final do século XX vêm afetando de modo avassalador a individualidade, a subjetividade humana.

Cumpramos destacar que as reflexões expostas na última sessão do trabalho acerca da Reforma Sanitária, da política de saúde, da política de saúde mental e das instituições como o CAPS demonstram a importância da intervenção do Estado, no sentido de responder aos processos de adoecimento mental, apesar dos limites de sua função na reprodução da sociabilidade capitalista.

Por fim, dada a relevância do estudo deste tema para a classe trabalhadora, este trabalho pode subsidiar novas investigações e reflexões na formação profissional, bem como contribuir para o trabalho de assistentes sociais que atuam nas instituições

públicas, no âmbito destas políticas sociais, e para o fortalecimento das lutas no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015c.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2015.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BAURU. **Manifesto de Bauru**. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, dez. 1987.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#:~:text=A%20presente%20Norma%20Operacional%20B%C3%A1sica,da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal\)%2C%20com%20a](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#:~:text=A%20presente%20Norma%20Operacional%20B%C3%A1sica,da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal)%2C%20com%20a). Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3588 de 21 de dezembro de 2017**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23/12/2011**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 ago. 2023.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO SUPERIOR DA JUSTIÇA DO TRABALHO (Brasil). Resolução n. 96/CSJT, de 23 de março de 2012. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho**: caderno judiciário do Conselho Superior da Justiça do Trabalho, Brasília, DF, n. 946.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Temporalis**, v. 22, n. 43, p. 72-89, 2022.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho, São Paulo: Cortez; Oboré, 1987.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica (1961)**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 18 jan. 2023.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. [S.l.]: Loyola, 1992.

HUBERMAN, Leo. **A história da riqueza do homem**. 21. ed. rev. [S.l.:s.e.], 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PIB cai 4,1% em 2020 e fecha o ano em R\$7,4 trilhões. **Agência IBGE Notícias**, 3 mar. 2021, 9h52, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30165-pib-cai-4-1-em-2020-e-fecha-o-ano-em-r-7-4-trilhoes>. Acesso em: 08 out. 2023.

MONTAÑO, Carlos; LÚCIA, DURIGUETTO, Maria. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e 00156119, 2019.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais**: limites, desafios e possibilidades. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

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

SILVA, Alicia Emmily Valença; DUARTE, Elves dos Santos. **Saúde pública no Brasil em tempos de pandemia**: a reestruturação do Sistema Único de Saúde no contexto da Covid-19. 2023. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2023.

SODRÉ, Francis. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SChBHvqPBB/?format=pdf\(=pt](https://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SChBHvqPBB/?format=pdf(=pt). Acesso em: 28 set. 2023.

UNASUS. Maior sistema público de saúde do mundo, o SUS completa 31 anos. UNASUS, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=SUS%20%C3%A9%20o%20%C3%BAnico%20sistema,de%20190%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>. Acesso em: 20 set. 2023.