

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

ANA CLÁUDIA FAGUNDES

ANÁLISE DE SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES QUE ATUAM NO
SETOR DE SEGURANÇA PRIVADA

UBERLÂNDIA
2017

ANA CLÁUDIA FAGUNDES

**ANÁLISE DE SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES QUE ATUAM NO
SETOR DE SEGURANÇA PRIVADA.**

Dissertação apresentado Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para obtenção do título de mestrado.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Mendes

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- F156a
2017
- Fagundes, Ana Cláudia, 1967-
Análise de sofrimento mental de trabalhadores que atuam no setor de
segurança privada : saúde do trabalhador / Ana Cláudia Fagundes. -
2017.
75 f. : il.
- Orientador: Paulo César Mendes.
Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
Inclui bibliografia.
1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3.
Trabalhadores - Saúde mental - Teses. 4. Saúde ambiental - Teses. I.
Mendes, Paulo César, 1972-. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

ANA CLÁUDIA FAGUNDES

Análise de sofrimento mental de trabalhadores que atuam no setor de segurança privada.

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 31 de março de 2017.

Resultado _____

Prof. Dr. Paulo César Mendes

Universidade Federal de Uberlândia - Instituto de Geografia

Prof.^a Dr.^a Maristela Souza Pereira

Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia

Prof.^a Dr.^a Fernanda Nogueira Campos Rizzi

Universidade do Estado de Minas Gerais – Instituto de Psicologia

*Para minha filha,
Isabella.*

“Crescer custa, demora, esfolia, mas compensa. É uma vitória secreta, sem testemunhos. O adversário somos nós mesmos”.

Sigmund Freud.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por permitir a realização de minhas escolhas e pelas imensuráveis bênçãos concedidas nesta longa trajetória de âmbito acadêmico, profissional e pessoal.

Gratidão infinita ao meu pai Antônio (*in memoriam*) e minha mãe Sônia, pelo desejo de verem os filhos no caminho do aprendizado e fazendo assim, parte da minha trajetória de realizações.

A minha filha Isabella, por me conceder as ausências e por me ajudar na realização deste trabalho, por meio do seu olhar carinhoso e de sua compreensão. Minha grande companheira!

Ao meu esposo Álvaro, pelo amor, paciência e por me apoiar em mais este caminho. Um companheiro e tanto!

Aos meus irmãos, Nádia (pelo amor e incondicional apoio) e Antônio Júnior (pelo seu amor).

Gratidão ao idealizador deste curso de Pós-graduação Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador, nosso querido professor Samuel.

Ao meu orientador, Paulo Cézar (PC) principalmente pela competência, dedicação, paciência, perseverança e por acreditar que, sim, dará tudo certo!

Aos professores do curso Gerusa, Liliane, Lucianne, Maristela, Paulo Cézar, Rosimar, Sampaio, Samuel e Winston pela tamanha dedicação, profissionalismo e pelas valiosas sabedorias tão bem compartilhadas.

Em especial à querida professora Maristela, pela disponibilidade, por aceitar fazer parte das bancas e tanto contribuir para finalização deste trabalho.

À querida Flávia, pelas contribuições e por ter aceito participar da minha banca de qualificação.

Ao coordenador do curso, Winston, pela disponibilidade e pelo cuidado em nos orientar.

A todos os colegas de sala pelo carinho e pela cumplicidade na realização dos desafios que surgiram.

Em especial, ao amigo Rafael, pelo acolhimento e por abraçar a causa de ser nosso representante de sala, dedicando seu tempo e transmitindo as orientações cabíveis e tão necessárias para todos nós em sala de aula.

Muito obrigada!

RESUMO

O setor de segurança privada atua com o intuito de preservar os espaços de propriedades particulares (residências e empresas), empregando recursos humanos principalmente, vigilantes, recepcionistas, porteiros e segurança pessoal. Os profissionais deste setor, geralmente são submetidos a turnos longos de trabalho, não sendo raras as ocorrências de violência física, ausências do âmbito familiar e social, potencializando assim o desencadeamento de psicopatologias. Neste contexto, essa pesquisa objetiva analisar o sofrimento mental dos trabalhadores que atuam no seguimento de segurança privada de uma empresa, cuja sede situa-se na cidade de Uberlândia (Minas Gerais). Para tanto, foram feitas pesquisas bibliográficas pertinentes à temática buscando uma sustentação teórica e metodológica, levantamento e análise dos dados de saúde presentes nos relatórios do setor de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa. Nestes relatórios foram identificados os registros dos ASO (Atestados de Saúde Ocupacional) e suas respectivas classificações na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças Versão 10) categoria F (transtornos mentais e comportamentais), cuja análise realizada foi de janeiro de 2012 a dezembro de 2015. De acordo com o levantamento dos dados, foram apurados 58 tipos de transtornos relacionados à saúde mental, totalizando um número de 389 ASO, conforme período descrito. Os transtornos de maiores prevalências foram F41.1 (transtorno pânico), F32.0 (episódio depressivo leve), F41.1 (ansiedade generalizada), F32.2 (episódio depressivo grave), dentre outros. Mediante tais evidências, concluiu-se que este seguimento de trabalho é um grande potencializador de patologias relacionadas ao adoecimento mental e agravantes de cunho físico. Este estudo aponta também para a urgente necessidade por parte da organização e também pelos profissionais da área de saúde (público e privado), a necessidade de maiores investimentos e capacitação pessoal para o trato da saúde dessa classe trabalhadora.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Segurança privada. Saúde mental.

ABSTRACT

The private security sector operates with the purpose of preserving the spaces of private properties (residences and companies), employing mainly human resources, vigilantes, receptionists, porters and personal security. Professionals in this sector are usually subjected to long work shifts, not infrequently occurring physical violence, family and social absences, thus potentiating the onset of psychopathologies. In this context, the objective of this research is to investigate the incidence of mental illness among workers who work in the private security follow-up of a company whose head office is located in the city of Uberlândia (Minas Gerais). In order to do so, bibliographical research pertinent to the subject was searched for a theoretical and methodological support, survey and analysis of the health data present in the reports of the Specialized Service Sector in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT) of the company. In these reports, the records of the ASO (Occupational Health Certificates) and their respective classifications in the ICD-10 (International Classification of Diseases Version 10) category F (mental and behavioral disorders) were identified, whose analysis was carried out from January 2012 to December 2012. According to the data collection, 58 types of mental health-related disorders were identified, totaling a total of 389 ASO, according to the period described. The most prevalent disorders were F41.1 (panic disorder), F32.0 (mild depressive episode), F41.1 (generalized anxiety), F32.2 (severe depressive episode), among others. By means of such evidences, it was concluded that this work follow-up is a great enhancer of pathologies related to mental illness and physical aggravating conditions. This study also points to the urgent need on the part of the organization and also by health professionals (public and private), the need for greater investments and personal training for the health treatment of this working class.

Keywords: Worker's Health. Private security. Mental health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASO – Atestado de Saúde Ocupacional.

ASTD – American Society for Training & Development.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças.

CNV – Carteira Nacional de Vigilantes.

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho.

FENAVIST – Federação Nacional das Empresas de Segurança e Transporte de Valores.

FEPASEP – Federação Panamericana de Segurança Privada.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

OIT – Organização Internacional do Trabalho.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OT – Organização do Trabalho.

PNSST – Política nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

PST – Programa de Saúde do Trabalhador.

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

SESMT – Serviço Especializado em engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

SEEVISSP – Sindicato dos Empregados em Empresas de Vigilância, Segurança e Similares de São Paulo.

SMRT – Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.

SO – Saúde Ocupacional

SST – Serviço de Saúde e Segurança do trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde.

RH – Recursos Humanos.

UNB – Universidade de Brasília.

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Transtornos mentais e comportamentais vinculados a Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde, 2001.	30
Quadro 2 - Faturamento do setor de segurança privada no Brasil:	38
Quadro 3 - Faturamento do setor de segurança privada em 2012 por região brasileira.	39
Quadro 4 -Dados da segurança privada na Europa em 2010.	40
Quadro 5 - Transtornos mentais e comportamentais mais frequentes na empresa do setor de segurança privada, estudados por número de atestado, dias de ausência no trabalho e dias de auxílio custeados pela organização, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	59
Quadro 6 - Uberlândia-MG: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas,apresentados pelos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, descritos em número de atestado e dias de ausência no trabalho, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil,período de 2012 a 2015.	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da área urbana de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil....42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação anual do número de trabalhadores e de atestados por sofrimento mental e comportamental da empresa do setor de segurança privada pesquisada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	49
Gráfico 2 - Distribuição anual dos atestados por ocupação, apresentados pelos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, período de 2012 a 2015.	51
Gráfico 3 - Distribuição anual dos atestados por gênero, apresentados por profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	52
Gráfico 4 - Distribuição do volume de atestados e dias de afastamento mais frequentes da CID-10 dos episódios e transtornos depressivos, apresentados pelos profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	55
Gráfico 5 - Distribuição do volume de atestados e dias de afastamento mais frequentes da CID-10 dos episódios mentais e comportamentais, apresentados pelos profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	58
Gráfico 6 - Uberlândia-MG: Distribuição percentual por faixa etária dos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada que apresentaram transtornos mentais e comportamentais, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	62
Gráfico 7 - Porcentagem de trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, que apresentaram atestados de transtornos mentais e comportamentais, que continuaram ativos e que foram desligados da empresa, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, período de 2012 a 2015.	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação anual entre o número de funcionários, dias de afastamento e dias de auxílio custeado pela empresa do setor de segurança privada, deste estudo, e pela Previdência Social, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.	53
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - SAÚDE E TRABALHO: MARCO LEGAL, PERSPECTIVAS E AVANÇOS	22
1.1 Breve histórico e avanços sobre a saúde do trabalhador brasileiro	22
1.2 Saúde do trabalhador e a saúde ocupacional	25
1.3 Saúde mental e trabalho	27
1.4 Psicologia do trabalho e psicologia organizacional	33
1.5 Segurança privada no Brasil e no mundo	36
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	41
2.1 Tipo de pesquisa.....	41
2.2 Locais da investigação.....	42
2.3 Participantes da pesquisa	43
2.4 Coleta de dados	43
2.5 Procedimento de análise dos dados	44
CAPÍTULO III - SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES DO SETOR DE SEGURANÇA PRIVADA.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS.....	68

APRESENTAÇÃO

As informações expostas neste estudo foram produzidas a partir do desenvolvimento de pesquisas sobre o trabalhador de segurança privada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), da primeira turma do ano de 2015, cujo orientador Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes. Por ser um mestrado profissional, tornou mais rica ainda a relação entre os conteúdos aplicados e as práticas dos profissionais, considerando conteúdos e experiências compartilhadas em sala de aula, entre alunos e professores.

Venho de uma realidade muito organizacional (trabalhei em um grande grupo empresarial do setor privado no período de 1989 a 2016) assim, o contato com tantos profissionais que atuam no setor de saúde da cidade de Uberlândia e demais regiões, me agregou conhecimentos e vivências antes não conhecidas. Também a necessidade de uma melhor compreensão sobre a história da construção do campo da Saúde do Trabalhador, de como os órgãos públicos vem atuando no processo de vigilância em Saúde e refletir, entender melhor sobre o atual contexto doença x saúde do nosso município e a realidade do nosso país.

Os conteúdos apresentados no mestrado me despertaram ainda mais sobre rumos e incertezas do mundo do trabalho (processos, ambientes, relação de trabalho e de poder, de doenças relacionadas a este, dentro outras questões), enfim um olhar mais crítico de uma dura realidade. E ainda mais sobre a difícil realidade do âmbito da saúde pública.

Mediante os estudos e pesquisas que realizei sobre a saúde mental no trabalho e também o compartilhar em sala, é sabido que o trabalho não é mais visto apenas como uma atividade realizada em um ambiente físico (com existência de agentes e fatores de riscos). Dessa forma, é preciso considerar a relação integrada entre corpo e mente que, em função das relações sociais que o indivíduo desenvolve neste ambiente pode gerar distúrbios, mal-estares, sofrimentos.

Realizei este trabalho de campo em uma empresa, cujo nome será resguardado para efeito de preservação de identidade, que atua no setor de segurança privada, com sede na cidade de Uberlândia/Minas Gerais.

Trabalhei nesta empresa no período de outubro/2005 a agosto/2016, onde me aposentei por tempo de contribuição sindical (30 anos). A princípio atuava no departamento de Educação e Desenvolvimento (treinamentos) e até então nenhum contato com a área de saúde. E enquanto psicóloga, passei a contribuir com o SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), mais especificamente sendo responsável pelo recebimento do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), classificação do CID 10, categoria F (estado mental).

Posteriormente fiquei responsável pelos acolhimentos de casos que demandavam um acompanhamento mais próximo. Vários foram os momentos em que estive próxima destes trabalhadores em diversas situações de ocorrências, acometidos principalmente em exposições de violência nos postos de serviços (roubos, assaltos, sinistros, invasões, dentre outros).

Diante deste quadro, despertou em mim o interesse em realizar um estudo que buscasse respostas para a saúde destes trabalhadores que atuam neste setor, visto que os números de ocorrências cresciam e, conseqüentemente, a quantidade de atestados entregues no setor de Recursos Humanos, não paravam de crescer.

INTRODUÇÃO

O trabalho está presente na vida do homem ao longo da história, e sua influência sobre a saúde dos trabalhadores é conhecida desde a antiguidade. Historicamente, homem e trabalho se interligam de diferentes maneiras, conforme a sociedade e o período ao qual nos referimos, de modo que os significados sociais atribuídos ao trabalho sempre têm influenciado o contexto vivenciado pelo homem (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011).

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de trabalho são identificados em: *Agentes físicos* - ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação etc.; *Agentes químicos* - substâncias químicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira; *Agentes biológicos* - bactérias, fungos, parasitas, vírus, etc.; *Organização do trabalho* - divisão do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade de movimento, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organização do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros (BRASIL, 2001, p. 19).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), no Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico, coexistindo múltiplas situações de trabalho caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que se refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores.

Neste contexto no mundo do trabalho, observaram-se muitas transformações significativas. E para Dejours (2004), depois de ter atribuído uma importância crucial à organização do trabalho, o interesse dos pesquisadores foi canalizado para o distanciamento que há entre o trabalho prescrito e trabalho real e também para a maneira como os homens e as mulheres conseguem enfrentar essa distância, nas condições de negação da realidade das dificuldades que esta distância lhes causa.

Dejours (1987) conceitua Organização do Trabalho (OT) como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade.

Ainda segundo Dejours (1987), a organização do trabalho ocasiona

insatisfação, quer pelo esvaziamento de sentido, quer pela violentação de uma “economia psicossomática” que seria singular para cada trabalhador. Por outro lado, temos a questão da subjetividade do tema, que ao contrastar ou até ser associada ou não às condições do ambiente físico, químico e biológico do trabalho, muitas vezes desrespeita as necessidades do corpo.

Porém, quanto maior é a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, maior será o espaço para adoecimentos. E os profissionais da área de saúde, será que estão preparados (exemplo dos agentes sanitários dentre outros) para o enfrentamento de tais realidades? Hoje o ambiente de trabalho pode ser dinâmico, como por exemplo trabalhar em casa (sapataria, fabril dentre outros), mas as condições em que este trabalhador executa esta atividade? Como é sua exposição neste ambiente? Riscos ligados à qualidade, ergonomia, mente, dentre outros.

A busca por estas respostas, podem ser encontradas em investigações pertinentes a estudos e pesquisas no contexto da saúde trabalhador. Tentando encontrar resultados desta exploração, através destes trabalhadores, no intuito de minimizar estes dados e potencializar ações voltadas à prevenção e promoção da saúde da classe trabalhadora. Neste sentido, Beuren (2004) acrescenta que a preocupação com o conhecimento da realidade é uma constante na vida dos homens, pois a pesquisa apresenta-se como uma forma de investigação que tem por finalidade buscar algumas respostas às indagações da sociedade por meio de procedimentos científicos.

É importante destacar também sobre a ineficiência na produção e organização de dados, neste campo saúde do trabalhador:

A área da Saúde do Trabalhador tem, tradicionalmente, utilizado informações produzidas por outros setores, tais como a Previdência Social (o registro das notificações de acidentes do trabalho) e o Ministério do Trabalho e Emprego (registro das empresas), dentre outros, uma vez que há carência de dados nos serviços de saúde relativos ao adoecimento produzido pelo trabalho, mapeamento dos riscos no trabalho etc. (CREPOP, 2008, p. 32).

Sobretudo, apesar destas ineficiências, vale acrescentar que o trabalho na atualidade passa a ser observado e analisado com rigor, quanto a seu papel e sua relação entre saúde e doença. E que, pesquisadores de diferentes áreas têm explorado esta temática, com a finalidade de evidenciar as dimensões onde o trabalho

possa desencadear sofrimentos.

O profissional de segurança privada se enquadra neste contexto, merecendo atenção especial por lidar variáveis desafiadoras em sua prática com destaque para o estresse, ansiedade, pânico, depressão e principalmente a violência.

A violência urbana e a criminalidade estendem-se, crescentemente, aos ambientes e atividades de trabalho. Situações de roubo e assaltos a estabelecimentos comerciais e industriais, que resultam em agressões a trabalhadores, por vezes fatais, têm aumentado exponencialmente, nos grandes centros urbanos. Entre bancários, por exemplo, tem sido registrada a ocorrência da síndrome de estresse pós-traumático em trabalhadores que vivenciaram situações de violência física e psicológica no trabalho. Também têm crescido as agressões a trabalhadores de serviços sociais, de educação e saúde e de atendimento ao público, como motoristas e trocadores. A violência no trabalho adquire uma feição particular entre os policiais e vigilantes que convivem com a agressividade e a violência no cotidiano. Esses trabalhadores apresentam problemas de saúde e sofrimento mental que guardam estreita relação com o trabalho. A violência também acompanha o trabalhador rural brasileiro e decorre dos seculares problemas envolvendo a posse da terra (BRASIL, 2001a, p. 19).

Consoante a este cenário, no Brasil, de acordo com ZANETIC (2005) este tipo de crime já vinha aumentando no país desde 1950, mas cresceu sobremaneira nas ações de grupos de esquerda combatentes da ditadura política brasileira fazendo com que em 1969 o Estado obrigasse os estabelecimentos bancários a contratar ou montar seus próprios serviços de vigilância.

Portanto, este setor surge com o intuito de preservar os espaços de propriedade particulares (residências, empresas e etc.), empregando recursos humanos (vigilante, porteiro, segurança pessoal e demais administrativos), implementando equipamentos (alarmes, câmeras de vigilância, circuito fechado de TV, portas com sensores sonoros), e instalações (cercas elétricas, muros, portas giratórias). Cabe destacar que os profissionais deste seguimento, além de prestarem serviços na “casa do cliente” deparam-se, cotidianamente, com uma grande diversidade de ambientes. Assim, vigilantes, porteiros, recepcionistas, têm que adaptar as exigências advindas da empresa de origem (a que detém o vínculo contratual, paga seu salário) como também adaptar ao ambiente e exigências do contratante onde foi escalado para atuar.

Diante desse cenário, este estudo se justifica quando se observa os aspectos ligados não somente a saúde destes trabalhadores, mas também, comprometimento

de cunho social e financeiro (isolamento, baixa produtividade, gastos com medicamentos, dentre outros). E, para a empresa, as ausências desencadeiam pagamento de horas extras, perda de produtividade, acarretando prejuízos financeiros, comprometendo assim, os resultados da organização.

Nesse contexto, este trabalho tende a contribuir para edificação de um olhar diferenciado a esta classe trabalhadora, tendo em vista o elevado número de Atestados de Saúde Ocupacional (ASO) CID-10 categoria F (mental e comportamental), que o setor de Recursos Humanos (RH) vem recebendo nos últimos anos, cabendo aqui, eleger as seguintes problemáticas: Qual o grau de relação existente entre as psicopatologias evidenciadas no ASO com a realidade vivida no campo pelos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada? O que tem adoecido esta classe de trabalhadores?

Ademais, essa pesquisa objetiva analisar no período de 2012 a 2015, o tipo de adoecimento mental dos trabalhadores de uma empresa que atua no seguimento de segurança privada, onde sede fica na cidade de Uberlândia/MG. Este estudo objetiva ainda, adensar reflexões teóricas sobre a temática, descrever os transtornos mentais e comportamentais identificados no período proposto, correlacionar os atestados ao número de dias que o trabalhador esteve ausente, com os principais transtornos apresentados.

Para tanto, esse trabalho foi organizado na seguinte estrutura:

- Introdução - Composta pela descrição da contextualização do tema, evidenciando a problemática apresentada.
- Capítulo I - Embasamento teórico intitulado “Saúde e trabalho: marco legal, perspectivas e avanços”, o qual apresenta as problemáticas da saúde do trabalhador e as lacunas do adoecer, com destaque para o trabalhador e o ambiente de trabalho dos profissionais que atuam no setor de segurança privada.
- Capítulo II – Percurso Metodológico evidenciando suas respectivas etapas tais como tipo de pesquisa, local da investigação, participantes, coleta e procedimentos de análise de dados.
- Capítulo III – Sofrimento Mental de Trabalhadores do Setor de Segurança Privada, onde são apresentados os dados e as respectivas análises da saúde dos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada.

E por fim, são expostas as considerações finais, na qual é apresentada uma avaliação dos resultados obtidos por esse estudo e sua contribuição para o entendimento das psicopatologias investigadas.

CAPÍTULO I - SAÚDE E TRABALHO: MARCO LEGAL, PERSPECTIVAS E AVANÇOS

As questões que envolvem a psicodinâmica do trabalho tornam-se pontos fundamentais de preocupação para os que lidam com a saúde pública e privada, sobretudo quando se sabe que, a separação entre mente e corpo é apenas uma questão didática, e que o conceito de saúde vai muito além do que a mera ausência sintomática de doenças. E diante de inúmeros desafios, se estabelecem reflexões da atual realidade do mundo trabalho e suas lacunas entre saúde-doença, em um cenário contemporâneo bastante intenso e desafiador. Nesta perspectiva, este capítulo, resumidamente, versará sobre o arcabouço histórico sobre a saúde do trabalhador, segurança privada e saúde mental.

1.1 Breve histórico e avanços sobre a saúde do trabalhador brasileiro

No Brasil, no final dos anos 1970, uma nova concepção denominada “Saúde do Trabalhador” rompeu com velhos modelos de compreensão dos modos de produzir doenças (MENDES; DIAS, 1991; WAISSMANN; CASTRO, 1996), e tanto a Medicina Social Latino-Americana, como o Modelo Operário Italiano (MINAYO-GOMES, LACAZ, 2005; THEDIM-COSTA, 1997) tiveram reflexos na estruturação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no país. Os episódios grevistas, as reivindicações em torno da regulamentação da jornada de trabalho, a busca de melhores salários, dentre outros evidenciaram uma luta de classe dos trabalhadores por uma ampliação da inclusão social, econômica, cultural e também de cunho laboral.

A VISAT surge com o intuito de promover e proteger a saúde do trabalhador, evitando situações e condições geradoras de sofrimento, de doenças profissionais e de acidentes de trabalho. Para alcançar tais objetivos, devem incorporar sistemática e criteriosa avaliação e planejamento da demanda e do alcance das ações desenvolvidas (MACHADO, 1996; VILELA, 2003).

Em 1980, foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Já em 1988 a criação do Sistema

Único de Saúde (SUS) e, ainda, da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990) é que o setor de saúde do Estado passou a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho.

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004, p. 13).

O homem sempre esteve na condição de transformar o seu meio, atuando em suas condições doadoras de capacidades físicas e intelectuais. Sendo assim, Foucault (2006) acrescenta que o interesse principal da vida e do trabalho é que eles permitem tornar-se diferente do que você era no início.

Segundo Lacaz (1992; 1996) e Minayo-Gomez e Lacaz (2005), a prática acumulada nos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), embasada na participação dos trabalhadores (em alguns casos, na sua gestão, controle e avaliação); na integralidade das ações de assistência e vigilância; e na universalidade de acesso, orientou a forma de atenção à saúde dos trabalhadores como atribuição do Sistema de Saúde, mesmo antes de existir na atual configuração como SUS.

A partir de 1998, com a publicação da Norma Operacional e Saúde do Trabalhador, por meio da Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998, foram estabelecidos os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços no âmbito do SUS. Os princípios básicos de ação estabelecidos pela portaria são os mesmos do SUS: universalidade, equidade e integralidade; planejamento e execução numa perspectiva de mudança no modelo assistencial hospitalocêntrico para um modelo de atenção integral; articulação de ações individuais e coletivas de vigilância em saúde.

De acordo com Minayo-Gomez e Lacaz (2005), o que existem hoje em saúde do trabalhador, são evidenciados problemas cruciais, inclusive deficiências do próprio

funcionamento do SUS, merecendo destaque: 1) A persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas, apesar da concepção diferenciada do que seja saúde do trabalhador; 2) As insuficientes ou inexistentes quantitativa e qualitativamente, ações de promoção e proteção da saúde; 3) A carência e despreparo dos profissionais do setor para a abordagem das questões de saúde dos trabalhadores; 4) As informações sobre enfermidades, fatores de risco ou formas de promoção e prevenção são insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e 5) As dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores.

De acordo com Vasconcellos (2007) hoje o aparelho de Estado brasileiro, voltado para a atenção à saúde do trabalhador, está estruturado basicamente em quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação), em duas fundações (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho (Fundacentro) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em centros de atenção à saúde do trabalhador do SUS, que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), especialmente os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTS) inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Mas há pouca, ou nenhuma, articulação entre essas estruturas. Suas atribuições, por vezes, superpõem-se, como no que se refere às informações, à VISAT, à reabilitação, à formação e à fiscalização.

Outrossim, no ano de 2011, então presidenta da república Dilma Rousseff, assinou juntamente com os ministros do Trabalho e emprego, da Previdência Social e da Saúde, o decreto que regulamenta a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. De acordo com o decreto, a PNSST tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2011).

A Saúde do Trabalhador, enfim, configura um campo de conhecimentos e de práticas que tem como objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública (LACAZ, 1996). Tal campo agrega conhecimentos provenientes de diversas disciplinas, como a clínica médica, a Medicina do trabalho, a Sociologia, a epidemiologia social, a Engenharia, a Psicologia, a Psiquiatria e a ergonomia, dentre outras (NARDI, 1997). É importante destacar, no entanto, que, além do embasamento teórico interdisciplinar, a vivência e o saber dos trabalhadores

também assumem importante papel nas estratégias para se conhecer e transformar a realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre essa realidade (ODDONE, RE; BRIANTE, 1981; ODDONE et al., 1986; LACAZ, 1996) (CREPOP, 2008, p. 18).

1.2 Saúde do trabalhador e a saúde ocupacional]

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASI, 2001) o termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

Para este campo temático, trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho, inclusive na forma de trabalho familiar e/ou doméstico. Ressalte-se que o mercado informal no Brasil tem crescido acentuadamente nos últimos anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, cerca de 2/3 da população economicamente ativa - PEA têm desenvolvido suas atividades de trabalho no mercado informal. É importante ressaltar, ainda, que a execução de atividades de trabalho no espaço familiar tem acarretado a transferência de riscos/fatores de risco ocupacionais para o fundo dos quintais, ou mesmo para dentro das casas, num processo conhecido como domiciliação do risco (BRASIL, 2001, p. 5).

Nas últimas décadas, o campo saúde do trabalhador obteve conquistas significativas, com destaque para a criação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2012, que definiu os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Neste sentido, a Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer,

pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 2001, p. 46).

E um dos princípios básicos da Vigilância em Saúde do Trabalhador seria:

A Universalidade onde todos os trabalhadores, independente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2001, p. 47).

Já a Saúde Ocupacional (SO) é uma área que cuida para que o local de trabalho não ofereça riscos para o trabalhador e prevenindo assim as doenças ocupacionais. Sendo de responsabilidade do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) prevenir, proteger e realizar ações que promovam a saúde no ambiente de trabalho, onde estes possam atuar satisfeitos, motivados, viabilizando ganhos tanto de produtividade quanto de cunho profissional.

Segundo definição de COSTA (2009), as doenças ocupacionais são moléstias de evolução lenta e progressiva, originárias de causa igualmente gradativa e durável, vinculadas às condições de trabalho.

Sobre as doenças profissionais, segundo estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de um total de 2,34 milhões de acidentes de trabalho mortais a cada ano, somente 321.000 se devem a acidentes (BRASIL, 2013). Os restantes 2,02 milhões de mortes são causadas por diversos tipos de enfermidades relacionadas com o trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes. Trata-se de um déficit inaceitável de Trabalho Decente. A ausência de uma prevenção adequada das enfermidades profissionais tem profundos efeitos negativos não somente nos trabalhadores e suas famílias, mas também na sociedade devido ao enorme custo gerado, particularmente no que diz respeito à perda de produtividade e a sobrecarga dos sistemas de seguridade social. A cada 15 segundos um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho. A cada 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral (OIT, 2013).

Estes números evidenciam o real estágio de adoecimento, afastamento e consequentemente repercussão financeira para os cofres públicos dos países, bem como da grande lacuna existente no processo trabalho, saúde e doença. Ademais, trabalhadores acometidos por acidentes (e também os seguidos de morte), trazem consequências de adoecimentos de outras ordens, a considerar a saúde integral do homem, que contempla não só fatores físicos, mas também as dimensões de ordem psicológicas e sociais.

1.3 Saúde mental e trabalho

De acordo com SILVA (2011), quando estudamos as repercussões do trabalho sobre a mente humana, verificamos que, ao longo do desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento, esse tema tem sido considerado e pesquisado, tanto por disciplinas que estudam a saúde humana quanto por um grupo de disciplinas que, não estando voltadas para o estudo da saúde, tem, ao abordar temáticas vinculadas ao trabalho, enfocando aspectos que dizem respeito à constituição do desgaste mental e à construção de resistências diante das *transformações interconectadas do trabalho e dos fenômenos de dominação*.

Além disso, o Ministério da Saúde descreve que:

A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Os *transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho* resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2001a, p. 161).

Entretanto, de acordo com Jardim e Glina (2000), reforça-se que a investigação diagnóstica em saúde mental e trabalho deve combinar diferentes técnicas, como, por exemplo, entrevistas e testes psicológicos. No processo de

investigação diagnóstica, deve-se sempre perguntar sobre o trabalho, realizar uma anamnese ocupacional, levantar aspectos da organização do trabalho, identificar as exigências físicas e mentais, inquirir sobre a percepção do trabalhador a respeito dos riscos, e observar o posto de trabalho, as condições ambientais e o processo de trabalho. Observa-se, assim, que o nexo entre saúde/doença mental exige olhar e atuação interdisciplinar, na qual o psicólogo tem papel de destaque (CREPOP, 2008, p. 38).

Certamente, cabe destacar neste estudo sobre um marco importante para a área de saúde mental que foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que assume papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, através Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 09).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), as pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

No CAPS, entre várias oficinas, uma das que se destaca é a geradora de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc. (BRASIL, 2004).

Para pacientes, cujo problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPSad (Centro de atenção psicossocial de álcool e drogas):

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar, (BRASIL, 2004, p. 24).

Este tipo de assistência abrangente à comunidade, contempla assim a classe trabalhadora de um modo geral, principalmente para quem é desprovido de recurso financeiro, não tendo condições de custear tratamentos particulares.

Os transtornos evidenciados neste estudo, sobre uso e abuso de substâncias psicoativas, mostram os prejuízos para a saúde do trabalhador e também perdas do âmbito profissional e social (trabalho, família, relacionamentos) e assim também, para a classe empresarial. Nos resultados, o CID deste seguimento, apresenta um número reduzido em atestados (19), porém um alto número de dias ausentes no trabalho (2302). Isso se deve porque, trabalhadores acometidos por estes transtornos, requerem tratamentos de longa duração.

Com o intuito de normatizar o entendimento de empresas públicas e privadas, o Ministério da Saúde (2001), por meio da portaria nº 1.339/1999 agrupou transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em 12 classes, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Transtornos mentais e comportamentais vinculados a Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde, 2001.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
F02.8	Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais
F05.0	<i>Delirium</i> , não-sobreposto à demência, como descrita
F06.7	Transtorno cognitivo leve
F07.0	Transtorno orgânico de personalidade
F09	Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado
F10.2	Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho)
F32	Episódios depressivos
F43.1	Estado de estresse pós-traumático
F48.0	Neurastenia (inclui síndrome de fadiga)
F48.8	Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional)
F51.2	Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos
Z73.0	Sensação de estar acabado (Síndrome de <i>Burn-Out</i> , síndrome do esgotamento profissional)

Fonte: Brasil (2001a).

Mediante tais descrições do MS, podemos destacar os transtornos que vem ao encontro da realidade deste estudo como: Episódio Depressivo (F32), onde este CID ocupou a segunda colocação dos transtornos que apresentaram maior número de atestado; *Delirium* não superposto a uma demência (F05.0); Estado de stress pós-traumático (F43.1); Neurastesia (F48.0). Reforçando assim, que os profissionais que atuam neste seguimento de segurança privada, estão predispostos a adquirirem transtornos vinculados a adoecimentos relacionados ao trabalho.

Dados do Ministério da Previdência Social indicam os transtornos mentais como importante contribuinte na casuística entre 2000 e 2011 para o benefício Auxílio Doença que representam 4,76% de todos os afastamentos. Dentre eles, os Episódios depressivos (F32) com peso de 3,55% e Outros Transtornos Ansiosos (F41) com peso de 1,21%. Juntos totalizam 13.243.873 ocorrências, no período exposto (BRASIL, 2001).

A relação entre saúde mental e trabalho constitui o objeto dos estudos da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). Considerando a unicidade corporeamente, que torna saúde geral e mente indissociáveis, podemos dizer que esse objeto é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença cuja dinâmica se

inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social. Uma precisão ainda maior exige que seja incluído nesse objeto não apenas o trabalho, mas também a falta de trabalho (SILVA, 2011).

Portanto, podemos acrescentar que a doença para o trabalhador significa fragilidade, queda de desempenho, perda nos resultados, gastos a mais, preocupação em ter que ausentar do trabalho, e aliado a tudo isso, o receio de perder o emprego e ficar fora do mercado. E, conseqüentemente, estabelece neste profissional um sentimento de angústia e tristeza gerada pela incapacidade do momento.

Sobre a vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas, DUARTE (1986) descreve que é possível identificar todo um conjunto de imagens e representações em que a ideia do nervoso, nervosismo ou “sistema nervoso” se conecta às restrições sentidas, corporal ou mentalmente, na situação de trabalho. Em resumo, há uma ideia central de perda de liberdade relacionada ao sofrimento mental. A concepção de que as forças e os elementos que constroem o corpo e seus movimentos livres irritam os nervos ou a cabeça se faz notar em vários discursos.

Para Rossi (2007), entre as principais causas do estresse estão as seguintes: incerteza, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, tecnologia, desempenho da tarefa, problemas emocionais, assédio moral, rituais e procedimentos desnecessários, entre outros. Outrossim, as diversas causas do estresse se relaciona a fatores, que Ballone (2002), já havia detectado em relação ao estresse ocupacional, que são: o aumento do volume de trabalho; os conflitos diários no trabalho; as pressões sofridas pelo trabalhador; a falta de compreensão e tolerância da chefia, que também se vê pressionada; todo um ambiente desfavorável ao sujeito e o exercício de funções que são sentidas como inadequadas. Os fatores relacionados ao estresse ocupacional podem resultar em: afastamento do trabalho; intervenção hospitalar; desequilíbrio familiar; perda do emprego e constrangimento no trabalho e na sociedade. Outrossim, tais elementos ou situações podem gerar consequências também para a organização, podendo ocorrer: perda de oportunidades no mercado; queda de produtividade; intensificação do absenteísmo e prejuízos financeiros (PAIVA, COUTO, 2007).

Outro transtorno que se tornou um grande problema de cunho social é a depressão. Devido altos custos pessoais, o prejuízo à saúde e a qualidade de vida como um todo. Constitui-se também problemas para as empresas, pois gera custos

causados pela perda de produtividade, número elevado de faltas e de afastamentos, causando, com isso, prejuízo ao profissional.

A depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciado pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. O transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade (MARTIN, QUIRINO, MARI, 2007, p. 592).

No Brasil, de acordo com (PENA, 2011) os problemas de saúde mental e trabalho não são novos. Um dos primeiros registros de “surtos” de depressão relacionado ao trabalho no país foi o sofrimento dos escravos africanos trazidos para o Brasil. A desterritorialização e a saudade da África os levou a cometer atos extremos como comer terra nas ruas do Rio de Janeiro, manifestação clara de um sofrimento incalculável e aterrorizador.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a depressão ocupa o segundo lugar dentre as doenças que causam incapacidade no trabalho, e a projeção é que até 2020 ela esteja no topo da lista. Ainda segundo a OMS, a média de falta no trabalho de um indivíduo com depressão é de sete dias por mês, enquanto a média geral é uma vez a cada 30 dias. Em linha com essa afirmação, uma pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) revela que 48,8% dos trabalhadores que se afastam por mais de 15 dias do trabalho, sofrem com algum transtorno mental, sendo a depressão o principal deles (OMS, 2003).

Weber (1908) sinaliza que qualquer processo de “divisão do trabalho” e “especialização”, especialmente a “desmontagem do trabalho” dentro das grandes empresas modernas, qualquer mudança de processo de trabalho em geral devido à introdução e à mudança de instrumentos de trabalho (máquinas), qualquer mudança na jornada de trabalho e nas pausas de trabalho, qualquer introdução ou mudança no sistema de pagamento que visa à premiação de determinados rendimentos qualitativos e quantitativos de trabalho significa, em cada caso particular, uma mudança das exigências colocadas ao aparato psicofísico do trabalhador.

Além disso, essas manifestações de sofrimento dos trabalhadores deste mundo contemporâneo estão entre os grandes problemas de saúde pública que exigem a investigação e intervenção da vigilância. Como visto, as condições de trabalho na

atualidade são marcadas por uma mobilização sem precedentes da subjetividade, em um contexto em que o apoio social aos trabalhadores é fragilizado (RENAULT, 2008).

As novas formas de organização do trabalho, tal qual o Toyotismo, são indutoras de maior cansaço e ansiedade em trabalhadores, fruto das pressões da variedade de demandas e exigências continuas nos padrões de qualidade, como pode ser observado na busca por um modelo de “defeito zero” (CASTELLS, 1999).

Para Menezes (2012), a subjetividade humana se caracteriza por uma fragilidade estrutural. Porque os sujeitos são frágeis e mortais é que eles buscam artifícios para sustentar sua suposta autossuficiência e onipotência, seus ideais fálicos e narcísicos. A posição de sujeito é submetida a uma condição de desamparo, que diz respeito à condição de incompletude, de limite, de solidão, do imprevisível, do inominável do resto pulsional.

1.4 Psicologia do trabalho e psicologia organizacional

O desenvolvimento da Psicologia do Trabalho se fez expandindo e aprofundando tanto o estudo da dimensão cognitiva quanto o da psicoafetiva, penetrando no exame da intersubjetividade e, mais recentemente, dos fenômenos microsociais e micropolíticos (SILVA, 2011). Portanto, é seu papel, estudar o homem em seu ambiente de trabalho, com ações voltadas para estes profissionais, tais como: saúde e segurança, comportamento humano, trabalho em equipe, avaliação, comunicação e feedback, motivação, absenteísmo e rotatividade, dentre outros.

Somado a isso, a psicologia organizacional surge no Brasil como uma tentativa de racionalização e a procura de um caráter científico e inovador no controle dos processos produtivos, no contexto das ideias da administração científica de Taylor. Neste contexto, destaca-se as ações de Leon Walther que traz para o Brasil a psicotécnica, os cursos e a primeira aplicação de testes ocorreram em 1924 no Liceu de Artes e Ofícios de São Paulo. A aplicação desses testes para selecionar empregados expandiu-se, principalmente nas empresas ferroviárias (ZANELLI et al., 2004).

A psicologia organizacional pode ser reconhecida como um campo de atuação interdisciplinar que procura compreender os fenômenos organizacionais que se desenvolvem em torno de um conjunto de questões referentes ao bem-estar do indivíduo, já que, de acordo com o autor, as organizações são sistemas sociais complexos (SCHEIN, 1982, s.p.).

Neste contexto, podemos destacar um ponto de vista mais amplo sobre a psicologia do trabalho e das organizações, segundo Borges-Andrade e Zanelli (2004), que o classificam em três subdomínios:

- i) O ser humano e suas ações em situações de trabalho (psicologia do trabalho) e em contextos organizacionais (psicologia organizacional e comportamento organizacional);
- ii) Os antecedentes e consequentes destas ações para a pessoa, os grupos e a organização; e,
- iii) As contribuições da psicologia e de outras ciências que fornecem ferramentas conceituais e metodológicas para a psicologia organizacional e do trabalho.

De acordo com Sato (2003), consolidaram-se no Brasil dois grandes campos teórico-práticos no interior da psicologia, campos que constroem de modos distintos o trabalho humano como objeto. O primeiro “abraça problemas e interesses postos pelo corpo gerencial e pelo capital, articulando-se, por exemplo, com a administração e com a engenharia” (p. 168). O segundo vale-se da leitura da psicologia social – que se articula com as ciências sociais e visa a compreender o trabalho a partir do olhar de quem o vivencia: o trabalhador.

Portanto, Spink (1996) evidencia duas tradições de compreensão do que é uma organização. De um lado, uma tradição instrumental que se apresenta ao psicólogo como fonte de problemas de gestão a serem resolvidos. De outro, a perspectiva de uma psicologia do trabalho que toma a organização um fenômeno psicossocial.

A Saúde do Trabalhador configura um campo de saber e de práticas que demandam da Psicologia uma atuação sobre o trabalho e sobre as estruturas e processos que o organizam, a partir do *locus* dos serviços públicos de saúde (CREPOP, 2008).

A Saúde do Trabalhador, portanto, propõe uma nova forma de compreensão das relações entre trabalho e saúde e novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho. Busca-se, sobretudo, compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho, tendo em vista que medidas de promoção, prevenção e vigilância deverão ser orientadas para mudar o trabalho. Evita-se, assim, o “psicologismo”, que explica os eventos sociais por fatores psíquicos individuais ou a abordagem de tipo *band-aid*, que traduz medidas de “natureza *post hoc* (reativa), como, por exemplo, aconselhamento de trabalhadores estressados, psicoterapia individual, relaxamento ou *biofeedback*” (KOMPIER; KRISTENSEN, 2003 apud CREPOP, 2008, p. 41, grifo do autor).

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador adota uma visão da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença que supera aquela do ambiente e seus agentes. Nela, o biológico e o psíquico interagem, constituindo um nexos psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode se expressar em uma ampla e variada gama de transtornos, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos, que se somam às doenças ocupacionais clássicas, aos acidentes do trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho (BREILH, 1994; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Importante ressaltar que, segundo SELLIGMANN-SILVA (1994); SILVA FILHON (1997), torna-se evidente também a necessidade da participação dos trabalhadores nas ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde como sujeitos capazes de contribuir com o seu conhecimento para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir para transformar a realidade. Nesse contexto, cabe à Psicologia contribuir com um olhar para cada sujeito, considerando o sujeito de um coletivo, resgatar o conhecimento e valorizar a subjetividade dos trabalhadores, para compreender melhor suas práticas de trabalho (CREPOP, 2008).

Ademais, independentemente do seu espaço de atuação, o psicólogo deve sempre colaborar com a saúde dos trabalhadores, ou seja, se na sua prática clínica não perder de vista a centralidade do trabalho na compreensão da subjetividade humana, essa dimensão será necessariamente levada em conta. Contudo, deve-se ressaltar que é na abordagem interdisciplinar que se pode dar conta da amplitude dos problemas de saúde relacionados ao trabalho (CREPOP, 2008).

Neste sentido, se faz importante acrescentar que:

O psicólogo, assim como os demais profissionais, pode contribuir para a identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas, de modo a produzir conhecimento especializado, divulgar os dados, estabelecer cooperação técnica e subsidiar a formulação e a implementação de políticas na área. (CREPOP, 2008, p. 36).

Outrossim, observa-se que os psicólogos têm participado da elaboração de diferentes modalidades terapêuticas de atenção aos trabalhadores, dando especial destaque às atividades grupais com portadores de doenças crônicas (LER/DORT; lombalgia, PAIR etc.). Em tais atividades, são adotadas diversas perspectivas teóricas. De modo geral, os grupos têm caráter informativo-terapêutico, valorizam o conhecimento e a subjetividade dos trabalhadores e visam à ressignificação do processo de adoecimento, além de legitimar o seu discurso, estimular a sua participação e autonomia em relação ao tratamento, o que propicia o autoconhecimento (CREPOP, 2008).

Em geral, as análises revelam o quanto o atual modo de produção-consumo conformam complexos e heterogêneos problemas de saúde mental. Muitos deles decorrem das características técnicas e sociais da gestão e organização do trabalho pós-fordistas, que induzem novos sofrimentos físicos, psíquicos e sociais (GORZ, 2005; LAZZARATO, NEGRI, 2001).

Assim, mediante tais reflexões, destaca-se o quanto é importante o foco em estudos e pesquisas interdisciplinares no campo saúde do trabalhador, para que viabilizem ações pertinentes, a exemplo destas que vimos neste capítulo, com o intuito de amenizar e sanar tais sofrimentos.

1.5 Segurança privada no Brasil e no mundo

A terceirização é um fenômeno mundial. Seu aparecimento se deu durante a 2ª Guerra Mundial, quando a indústria bélica americana e britânica, pressionada pela urgência e na busca pela eficiência, começou a dedicar a terceiros as atividades não vitais à produção de armamentos, equipamentos, veículos e navios. Naquela época,

as principais áreas a terem seus serviços terceirizados foram SEGURANÇA, limpeza e conservação e transportes. Mais tarde, e com o aparecimento de novas atividades e tecnologias, incorporaram-se os serviços de alimentação, contabilidade, assessoria jurídica, recursos humanos, serviços de informática e processamento de dados e atendimento ao cliente (FENAVIST, 2014, p. 64).

Em 1995, a *American Society for Training & Development* (ASTD), calculou que o nível de terceirização nos Estados Unidos já era superior a 68%, ou seja, de cada 10 serviços demandados pelas empresas 6,8 já eram fornecidos por terceiros. Existem razões para acreditar que os índices europeus, especialmente na chamada Europa Ocidental, devam ser atualmente iguais ou até superiores ao Norte Americano. É importante observar que, mesmo nestes países, o conceito de terceirização foi evoluindo até se tornar uma ferramenta estratégica de gestão, como a conhecemos hoje (FENAVIST, 2014, p. 20).

O crescimento do setor de vigilância privada, no Brasil e no mundo, se deu de forma gradativa desde o pós-guerra. Contudo foi intensificado a partir dos anos 1980, principalmente com a disseminação das ideias contidas em um relatório do Departamento de Justiça dos Estados Unidos, no qual o setor foi considerado parte integrante da luta contra o crime (ZANETIC, 2005).

No Brasil, a Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983, do Ministério da Justiça, rege o setor de segurança privada no Brasil. Dispõe sobre segurança para estabelecimentos financeiros, estabelece normas para constituição e funcionamento das empresas particulares que exploram serviços de vigilância e de transporte de valores e dá outras providências.

A expansão do setor de segurança privada vem acompanhando o crescimento da criminalidade, a percepção social da violência e a sensação de insegurança (BRASIL, 2009). Segurança privada se tornou o elemento central do novo e difundido padrão de segregação urbana (CALDEIRA, 2000), reforçando a busca por soluções individuais para garantir a integridade física e patrimonial em enfrentamento à violência. O segmento oferece amplo leque de serviços e produtos: segurança eletrônica, patrimonial (bancário, comércio, indústria, residencial, condomínios, *shoppings*, etc.), escolta, monitoramento no transporte de valores e cargas, treinamento de profissionais que atuam na área, blindagem de veículos e, mais recentemente, gestão de presídios (ZANETIC, 2005).

No ano 2000, os registros da Polícia Federal apontavam para a existência de 1.368 empresas. Já em 2002, esses números chegaram a 2.920, o que representou um aumento de 113%. Nessas empresas trabalhavam 833.361 vigilantes, ou seja, havia 66% mais vigilantes particulares do que policiais uma vez que o contingente estimado era de cerca de 500.000 policiais. Em janeiro de 2003, este número chegou a 913.269 vigilantes cadastrados, ou seja, 109% mais vigilantes (CAMPOS, 2004).

Dados de 2004 revelaram que os estados com maiores números de vigilantes eram os Estados de São Paulo, com 326.105 (29%); Rio de Janeiro, com 168.223 (15%) e o Rio Grande do Sul, com 71.936 (6,4%). Estes três estados juntos representavam a metade dos vigilantes do país na época (SEEVISSP, 2004).

O mercado de segurança privada tem vivido muitas mudanças nos últimos anos, o que obrigou a maioria das empresas a fazerem adaptações em seus perfis operacionais e de oferta de serviços. O crescimento da urbanização, e consequentemente das periferias das grandes cidades, aliado à grande demanda por serviços da chamada “Nova Classe Média Brasileira”, tem levado a estas regiões novas agências bancárias, shoppings, supermercados e comércio em geral, carregando consigo seus fornecedores. Este movimento alavanca não só os serviços de segurança privada, mas também os de transporte de valores, incluindo a gestão de caixas eletrônicos. Nas Regiões Norte e Nordeste o crescimento da renda, motivada pelos Programas Sociais do Governo Federal, também fez crescer a demanda pelo Transporte de Valores, especialmente no abastecimento de caixas eletrônicos (FENAVIST, 2014, p. 12).

Dados mais atuais, apresentado no IV Estudo do Setor da Segurança Privada, demonstram que houve um crescimento significativo do setor da segurança privada no Brasil na última década em 68%, em número de empresas para 2013. Estima-se que essas empresas movimentaram no Brasil cerca de R\$ 43 bilhões/ano (Quadro 2), empregando formalmente cerca de 706,5 mil trabalhadores (FENAVIST, 2014).

Quadro 2 - Faturamento do setor de segurança privada no Brasil:

Ano	Faturamento	
2012	R\$ 35 a 37 bilhões/ano	2013/2012
2013	R\$ 43 a 44 bilhões/ano	+20,8%

Fonte: Adaptado de FENAVIST (2014)

Quadro 3 - Faturamento do setor de segurança privada em 2012 por região brasileira.

Regiões	Participação sem o total de 2012	Participação sem o total de 2013	Faturamento
Centro-Oeste	9%	12,5%	R\$ 5,3 a 5,6 bilhões
Nordeste	16%	15,3%	R\$ 6,6 a 6,9 bilhões
Norte	6%	7,5%	R\$ 3,1 a 3,4 bilhões
Sudeste	52%	50,6%	R\$ 21,5 a 22,4 bilhões
Sul	17%	14,1%	R\$ 6,1 a 6,2 bilhões

Fonte: Adaptado de FENAVIST (2014, p. 28)

Observa-se pelo Quadro 3 que a região sudeste é a primeira em faturamento no país (56,6%), seguido das regiões nordeste (15,3%) e sul (14,1%).

Segundo dados da FENAVIST (2014), o mercado composto pelos países da América Latina pode ser ainda considerado novo, com a maioria das empresas possuindo menos de 25-30 anos, e forte dependência dos Setores Públicos em seus respectivos países.

Muitos países carecem de legislação adequada e sofrem com a concorrência informal e despreparada, quadro que vem sendo melhorado ao longo dos últimos anos. De acordo com a Federação Panamericana de Segurança Privada (FEPASEP), em 2011 o Brasil tinha cerca de 1,4 milhão de Vigilantes informais, número 2,5 vezes maior que o de Vigilantes formalmente contratados, proporção só superada pelo México, com 2,75 vezes. Ainda de acordo com a Federação, no período de 2000 a 2011, a Segurança Privada Latino-Americana contratou formalmente 356.000 novos Vigilantes, enquanto que o contingente de policiais reduziu em mais de 517.000 (FENAVIST, 2014, s.p).

Quadro 4 -Dados da segurança privada na Europa em 2010.

Dados	Resultados
Faturamento no ano de 2010	35 trilhões de Euros
Crescimento entre 2005 e 2010	13,3%
Número de empresas	52.300 (27.400 em 2007)
Número de Vigilantes	2,2 milhões (1 milhão em 2003)
Idade Média dos Vigilantes	35 anos
Porcentagem de homens vigilantes	83%
Porcentagem de mulheres vigilantes	17%
Número de Carros-Fortes	Entre 15.000 e 17.000
Número de Vigilantes para cada 10 mil habitantes	31,11 (Brasil = 26,26)
Número de Policiais para cada 10 mil habitantes	36,28 (Brasil – 21,48 em 2012)

Fonte: Adaptado de FENAVIST (2014, p. 21).

A Região Latino-Americana é considerada pelo mercado como a de maior potencial para a segurança privada no mundo, com taxas anuais de crescimento de 5 a 7%. Os principais mercados são México, Colômbia e Argentina, além do próprio Brasil, o maior de todos (FENAVIST, 2014, p. 22).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

O percurso metodológico se estabelece como fase importante para evidenciar o caminho realizado pelo pesquisador no decorrer de suas explorações, mediante coleta e análise de dados, levando a obtenção dos resultados e assim indo de encontro aos objetivos propostos.

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de estudo quantitativa. De acordo com os autores FREITAS; MOSCAROLA, 2002, o uso da técnica quantitativa, tanto para coleta quanto análise de dados, permite, quando combinados, estabelecer conclusões mais significativas a partir dos dados coletados, o que permite um planejamento estratégico para adoção de condutas e formas de atuação em diferentes contextos.

A pesquisa quantitativa tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer frequência e a distribuição dos fenômenos, para só assim buscar padrões de relação entre as variáveis, testar hipóteses, estabelecer intervalos de confiança para parâmetros de erro para as estimativas. Os pesquisadores da área quantitativa levantam, portanto, dados numéricos passíveis de análise (VIEIRA, 2015). 3.2

Da mesma maneira, Beuren (2004) acrescenta que a preocupação com o conhecimento da realidade é uma constante na vida dos homens, pois a pesquisa apresenta-se como uma forma de investigação que tem por finalidade buscar algumas respostas às indagações da sociedade por meio de procedimentos científicos.

E seguramente, no contexto de trabalho dos profissionais que atuam no setor de segurança privada, a pesquisa descritiva evidenciará, através da coleta e análise de dados presentes nos relatórios disponibilizados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa, o teor das análises e dos estudos realizados, evidenciando conseqüentemente os resultados.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Nas análises e interpretações dos resultados, as amostragens foram tabuladas em planilhas eletrônicas (Excel) e

resumidas por meio de estatística descritiva e apresentadas em forma de gráficos e tabelas.

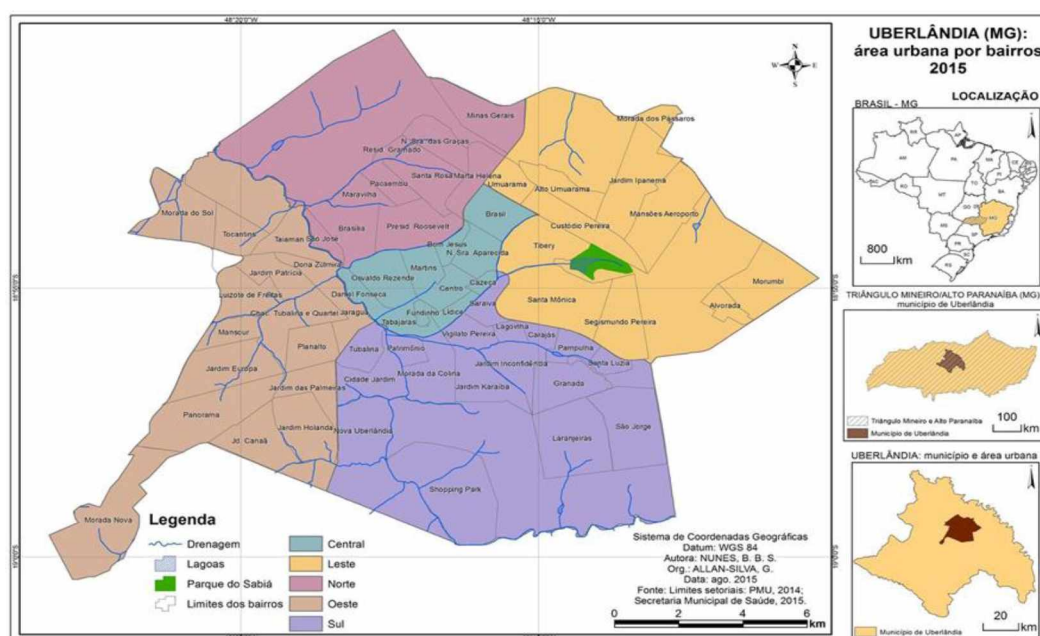
Igualmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica pertinente à temática, buscando uma sustentação teórica e metodológica.

Por outro lado, não foi feito nenhum tipo de abordagem aos participantes da pesquisa descritos nos relatórios disponibilizados pelo setor de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa.

2.2 Locais da investigação

O estudo foi realizado em uma empresa de segurança privada, cuja sede está localizada na cidade de Uberlândia/MG (Fig. 1), abrangendo uma área de atuação nos estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Paraná. E até então, opera a mais de 15 anos na prestação de serviços de segurança patrimonial, segurança eletrônica, segurança documental e monitoramento de alarmes e sistemas.

Figura 1 - Mapa da área urbana de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Nunes (2015).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2016), a cidade de Uberlândia integra o chamado Triângulo Mineiro, microrregião do estado de Minas Gerais. Sua população, segundo estimativas, de 669.672 habitantes (em

2016), sendo o município mais populoso da região do Triângulo Mineiro e o segundo mais populoso de Minas Gerais, depois da capital, Belo Horizonte. É, também, o município mais populoso do interior de Minas e o quarto município mais populoso do interior do Brasil. Uberlândia conta com localização geográfica privilegiada, já que, com a sua malha rodoviária, está ligada aos grandes centros nacionais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília.

2.3 Participantes da pesquisa

Fizeram parte do estudo 281 trabalhadores, do gênero masculino e feminino, que trabalham nos turnos diurno e noturno, com escala de trabalho 12/36, cujos cargos de vigilante, porteiro, recepcionista, segurança pessoal, atendente de monitoramento eletrônico e demais administrativos, que tenham apresentado ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) e suas respectivas classificações no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) categoria F (letra que identifica os transtornos), no período de janeiro/2012 à dezembro/2015.

Ademais, não fizeram parte do estudo os profissionais que não apresentaram ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) e suas respectivas classificações no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) categoria F (letra que identifica os transtornos), no período de janeiro/2012 à dezembro/2015.

Neste contexto, VIEIRA (2015), relata ser muito importante a definição cuidadosa dos critérios de inclusão e exclusão, porque são eles que estabelecem a população para a qual os resultados serão generalizados.

2.4 Coleta de dados

A seleção do instrumento metodológico é uma das fases mais importantes de um estudo e está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, e sua escolha dependerá de vários fatores e elementos relacionados com a investigação (LAKATOS, 2010).

Foram realizados levantamento e análise dos dados de saúde presentes nos relatórios do setor de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa. Neles foram identificados os registros dos ASO e suas respectivas classificações no CID-10 categoria F (letra que identifica os transtornos), cuja análise realizada no período de janeiro de 2012 à dezembro de 2015.

Em um segundo momento, acesso ao cadastro dos profissionais que apresentaram os atestados de saúde ocupacional, junto ao setor de Recursos Humanos da empresa, para análise e coleta de dados tais como período de admissão e ou desligamento, idade, gênero, estado civil, cargo, data admissão, data desligamento, posto de trabalho, escala.

2.5 Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos foram compilados em planilha eletrônica (Excel), para posterior amostra estatística através da confecção de quadros demonstrativos, tabelas e gráficos, afim de evidenciar análises dos dados e precisão dos resultados obtidos.

Dados contidos na planilha: código do funcionário, data admissão, data do desligamento, início do afastamento, término do afastamento, quantidade dias ausente, quantidade dias de auxílio concedido pela empresa, CID apresentado.

Desta forma, MINEO (2005) acrescenta que a obtenção de respostas precisas na busca de informações resulta de um trabalho exaustivo que exige conhecimento e habilidades nas técnicas de pesquisa.

Sendo assim, esta fase demanda foco e dedicação por parte do pesquisador, pois tal instrumento viabilizará a precisão dos resultados e consequentemente os objetivos a serem alcançados com a pesquisa.

CAPÍTULO III - SOFRIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES DO SETOR DE SEGURANÇA PRIVADA

Devido a sua importância como fonte de subsistência para si e para outros seres humanos e para a formação subjetiva do homem, versando como um elemento central em sua vida, o trabalho deveria ser visto como algo bom, positivo e desejável. Entretanto, ao longo da história, o trabalho para a maioria da humanidade tem representado dor, adoecimento e morte, fruto das diferentes formas de exploração a que os homens têm sido submetidos ao longo dos séculos, principalmente após expansão do modelo capitalista, na segunda metade do século XX, com o aumento das exigências laborativas ao trabalhador, levando a sérias implicações sobre a sua saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CAVALHEIRO; TOLFO, 2011).

Estes autores contribuem com o adensamento teórico reflexivo sobre o mundo do trabalho, reforçando assim a importância de se ter um olhar diferenciado para esta classe trabalhadora contemporânea. Essas premissas aqui destacadas constituíram o alicerce para as análises desenvolvidas neste estudo.

Neste contexto, nos dados analisados e avaliados nos relatórios de registros dos ASO disponibilizados pelo SESMT da empresa que atua no setor de segurança privada, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015 foram identificados 58 transtornos psiquiátricos identificados na Classificação Internacional de Doenças (CID 10):

F05.0 - *Delirium* não superposto a uma demência, assim descrito;

F06.4- Transtornos da ansiedade orgânicos;

F09.10- O Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado;

F10.0- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;

F11.0- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos – intoxicação aguda;

F11.1- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos – uso nocivo para saúde;

F14.0- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – intoxicação aguda;

F14.2- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome de dependência;

F19.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras subst. psicoativas- intoxicação aguda;

F19.2- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras subst. Psicoativas (síndrome da dependência);

F20.0 - Esquizofrenia paranoide;

F22.0- Transtorno delirante;

F23.0- Transtorno psicótico agudo polimorfo sem sintomas esquizofrênico;

F23.8- Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios;

F23.9 - Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado;

F25.0- Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco;

F29.100- Psicose não orgânica, não especificada;

F30.0 - Hipomania; F30.8Outros episódios maníacos;

F31.6- Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto;

F31.9- Transtorno depressivo bipolar não especificado;

F32.0 -Episódio depressivo leve;

F32.1- Episódio depressivo moderado;

F32.2- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos;

F32.3- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos;

F32.9- Episódio depressivo não especificado;

F33.0 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve;

F33.1- Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado;

F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos;

- F33.3- Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos;
- F34.1- Distímia;
- F38.0- Outros transtornos do humor (afetivos) isolados;
- F40.0- Agorafobia;
- F40.9 - Transtorno fóbico-ansioso não especificado;
- F41.0- Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica);
- F41.1- Ansiedade generalizada;
- F41.2- Transtorno misto ansioso e depressivo;
- F41.3- Outros transtornos ansiosos mistos;
- F41.9- Transtorno ansioso não especificado;
- F42.0- Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de ideias ou ruminções obsessivas;
- F42.1 - Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos);
- F43.0 - Reação aguda ao stress;
- F43.1- Estado de stress pós-traumático;
- F43.2 - Transtorno de adaptação;
- F43.8 - Outra reação ao stress grave;
- F43.9 - Reação não especificada a um stress grave;
- F44.0- Amnésia dissociativa;
- F44.5- Convulsões dissociativas;
- F45.0 - Transtorno de somatização;
- F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente;
- F48.0 - Neurastesia;
- F51.0- Insônia não-orgânica;

F53.1 - Transtornos mentais e comportamentais graves associados ao puerpério não classificados em outra parte;

F59.1 - Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos não especificados;

F61.1 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade;

F69.1 - Transtorno da personalidade e do comportamento adulto, não especificado;

F82.1 - Transtorno específico do desenvolvimento motor;

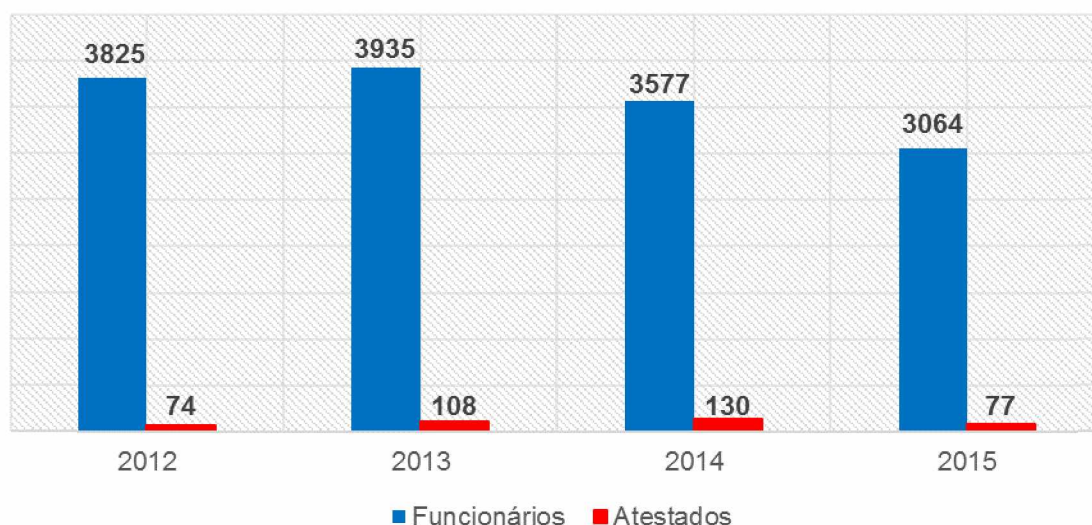
F99.1 - Transtorno mental não especificado em outra parte.

Importante salientar, dado a características de estudo, a Organização Mundial da Saúde (1993), órgão que publica a CID-10 recomenda a utilização do termo transtorno em substituição a expressões como doença ou enfermidade, que causam polêmica. Trata-se da CID-10 de um documento técnico da área que padroniza a nomenclatura utilizada pelos profissionais da área de saúde. Assim, transtorno é utilizado para "indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais".

Em relação a empresa analisada, no período de 2012 a 2015, foram apresentados 389 atestados de saúde ocupacional relacionado a transtorno mental e comportamental, codificados pela CID-10, categoria "F" (mental), entregues pelos colaboradores no setor de SESMT da empresa. (Gráfico 1)

Uberlândia-MG: Distribuição percentual por faixa etária dos trabalhadores do setor de segurança privada que apresentaram transtornos mentais e comportamentais no período de 2012 a 2015.

Gráfico 1 - Relação anual do número de trabalhadores e de atestados por sofrimento mental e comportamental da empresa do setor de segurança privada pesquisada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.



Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

Pode-se observar que no ano de 2012 a 2013 houve um crescimento de 2,9% no número de funcionários na empresa, enquanto que o percentual de aumento no número de atestados apresentados cresceu em 46%. Já no período de 2013 para 2014, o número de funcionários sofre um decréscimo em uma média de 9% e mesmo com um número menor de trabalhadores na empresa a quantidade de atestados apresentados crescia em 21%.

Foram estes indicadores, apresentados a partir de 2012, que despertaram na direção de recursos humanos (RH) da empresa a preocupação em promover ações de intervenções para melhorias da saúde dos seus colaboradores, visto que o aumento da quantidade de atestados apresentados eram relevantes e representavam para a organização a necessidade de reposição de pessoal nos postos de trabalho, treinamentos, geração de horas extras e comprometendo, consequentemente, o orçamento e os resultados da empresa. Para tanto, a primeira iniciativa tomada na época (2012) foi a de acompanhar todos os atestados com categoria “F” da CID-10 que eram apresentados, através de ligações telefônicas e ou dependendo da necessidade, com acolhimento psicológico presencial e devidos encaminhamentos terapêuticos e ou psiquiátricos.

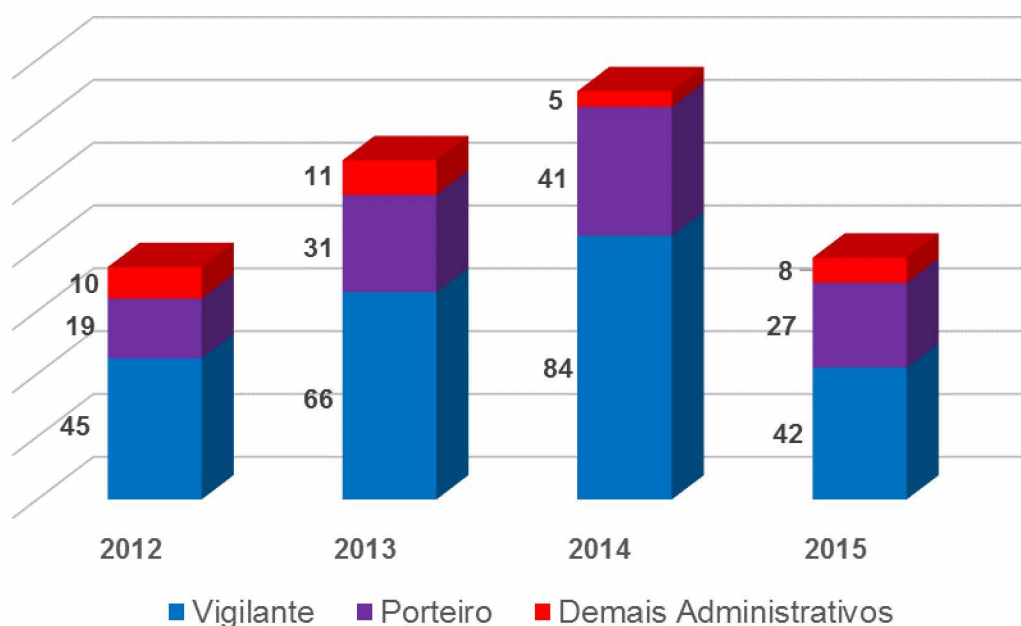
Cabe destacar que foram realizadas ações (a partir de 2012), por parte da organização, com o intuito de redução destes números. Dentre elas: acompanhamentos psicológicos, palestras com profissionais da área de saúde mental (psicólogos, psiquiatras), programas de prevenção e melhorias da qualidade de vida (tanto física quanto mental), acolhimentos psicológicos, trocas de turnos de trabalho, dentre outros.

Observa-se que a crise econômica do país refletiu significativamente no setor de segurança privada, onde os indicadores evidenciam de 2014 a 2015 um número de 513 funcionários desligados, resultados das solicitações de rescisões contratuais advindas dos clientes do setor, segundo o setor de RH da empresa.

Neste sentido, também segundo dados FENAVIST (2014), empresários e dirigentes regionais creditam a redução no número de trabalhadores à perda ou redução de contratos causada pelos aumentos dos custos trabalhistas em 2013. Os impactos negativos das Convenções Coletivas neste ano, com reajustes médios reais de 17% nos salários e da Lei 12.740, de dezembro de 2012, que versa sobre o Adicional de Periculosidade de 30%, foram as causas principais da redução e seus efeitos ainda serão sentidos pelo setor pelos próximos anos.

O Gráfico 2 revela a quantidade de atestados correlacionados aos cargos dos colaboradores que apresentaram atestados de saúde ocupacional, CID 10 categoria “F” (mental), período já descrito. O cargo com maior número de atestados é o de vigilante, porém segundo dados fornecidos pelo setor de RH da empresa, 85% do quadro de profissionais da organização estão neste cargo e os demais entre porteiros e demais administrativos. Com isso, o número de atestados apresentados pelos cargos de portaria e demais da área administrativa são considerados bastante relevantes.

Gráfico 2 - Distribuição anual dos atestados por ocupação, apresentados pelos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.

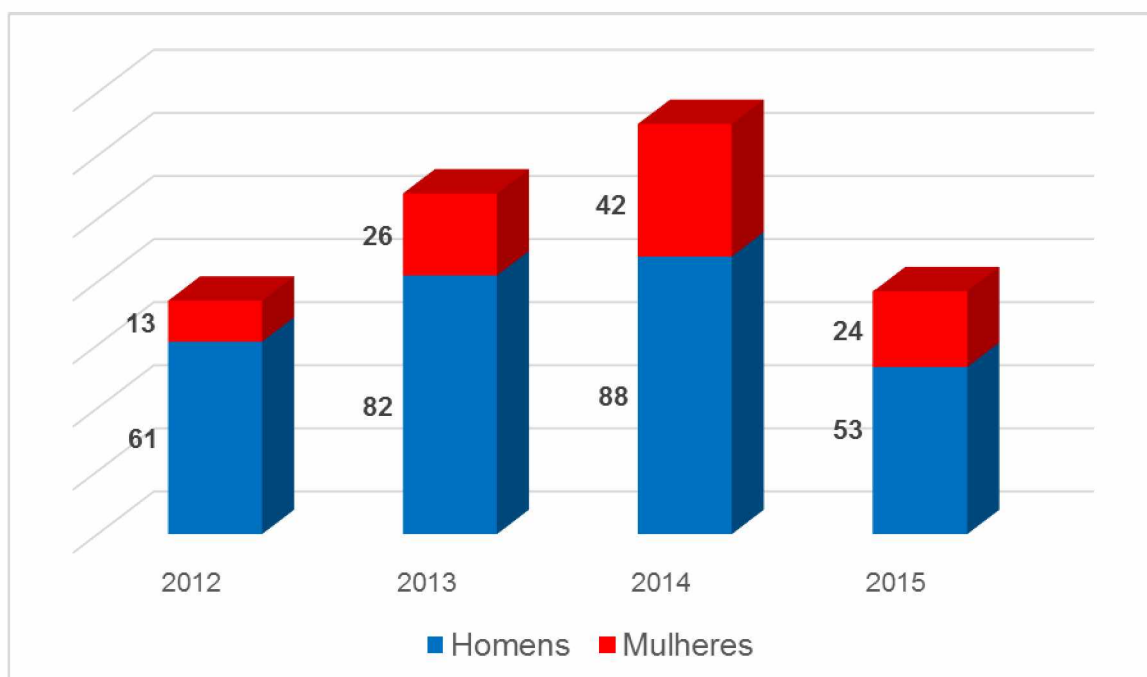


Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

A profissão de vigilante foi criada pelo Decreto Federal 1.034, publicado em 21 de outubro de 1969. Desde então, o número de vigilantes vem crescendo em todos os Estados. Segundo Abdala (2008), o Brasil tem 5% mais vigilantes que policiais militares. Zanetic (2005) descreve a dimensão do crescimento do setor: a emissão da Carteira Nacional de Vigilantes (CNV) cresceu mais de cem vezes desde que foi implantada; as empresas de vigilância orgânica e privadas somadas cresceram 64%; o faturamento do setor girou em torno de 12 bilhões de reais em 2003.

O Gráfico 03 apresenta o decorrer de cada ano, o gênero dos atestados apresentados à organização. Levando em consideração que uma média 85% do quadro de profissionais da empresa é do gênero masculino. Assim, consideramos significativamente alta a quantidade de atestados apresentados pelo gênero feminino.

Gráfico 3 - Distribuição anual dos atestados por gênero, apresentados por profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.



Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

Segundo estudos realizados por NUNES (2011), o segmento de vigilância patrimonial privada historicamente emprega a força de trabalho masculina, possuindo 89,6% de trabalhadores homens.

Os postos de trabalho assumidos por mulheres, geralmente estão os de portaria, recepção, revista de pessoal, revista detector de metais, deixando assim a parte de vigilância ostensiva a cargo dos homens. Levando a crer que a fragilidade feminina pode acarretar um risco e talvez um atrativo para a criminalidade. Cabe acrescentar que o treinamento para mulheres é o mesmo para os homens, tanto de conteúdos teóricos e práticos quanto de carga horária. Temos aqui uma reflexão sobre estereótipos de gênero no segmento de vigilância.

Dejours (1987) menciona o papel de gênero na dinâmica do trabalho e descreve que, enquanto para o homem a doença significa a paralisação do trabalho, para a mulher existe um agravante, pois para a mulher a doença não pode autorizar a paralisação do trabalho, pois o serviço doméstico e o cuidado dos filhos não cessa. O caminho que pretendemos percorrer é justamente aquele relativo à inserção de mulheres na área de vigilância privada”. Neste setor, as mulheres são minoria, mas

sua inserção merece análise: "[...] quanto a seus efeitos no impacto sobre a ação das forças de segurança, uma vez que a diferença de gênero, para muitos pesquisadores, exerce forte influência no ambiente de trabalho e no desempenho das atividades" (ZANETIC, 2005, p.96).

Na Tabela 1 estão apresentados, anualmente, a quantidade de funcionários ativos na empresa, a quantidade de dias que os trabalhadores estiveram ausentes dos seus postos, correlacionando os dias de auxílio pagos pela empresa e pela Previdência Social.

Tabela 1 - Relação anual entre o número de funcionários, dias de afastamento e dias de auxílio custeado pela empresa do setor de segurança privada, deste estudo, e pela Previdência Social, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.

Ano	Funcionários (N)	Afastamento (dias)	Auxílio custeados pela empresa (dias)	Auxílio custeados pela Previdência Social (dias)
2012	3825	5837	448	5389
2013	3935	5783	643	5140
2014	3577	4638	763	3875
2015	3012	1989	666	1549
Total		18247	2520	15953

Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

Observa-se que dos 18247 dias em que o trabalhador esteve ausente do trabalho, no período descrito do estudo, um total de 2520 dias foram custeados pela organização.

O seguimento de segurança privada é uma atividade muito peculiar e, como já discutido, o funcionário atua nos estabelecimentos do cliente. Sendo assim, quando se tem ausência de pessoal é preciso, de imediato, que outro trabalhador cubra tal falta. Isto significa que, neste contexto, a organização empregadora, por um período de 15 dias, estará custeando os dias de ausência de quem apresentou o atestado e também horas extras pagas para quem estará assumindo o posto de serviço no

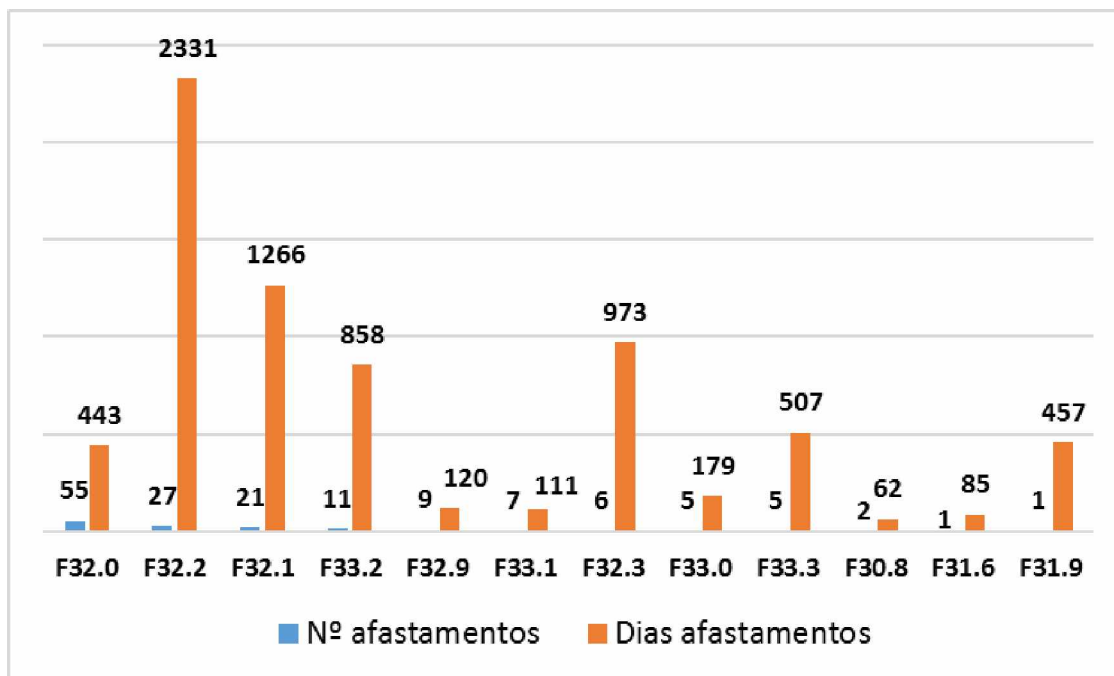
cliente, acarretando assim duplicidade nos custos e comprometendo os resultados.

Destaca-se que, quando a empresa legalmente suspende o pagamento do auxílio após os 15 dias, quem assume é o setor de Previdência Social, que na tabela totalizou um número de 15953 dias de benefícios pagos no período apresentado. Vale acrescentar aqui, diante destes números, a importância de promover ações que viabilizam mais saúde para estes profissionais.

Em janeiro de 2013, conforme o “Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os Códigos da CID-10” do INSS, do total de 23.062 auxílios concedidos, em primeiro lugar aparecem as lesões, envenenamentos e 25 traumatismos (14.859 auxílios concedidos), em segundo as doenças do sistema osteomuscular (5.493), e em terceiro os transtornos mentais e comportamentais (951). Esse dado é apenas um indicativo da realidade de trabalhadores segurados (INSS, 2013).

No Gráfico 4 há o detalhamento dos códigos da CID-10 F onde são descritos os episódios e transtornos depressivos que mais prevaleceram no período, conforme classificação. Observa-se que o episódio depressivo leve (F32.0), foi o código da CID-10 que apresentou maior número de atestados, seguido do episódio depressivo grave (F32.2) e episódio depressivo moderado (F32.1).

Gráfico 4 - Distribuição do volume de atestados e dias de afastamento mais frequentes da CID-10 dos episódios e transtornos depressivos, apresentados pelos profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.



CID-10: Episódio depressivo leve (F32.0); Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2); Episódio depressivo moderado (F32.1); Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos (F33.2); Episódio depressivo não especificado (F32.9); Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado (F33.1); Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3); Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve (F33.0); Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (F33.3); Outros episódios maníacos (F30.8); Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto (F31.6); Transtorno afetivo bipolar não especificado (F31.9).

Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

De acordo com OMS (1993), o episódio depressivo típico pode ser classificado em leve, moderado e grave, "nos quais o indivíduo sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída". Entre os sintomas também estão o cansaço marcante, a concentração e atenção reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos auto lesivos ou suicídio, angústia, sono perturbado e apetite diminuído. É importante registrar que os episódios depressivos podem vir acompanhados de sintomas somáticos, com quadros psicóticos ou sem eles.

Cabe ilustrar nesse momento o acolhimento de um vigilante da empresa analisada, que apresentou atestado do CIDF32.2, episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos e F40 transtornos somatoforme. Estava medicado e frequentando regularmente sessões de terapia psicológica. Nos encontros relatava o quanto o local onde foi escalado para atuar, era difícil para trabalhar, fora do perímetro urbano, isolado, muita poeira e pouca iluminação. Sempre que ia para o trabalho, sentia angústia e muita vontade de não ficar ali. Mediante atendimentos realizados no período do estudo, cabe registrar que determinados locais onde estes trabalhadores são expostos, podem levar a adoecimentos psíquicos.

Diante deste estudo, foram detectados os postos de atuação dos trabalhadores que apresentaram problemas de transtornos psiquiátricos, no período analisado de janeiro de 2012 a dezembro de 2015, são eles: Portaria Afastamento, Vigilância de Afastamento, Vigilância Férias, Condomínios, Agronegócios, Usinas, Mineradoras e Logística Malha Ferroviária.

Cabe descrever, mediante experiência de campo advinda da oportunidade de acesso a estes locais, que os postos de afastamento e de férias são bastante peculiares. Neles atuam os profissionais que repõem ausências (férias e ou atestados), portanto estão em vários ambientes diferentes (clientes), todos os meses. Exigindo assim, uma adequação e adaptação as normas e procedimentos de cada posto, tendo que ser treinado quase que constantemente e lidando com diferentes tipos de clientes, gestores e colegas de profissão. São postos que exigem muito e consequentemente desencadeiam desgastes físico e mental dos que neles são escalados para atuação.

Outro posto de serviço apresentado e também bastante peculiar é o de Condomínios, onde o controle de acesso é o ponto mais delicado e preocupante deste segmento. É preciso bastante atenção para setores de riscos tendo a preocupação em manter o local tranquilo e seguro para os moradores. Manter a ordem e a segurança recepcionando e controlando o acesso não só dos moradores, mas também dos visitantes e fornecedores, tendo assim turnos de trabalho diurno e noturno bastante movimentados e com uma rotatividade grande de pessoas.

Do mesmo modo, os postos dos setores Industrial e de Agronegócios exigem

muito foco, principalmente nos locais de produção e no controle de acesso de materiais e pessoas, por isso é necessário perfil de trabalhadores específicos para estes locais. Os clientes destes segmentos, na sua grande maioria, são empresas multinacionais, portanto, os profissionais que nelas atuarem, precisam cumprir com bastante rigor as normas e procedimentos estipulados, focando a atuação em situações de risco, identificando e alertando o cliente da vulnerabilidade que estão expostos. E assim, o profissional de segurança, tem que ser bastante treinado para adaptar e cumprir as normas e exigências do cliente e também as normas da empresa contratante de origem. Geralmente, são postos, que estão fora do perímetro urbano e desencadeiam medo por parte de porteiros e vigilantes, principalmente a noite, por estarem em ambiente isolado.

O posto de Logística Malha Ferroviária, também apresenta um nível alto de risco e de exigência de atuação dos profissionais de segurança. Estas linhas ferroviárias estão espalhadas por diversas localidades (tanto urbano, quanto rural) e estes trabalhadores estão expostos a diversas situações, que os levam a um desgaste físico e mental. Presenciam acidentes nas linhas, principalmente nos setores periféricos das localidades onde a malha ferroviária atua. Também, por se tratar de cliente multinacional, tem suas normas e procedimentos pertinentes do setor, exigindo cumprimento com bastante rigor dos profissionais de segurança, devido alto risco do segmento.

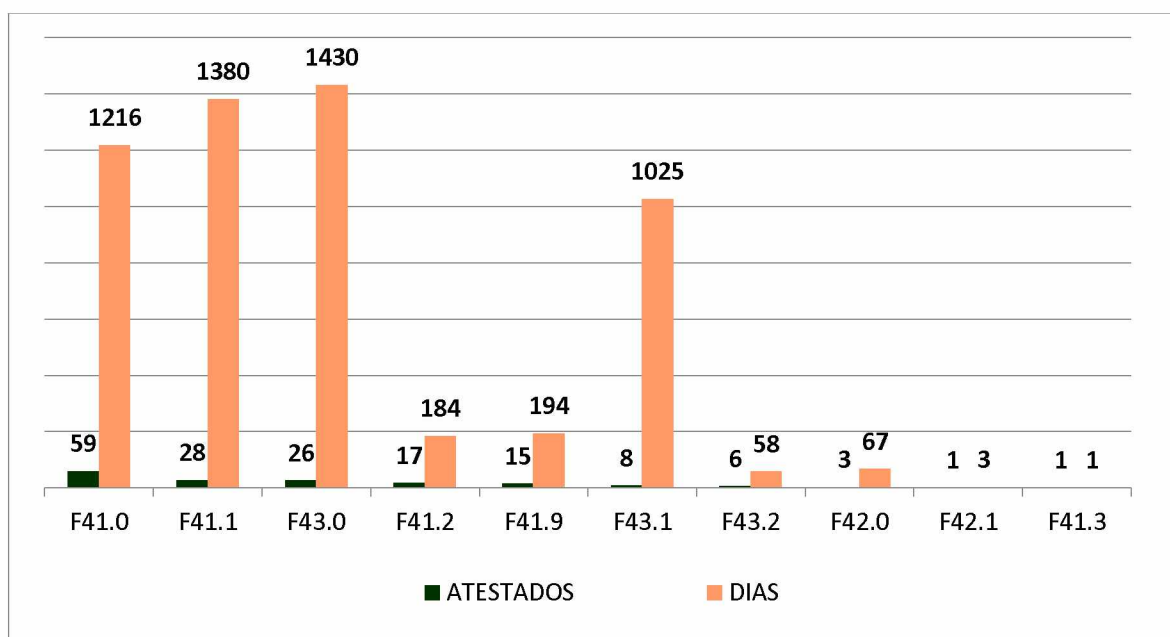
Um posto de trabalho bastante delicado em atuação é o setor de Mineradoras. São locais bastante visados por bandidos e os profissionais estão constantemente expostos a situações de riscos, violência e perseguições de âmbito social. Geralmente são cliente multinacionais, que também prezam pelo rigor do cumprimento das suas normas e procedimentos do segmento de mineração. Foram realizados vários acolhimentos para profissionais que atuam neste seguimento de negócio, acometidos por ansiedade, pânico, stress.

Diante do exposto, podemos refletir sobre o quanto os processos produtivos de trabalho e também os locais onde são expostos estes profissionais, comprometem a saúde nos aspectos físicos, psicológicos e sociais destes trabalhadores.

No Gráfico 05 há o detalhamento dos códigos da CID-10, onde são descritos os demais transtornos com maior prevalência no período de 2012 a 2015, conforme classificação. Podemos observar que o transtorno do pânico (F41.0) foi o que

apresentou maior número de atestados, seguido da ansiedade generalizada (F41.1) e reação aguda ao stress (F43.0).

Gráfico 5 - Distribuição do volume de atestados e dias de afastamento mais frequentes da CID-10 dos episódios mentais e comportamentais, apresentados pelos profissionais que atuam no setor de segurança privada, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.



CID-10: Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica) (F41.0); Ansiedade generalizada (F41.1); Reação aguda ao stress (F43.0); Transtorno misto ansioso e depressivo (F41.2); Transtorno ansioso não especificado (F41.9); Estado de stress pós-traumático (F43.1); Transtorno de adaptação (F43.2); Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de ideias ou ruminações obsessivas (F42.0); Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos) (F42.1); Outros transtornos ansiosos mistos (F41.3).

Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

De acordo com Zampier e Stefano (2004), o estresse pode ser conceituado como estado emocional desagradável, decorrente da insegurança das pessoas quanto à própria capacidade para enfrentar um desafio em relação a algo que lhes é valioso. E, segundo os autores Murta e Tróccoli (2004), quando o trabalhador vivencia uma situação desgastante, pode apresentar reações associadas a diversos mecanismos patogênicos, cognitivos, afetivos, de conduta ou fisiológicos, destacando-se o estresse.

Conforme mencionado pelos autores, podemos citar o exemplo de um acolhimento realizado a um porteiro, rendido por um assaltante armado e este dependurou no pescoço deste trabalhador uma bomba, obrigando ele ficar imóvel e

sem comunicar com ninguém. O assaltante adentrou pelo estabelecimento e só não conseguiu concretizar o crime porque houve o disparo de um alarme interno e o este saiu em fuga. Os policiais chegaram e conseguiram, com muito cuidado, tirar a bomba do pescoço do porteiro e esta foi desativada longe do local e posteriormente avisaram que o material era bastante potente e se caso tivesse ocorrido explosão, teria acontecido situação bastante grave.

Quadro 5 - Transtornos mentais e comportamentais mais frequentes na empresa do setor de segurança privada, estudados por número de atestado, dias de ausência no trabalho e dias de auxílio custeados pela organização, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.

Cód.	Descrição	Atestados (N)	Ausências (dias)	Auxílio (dias)
F41.0	Pânico: ansiedade paroxística episódica	59	1216	287
F32.0	Episódio depressivo leve	55	443	281
F41.1	Ansiedade generalizada	28	1380	132
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	27	2331	285
F43.0	Reação aguda ao stress	26	1430	141
F32.1	Episódio depressivo moderado	21	1266	179
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	17	184	139
F41.9	Transtorno ansioso não especificado	15	194	53
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave S/S sint. psicóticos	11	858	125
F32.9	Episódio depressivo não especificado	9	120	58
F43.1	Estado de stress pós-traumático	8	1025	49
F40.0	Agorafobia	7	38	38
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	7	111	52
F10.0	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool	6	1129	6
F43.2	Transtorno de adaptação	6	58	42
TOTAL		302	11783	1867

Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

O Quadro 5 evidencia os quinze transtornos mentais e comportamentais de maior prevalência em número de atestados, dias de ausência no trabalho e dias de auxílio custeados pela organização, do período analisado de janeiro 2012 a dezembro de 2015.

Estes códigos da CID correspondem a 78% do total de atestados apresentados na empresa, no período em análise. O transtorno do pânico (F41.0) é o código da CID que apresentou a maior quantidade de atestados no período descrito, seguido do episódio depressivo leve (F32.0) e da ansiedade generalizada (F41.1). Já o episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2) foi o transtorno que apresentou maior número de dias ausente no trabalho, seguidos da reação aguda ao stress (F43.0) e ansiedade generalizada (F41.1).

Diante de um vigilante que apresentou quadro de ansiedade generalizada (F41.1), foram os sintomas físicos que fizeram com que ele procurasse ajuda médica. Ficou ausente do trabalho por um período curto de cinco (5) dias, relatou a necessidade em continuar com tratamento psiquiátrico, porém estava sem acompanhamento terapêutico. Também começou a realizar tratamento gástrico devido ao quadro clínico de gastrite avançada. Além das dores no estômago, sentia fortes dores de cabeça, dormia somente com medicamentos prescritos pelo médico. Demonstrava quadro de cansaço e sonolência devido aos efeitos colaterais dos medicamentos. O médico sugeriu afastamento por período de 15 dias, porém o vigilante solicitou que fosse tempo menor devido à preocupação com ausência no trabalho. Ressaltamos aqui, quanto ao receio que o trabalhador tem de ausentar por mais tempo do trabalho devido ao medo de perder o emprego.

O quadro de TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada) apresentado por este trabalhador, é bastante evidente, principalmente pelos sintomas de dores de cabeça, insônia, palpitações, tremores. Sintomas estes desencadeados por excessivas e constantes preocupações. Nestes casos, além do tratamento psiquiátrico é de suma importância a realização de acompanhamento psicológico pois o estado emocional está desencadeando os sintomas físicos, o que chamamos de psicossomatização.

Segundo Dejours (1990), a qualidade do sofrimento está relacionada à cadeia biográfica e à história de vida do sujeito, ou seja, quando as condições externas salientam esta cadeia, haverá um reencontro das relações parentais infantis com a

realidade atual.

O Quadro 6 apresenta a prevalência dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas, descrevendo a quantidade de atestados versus o número de dias ausente no trabalho

Quadro 6 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas, apresentados pelos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, descritos em número de atestado e dias de ausência no trabalho, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, período de 2012 a 2015.

Cód.	Descrição	Atestados (N)	Ausências (dias)
F10.0	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	6	1129
F14.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – Síndrome da Dependência	4	749
F19.2	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas – Síndrome da Dependência	3	248
F19.0	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas intoxicação aguda	3	171
F11.1	Transtornos mentais e comportamentais devido uso nocivo de opiáceos	1	3
F11.0	Transtornos mentais e comportamentais devido uso de opiáceos – intoxicação aguda	2	2
TOTAL		19	2302

Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

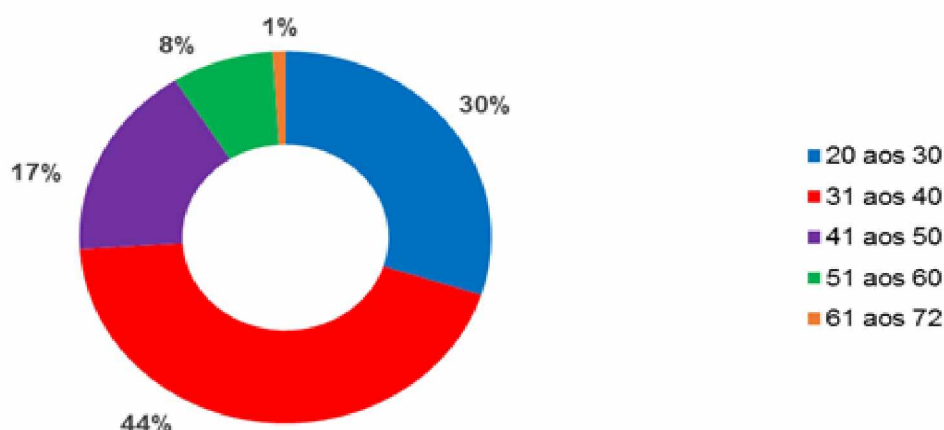
Estes transtornos apresentaram um reduzido número em atestados (19), porém um alto número de dias ausentes no trabalho (2302). Isso se deve porque, trabalhadores acometidos por estes códigos da CID, requerem tratamentos de longa duração.

Neste cenário, foram realizados atendimentos, principalmente dos mais graves (dependência de álcool e demais drogas) onde o trabalhador era submetido a longo período de tratamento (média de 6 meses a 2 anos) em instituições públicas ou particulares. Assim, o contato que tínhamos para saber notícias e evolução do quadro, era do núcleo familiar (pais, esposa, filhos). Desta maneira, a constatação do quanto a família sofre também as consequências advindas destes transtornos.

Segundo Ministério da Saúde, o abuso de substâncias psicoativas pode levar a consequências negativas para as empresas, como redução da produtividade, absenteísmo e acidentes, e para o trabalhador têm sido relacionadas a problemas financeiros, de saúde e familiares, deterioração das relações pessoais e a perda do emprego. No Brasil, o uso de álcool tem uma prevalência importante por ser uma droga lícita, de fácil acesso e culturalmente aceita, que muitas vezes é a porta de entrada para diversas outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

No Gráfico 6, a descrição da faixa etária dos trabalhadores que apresentaram os transtornos mentais e comportamentais de maior prevalência no período 2012 a 2015. Entre 20 a 40 anos concentram 74% dos trabalhadores que apresentaram ASO dos códigos da CID F. Destaca-se que essa maior concentração na faixa etária entre 20 e 40 anos, decorre também do fato de grande parte dos trabalhadores do setor de segurança privada estar inseridos nesse grupo de idade. A análise relativa do peso entre o número total de trabalhadores correlacionada ao número de caso de transtornos mentais, apesar de necessária, não foi possível, pela impossibilidade de acesso ao cadastro dos trabalhadores que não fizeram parte do universo dessa pesquisa.

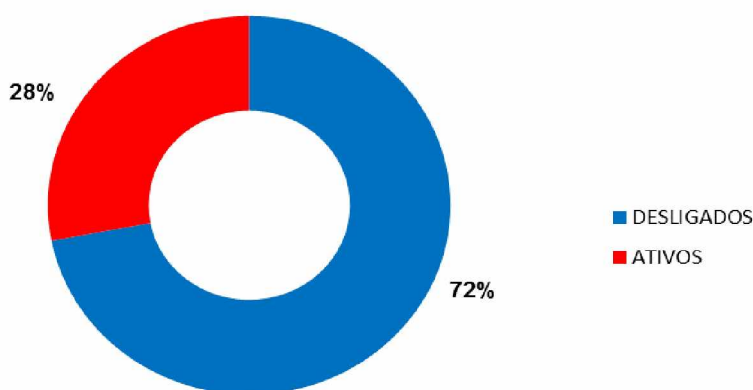
Gráfico 6 - Distribuição percentual por faixa etária dos trabalhadores que atuam no setor de segurança privada que apresentaram transtornos mentais e comportamentais, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, no período de 2012 a 2015.



Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

Observa-se no Gráfico 7 o percentual de colaboradores que permaneceram ativos, correlacionados com os que foram desligados no período de análise da pesquisa de 2012 a 2015. O número de desligados prevalece ao número dos ativos.

Gráfico 7 - Porcentagem de trabalhadores que atuam no setor de segurança privada, que apresentaram atestados de transtornos mentais e comportamentais, que continuaram ativos e que foram desligados da empresa, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, período de 2012 a 2015.



Fonte: SESMT da empresa, 2016. Org.: FAGUNDES, A. C. 2016.

Estes dados apresentados no gráfico, justificam o quanto o setor de Segurança Privada é um seguimento muito específico. No momento em que o trabalhador fica ausente, este deve ser substituído por outro de imediato. Se o trabalhador ausenta uma média de 15 dias, a empresa consegue manter sua vaga pagando hora extra, substituindo este por outro profissional ativos e ou por demais que ocupam cargos de feristas, por exemplo.

Quando a ausência ocorre por longos períodos, a vaga deste é preenchida por outro profissional. Portanto, a maioria que apresenta adoecimento e se afasta por um tempo maior, quando retorna ao trabalho sua vaga já está ocupada. Caso haja vaga na empresa em outros postos de serviço, este é recolocado mas ao contrário o trabalhador é desligado da organização.

Os resultados e análises apresentados, remete a um conjunto de fatores pertinentes do segmento de Segurança Privada, a serem considerados, pois contribuem para o desencadear de adoecimentos mentais desta classe trabalhadora.

O primeiro fator relevante seria o ambiente (local) onde estes profissionais atuam e que, de uma maneira ou de outra, desencadearam problemas de transtornos psiquiátricos evidenciados nos ASO. As situações estressantes expostas no dia a dia dos postos e as exigências pertinentes dos segmentos dos setores, em um ritmo constante, podem levar ao adoecimento.

A violência seria outro fator bastante preocupante para os profissionais, pois estes estão sujeitos a ela, no seu dia a dia de trabalho. São eles o primeiro alvo dos bandidos, pois estes trabalhadores estão ali para impedir a atuação destes meliantes. Várias são as situações de assaltos, roubos, invasões, que estes estão expostos e assim, desencadeando patologias, como as que foram identificadas no estudo em referência, culminando em vários acolhimentos psicológicos a porteiros, vigilantes acometidos por tais tipos de situações estressantes. Neste sentido, dos resultados encontrados neste estudo, o episódio mental que apresentou maior número de atestado, foi o CID F41.0 Transtorno de Pânico, com 59 atestados de saúde ocupacional (ASO), totalizando 1216 dias de ausência no trabalho. Este transtorno refere-se a uma ansiedade paroxística episódica, que na realidade dos profissionais de segurança privada (vigilantes e porteiros), está relacionado aos boletins de violência (roubos, assaltos, invasões, agressões) o qual estes trabalhadores estão sujeitos no dia a dia do trabalho.

Através das vivências estabelecidas com estes profissionais, pode-se considerar também o fator carga horária de trabalho. Estes trabalhadores atuam, na sua grande maioria em escala 12horas por 36horas, onde se tem turnos longos de trabalho interferindo em suas relações pessoais. E uma boa parte destes profissionais, realizam trabalhos informais em suas folgas, tendo assim uma rotina intensa de atividades, distanciando cada vez mais dos seus afetos e conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida, desencadeando assim, transtornos e episódios evidenciados, principalmente nos códigos da CID de transtornos depressivos, que foram identificados com relevância, no estudo realizado.

Estes fatores foram construídos através deste estudo e também das vivências e práticas de acolhimentos feitos a estes profissionais, ao longo dos quase 12 anos de atuação da pesquisadora nesta organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Freud (1974), a atividade profissional constitui fonte de satisfação, se for livremente escolhida, isto é, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos (pulsionais) persistentes ou constitucionalmente reformados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e esta aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1974).

Diante dos fatos, resultados e análises contidas neste estudo, sobre a saúde destes profissionais que estiveram ausentes de suas atividades devido adoecimento mental, nos levam a constatar que o trabalho não pode ser visto apenas como uma atividade realizada em um ambiente físico (com existência de agentes e fatores de riscos), é preciso considerar a relação integrada entre corpo e mente e que, em função das relações sociais que o indivíduo desenvolve neste ambiente e também fora dele, podem gerar sofrimentos e adoecimentos.

Outrossim, os determinantes do trabalho que desencadeiam ou agravam distúrbios psíquicos irão, geralmente, se articular a modos individuais de responder, interagir e adoecer, ou seja, as cargas do trabalho vão incidir sobre um sujeito particular portador de uma história singular preexistente ao seu encontro com o trabalho (BRASIL, 2001).

Daí percebe-se que em um diagnóstico clínico é importante considerar as vivências subjetivas, para melhor compreensão dos fatores que levam ao adoecimento. No entanto, os resultados evidenciados neste estudo, vão ao encontro com a realidade vivida por estes trabalhadores, apresentados nos atestados de saúde ocupacional, principalmente as evidências dos transtornos mentais e comportamentais mais frequentes na empresa, estudados por número de atestados e dias de ausência do trabalhador.

Diante dos CID que corresponderam a 78% do total de atestados apresentados na empresa, sendo que o transtorno do pânico (F41.0) foi o que apresentou a maior quantidade de atestados no período descrito no estudo, seguido do episódio

depressivo leve (F32.0) e da ansiedade generalizada (F41.1), constatando com isso, o quanto os trabalhadores deste seguimento é acometido por fatores e situações que os levam a sofrimentos. Já o episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2) foi o transtorno que apresentou maior número de dias ausente no trabalho, seguidos da reação aguda ao stress (F43.0) e ansiedade generalizada (F41.1), reforçando que o cotidiano na vida destes profissionais, levam a adoecimentos de ordem bio/psico/social pois, muitas das vezes estes são expostos a violência, correndo assim risco de vida, atuando em locais isolados, sob alta pressão.

É sabido também, de um modo geral, que estas ausências no trabalho traduzem uma certa vergonha, levando o trabalhador a ocultar seu adoecimento e até mesmo, sentir-se responsável por estas ausências, sendo muitas vezes julgado de vagabundo, de não querer trabalhar. Neste sentido Dejours (1987), reforça que, este jogo no qual estão implicados o silêncio e a suspeição, constituem-se em elementos estruturantes de vivências de sofrimento e podem analisados sob o enfoque da “ideologia da vergonha”.

Para profissionais e pesquisadores, o foco em analisar a saúde destes trabalhadores, contribui com a construção de dados concretos onde evidenciam a necessidade de um trabalho diferenciado para este seguimento de profissionais. Ademais, constatar que o trabalho, por sua vez, pode ser visto como fonte de saúde ou de adoecimento.

Dejours (1994) acrescenta que “executar uma tarefa sem envolvimento material ou afetivo exige esforço de vontade que em outras circunstâncias é suportado pelo jogo da motivação e do desejo. A vivência depressiva em relação ao trabalho e a si mesmo alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual de esclerose mental, de paralisia da fantasia e da imaginação”.

Portanto, cabe a reflexão: o que podemos fazer para promover a saúde do trabalho, dentro do contexto da realidade onde atuamos? Considerando que, o trabalho sempre existirá como espaço onde as relações se estabelecem e como fonte realizadora do homem (objetivos, ideais de vida).

Espera-se com esse estudo, contribuir para a elucidação dos transtornos apresentados por estes profissionais, bem como despertar para a necessidade de promover ações e intervenções para que os setores público, privado e a área de

saúde, de âmbito local e nacional, possam desenvolver ações que amenizem tais sofrimentos (físicos, psíquicos e sociais), promovendo assim, qualidade de vida e saúde para esta classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

ABDALA, V. Brasil tem 5% mais vigilantes privados do que policiais militares. **Agência Brasil - Empresa Brasil de Comunicação**, 03 jun. 2008 [Brasil tem 5% mais vigilantes privados do que policiais militares [online]. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2008-06-03/brasil-tem-5-mais-vigilantes-privados-do-que-policiais-militares>>. Acesso em 14 nov. 2016.

BARBOSA-BRANCO, A. Doenças do trabalho: uma questão de risco ou organização de classe? **Assessoria de comunicação da UnB**, 2004. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/artigos/at0604-01.htm>>. Acesso em 10 Jan. 2015.

BALLONE, G. J. Estresse no trabalho. *In: PsiqWeb - Psiquiatria Gera Internet*, 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=67>>. Acesso em 30 set. 2009

BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BORGES-ANDRADE, J. E.; ZANELLI, J. C. (2004). Psicologia e produção do conhecimento em organizações e trabalho. *In: J. C. ZANELLI, J. E.; BORGES-ANDRADE; A. V. B. BASTOS (Orgs.). Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 492-517.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7602**, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b 63p. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família 5).

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001a. 580p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).

CAMPOS, W. L. M. Os números da violência urbana no Brasil no século XXI. Direito Net, 2004 [online]. Disponível em <<http://www.direitonet.com.br/artigos/x/16/63/1663/>>. Acesso em 20 Jan. 2015.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. **Era da informação**: Economia, Sociedade e Cultura. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.

COSTA, H.J **Manual de acidente do trabalho**. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2009. p. 74-75.

CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública**: referências para a atuação do (a) psicólogo(a) / Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, DF: CFP, 2008. 74p.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

_____. **A loucura do trabalho**. Tradução: Ana Izabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré, 1987.

FENAVIST. **Estudos do setor de segurança privada**. Brasília: FENAVIST, 2012.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 1-29., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06>> Acesso em 9 set. 2015.

GORZ, A. **O imaterial**. Conhecimento, valor e capital. São Paulo: Anablume, 2005.

Freud, S. **Reflexões para os tempos de guerra e morte** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14). Rio de Janeiro: Imago,

1974. (Originalmente publicado em 1915).

IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016. **IBGE**, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em 14 nov. 2016.

INSS. Instituto Nacional de Seguridade Social. Cai o número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais. **Previdência em Gestão**, n. 59, fev. 2012.

_____. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença acidentários concedidos segundo os códigos da CID-10**. Área Técnica de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Coordenação de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 7. Ed. 2010.

LACAZ, F. A. C. O programa de saúde dos trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. **Revista Saúde em Debate**, v. 36, p. 41-47. 1992.

_____. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 435f. Tese de Doutorado (Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp), Campinas, 1996

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**. Formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MACHADO J. M. H. **Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador**: a heterogeneidade da intervenção. 1996. Tese de Doutorado (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz) 1996.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007.

MINEO, J. R. et al. **Pesquisa na área biomédica**: do planejamento à publicação. Uberlândia: EDUFU, 2005.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Dez. 2016.

MENEZES, L. S. A. **Psicanálise e saúde do trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho. São Paulo: Editora Primavera, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: novas e velhas questões. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-806, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, s. supl. 2, p. 21-32. 1997.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

NARDI, H. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. (org.) *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-24.

NUNES, B. B. S. **Saúde reprodutiva em Uberlândia – MG**: uma avaliação dos serviços pelos usuários e prestadores. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2015.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. Tradução: Salvador Obiold Freitas. São Paulo: Hucitec, 1986.

_____; RE, A.; BRIANTE, G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière*: vers une autopsychologie Du travail? Paris: Éditions Sociales, 1981.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais da CID-10**. Porto Alegre: Artmed. 1993.

PENA, P. G. L. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, trabalho e direito**. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011, p. 85-123.

RENAULT, E. Souffrance sociales. philosophie, psychologie et politique. **Editions la Découverte**, Paris XIII, 2008.

ROSSI, A. M. Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas. p. 9-18.

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental**: O direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SEEVISSP. Sindicato dos Empregados em Empresas de Vigilância, Segurança e Similares de São Paulo. **Estatística, 2004/2006**. Disponível em: <<http://www.seevissp.org.br/estatistica>>. Acesso em 14 nov. 2016.

SCHEIN, E. H. **Psicologia organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SPINK, P. K. (1996). Organização como fenômeno psicossocial: notas para uma redefinição da psicologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 8, n. 11, p. 174-192, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. Tese de Doutorado (Escola Nacional de Saúde Pública), 2007.

VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VILELA, R. A. G. **Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho**. São Paulo: LTR; 2003.

WAISSMANN, W.; CASTRO, J. A. P. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. 1996. *In*: TEXEIRA, P.; VALLE, S. (Org.). **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 15-25.

WEBER, MAX. **A psicofísica do Trabalho Industrial**. Tradução, Daniel FANTA; Jessé, SOUZA. Alphagraphics, São Paulo, 2009. (Serie Ciências Sociais na Administração, Departamento de Fundamentos Sociais e Jurídicos da Administração, FGV-EAESP).

ZAMPIER, M. A.; STEFANO, S. R. Estresse nas empresas de grande porte da região de Guarapuava. **Revista de Administração Nobel**, v. 1, n. 3, p. 11-20. 2004.

ZANETIC, A. **A questão da segurança privada**: estudo do marco regulatório dos serviços particulares de segurança, 2005. 208f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Departamento de Ciência. Política Universidade de São Paulo, 2005.

MENDES, A. M. B. **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours.** Professora Assistente do Depto de Psicologia da UFPE. Mestre em Psicologia Social e do Trabalho. UnB