

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO ESTRATÉGICA DE NEGÓCIOS

JOSE MARIA PEREIRA

ESTRESSE NO TRABALHO E O USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS
NO BRASIL

BELO HORIZONTE, MG

2021

JOSE MARIA PEREIRA

**ESTRESSE NO TRABALHO E O USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS
NO BRASIL**

Monografia de especialização apresentada à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Estratégica de Negócios.

Orientadora: Profa. Renata Simões Guimarães e Borges

BELO HORIZONTE, MG

2021

Ficha catalográfica

P436e
2021

Pereira, Jose Maria.
Estresse no trabalho e o uso de medicamentos psicoativos no Brasil
[manuscrito] / Jose Maria Pereira. – 2021.
34 f.

Orientadora: Renata Simões Guimarães e Borges
Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia.

1. Administração. 2. Stress ocupacional. I. Borges, Renata Simões
Guimarães e. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-
Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658

ATA DE DEFESA



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração
Curso de Especialização em Gestão Estratégica

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor **JOSÉ MARIA PEREIRA**, matrícula n° 2019728912. No dia 10/08/2021 às 09:30 horas, reuniu-se em sala virtual, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação de Curso de Especialização em Gestão Estratégica - CEGE, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "ESTRESSE NO TRABALHO E O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTATIVOS NO BRASIL", requisito para a obtenção do Título de Especialista. Abrindo a sessão, a orientadora e Presidente da Comissão, Prof^a. Renata Simões Guimarães e Borges, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao aluno para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do aluno. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do aluno e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

APROVADO

NÃO APROVADO

70 pontos (setenta e oito) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pela orientadora e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10/08/2021.

Prof^a Renata Simões Guimarães e Borges
(CAD/UFMG - Orientadora)

Prof. Roberto Gonzalez Duarte
(CEPRAD/UFMG)

Miguel, meu filho.

*Ele me escutou. Ficou em pé. Manejou remo n'água, proava para cá, concordado. E eu tremi, profundo, de repente: porque, antes, ele tinha levantado o braço e feito um saudar de gesto – o primeiro, depois de tamanhos anos decorridos! E eu não podia... Por pavor, arrepiados os cabelos, corri, fugi, me tirei de lá, num procedimento desatinado. Porquanto que ele me pareceu vir: da parte de além. E estou pedindo, pedindo, pedindo um perdão.
(Guimarães Rosa. A terceira margem do rio).*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amparo durante a caminhada.

À orientadora Renata Simões Guimarães e Borges pela indispensável ajuda.

Aos professores, pelos conhecimentos compartilhados.

Ao querido Joseph Nicolas Saddi Neto.

Obrigado!

RESUMO

O presente trabalho resulta de uma pesquisa feita junto a fontes fornecidas pela ANVISA, através do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, e outros periódicos, visando estabelecer um vínculo entre o aumento de consumo dos medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos; e as mudanças nas relações de trabalho. O trabalho foca em como a manutenção de elevados níveis de produtividade e precarização no trabalho, oriundos de uma sociedade em profundas transformações, geram elevados níveis de estresse dentro da ótica neoliberal. Em contrapartida, para mitigar os sintomas do sofrimento psíquico generalizado na sociedade, gerado a partir do aumento dos níveis de exigência, são elaboradas novas estratégias de solução de conflito nas relações de trabalho através da mediação com base no uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Ansiolíticos. Antidepressivos. Estresse. Neoliberalismo. Sofrimento no trabalho.

ABSTRACT

The use of anxiolytics, antidepressants and hypnotics has increased drastically in the past few years. The current article studied a link/association between the increased consumption of these medications and the changes in the work environment, initially by maintaining production levels, including its worsening and the uncertainties of a society in deep transformation, within the neoliberal order. Primary data from Anvisa and other journals were used as research source for this study. The data collected, together with the data showed by the media, exposed the increased use of these medications as a result of a search to equilibrate and attenuate the effects of the stress in the work environment and the uncertainties about the future.

Keywords: Antidepressants. Anxiolytics. Neoliberalism. Suffering at work. Stress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Prevalência global de transtornos depressivos, por idade e sexo	16
Gráfico 2 – Prevalência global de transtornos de ansiedade, por idade e sexo	17
Gráfico 3 – Suicídios globais, por idade e nível de renda do país.....	17
Gráfico 4 – Ritmo mensal de vendas da Fluoxetina.....	26
Gráfico 5 – Ritmo mensal de vendas da Escitalopram.....	27
Gráfico 6 – Ritmo mensal de vendas da Bromazepam.....	27
Gráfico 7 – Ritmo mensal de vendas da Clonazepam.....	28
Gráfico 8 – Ritmo mensal de vendas da Zolpidem	28

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Variação percentual de unidades vendidas no período de 01/2014 a 12/202029

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	- Agência de Vigilância Sanitária
BZD	- Benzodiazepínicos
CID	- Código Internacional de Doenças
DSM-III	- <i>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais</i>
EUA	- Estados Unidos da América
ISRS	- Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
RDC	- <i>Resolução</i>
SNGPC	- Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SUS	- Sistema Único de Saúde
WHO	- World Health Organization

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO	16
2.1	Evidências do sofrimento psíquico na sociedade	16
2.2	Medicalização dos sintomas e o sofrimento no trabalho contemporâneo	18
2.3	Relevância em repensar o uso de psicofármacos	22
3	MEDICAMENTOS PSICOATIVOS E A SÉRIE HISTÓRICA DE CONSUMO NO BRASIL	24
4	CONCLUSÕES.....	30
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo visa discutir uma possível relação entre o aumento consistente no consumo dos medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos com o estresse e insegurança no ambiente laboral decorrente das mudanças nas relações de trabalho. Enquanto estratégia de intervenção médica via medicamentos, entende-se que o uso destes se torna uma alternativa de mediação para manter o indivíduo em condições operacionais de trabalho. Portanto, este artigo não tem por objetivo aprofundar em todas as causas de adoecimento e sofrimento psíquico contemporâneo; e que levou ao aumento do uso indiscriminado de substâncias psicoativas, mas especificamente buscar um dos sentidos para o aumento de consumo e que tenha vínculo com a deterioração das relações de trabalho na sociedade contemporânea, em cujo ambiente de cobrança extrema, insegurança e precarização se torna cada vez mais onipresente nas empresas e na sociedade de consumo.

Para entender o momento histórico atual, relacionar com o objeto deste trabalho (eliminar vírgula?) e abrir possibilidade de compreensão do fenômeno moderno dos transtornos mentais, parte-se da ideia de biopoder (presente?) em Michael Foucault, no que se refere às intrincadas e pulverizadas relações de poder dentro da sociedade com vistas à dominação dos corpos e o seu interesse para atender a demanda capitalista através da reprodução e controle da mão de obra. Várias instituições dentro da sociedade são instrumentos e funcionalmente operacionais para os objetivos desse processo, entre elas a conhecida medicina científica, originada a partir do século XIX, enquanto representação de uma das extrações de poder mais portentosas da sociedade e que será instrumentalizada para atingir esse propósito.

Em “O nascimento da medicina social”, Foucault (1972) escreve que:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia-biopolítica.

No momento em que Foucault desenvolvia suas teses sobre biopolítica e biopoder, principalmente nas décadas de 1960 e 1970, no universo da medicina era o momento em que o mundo estava assistindo ao mais pujante ciclo de lançamentos da indústria farmacêutica até

então; com novas drogas psicoativas visando ao controle de todas as sintomatologias que vieram a se tornar conhecidas posteriormente, para controle da ansiedade e a depressão, objetos principais do trabalho.

A intervenção médica pela busca da modulação dos sintomas no indivíduo era e continua sendo o objetivo último da maioria dos tratamentos, enquanto a sociedade se adocece e as relações intersociais do indivíduo são solenemente ignoradas para efeito de diagnóstico e tratamento.

A particularização de cada caso clínico, devidamente encaixado em seu Código Internacional de Doenças (CID), a individualização plena dos transtornos e suas consequências eram a senha para interpretar o banquete dos vitoriosos que viriam triunfar a seguir na nova ordem neoliberal que florescia, enquanto os perdedores individualmente lambiam suas feridas em capsulas de “bem-estar” cada vez melhor apresentadas pela sofisticada propaganda médica científica.

O alvorecer do que se convencionou chamar de neoliberalismo se dá ainda nos 1930 do século passado, mas seu florescimento efetivo em seu espectro maior até então visto, é o que se assiste em vigor nos últimos quarenta anos, notadamente a partir de 1980. Uma grande onda varre o mundo pregando mais mercado e menos Estado, flexibilização das relações de trabalho, privatizações e liberdade plena para circulação de capitais. Sobre essa matéria com que Safatle *et al.* (2021) irão explorar o tema e levando a uma nova convergência, usando como ponto de partida os estudos de Laval e Dardot em “A Nova Razão do Mundo” (2017), o *homo economicus*, pretensamente carregado de racionalidade em todas as suas decisões de troca. Estes autores encontram as origens deste mal-estar na sociedade, através da conexão nesse construto entre o *homo economicus* e a ideologia neoliberal, em que o modo de ver o indivíduo pelas lentes de uma empresa, internaliza e os fazem se compreender definitivamente pelo modus “empresários de si mesmo”.

A construção do cenário atual guarda relação direta com a ascensão definitiva do ideário neoliberal a partir dos anos 1970; e que vai alterar drasticamente a sociedade e reconstruir o que se poderia chamar de “gramática do sofrimento” e a modificação das formas de categorizar o sofrimento psíquico.

Essa modificação consolida-se através do advento da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III), no final dos anos 1970: manual de psiquiatria que representa uma ruptura profunda com uma outra gramática social do sofrimento que, até então, dava paulatinamente espaço à consciência da dimensão conflitual dos processos de socialização próprios à sociedade capitalista.

Ainda segundo os mesmos autores, o experimento neoliberal que se inicia no Chile com a deposição violenta do presidente social-democrata Salvador Allende, em 1973, e a ascensão do ditador Augusto Pinochet; e, mais adiante, sob as lideranças incontestes de Ronald Reagan e Margareth Thatcher, nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra respectivamente, darão o empuxo necessário para o avanço dessas novas formas de racionalizar a economia política e a absorção desse ideário pelo indivíduo. Sob tais condições, o neoliberalismo não será mais somente uma teoria econômica, será também um tipo de psicologia, um tipo de moralidade, um tipo de forma de vida, e, de certa forma, internaliza a lógica dos negócios na administração do sofrimento psíquico individual.

Ao longo do tempo, especialmente nos últimos quarenta anos, criou-se um fosso entre as práticas do “liberalismo tradicional” que vigorava dentro do sistema capitalista - que em certa medida fez concessão às massas e tentou praticar a democracia social - e este de corte neoliberal. O que antes poderia se entender como sendo certa preocupação com a manutenção das estruturas de proteção ao trabalhador, até para que o sofrimento psíquico não diminuísse sua força e valor de trabalho, com a nova ordem neoliberal e a ideia de Estado mínimo, com o hiper individualismo assumindo sua lógica mais radical, passamos a ter o indivíduo como um ente gestor de si mesmo, numa lógica inseparável de perdas e ganhos, lucros e prejuízos, sucessos e fracassos. Foucault, em sua formulação clássica, vai chamar de “empreendedor de si mesmo”.

Desse ponto de vista, conclui-se que toda lógica de fracasso ou sucesso vai recair exclusivamente sobre os ombros do indivíduo, com seus méritos e deméritos, retirando das análises o impacto das políticas e/ou estruturas e políticas que lhe favoreceram ou desfavoreceram ao longo do caminho. A frase que estampa o estandarte desse momento histórico neoliberal foi hasteada por Margareth Thatcher nos anos de 1980 e continua flamejante: “não existe sociedade, existe indivíduo”.

Não será de estranhar que acabamos nos apropriando da linguagem da economia e dos negócios, de seus aforismos, que vieram de contrabando quando passamos a nos referir sobre

sofrimento psíquico. A atomização do indivíduo na busca pelo sucesso do seu empreendimento pessoal o levará à corrosão dos laços de solidariedade com os companheiros de trabalho e com a sua comunidade em geral, amplificada por uma lógica implacável de concorrência subjetivada em todos os espaços da vida cotidiana. A isso se somará a perda da noção de classe e de lutas coletivas e solidárias.

Certamente, as causas para esse aumento dos casos de transtornos mentais e sua medicalização como porta de saída ou de mediação, não estão circunscritas a sua compreensão a apenas uma área de conhecimento. O núcleo duro de compreensão da psiquiatria, que antes via apenas na explicação científica médica como um fim em si mesmo, como campo de estudo para compreensão deste fenômeno, atualmente foi se ampliando no tempo e contemporaneamente se tornou explicitamente multidisciplinar, incorporando outras áreas do conhecimento.

Ciências médicas e farmacologistas que anteriormente traziam explicações reducionistas para o fenômeno do sofrimento psíquico em ascensão na sociedade, explicados muitas vezes apenas à luz de medições de níveis de neurotransmissores, agora se veem confrontados por análises de filósofos, cientistas sociais, economistas, antropólogos e, por fim e não menos importante, da psicanálise em seu clássico papel; produzindo novas reflexões que superpõem mais camadas de conhecimento que alargam e ajudam a lançar luz na compreensão sobre a questão mais ampla do sofrimento psíquico contemporâneo.

2 SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO

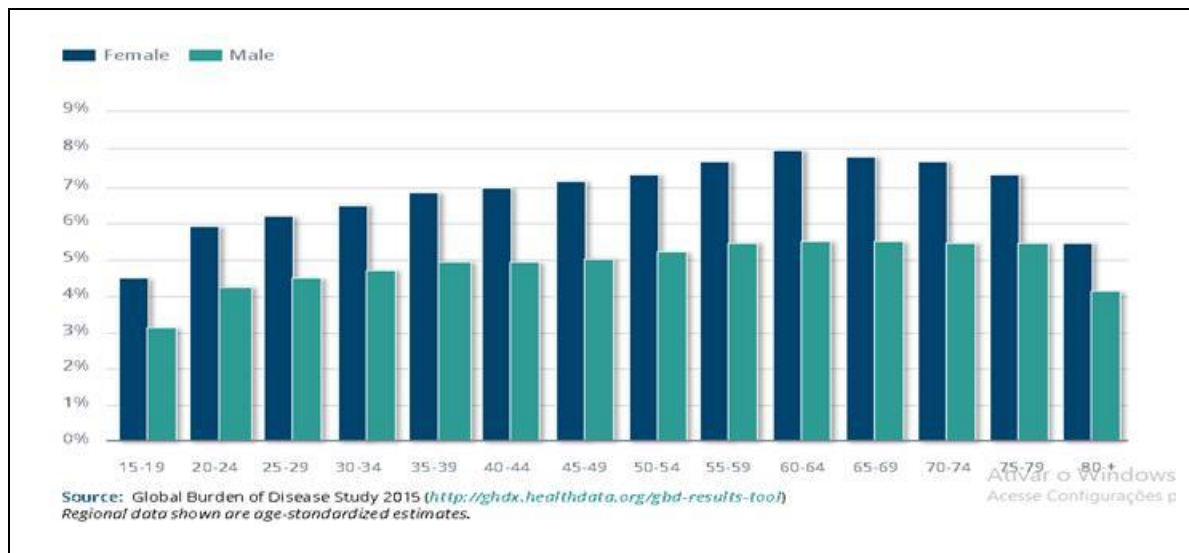
Ao mesmo tempo em que se obtiveram benefícios inestimáveis com o uso desse novo arsenal de substâncias, os transtornos mentais e o sofrimento psíquico advindo das novas abordagens terapêuticas viriam ter como alternativa de tratamentos quase que exclusivamente, em sua maioria, através da medicalização.

2.1 Evidências do sofrimento psíquico na sociedade

Dados do relatório da *World Health Organization* (WHO), de 2017, apontam para números alarmantes de casos de distúrbios de depressão e ansiedade. O número total de pessoas sofrendo com esses sintomas chega a 322 milhões em todo o mundo. Esse número cresceu 18,4% entre 2005 e 2015.

A depressão (GRÁFICO 1) é mais comum em mulheres (5,1%) do que em homens (3,6%) e se apresenta em todas as faixas de idades. Na faixa de idade que vai de 55 a 75 anos, a prevalência pode atingir para mulheres (7,5%) e para homens (5,5%).

Gráfico1 – Prevalência global de transtornos depressivos, por idade e sexo

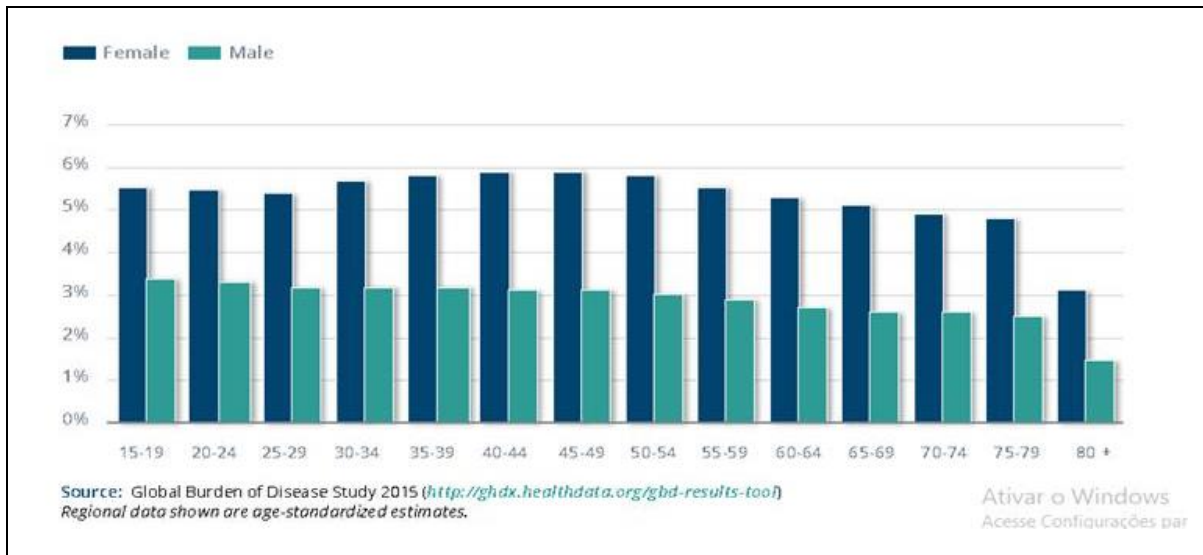


Fonte: Global Burden of Disease Study, 2015.

Os distúrbios de ansiedade (GRÁFICO 2), por sua vez, acometem cerca 264 milhões de pessoas em todo o mundo e assistiu a um crescimento de 14,9% entre 2005 e 2015. As mulheres, novamente, são as mais afetadas com esses distúrbios (4,6%); e, entre os homens, a

taxa de prevalência fica em (2,6%). A prevalência não varia muito entre as faixas etárias, mas tende a cair com a idade.

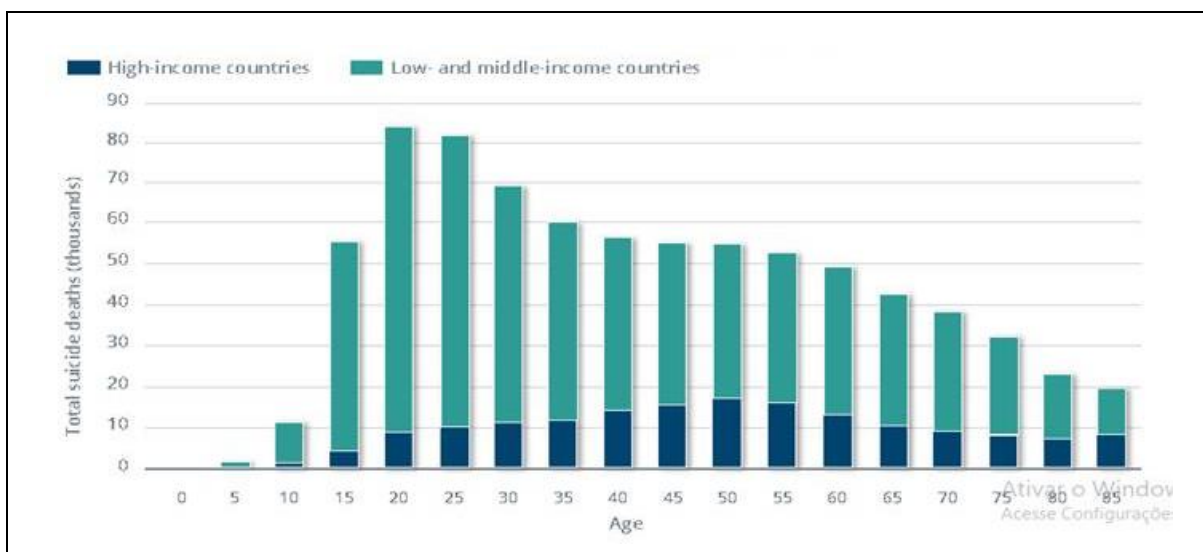
Gráfico 2 – Prevalência global de transtornos de ansiedade, por idade e sexo



Fonte: Global Burden of Disease Study, 2015.

Em muitos casos, os distúrbios estão relacionados aos números de suicídios na população em geral (GRÁFICO 3). No ano de 2015 foram 788.000 pessoas que tiraram sua própria vida em todo o mundo. Os casos ocorrem em todas as faixas etárias, mas na faixa que vai de 15 a 29 anos, o suicídio é a segunda *causa mortis*.

Gráfico 3 – Suicídios globais, por idade e nível de renda do país



Fonte: Global Burden of Disease Study, 2015.

Recomendações da WHO mencionam que os sintomas característicos para quem desenvolve esses transtornos são múltiplos e o indivíduo deve ser observado se permanecerem por pelo menos duas semanas. Os principais sintomas são as queixas por fadiga, dificuldades para dormir e baixa energia; ansiedade e tristeza persistentes; perda de interesse ou prazer pelas atividades que normalmente gostava de fazer.

A despeito da importância vital da vigilância da WHO e dos relatórios quantitativos de evolução do problema, a entidade traz apenas protocolos tradicionais de tratamento via medicamentosa e suporte psicoterápico, os quais aparentam ser absolutamente insuficientes frente ao tamanho do problema, mas não traz mais informações sobre causas ou questões adjacentes.

2.2 Medicalização dos sintomas e o sofrimento no trabalho contemporâneo

Os tratamentos para os transtornos mentais foram sendo alterados ao longo do século XIX até o aparecimento das principais drogas psicoativas nos anos 1950 e 1960. Com o advento de novas moléculas que pudessem dar curso a esses tratamentos, a medicina passou a contar com um arsenal substantivo de recursos e os hospitais psiquiátricos viraram um verdadeiro campo de batalha para os entusiastas do controle farmacológico dos transtornos mentais. No entanto, a transformação definitiva no campo da clínica médica acontecerá apenas no início dos anos 1980. Até então, a psicanálise ainda era o horizonte referencial para os psiquiatras. Ainda segundo Safatle, no início dos anos 1960 mais da metade dos chefes de departamento de psiquiatria das universidades norte-americanas ainda eram membros de sociedades psicanalíticas. O entendimento acerca do sofrimento psíquico e suas múltiplas formas de expressão, de que forma o sofrimento é estruturado a partir do meio em que está inserida a socialização do indivíduo, é certamente muito mais amplo do que veio a se tornar posteriormente com a intervenção intensiva via medicamento.

A partir dessa nova gramática dos transtornos mentais no início dos anos 1980, com a publicação do novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), agora com um arsenal farmacológico terapêutico em franca expansão, houve um aumento considerável nos diagnósticos de casos de depressão e distúrbios de ansiedade, por conseguinte, o consumo de medicamentos que combatem esses sintomas aumentou entre eles, os ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos pela população em geral, tanto em países centrais como em países periféricos.

A ansiedade pode ser entendida como um estado psíquico de apreensão ou medo provocado pela antecipação de uma situação desagradável ou perigosa. Tem sempre relação com o tempo futuro e o modo como o indivíduo lida com essa nova situação que se apresenta. Desde sempre, esse é um mecanismo natural e adaptativo do homem para lidar com a insegurança da vida prática em toda a sua complexidade. A etimologia da palavra ansiedade vem do latim *anxietas*, que significa “angústia”, de *anxius*, “perturbado” ou “pouco à vontade”. Este é um processo biológico controlado por neurotransmissores do sistema dopaminérgico e os medicamentos que tratam os sintomas da ansiedade atuam modulando este sistema. A classe dos Benzodiazepínicos (BZD) são os medicamentos usualmente mais prescritos com essa finalidade.

Para olhar a questão da depressão, que de certa forma é uma das manifestações de sofrimento psíquico mais pronunciadas atualmente, e muito relacionado também à subjetividade, os estudos dos novos antidepressivos caracterizados como Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) – neurotransmissor ao qual se atribuiu o aumento ou diminuição do humor – se tornaram preferenciais para o tratamento dos sintomas da depressão. O início da década de 1990 foi marcado pelo lançamento da fluoxetina, principal molécula representante dessa nova classe de substâncias e que se tornou o símbolo máximo dessa nova era.

Certamente, não existe uma resposta única para os problemas advindos do consumo excessivo destas substâncias, seja pela própria complexidade da questão biológica envolvida, da subjetividade de cada indivíduo, seja por causa de uma sociedade contemporânea imersa numa lógica frenética de consumo e gozo. Todavia, o que se pode afirmar é que existe um terreno fértil de possibilidades de respostas complementares, ainda que insuficientes, e que ajudarão jogar luz parcialmente sobre as raízes mais profundas deste problema.

O que parece evidente, até o momento, é um profundo mal-estar civilizatório em curso com a modernidade, na qual a sociedade de consumo em seu modo neoliberal de acumulação de riqueza e suas relações de trabalho geradas por e para manutenção dessa sociedade, atomizam e enfraquecem o indivíduo, e em cujas “modernas aspirinas” empregadas para tratar esses males do sofrimento psíquico, além de sequer tocar em suas causas estruturais, apenas contribuem para o empobrecimento emocional do indivíduo.

A compreensão de que o trabalho é um dos caminhos para a realização da pulsão de felicidade do homem e que o sofrimento será o seu destino final caso falhe nesta missão relacionada ao trabalho, Freud, (1978), traduz bem o tamanho do esforço que precisará ser dispendido para superação desse problema ontológico, ainda mais numa sociedade onde as inseguranças no ambiente de trabalho e quanto ao futuro se avolumam.

Segundo Morin (2001), o trabalho tal qual conhecemos hoje, com os arranjos que vem sofrendo e com novas formas de organização, é um processo em construção que se dá ao longo do século XX. As novas formas de organização do trabalho que advém com o avanço tecnológico e as cadeias globais de produção provocam o desaparecimento de empregos estáveis e permanentes ao mesmo tempo em que, na mão oposta, aumenta drasticamente a instabilidade e precariedade dos mesmos. Esse processo de reorganização das novas formas de organização será fundamental para compreender o crescente papel que o trabalho laboral ensinará sobre o sofrimento psíquico do indivíduo.

Dejours (1998) investigava a origem do sofrimento no trabalho e discutia a relação do trabalhador com o sofrimento. Para ele, o sofrimento é inerente à natureza do trabalho. Exigências de esforço laboral além da capacidade operante do trabalhador se tornam uma ameaça permanente, levando ao sofrimento psíquico.

Graus variados de sofrimento são observados nas mais diversas categorias laborais, também na academia, não estando nenhuma categoria imune à pressão por aumento de produtividade. A precarização das relações de trabalho e o aumento nas exigências por maiores retornos, somadas às incertezas econômicas, fazem as empresas adotarem estratégias de trabalho que muitas vezes levam os empregados à exaustão e incapacidade permanentes.

Paralelamente à globalização produtiva no mundo contemporâneo, a lógica do sistema produtor de mercadorias vem convertendo a concorrência e a busca da produtividade num processo destrutivo que tem gerado uma imensa “sociedade dos excluídos e dos precarizados”, que hoje atinge também os países centrais com a mesma intensidade (ANTUNES, 2000).

Para se adaptar a esse processo corrosivo das relações de trabalho num ambiente cada vez mais hostil, são elaboradas estratégias defensivas por parte do trabalhador para negar ou racionalizar as sensações dolorosas deste sofrimento, que de acordo com Mendes (1999):

O sofrimento é um mobilizador para a busca do prazer, um sinal de que algo não está bem, tendo a função de possibilitar transformações e a busca de estruturação psíquica no trabalho, o que traz consequências positivas para a organização (p.21).

Ainda segundo Mendes (1999), o efeito mobilizador deste sofrimento levará o trabalhador à superação das suas limitações intrínsecas, continuamente em troca da recompensa pelo reconhecimento e suas compensações materiais advindas deste ensejo, e em cujo limite imagina estar a sua felicidade.

Mesmo indivíduos que trabalham em situações de trabalho duro, repetitivo e maçante procuram dar sentido ao desenvolvimento da sua atividade. O trabalho significa um amparo contra a pobreza e que na falta do trabalho, as consequências podem ser agravadas (ROSE, 2007). Será através do trabalho que o indivíduo encontrará o propósito de vida e tem a oportunidade de construir sua identidade pessoal, ter uma interação social além de obter renda para sustento e status, (ZANELI *et al.*, 2010).

A questão do trabalho da mulher na sociedade contemporânea - e mesmo de muitos homens - também constitui muitas vezes apenas a garantia de sobrevivência, estando ausente a noção de realização humana. O trabalho reprodutivo que a mulher exerce na criação dos filhos, apesar de não ter valorização financeira, é o que garante a manutenção da produção capitalista (FEDERICI, 2018). A divisão entre esses dois modos de trabalho culmina na divisão sexual do trabalho, em que majoritariamente mulheres exercem o trabalho reprodutivo não remunerado, enquanto homens produzem mais-valia através do trabalho produtivo (MELLO; CASTILHO, 2009).

O desemprego em todas as suas formas e gradações de manifestações rouba a dignidade do trabalhador e é uma fonte permanente de sofrimento psíquico, gerando sentimento de rejeição e baixa autoestima, podendo levar à depressão e à incapacidade permanente (JORGE; BEZERRA, 2004). O sentimento de rejeição por interrupção do trabalho ou por não encontrar trabalho afeta profundamente questões de afetividade e pode gerar desestruturação emocional permanente, levar ao rompimento de vínculos sociais importantes, impossibilitando ao

estabelecimento de contato profícuo com o ambiente externo ao sujeito, (JORGE; BEZERRA, 2004).

O ambiente de trabalho surge como o lugar estruturador na vida do indivíduo. No entanto, mesmo para os indivíduos em atividade a própria dinâmica e qualidade do trabalho podem ser os elementos que irão proporcionar o aparecimento de sintomas que levarão ao adoecimento e sofrimento psíquico. Os fatores mais comuns que afetam o indivíduo no ambiente de trabalho e que ajudarão a desencadear esses sintomas que o levarão ao adoecimento podem-se citar o estresse, alta carga de trabalho, acidentes, alterações psicossociais, desvalorização, baixa remuneração, dupla jornada e sentimento de frustração ou impotência (ALVIM *et al.*, 2017).

O presente estudo traz uma evolução consistente do consumo de drogas psicoativas no tratamento da ansiedade e depressão a partir do banco de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A medicalização de sintomas sem dúvida se tornou a saída, mesmo que insuficiente, para manter o indivíduo em condições operacionais produtivas, mas o esgotamento desse modelo parece evidente pelo lado quantitativo e qualitativo da vida dos trabalhadores. Os operadores do sistema de saúde já perceberam que este é um processo “enxuga gelo” permanente, pois a conjuntura econômica e do ambiente de trabalho não contribuem para a sua melhora consistente.

2.3 Relevância em repensar o uso de psicofármacos

Esse mal-estar civilizatório refletido pelo aumento do sofrimento psíquico, advindo da deterioração das relações de trabalho, ganha contornos mais dramáticos no Brasil em virtude das suas mazelas próprias, que vão desde a cultura médica geral intervencionista, na qual quase toda especialidade médica prescreve esses medicamentos. Esta observação acaba facilitando a propagação midiática sobre a população dos benefícios vindouros a cada nova geração de drogas psicoativas lançadas no mercado, além, é claro, do vício secular da automedicação que busca burlar os limites das normas legais que controlam o comércio de substâncias psicoativas no Brasil.

No conjunto das doenças que compõem esse quadro, a depressão é a principal doença que mais causa incapacitação no mundo, limitando o indivíduo até mesmo nas atividades básicas, como lazer e trabalho. Entretanto, apenas uma pequena parte desses pacientes é diagnosticada de forma correta e recebe o tratamento adequado, seja do ponto de vista do uso de fármacos,

quanto de apoio psicoterapêutico pelo tempo necessário à sua recuperação plena (WHO, 2017).

A depressão, por ser uma enfermidade com tão largo espectro sobre a população em idade laboral, com graus muito diferentes de espectro de impacto sobre cada doente individualmente, certamente chama muita atenção pelo impacto que trará sobre a produtividade geral das empresas. Os conflitos e desconforto transitórios do indivíduo com alguma dificuldade permanente no ambiente laboral serão continuamente “tratados” com medicamentos, comprometendo sobremaneira sua integridade física e mental no longo prazo.

Os psicofármacos são os medicamentos sujeitos a Controle Especial sobre a comercialização e são classificados segundo a Portaria 344, de 1998, da ANVISA. O Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) foi regulamentado pela Resolução RDC 27, de 2007 e posteriormente revogado e regulamentado pela Resolução RDC 22, de 2014, quando se deu também a inclusão de outras substâncias, como antimicrobianos.

Dentro das categorias de controlados, os antidepressivos e os analépticos (drogas estimulantes do sistema nervoso central) são os medicamentos mais comercializados. Em seguida, vêm os sedativos e os ansiolíticos (utilizados para controle de ansiedade), outros que atuam para estabilização do humor e do distúrbio bipolar; antipsicóticos, utilizados no tratamento das psicoses.

O uso indiscriminado destes medicamentos ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos, apesar de parecerem corrigir um distúrbio real presente, podem comprometer as capacidades laborais do trabalhador ainda no curto prazo. Efeitos colaterais frequentes e dificuldades no ajuste fino de doses terapêuticas podem levar o indivíduo até ao risco de acidentes.

3 MEDICAMENTOS PSICOATIVOS E A SÉRIE HISTÓRICA DE CONSUMO NO BRASIL

Desde os anos 1960 diversos autores têm chamado a atenção para o uso imoderado desses fármacos (DENIKER, 1966). Autores americanos nesta época já chamavam a atenção para o uso indiscriminado destes fármacos e imputavam a responsabilidade a Clínica Geral no uso destes medicamentos, o que os fizeram se tornarem tão populares.

Os ansiolíticos Benzodiazepínicos (BZD) constituem uma das famílias de fármacos mais importantes e conhecidas, juntamente com os antidepressivos tricíclicos, foram lançados nos anos 1960. Os benefícios imediatos na psiquiatria são incontestáveis, tanto sobre o sofrimento dos pacientes quanto sobre os períodos de internação, e isto fez suas marcas e vendas alcançarem grande popularidade também junto ao público geral. Dessa geração inicial nos anos 1960, ficou muito conhecida a molécula do Diazepam, comercializado pelo laboratório suíço Roche com o nome de marca *Valium*. Somente a partir da década de 1980 o mesmo seria superado pelo *Lexotam* na preferência pelos médicos, cuja molécula Bromazepam, também é do Roche. A partir da virada do século, assiste-se a explosão de consumo do seu sucedâneo em vendas, *Rivotril*, cuja molécula Clonazepam também é do mesmo laboratório.

Os antidepressivos tricíclicos da primeira geração trouxeram também grandes benefícios imediatos, com pequenas alterações de eficácia entre um e outro e efeitos adversos maiores e menores a cada lançamento. Estes antidepressivos tiveram grande sucesso e foram usados preferencialmente até o aparecimento do *Prozac*, lançado em 1990 pelo laboratório norte-americano Eli Lilly Company, cuja molécula *fluoxetina* foi saudada irresponsavelmente como a “pílula da felicidade”, e para escárnio com a sociedade científica, foi estampado na capa da Revista Veja, principal semanário do Brasil à época entres outros periódicos. O lançamento de *Prozac* veio dar um aparente salto na qualidade dos tratamentos da depressão e um salto maior ainda no volume inédito de faturamento alcançado pelo laboratório Eli Lilly. Seguiram-se vários lançamentos no período posterior, sempre buscando um ganho marginal de eficácia ou duvidoso sobre os concorrentes, numa busca insana pela próxima molécula de antidepressivo.

A cada nova geração de drogas, benefícios menores e maiores são observados e amplamente divulgados pela máquina de divulgação científica dos laboratórios sobre a classe médica. Com ganhos variáveis, outra ora surpreendentes entre um lançamento sobre o outro, mas mais

surpreendente mesmo é a velocidade de crescimento das vendas e adesão da classe médica como o grande influenciador de consumo.

Normas para controle da comercialização de substâncias psicoativas foram sendo aprimoradas a cada década. Porém, até final dos anos 1960 esses medicamentos podiam ser adquiridos livremente nas farmácias. Somente a partir de 1967 esses medicamentos são legalmente equiparados à entorpecentes e passam a ter retenção de receita e algum nível ainda muito precário de controle. No Brasil dos anos 1970 e 1980, para fugir do controle imposto pela legislação na comercialização destes medicamentos, os laboratórios farmacêuticos lançaram e apoiaram uma típica jabuticaba brasileira, uma classe de medicamentos chamados “antidistônicos”. Esta pretensa classe farmacológica associava esses “mágicos” benzodiazepínicos (BZD) com diversas outras substâncias, mantendo baixa a concentração do ansiolítico, e assim fugiam dos controles de comercialização. A impropriedade dessas associações a partir de poderoso lobby dos laboratórios farmacêuticos permitia a venda livre sem receita médica nas farmácias.

A partir de 1976, cerca de 47% das vendas de ansiolíticos estão associadas à venda livre destes “antidistônicos” (TANCREDI, 1986). É importante ter esse dado em mente de que várias razões contribuem para do uso indiscriminado dessas drogas no Brasil, ora pela automedicação, ora pela má orientação médica no trato com este perfil de problema, mas principalmente pela sedutora propaganda médica que formata a cultura geral no setor de saúde. Salientando que no Brasil quase todas as especialidades médicas usam deste direito de prescrever este tipo de medicamento. Foi durante esse período que o Brasil deu um grande passo para a derrota no exercício responsável da psiquiatria e um grande passo para que o abuso recorrente dos pacientes para esse arsenal terapêutico perdure até hoje.

Para estruturar a série histórica a seguir, pesquisada a partir do banco de dados da ANVISA, inicia-se pela eleição de substâncias representativas desse grupo farmacológico e que possivelmente pudessem funcionar como uma espécie de “marcador epidemiológico”, que apontasse uma tendência para onde nos dirigimos enquanto sociedade e mostrasse a correlação com o objeto desse trabalho, que são as suas relações com o ambiente de trabalho.

Entre os antidepressivos elegemos a molécula da *fluoxetina* e o *escitalopram*; entre os ansiolíticos, o *bromazepam* e o *clonazepam*. Por fim, para completar a análise, fizemos o

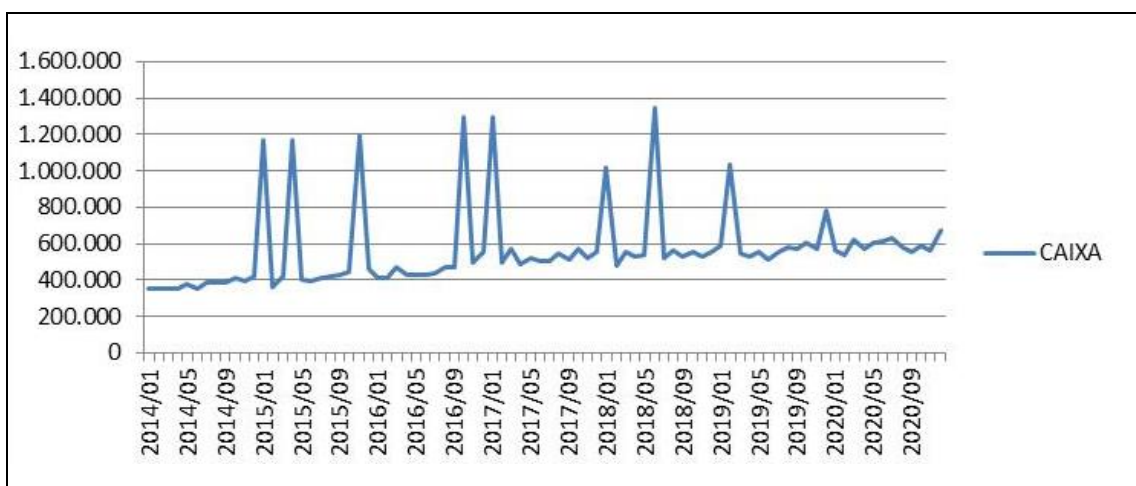
levantamento de consumo de *zolpidem*, o mais usado hipnótico atualmente. Várias outras substâncias possuem ação hipnótica indutora do sono e são indicadas para esse fim, sendo a insônia uma das primeiras manifestações de sofrimento psíquico e que devem ser tratadas com responsabilidade para não cronificar.

Os dados a seguir foram extraídos do SNGPC, sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados da ANVISA. O período pesquisado foi entre 2014 e 2020. Representam as vendas em unidades caixas, feitas pelo comércio varejista em todo o território nacional, não estando incluso o montante consumido nos hospitais ou comercializados através de farmácias magistrais.

Apesar de os dados consolidados do sistema não estarem disponíveis antes deste período, o ciclo de vida de vendas destes medicamentos amadurece e declina a partir do seu lançamento, seguindo a mesma lógica de produtos de mercado convencionais.

Nota: os Gráficos 4 A 8 expõem o ritmo mensal de vendas de cada fármaco e as espículas que aparecem no gráfico são decorrentes de lançamentos atrasados que a ANVISA faz no mês subsequente ao da venda efetiva, não configurando preocupação estatística relevante em termos de unidades vendidas.

Gráfico 4 – Ritmo mensal de vendas da Fluoxetina

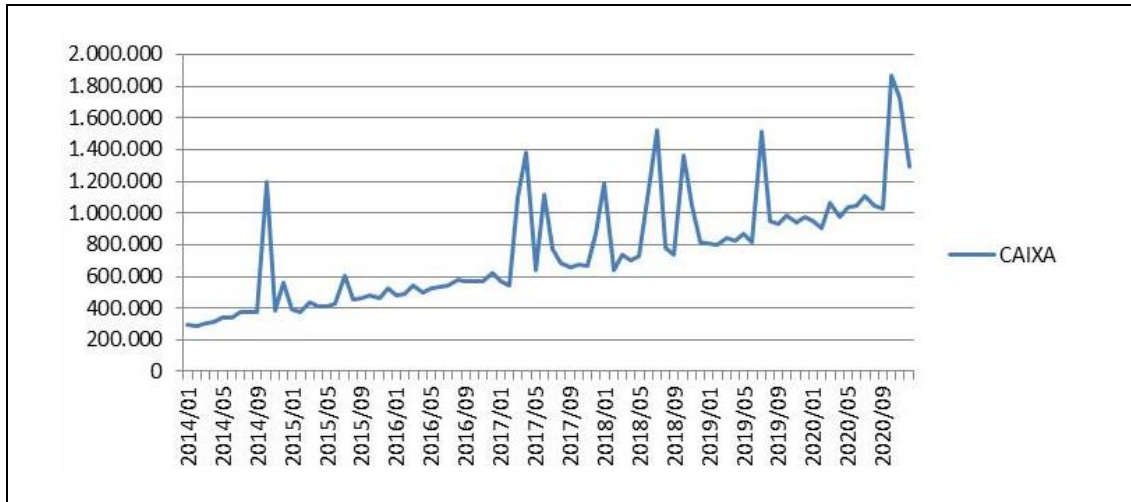


Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

A *fluoxetina* foi a substância mais usada após o seu lançamento no início da década de 1990 e dominou amplamente o mercado desse seguimento. No período recente a *fluoxetina* deixou de

ser a droga preferida pela classe médica, no entanto ainda continua sendo muito prescrita e atualmente é também distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

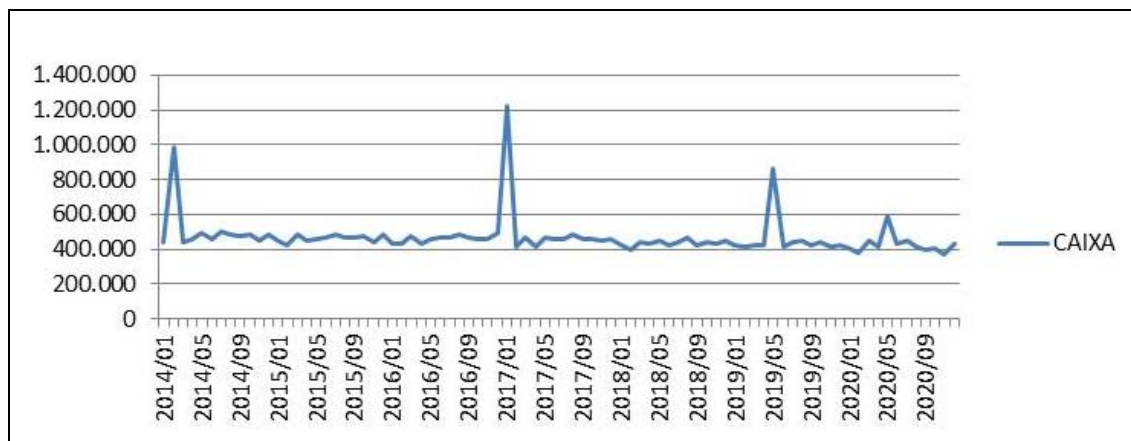
Gráfico 5 – Ritmo mensal de vendas da Escitalopram



Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

A molécula de *escitalopram* é um fármaco antidepressivo que está inserida na mesma categoria dos ISRS da *fluoxetina* e é um fenômeno de vendas mais recente, substituiu gradativamente a fluoxetina na preferência dos médicos a partir da metade da década de 2000. Por ser um produto mais caro, ainda não é fornecido no sistema de saúde público.

Gráfico 6 – Ritmo mensal de vendas da Bromazepam

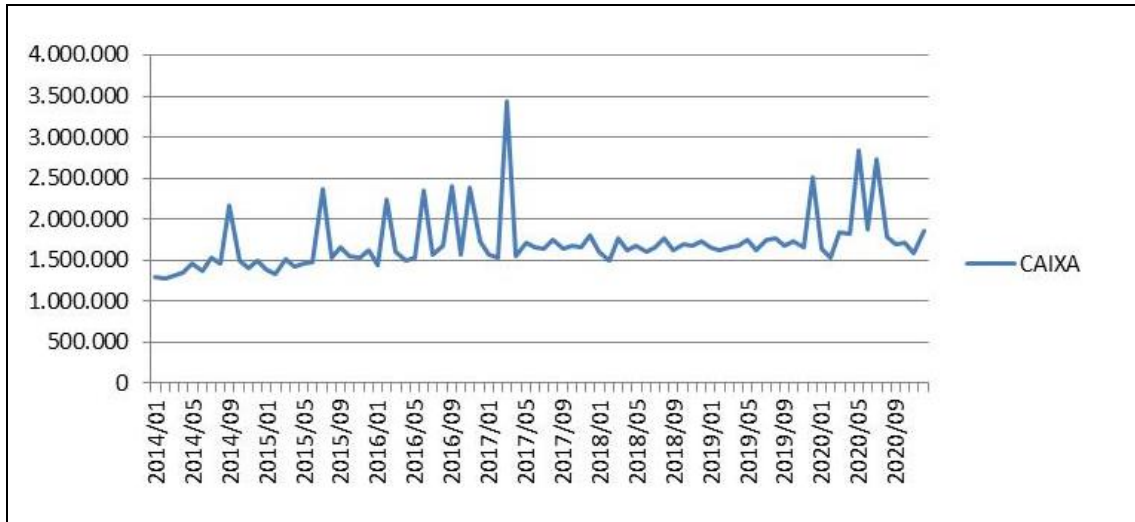


Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

O *bromazepam* foi o fármaco ansiolítico que sucedeu o *diazepam* na plataforma de vendas do Roche a partir da década de 1990 e em substituição ao *diazepam* nos proscritos “antidistônicos”. É um produto com ciclo de vida maduro, mas ainda é muito prescrito e

também não é distribuído no sistema público de saúde. O *diazepam* é distribuído gratuitamente no sistema de saúde como opção de ansiolítico.

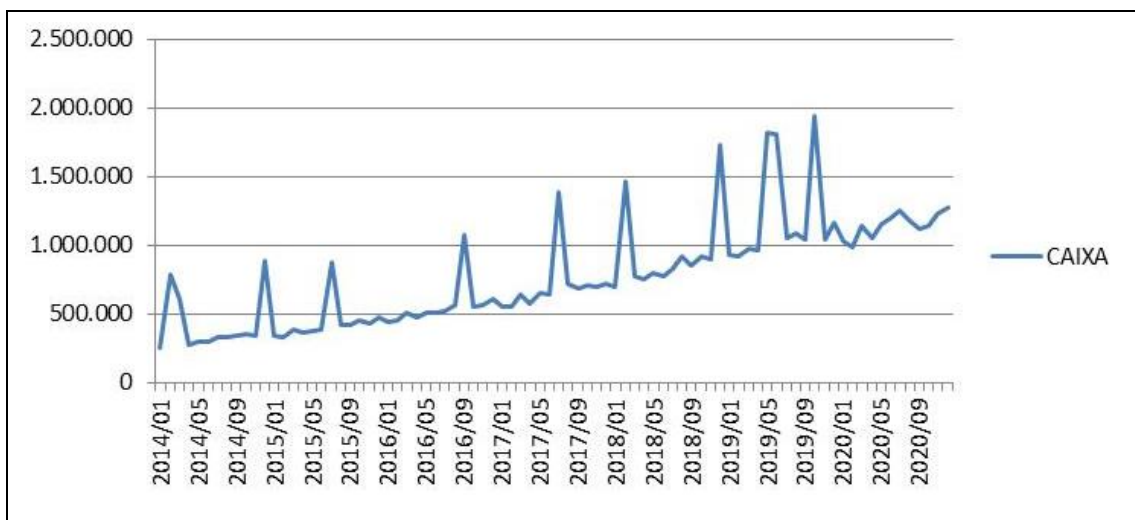
Gráfico 7 – Ritmo mensal de vendas da Clonazepam



Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

O *clonazepam* é atualmente o fármaco ansiolítico mais vendido em substituição ao *bromazepam*, tanto genérico como com o nome de marca que o tornou conhecido, *Rivotril*. Por ter uma média vida menor no plasma o que resulta em efeitos colaterais menores no dia seguinte, se tornou um medicamento de preocupação sanitária pelo seu abuso de consumo atualmente. Não é distribuído pelo sistema publico de saúde. Como hipnótico tem sido substituído paulatinamente pelo *zolpidem*.

Gráfico 8 – Ritmo mensal de vendas da Zolpidem



Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

O *zolpidem* é a grande novidade como fármaco hipnótico ou indutor do sono não BZD. Foi lançado no início da década de 2010 e possui como vantagem uma curtíssima meia vida, podendo ser usado também por aqueles que acordam no meio da noite e tem dificuldades de pegar no sono novamente. Ainda é um medicamento caro e não é distribuído no sistema de saúde.

A Tabela 1 informa a variação percentual de unidades vendidas no período pesquisado.

Tabela 1 – Variação percentual de unidades vendidas no período de 01/2014 a 12/2020

Fármacos	2014	2020	Variação
Fluoxetina	4.513.969	7.104.171	57%
Escitalopram	5.134.454	14.041.086	173%
Bromazepam	6.164.796	5.144.109	-17%
Clonazepam	17.585.667	22.931.527	30%
Zolpidem	5.108.308	13.778.740	170%

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2021 (conforme dados da ANVISA).

4 CONCLUSÕES

A partir dos pressupostos apresentados no trabalho, observa-se que o aumento de consumo de substâncias psicoativas possui relação também com a deterioração das condições de trabalho nas quais o indivíduo está inserido e com a forte insegurança do trabalhador frente ao futuro. Dessa forma, a intervenção médica através do uso dessas substâncias vem se apresentando como alternativa para modulação dos sintomas do estresse e de todas as consequências advindas do aumento da ansiedade, requisitando à medicalização intensiva uma porta de saída para a manutenção dos níveis de produtividade do trabalhador.

Os distúrbios do sono são um dos primeiros sintomas a serem relatados pelos pacientes e que, se não forem corrigidos, trarão consequências somáticas importantes para o indivíduo e afetará sobremaneira seus níveis de produtividade. Vários medicamentos foram e são usados como hipnóticos indutores do sono, recentemente está havendo uma migração considerável para o uso do princípio ativo *zolpidem* em relação aos BDZ, contudo, estes ainda continuam sendo muito prescritos com essa finalidade. Na base de dados do gráfico que vai até 2020 pode se observar o aumento expressivo de 170% no período de 7 anos, isto coloca o *zolpidem* como uma das drogas mais populares e consumidas recentemente para este fim.

Entre os ansiolíticos, o *bromazepam* e o *clonazepam* são duas substâncias clássicas entre os BZD, e seu consumo excessivo preocupa sobremaneira do ponto de vista de saúde porque altera características importantes do indivíduo, além de carregar riscos operacionais no ambiente laboral. O uso prolongado dos BZD causa dependência física e psíquica e vai embotar parte da individualidade, retardando vários sentidos. O consumo de *bromazepam* no período estudado assistiu um achatamento de 17%, sendo que esta molécula desde a década passada vem sendo preterida pelo *clonazepam* que teve um aumento de 30%. Contudo, em termos de unidades vendidas o *clonazepam* apresenta o espantoso número de quase cinco vezes as vendas de *bromazepam*. Historicamente a substituição do *bromazepam* pelo *clonazepam* no arsenal terapêutico foi percebida fortemente a partir da década de 2000, com as vendas de *Rivotril* crescendo exponencialmente e se tornando uma marca muito conhecida pelo público em geral.

Os antidepressivos, por sua vez, tiveram um destaque importante a partir do lançamento da marca *Prozac*, a *fluoxetina*, na década de 1990. A *fluoxetina* representou um avanço importante sobre as moléculas das gerações anteriores porque apresentava menos efeitos

colaterais, são os chamados de inibidores seletivos de recaptção de serotonina, ISRS. A medicina nesta época tinha seus olhos atentos apenas ao déficit nos níveis deste neurotransmissor e transformava a serotonina em uma baliza única a ser controlada para o controle dos sintomas da depressão. O tempo tratou de mostrar que era e continua sendo insuficiente tratar a depressão e suas múltiplas variações apenas por este ângulo. Apesar de já ser um produto maduro do ponto de vista comercial, ainda assistiu um aumento de 57% no período estudado, mesmo fazendo parte do conjunto de medicamentos ofertados gratuitamente pelo sistema público de saúde.

O fármaco *escitalopram* foi lançado na década de 2000 e é um antidepressivo da mesma categoria da *fluoxetina*, os chamados ISRS. Quimicamente o *escitalopram* é um isômero do *citalopram*, lançado na década de 1990, porém com mais especificidade na ação e tendo um efeito ansiolítico secundário muito importante, dispensando muitas vezes o uso de ansiolíticos BZD conjuntamente. O consumo deste isômero foi substituindo o *citalopram* gradativamente ao longo desta primeira década até superá-lo em vendas. Atualmente, o *escitalopram* se tornou um dos fármacos mais importantes prescritos pelos médicos para a depressão. No período analisado observamos um aumento expressivo de consumo de 173% do *escitalopram*.

A pesquisa realizada evidencia uma quase epidemia de consumo de substâncias psicoativas em curso no Brasil e que não é recente, evidenciando um processo contínuo e acelerado. Numa série histórica maior, certamente encontraremos números ainda mais alarmantes de crescimento consistente do consumo destes fármacos; pelas razões já expostas, ora pelas deficiências do ensino e exercício da medicina e o relacionamento com o poderoso lobby da indústria farmacêutica, ora pelas próprias deficiências do sistema de saúde pública, e ora pela cultura popular de automedicação que burla a regulação sanitária. O ponto a ser destacado é a magnitude desses números e sua progressão. Devemos levar em conta que temos aqui apenas uma pequena amostra dos principais fármacos, sendo este universo de consumo muito maior.

Portanto, as dificuldades e conflitos no ambiente laboral com a precarização contínua das relações de troca em curso na sociedade contemporânea e a insegurança do trabalhador frente ao futuro, podem também serem observadas a partir deste sintoma demonstrado através do consumo desenfreado de substâncias psicoativas. Para a mediação dos conflitos causados pela precarização contínua do trabalhador, cabe ressaltar a relevância que alcançou o uso dessas

substâncias como modulador de sintomas, com vistas a manter o indivíduo em condições operacionais de trabalho.

Atualmente já são plenamente conhecidos os limites de alcance terapêutico dessa farmacologia tradicional, em cujas “capsulas de bem-estar” podemos inferir encontrar-se uma armadilha permanente para a reabilitação plena do indivíduo. Uma vez refém do uso continuado de substâncias psicoativas com vistas a aliviar o sofrimento psíquico, ao invés de superar o problema, na verdade estará com seu uso continuado contribuindo para cristalizar os sintomas e criando uma dependência medicamentosa perniciosa e o empobrecimento emocional.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, C. C. E. *et al.* Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da **equipe** de enfermagem. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 12-16, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/918>. Acesso em: 09 mar. 2020.
- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal, cap.II, in Gentili, Pablo; Frigotto, Guadencio [Orgs.]. **Cidadania negada**: política de exclusão na educação e no trabalho, Buenos Aires: CLACSO, 2000. 275 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. RDC 22, 2014. Anvisa. Regulamenta o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Nº 75, 29 de abril de 2014, Seção 1, Suplemento ANVISA, páginas 35 a 130
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 344, 1988. Anvisa, Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de maio de 1998. Anexo I.
- DARDOT, P; LAVAL, C. **A Nova do razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2017.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
- DENIKER, R. **La psychopharmacologie**, Paris: Press Universitaire de France, 1966.
- FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2018.
- FOUCAULT, M. **Crise da Medicina ou crise da antimedicina**, Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 1993. p. 79-98.
- FREUD, S. Mal-estar na civilização. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p. 129-194.
- WHO, **Depression and Other Common Mental Disorders**. Global Health Estimates. Geneva, Switzerland. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=0AE427F7BEF8EA0B9B9480C931AB42E9?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2021.

JORGE, M. S. B.; BEZERRA, M. L. R. Inclusão e Exclusão Social do Doente Mental no Trabalho: Representações Sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 551-558, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-7072004000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

MELO, H. P.; CASTILHO, M. Trabalho reprodutivo no Brasil: quem faz? **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 135-158, jan./abr. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-98482009000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2020.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. 306 f. Tese (Doutorado), Faculdade de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Revispsi**, v.3, n.1, set. 2003. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Artigo%204%20-20V3N1.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2021.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 3, 2001.

ROSE, M. **O Saber no trabalho: valorização da inteligência do trabalhador**. São Paulo: SENAC, 2007.

SAFATLE, V; JUNIOR DA SILVA, N; DUNKER, C. (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica 2021.

TANCREDI, Francisco Bernardini. **Consumo de medicamentos benzodiazepínicos no Brasil - 1970 a 1985: estudo comparativo de tendências**. 1986. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986. doi:10.11606/T.6.2016.tde-26072016-172521. Acesso em: 04 abr. 2021.

ZANELLI, J. C., SILVA, N., & SOARES, H. **Orientação para aposentadoria nas organizações: projetos para o pós-carreira**. Porto Alegre: ARTMED, 2010.