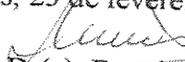


**DUÍLIO ANTERO DE CAMARGO**

Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação Ciências Médicas da  
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,  
para obtenção do título de Mestre em Ciências  
Médicas, área de Saúde Mental do(a) aluno(a)  
**Duílio Antero de Camargo.**

Campinas, 23 de fevereiro de 2005.

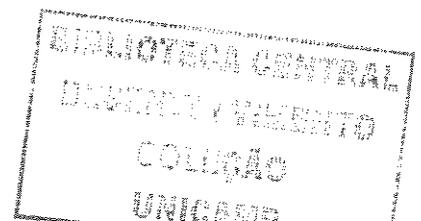
  
Prof(a). Dr(a). Dorgival Caetano  
Orientador(a)

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL:**

Aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos  
transtornos mentais e do comportamento  
relacionados ao trabalho

**CAMPINAS**

**2004**



*DUÍLIO ANTERO DE CAMARGO*

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL:**

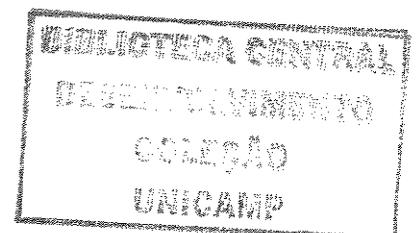
Aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos  
transtornos mentais e do comportamento  
relacionados ao trabalho

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas,  
área de concentração em Saúde Mental.*

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Dorgival Caetano

**CAMPINAS**

**2004**



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	C14p
V	EX
TOMBO BC/	05656
PROC.	6-86-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	14-9-05
Nº CPD	

Bib. ind 384325

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

C14p Camargo, Duílio Antero de  
 Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho / Duílio Antero de Camargo. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Dorgival Caetano  
 Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
 Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Medicina do trabalho. 3. Doenças profissionais. 4. Jurisprudência. 5. Stress ocupacional. I. Caetano, Dorgival. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CT/fcm

**Banca examinadora da tese de Mestrado**

---

**Orientador: Prof. Dr. Dorgival Caetano**

---

**Membros:**

---

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

**Curso de Pós- Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade de Campinas.**

---

**Data:**

---

200520648

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais Octacílio (in memoriam) e Alzira pelo exemplo de vida, amor, dignidade e respeito.*

*A Maria Rita, pela presença constante, afeto, incentivo e apoio em todos os momentos.*

*Ao Adriano e Danilo, filhos queridos, sempre presentes, razão deste e de tantos outros projetos pela vida.*

*Ao Dirceu, Leonor, Maria Antônia, Ana Cristina, Marco e Mauricio pelo incentivo e exemplo de luta.*

Ao meu orientador, Professor Doutor Dorgival Caetano, pela oportunidade, firmeza, paciência e perseverança na condução deste projeto, motivando-me com seu exemplo de amor à ciência, o meu mais profundo agradecimento.

A Professora Doutora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, a quem devo toda minha iniciação científica, não apenas pela riqueza de conhecimentos mas também pelo acolhimento no Laboratório de Saúde Mental e Trabalho. Minha eterna gratidão pelo apoio, incentivo, disponibilidade e colaboração.

Ao Professor Doutor José Inácio de Oliveira, pela valiosa colaboração neste e em outros projetos científicos.

Ao MM. Juiz Professor Dr. Antonio Rigolin, pelos ensinamentos e fundamentos jurídicos imprescindíveis para a realização deste estudo.

Ao ilustre advogado Dr. Marco Cezar de Arruda Guerreiro pelo incentivo e apoio profissional no decorrer da pesquisa e coleta de dados.

A Maria Rita Bordini Camargo, a quem muito devo pelo apoio incondicional e colaboração incansável.

Ao Adriano Bordini Camargo e Danilo Bordini Camargo, pelo carinho, motivação e suporte técnico nas pesquisas e processamento de dados.

Aos Professores Doutores Joel Sales Giglio e Evandro Gomes de Matos, pelas valiosas sugestões e ensinamentos no Exame de Qualificação.

Aos Professores Doutores Lys Ester Rocha e Júlio César Fontana Rosa, pelo apoio, colaboração e incentivo.

Aos colegas do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do DPMP/FCM/UNICAMP, pelo acolhimento, incentivo e participação.

Aos colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP, pela receptividade e colaboração.

Aos colegas das Secretarias de Saúde das Estâncias Turísticas dos Municípios de Salto e Itu, pelo apoio e incentivo.

---

	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxiii</i>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	27
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	33
<b>OBJETIVOS</b> .....	39
<b>CAPÍTULOS</b> .....	43
<b>CAPÍTULO I-</b> Psiquiatria Ocupacional I: Aspectos históricos e conceituais.....	45
<b>CAPÍTULO II-</b> Psiquiatria Ocupacional II: Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho.....	71
<b>CAPÍTULO III-</b> Psiquiatria Ocupacional III: Síndromes Psiquiátricas não-Orgânicas relacionadas ao trabalho.....	105
<b>CAPÍTULO IV-</b> Psiquiatria Ocupacional IV: Síndromes Psiquiátricas relacionadas aos acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais, e aos fatores psicossociais do trabalho.....	141
<b>CAPÍTULO V-</b> Psiquiatria Ocupacional V: Aspectos periciais das Síndromes Psiquiátricas relacionadas ao trabalho.....	175
<b>CAPÍTULO VI-</b> Psiquiatria Ocupacional VI: Aspectos jurisprudenciais dos Transtornos Mentais relacionadas ao trabalho.....	209
<b>DISCUSSÃO GERAL</b> .....	235
<b>REFERÊNCIA GERAL</b> .....	239

<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ANAMT</b>	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças (10 <sup>a</sup> Revisão)
<b>DPPM/FCM</b>	Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
<b>DOU</b>	Diário Oficial da União
<b>HIV/AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>LSMT</b>	Laboratório de Saúde Mental e Trabalho
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MT</b>	Ministério do Trabalho
<b>NR</b>	Normas Regulamentadoras
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAIR</b>	Perda auditiva induzida por ruído
<b>PCMSO</b>	<i>Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional</i>
<b>PPRA</b>	<i>Programa de Prevenção de Riscos Ambientais</i>
<b>TMC/RT</b>	Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

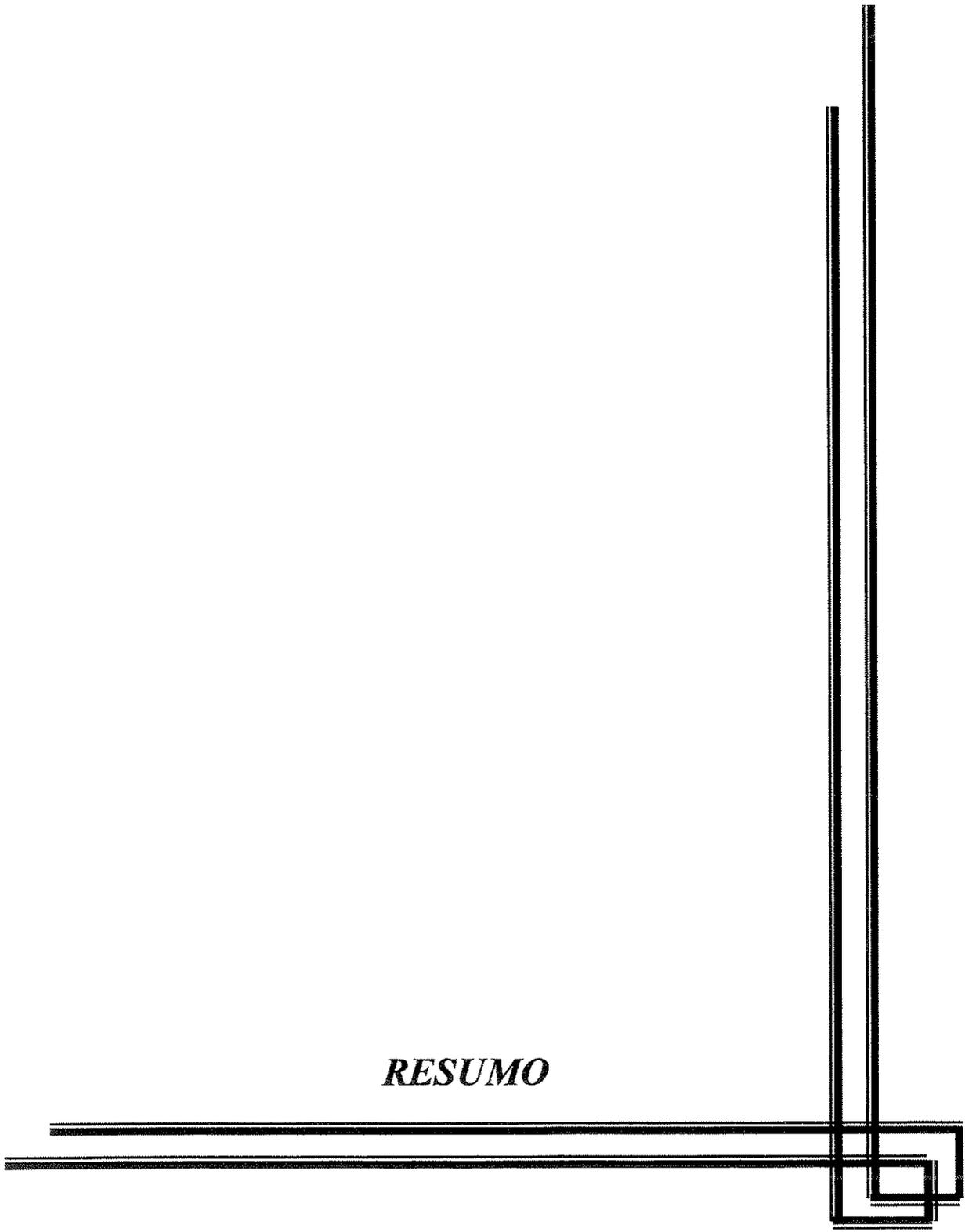
	<i>Pág.</i>
<b>Tabela 1</b> Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho e seus agentes etiológicos.....	80
<b>Tabela 1</b> Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados com o trabalho e seus agentes etiológicos.....	152
<b>Tabela 1</b> Relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional com os respectivos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho.....	189
<b>Tabela 1</b> Agentes patogênicos e sintomas psiconeurológicos (descrição jurídica).....	219
<b>Tabela 2</b> Casos julgados com reconhecimento do nexo causal.....	222
<b>Tabela 3</b> Período investigado e número de casos.....	229
<b>Tabela 4</b> Síndromes psiquiátricas destacadas nas ementas dos processos e o número de casos.....	230
<b>Tabela 5</b> Nexo causal encontrado nos processos e o número de casos.....	231

*LISTA DE QUADROS*

---

	<i>Pág.</i>
<b>Quadro 1</b> Cronologia dos principais trabalhos de Seligmann-Silva.....	61

*RESUMO*



Em seu amplo campo de atuação e através dos conhecimentos acumulados, a área da Saúde Mental e Trabalho, acolhe e dá suporte a várias especialidades médicas, entre elas a Psiquiatria Ocupacional, cujo renascimento se deve ao crescente aumento de transtornos mentais nas atividades laborais e as novas leis de proteção à saúde do trabalhador.

Nesse enfoque mais recente da Psiquiatria Ocupacional, depara-se com a carência de conceitos e abordagens atuais e a insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos nessa área, motivo que nos levou a estudar o tema. Foram usados os referenciais teóricos utilizados no Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT) do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A metodologia empregada fundamentou-se em dois estudos exploratórios, sendo um descritivo e outro analítico sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho. No plano descritivo realizou-se um levantamento bibliográfico acerca dos aspectos históricos, conceituais, diagnósticos das síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho. No plano analítico, apresentou-se o “Protocolo para investigação do nexos causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho”, analisando-se também 56 jurisprudências que tiveram o reconhecimento desse nexos pela Justiça.

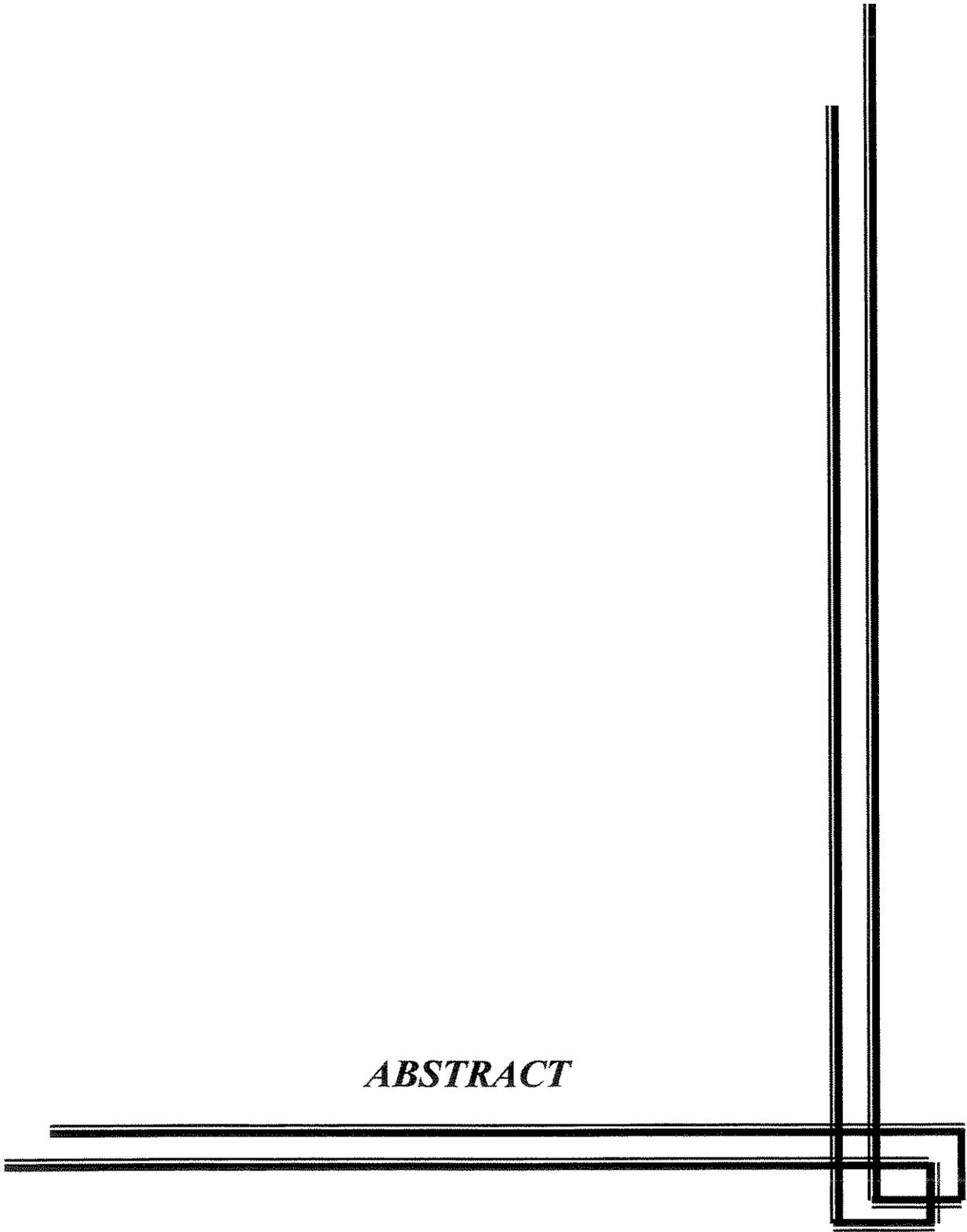
Iniciou-se este estudo com uma breve retrospectiva histórica, priorizando na seqüência, os aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e de comportamento relacionados ao trabalho diante da crescente demanda da sua utilização prática. Para efeito didático dividiu-se os mesmos em duas grandes síndromes (orgânica e não-orgânica), contidas na Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995- MPAS). Percebeu-se posteriormente, a necessidade de se descrever também os transtornos mentais relacionados aos acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e aos fatores psicossociais do trabalho. Nos aspectos periciais dessas síndromes abordou-se, as questões teóricas e práticas da psiquiatria forense e da perícia em medicina do trabalho. No último Capítulo é apresentada a jurisprudência relativa a processos julgados em que o nexos causal foi reconhecido.

A alta incidência de transtornos mentais entre os trabalhadores- cerca de 30% de transtornos mentais menores e 5 a 10% graves (O.M.S., 2001); a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho em nosso meio - o transtorno mental é a terceira causa, superada apenas pelos acidentes e doenças osteomusculares, mostram a importância da Psiquiatria Ocupacional. Além disso, existem outras, tais como:

- 1) atuação como perito e assistente técnico na avaliação: a) do nexo causal e grau de incapacidade laborativa dos TMC/RT; b) das seqüelas psíquicas desencadeadas pelas doenças ocupacionais e acidentes de trabalho;
- 2) na execução de laudos e pareceres sobre os danos psíquicos relacionados com o trabalho: violência e o assédio sexual no trabalho entre outras.

Apesar do estudo estar direcionado para as questões psiquiátricas do tema, o mesmo teve a preocupação de fornecer conceitos úteis e necessários a todos os profissionais da saúde mental do trabalho.

*ABSTRACT*



The field of “Mental Health and Work” welcomes and gives support to many medical specialties, including Occupational Psychiatry. The rising of interest in the latter is due to the ever increasing mental upset in professional settings, on the one hand, and new laws that protect the worker's health, on the other.

Occupational Psychiatry besides lacking in concepts has also shown inadequacy and lack of uniformity of conducts on the part of the professionals involved. The theoretical framework is in tune with the approach proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

The investigation consisted of tow exploratory studies: one descriptive and the other analytic. They examined mental upset related to the work. The former was a review of the literature concerning historical and conceptual aspects and diagnoses of psychiatric syndromes related to the work. The latter, produced a "Protocol for investigating causal connections between mental and behavior disorders on the one hand, and work, on the other. These connections are illustrated by 56 jurisprudences.

This study starts with a brief historical review focusing on conceptual, diagnostic and forensic aspects of mental disorders related to the work. The latter were divided into two large syndromes: organic and non-organic (Professional Diseases related to Work; Decree n° 3.048/99, DOU 15/05/995 - MPAS).

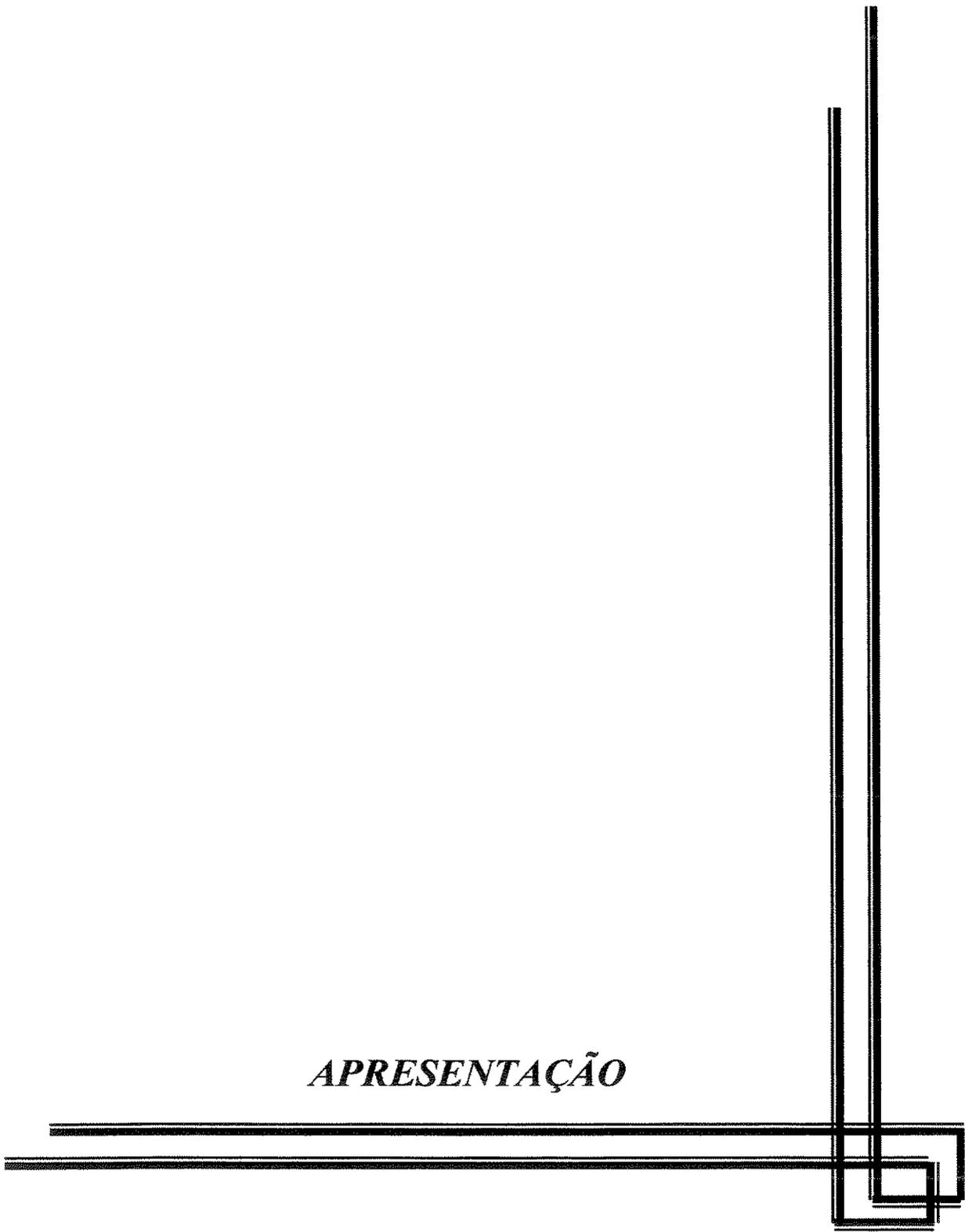
It is also described mental disorders related to occupational accidents, occupational diseases and psychosocial factors at the work setting. The importance of Psychiatrists to learn about mental disorders related to work rests upon factors such as: (i) high incidence of mental disorders among workers: about 30% for minor and 5-10% for major mental disorders (WHO, 2001); (ii) concession of social welfare benefit for temporary incapacity for the work in. In Brazil mental disorders come third on the list of disabilities, they are second only to accidents at work and osteo-muscular diseases.

Furthermore, psychiatrists are often required:

- (i) To act as expert and technical adviser in the evaluation of both causal connection between mental disorder and work and the degree of occupational incapacity, as well as in the assessment of psychological handicaps caused by occupational diseases and occupational accidents;
- (ii) To assess the psychological damage related to work, e.g., in cases of mobbing and sexual harassment.

Although this study aimed mainly at psychiatrists, other mental health professionals can also benefit from it. This Dissertation finishes with the presentation of the jurisprudence pertaining to suits in which the causal connection was recognized.

*APRESENTAÇÃO*



Este estudo resume de certa forma a trajetória ocupacional do mestrando, nas suas funções de psiquiatra (clínico e forense) e médico do trabalho, que vem acompanhando nestas últimas três décadas, a evolução teórica e prática do que hoje, se convencionou chamar de Saúde Mental e Trabalho.

Desde a segunda metade da década de 1970, quando iniciamos a Residência Médica em Psiquiatria (Santa Casa- SP) e o Curso de Especialização em Medicina do Trabalho (UNIFESP), assistimos às lentas, mas significativas mudanças nas várias leis de proteção à saúde dos trabalhadores, à conscientização dos empregadores na melhoria do ambiente e das condições de trabalho, nas ações eficazes da medicina e da engenharia na prevenção desses agravos, que gradativamente foram levando a mudanças no perfil das enfermidades ocupacionais. Assim, dos distúrbios de natureza puramente orgânica, passou-se a valorizar, os distúrbios de origem emocional, que antes não recebiam a devida consideração.

Há sete anos como membro titular e fundador, do LSMT/DPMP/FCM/UNICAMP vimos crescer, o interesse nas pesquisas da área, culminando com este estudo sobre a Psiquiatria Ocupacional.

Estruturado no formato alternativo de disponibilização de dissertação de Mestrado aprovado pela UNICAMP, segundo Deliberação CCPG-001/98, este estudo obedece, os seguintes critérios: Introdução Geral; Objetivos de cada “paper”; os “papers” propriamente dito; Discussão geral; Conclusão geral; Referência geral e anexos.

Na Introdução geral, são descritos de forma concisa os principais aspectos da Psiquiatria Ocupacional e posteriormente os Objetivos geral e Específicos bem como os Objetivos de cada “paper”. Assim o conteúdo desta investigação é apresentado e detalhado nos Capítulos I, II, III, IV, V, VI, pela exposição de cada “paper”.

O Capítulo I, denominado de “Psiquiatria Ocupacional I: aspectos históricos e conceituais”, descreve a evolução histórico-conceitual dessa especialidade a partir das diversas áreas do conhecimento científico (médico, psicológico e outros), desde a Antigüidade até os dias atuais. O mesmo foi publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, volume 53, número 5, setembro/outubro de 2004, p. 321-330.

O Capítulo II, designado por “Psiquiatria Ocupacional II: Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho”, analisa os princípios diagnósticos,

manifestações clínicas e psíquicas dessas síndromes que são em grande parte desencadeadas por produtos químicos neurotóxicos, os quais produzem lesões diretamente no cérebro também pelos efeitos deletérios do alcoolismo crônico.

O artigo foi submetido à publicação no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* em junho de 2004.

O Capítulo III - “Psiquiatria Ocupacional III: Síndromes Psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho”, estuda uma variada gama de transtornos mentais, desencadeados por conflitos emocionais vinculados às condições e à organização do trabalho, sendo investigado seus princípios diagnósticos, aspectos psicossociais e organizacionais.

O Capítulo IV, denominado de “Psiquiatria Ocupacional IV: Síndromes Psiquiátricas relacionadas aos acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais, e aos fatores psicossociais do trabalho”, descreve os aspectos diagnósticos, preventivos e periciais dessas síndromes, as quais têm uma elevada incidência em nosso meio.

O Capítulo V corresponde ao trabalho “Psiquiatria Ocupacional V: Aspectos periciais das Síndromes Psiquiátricas relacionadas ao trabalho” e trata das questões periciais psiquiátricas na área trabalhista no seu aspecto diagnóstico, do nexo causal, do grau de incapacidade e o dano psíquico atribuídos a essas síndromes.

O Capítulo VI, que recebeu a designação de “Psiquiatria Ocupacional VI: Aspectos jurisprudenciais dos Transtornos Mentais relacionadas ao trabalho” visa transmitir fundamentos teóricos e práticos básicos sobre responsabilidade civil do trabalho, relativa a: acidentes, doenças do e relacionadas ao trabalho . O referido Capítulo é concluído com um estudo de jurisprudências das ementas de processos julgados com o nexo causal reconhecido e também avalia aspectos relacionados à prevalência das síndromes psiquiátricas e do nexo causal.

Deve-se ressaltar que nos Capítulos II, III, IV, V é apresentado um “Protocolo para a investigação do nexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho”, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos

relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico, partindo-se de uma anamnese completa, direcionada para as questões ocupacionais e com relatos minuciosos dos antecedentes pessoais e familiares, além do exame físico, psíquico, e exames complementares.

Em síntese, pode-se observar na discussão geral, uma visão integradora dos resultados obtidos durante todo o desenvolvimento do estudo e, na conclusão geral os fundamentos científicos que dão suporte aos conhecimentos atuais teórico-práticos da Psiquiatria Ocupacional.

Deve-se registrar a participação efetiva, nesse estudo, de dois reconhecidos pesquisadores na área da saúde mental, psiquiatria e psicologia em nosso meio acadêmico: (i) Prof. Dr. Dorgival Caetano, Prof. Titular do DPMP/FCM/UNICAMP (Orientador) que coordenou os estudos de campo para países de língua Portuguesa e a tradução do Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças, na sua 10<sup>a</sup>. Revisão (CID-10), relativo a Transtornos Mentais e de Comportamento - tanto a versão “descrições clínicas e diretrizes diagnósticas” como a versão “critérios diagnósticos para pesquisa”. Foi também pioneiro do estudo do transtorno do pânico em nosso País. Deve-se também destacar sua importante contribuição no campo da Psiquiatria Ocupacional, como Orientador da Tese de Doutorado referente à investigação da Síndrome Neurasteniforme em trabalhadores, em 1995.

(ii) Profª. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, fundadora e Diretora do LSMT/ DPMP/FCM/UNICAMP, possui uma longa experiência e um extenso currículo dedicado ao ensino, pesquisa, atividades clínicas e periciais na área de Saúde Mental e Trabalho, tendo publicado inúmeros artigos e escrito vários livros relativos ao tema.

## *INTRODUÇÃO*

Este projeto de pesquisa vem ao encontro das necessidades dos profissionais de Saúde Mental e Trabalho (psiquiatras, médicos do trabalho e psicólogos) ao possibilitar uniformizar os procedimentos para a elaboração de diagnósticos e estabelecimento do nexo causal dos Transtornos Mentais e do Comportamento (TMC) relacionados ao trabalho.

Historicamente, a insalubridade e a periculosidade quase sempre estiveram presentes na maioria dos locais de trabalho, sendo que alguns fatores contribuíram para essa mudança, como as várias leis de proteção à saúde dos trabalhadores e também os avanços científicos e as ações eficazes da medicina e da engenharia na prevenção desses agravos.

Com o avanço da “Saúde Mental e Trabalho”, o enfoque desses distúrbios passou a ser mais uniforme e portanto melhor compreendido, principalmente pelo seu amplo espectro de atuação, tais como os efeitos do ambiente de trabalho na saúde física e mental, a qualidade de vida e trabalho, o estresse ocupacional, os aspectos psicossociais e trabalho. Esse campo de estudos, dentro de sua perspectiva multidisciplinar, acolhe especialidades médicas como a Medicina do Trabalho, a Psiquiatria, a Psicologia, cujas interfaces passamos a abordar sucintamente:

A Medicina do Trabalho, preocupa-se com os aspectos nocivos do ambiente do trabalho sobre a saúde do trabalhador. Um dos seus principais instrumentos é o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que consiste em promover e proteger a saúde física e mental do trabalhador, reduzir os índices de acidentes de trabalho e as doenças profissionais relacionadas com o trabalho, através de ações primárias e secundárias. Esse programa cobre exames médicos (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional) de realização obrigatória para os trabalhadores, com a finalidade de detectar precocemente prováveis enfermidades físicas e mentais.

Outro instrumento essencial para essa finalidade, é o Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), que juntamente com o PCMSO, descritos detalhadamente nas Normas Regulamentadoras (NR), fornecem amplas condições para compreender-se os efeitos danosos do ambiente laboral na saúde do trabalhador.

A Psicologia, através da Psicologia Organizacional e do Psicodiagnóstico, contribui de forma significativa com a Psiquiatria Ocupacional. A primeira, antes denominada Psicologia do Trabalho, vem ampliando seu campo de atuação e além da seleção de pessoal passou também a se preocupar com a melhoria das condições de trabalho, buscando uma adequação entre função e características individuais do trabalhador.

A Psiquiatria, por seu lado, estuda os transtornos mentais e do comportamento que acometem os indivíduos, utilizando como instrumento diagnóstico o Código Internacional das Doenças (CID-10, 1993) e como instrumento terapêutico os psicofármacos e a psicoterapia. Na prática diária, o psiquiatra clínico é freqüentemente solicitado para emitir o prognóstico sobre as questões laborativas do paciente, através de declaração, atestado ou parecer e na esfera forense emitir o laudo técnico, civil, criminal e trabalhista.

O conhecimento acumulado pela área da Saúde Mental e Trabalho serve também como base na elaboração diagnóstica, quando ocorrem as discussões sobre o nexo causal e o grau de incapacidade laborativa provocado pelos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, dentro do que preceitua o Decreto nº 3048/99 - DOU 12/05/99, nº89 - do M.P.A.S., sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Segundo Jardim (2000), essa Lista elaborada por uma comissão de especialistas em Patologia do Trabalho, adotou a noção ampla de “doenças relacionadas ao trabalho”, o que permitiu a superação da confusa diferenciação entre “doenças profissionais” e “doenças do trabalho”, presentes na lei anterior (lei nº 8.213/91 e decreto 2.172/97).

Deste modo, as doenças relacionadas com o trabalho são classificadas de acordo com o tipo de relação existente entre as mesmas e o trabalho, seguindo a classificação proposta por Schilling, divididas em 3 grupos, aqui descritas numa perspectiva dos TMC :

**Grupo I-** aquelas em que o trabalho é causa necessária, como nos casos psiquiátricos determinados pelas intoxicações ocupacionais; **Grupo II-** quando o trabalho pode ser um fator de risco contributivo mas não necessário, como nos episódios depressivos

associados aos efeitos da reestruturação produtiva e do desemprego; **Grupo III-** doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou seja concausa, como no caso do Burnout, síndrome encontrada em trabalhadores que sofreram um “esgotamento profissional”, cuja ocorrência está vinculada a uma exposição contínua a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho .

São por demais conhecidas as dificuldades práticas do uso das classificações diagnósticas em virtude do seu caráter multiaxial e muitas vezes não são valorizados os fatores relacionados ao trabalho. Embora as classificações diagnósticas atuais sejam consideradas como limitadas para uso em questões laborais, buscou-se nas várias seções da CID-10<sup>42</sup> subsídios necessários para tal finalidade. Deve-se analisar detalhadamente alguns critérios diagnósticos que levem em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psíquicos do trabalhador, os quais poderão ser utilizados nos exames ocupacionais de rotina (descritos no PCMSO), nas avaliações clínicas (ambulatoriais) e donexo causal.

Assim neste estudo identificamos inicialmente algumas dificuldades: a) na pesquisa de dados epidemiológicos em órgãos públicos de prevalência dos Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho; b) nos instrumentos para elaboração do diagnóstico dos TMC, reunindo os recursos da psiquiatria clínica, da medicina do trabalho e da psicologia (através do psicodiagnóstico); c) na uniformização dos procedimentos diagnósticos entre os profissionais da Saúde Mental, da Medicina do Trabalho e da Psicologia, diante dos TMC associados ao trabalho; e) nos subsídios para o estabelecimento do nexocausal desses transtornos.

## *OBJETIVOS*

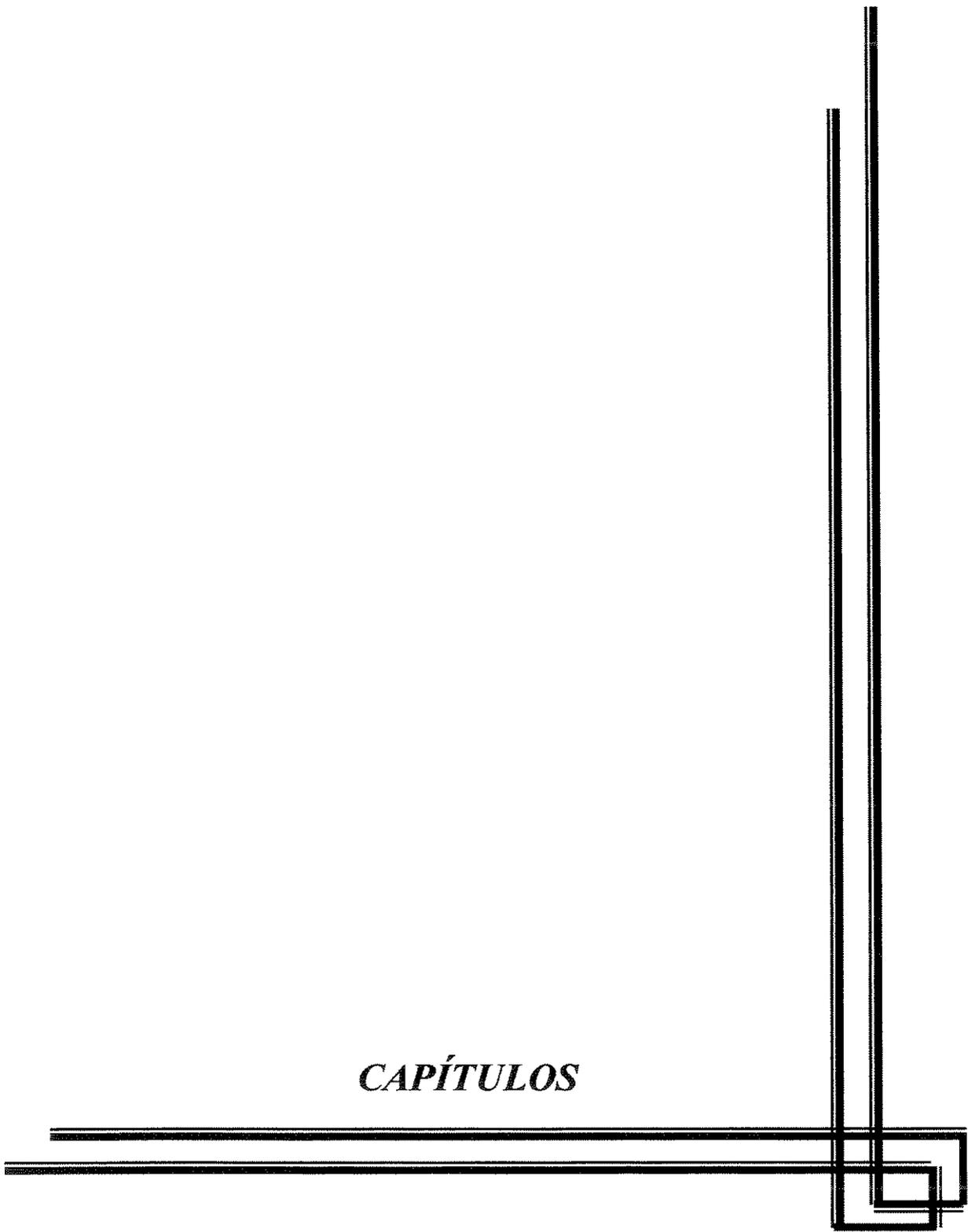
## **1- GERAL**

Instrumentalizar os profissionais de Saúde Mental e Medicina do Trabalho em suas avaliações diagnósticas e periciais dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho.

## **2- ESPECÍFICO**

- 1- Examinar a nova regulamentação do Ministério de Previdência e Assistência Social, sobre as doenças profissionais e do trabalho, especialmente no que se refere aos Transtornos Mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (TMC/RT), nos seus aspectos conceituais, diagnósticos e periciais;
- 2- Apresentar o “Protocolo para investigação donexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho”, no qual são analisados os riscos de natureza ocupacional, social e psíquico, buscando-se contribuir para a uniformização dos procedimentos entre profissionais da Saúde Mental e Medicina do Trabalho na realização diagnóstica dos TMC/RT e também oferecer subsídios para o estabelecimento do nexocausal desses transtornos;
- 3- Avaliar sob o ponto de vista psiquiátrico as jurisprudências comprobatórias do nexocausal dos TMC/RT.

*CAPÍTULOS*



**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL I:  
ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY I:  
HISTORICAL AND CONCEPTUAL ASPECTS**

## **PSIQUIATRIA OCUPACIONAL I: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**

### **OCCUPATIONAL PSYCHIATRY I: HISTORICAL AND CONCEPTUAL ASPECTS**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Profa. Dra. Líliliana A M Guimarães, DPMP/FCM/UNICAMP; Diretora do LSMT, do DPMP/FCM/UNICAMP; Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).
- 3- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP; Professor do Mestrado em Psicologia da Universidade do ABC.

#### **Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP - CEP: 13031-970 - Fone: 0xx19-3289-4819.

#### **\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-65424

E-mail: duiliocamargo@uol.com.br

Condomínio Jardim Theodora - Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## **RESUMO**

Este estudo é o primeiro de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta aspectos históricos e conceituais, fatores psicossociais e organizacionais envolvidos em seu manejo, campos de atuação e interfaces, a partir da abordagem feita pelo Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## **ABSTRACT**

This study is the first of a series on Occupational Psychiatry. It presents historical and conceptual aspects of Occupational Psychiatry as well as its interfaces, psychosocial and organizational aspects. The theoretical framework followed the model proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP).

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho.

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work.

## INTRODUÇÃO

Os termos Psiquiatria Ocupacional, Saúde Mental Ocupacional e Psiquiatria Industrial são mencionados num estudo de revisão realizado por McLean em 1927<sup>1</sup> em uma publicação no *American Journal of Psychiatry*. A *World Psychiatric Association*<sup>2</sup> na atualidade, usa como terminologia “Occupational Psychiatry” – Psiquiatria Ocupacional, termo adotado no presente estudo. Referências internacionais utilizando a mesma terminologia são encontradas na literatura a partir de 1990 nos EUA, com a criação da *Academy of Organizational and Occupational Psychiatry*<sup>3</sup> que passou a congrega profissionais preocupados com a saúde mental do trabalhador e o mundo do trabalho.

Em 1997<sup>4</sup>, passou-se a utilizar a denominação Psiquiatria Industrial ou Ocupacional, fazendo-se referência ao desajuste vocacional e aos aspectos psiquiátricos no trabalho.

Na atualidade, a Psiquiatria Ocupacional, inserida necessariamente nos campos teórico e interdisciplinar da Saúde Mental e Trabalho, começa a se destacar devido a crescente incidência dos transtornos mentais e do comportamento, relacionados ao trabalho, detectada principalmente após a publicação em maio de 1999 da Nova Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/99) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>5-6</sup>. Tal fato evidencia a importância dos psiquiatras conhecerem melhor essa área, sua história, interfaces, e também seus aspectos preventivos, clínicos, terapêuticos, periciais e jurídicos.

Segundo dados atuais da Organização Mundial da Saúde<sup>6</sup>, há uma alta incidência de transtornos mentais entre os trabalhadores: cerca de 30% de transtornos mentais menores e 5 a 10% graves. Em face da abrangência e relevância do tema, os autores do presente artigo publicarão uma série de outros artigos relativos à síndromes psiquiátricas orgânicas e não orgânicas relacionadas ao trabalho e seus aspectos periciais e jurídicos, entre outros.

A evolução histórica da medicina, da psiquiatria e suas interfaces com o mundo do trabalho, são analisadas visando uma melhor compreensão do sofrimento psíquico dos trabalhadores, através das suas lutas e conquistas por melhores condições de trabalho, desde os primórdios da humanidade até os dias atuais.

Neste artigo serão abordados o campo da psiquiatria ocupacional, suas características evolutivas, conceituais e interfaces, finalizando-se com a apresentação dos aspectos psicossociais e organizacionais relacionados ao trabalho.

### **Aspectos Históricos da Psiquiatria Ocupacional**

Historicamente a insalubridade e a periculosidade sempre estiveram presentes na maioria dos locais de trabalho. Basta lembrar, dentre inúmeros exemplos, das intoxicações por metais pesados (chumbo, mercúrio, manganês, etc.) e das longas e exaustivas jornadas de trabalho (comum até as primeiras décadas do século passado), que provocavam graves sofrimentos e minavam a saúde física e mental do trabalhador.

A partir de uma perspectiva antropológica relacionada ao trabalho<sup>7</sup>, pode-se dizer que até o ano 9.000 a.C. o Homem, vivia do que coletava ou caçava. Dai até 7.000 a.C. (Era Neolítica) surgiu a agricultura com o cultivo do trigo e da cevada, iniciando-se a criação de animais com a domesticação do carneiro, bois e porcos. Muitos séculos depois, com a necessidade de estocar os alimentos excedentes, nascia a arte da cerâmica.

Com a evolução das sociedades primitivas foram aparecendo sofisticadas tecnologias para a época, e com o desenvolvimento no 3º e 4º milênios a.C. aprendeu-se a utilizar a força dos animais e da natureza - criaram-se o arado, o carro de boi, controlou-se a energia dos ventos e da água - e descobriram-se os processos químicos para a fundição dos minérios de cobre. Pequenas aldeias agrícolas foram se transformando em grandes cidades com indústrias rudimentares, fazendo surgir os trabalhadores especializados atuando, e.g., no serviço público, os artesãos, e os que construíaam canais para irrigar os campos e drenar os pantanais, diques e aterros. Quando o excedente passou a tomar vulto, com o poder concentrando-se nas mãos de poucos que dominavam socialmente os outros, passou-se a explorar o homem como instrumento econômico - surgiram o trabalho escravo e a escravidão.

O desenvolvimento do trabalho está relacionado à evolução da medicina e da psiquiatria. Nos povos da Antigüidade<sup>8</sup>, como os mesopotâmicos (cerca de 2.500 a.C.), as doenças mentais eram atribuídas à possessão demoníaca, sendo tratadas por métodos mágico-religiosos através da figura dos médicos-sacerdotes. Papiros egípcios já mostravam

por volta de 1550 a.C. a descrição do cérebro, como a sede das funções mentais e os hebreus (1000 a.C.) acreditavam em um único Deus, causador da saúde e da doença.

Os primeiros relatos sobre as questões saúde, doença e ambiente de trabalho, surgem a partir da civilização grega antiga com Hipócrates (460 a 375 a.C.) que constatou as conseqüências danosas do meio ambiente no trabalhador ao descrever a intoxicação saturnina em um manuscrito clássico denominado “Ares, Águas e Lugares“, abordando as relações entre o ambiente (clima, topografia) e a saúde<sup>9</sup>. Plínio, o Velho (79 a.C.), visitando os locais de trabalho relatou o uso de máscaras protetoras pelos escravos feitas de pano ou membranas para reduzir a inalação de poeira. Em sua obra “*De Historia Naturalis*”, também faz alusão às doenças dos trabalhadores expostos ao chumbo, ao mercúrio e as poeiras<sup>9</sup>.

Na Era Clássica<sup>8</sup>, assim denominada pelo apogeu da civilização greco-romana, encontram-se nos poemas de Homero (aproximadamente 1000 a.C.) referências sobre a insanidade mental, a qual era atribuída aos castigos dos deuses. Relatos sobre os delírios tóxicos orgânicos e sintomas depressivos, foram imputados aos médicos hipocráticos que também são apontados como responsáveis pela primeira classificação das doenças mentais e dos tipos de personalidade. Os mesmos autores<sup>8</sup> referem ainda que a contribuição dos povos romanos para o desenvolvimento da psiquiatria é conferida ao filósofo Cícero (106 – 43 a.C.) e principalmente ao médico Sorano, que deixou registrado no livro “Da Doença Aguda e da Doença Crônica” vários capítulos sobre a *frenitis* ou doenças da mente, descrevendo-as em termos de “perturbação mecânica orgânica”.

Após a queda do império romano e durante todo o período medieval, também conhecido por idade das trevas, ocorreu uma revivescência da demonologia, das explicações espirituais e dos exorcismos. Weyer, à época apontado como um dos primeiros médicos psiquiatras, lutou contra essas crenças, explicou as psicoses coletivas e ressaltou a importância de conhecer melhor a patogenia dos fenômenos mentais<sup>10</sup>. Georgius Agricola, em publicação datada de 1556, faz referência à “asma dos mineiros”, que devido às poeiras corrosivas emanadas da extração de ouro e prata e sua fundição, acarretava a morte precoce desses trabalhadores e suas graves repercussões psicossociais como a viuvez de suas esposas, que chegavam a casar-se até sete vezes<sup>9</sup>.

A partir do século XVIII houve o reconhecimento pelos filósofos, das funções da mente, com Descartes estabelecendo a dicotomia mente-corpo que trouxe profundas influências no pensamento médico vigente <sup>10</sup>.

Em 1700, Ramazzini<sup>11</sup>, conhecido como o “pai da Medicina do Trabalho” descreveu no seu livro “*De Morbis Artificum Diatriba*” (traduzido como As Doenças dos Trabalhadores) mais de 50 ocupações e as respectivas enfermidades por elas provocadas, enfatizando a importância da relação entre as questões “ambientais” e os “ocupacionais” nos trabalhadores e o impacto dos problemas ambientais na população exposta<sup>11</sup>. Uma leitura dessa fascinante obra, sob a ótica da Psiquiatria Ocupacional, revela registros importantes do sofrimento biopsicossocial dos trabalhadores de então, relatados a seguir. Sobre os artesãos douradores intoxicados pelo mercúrio, ele descreve: “*por não ter cuidado com as emanações do mercúrio, primeiramente ficou caquético, com o rosto pálido, a face cadavérica, os olhos inchados, sentia dispnéia, e apresentava confusão mental*”. Sobre os oleiros, que trabalhavam com cerâmica e eram contaminados pelo chumbo: “*primeiramente surgem tremores nas mãos, depois ficam paralíticos, dementes, caquéticos, desdentados e com lienteria (diarréia), sendo raro encontrar-se um oleiro que não exiba fascies plúmbea e cadavérica*”. Narra que um estanhador (que lidam com estanho) foi “*atacado primeiramente de tosse, depois de grande ansiedade e dificuldade respiratória, principalmente à noite, vagando como noctâmbulo pela casa*”. Dos pintores, enfatizou a melancolia atribuída à maléfica natureza dos corantes, e sobre as mulheres que residiam próximo às oficinas de azeiteiros, curtidores e de fabricantes de vela de sebo: “*ataques de histeria por culpa desses odores pestilenciais*”. Comenta que vinhateiros, cervejeiros e destiladores, que trabalhavam nestas funções durante todo o inverno, ficavam “*dementes e sofriam de vertigens, mostrando-se fracos, macilentos, tristes e com pouco apetite*”. Em relação aos padeiros, registrou: “*que são geralmente artifices noturnos; quando os outros artesões terminam a tarefa diária e se entregam a um sono reparador de suas fatigadas forças, eles trabalham de noite e dormem quase todo o dia, como as pulgas, pelo que temos nesta cidade antípoda, que vivem ao contrário dos demais homens*”.

Em 1856 foi descrita na França a intoxicação ocupacional ocasionada pelo sulfeto de carbono, caracterizada por depressão, que fazia com que o trabalhador perdesse sua força de vontade, sua auto-estima e sua memória<sup>9</sup>. Por volta de 1895, introduziu-se o

conceito de *sinistrose* - em virtude das novas leis sobre a incapacidade ocupacional decorrente de acidente de trabalho, passou-se a observar que os acidentados, mesmo quando recuperados, continuavam queixando-se de dores e de uma infinidade de perturbações subjetivas como estado vertiginoso, angústias, parestesias e outros<sup>12</sup>. O psiquiatra e médico do trabalho francês Dejours descreve a evolução da luta por melhores condições de trabalho no continente europeu através das conquistas sociais alcançadas pelos trabalhadores, dividindo-a em três períodos principais<sup>13</sup>:

- 1º) Século XIX até a I Guerra Mundial: esse é um período classicamente conhecido da luta pela sobrevivência no trabalho e caracterizado por um ambiente de trabalho altamente agressivo à saúde física e mental dos trabalhadores devido a jornada de trabalho de 12 a 16 horas, à atuação de crianças a partir de 7 anos de idade e a ambientes insalubres com graves riscos de acidentes de trabalho e alta mortalidade. Após anos de desamparo legal, os direitos dos trabalhadores começaram a ser reconhecidos a partir desse século, quando começaram a surgir na Europa as primeiras leis sobre as condições de trabalho, que Dejours assim destaca: redução do tempo de trabalho para as mulheres e crianças, em 1892; a lei sobre higiene e segurança, em 1893; a lei sobre acidentes de trabalho e outra referente à redução da jornada de trabalho diária para dez e depois para oito horas, em 1898. Paralelamente, foram surgindo as seguintes leis sociais específicas sobre a saúde dos trabalhadores: criação nas minas, de delegados de segurança (1890); higiene e segurança dos trabalhadores da indústria (1893); acidentes de trabalho e sua indenização (1898); aposentadoria dos mineiros (1905); aposentadoria para os trabalhadores após 65 anos de idade (1910).
- 2º) Primeira Guerra Mundial a 1968: começam a surgir através dos movimentos organizados dos operários, lutas pela proteção da saúde, prevenção das doenças profissionais e das intoxicações ocupacionais, destacando-se o decreto de 1913 que leva algumas empresas a organizar exames pré-admissionais. A inspeção médica das fábricas de guerra em 1915, é considerada a base da medicina do trabalho. Surgem no fim da guerra importantes leis relativas à indenização por doenças como: o reconhecimento das doenças profissionais (1919); a criação de um comitê consultivo de seguros contra acidentes de trabalho (1919); dispositivos de segurança de proteção para aqueles que trabalham nas máquinas (1951).

- 3º) Após 1968: a luta pela saúde do corpo passa a prevalecer, sendo cada vez mais valorizadas as questões relacionadas a melhores condições de trabalho (riscos ambientais, higiene, segurança e outros) e da organização do trabalho (conteúdo da tarefa, sistema hierárquico e outros).

Quatro principais acontecimentos históricos ligados à Psiquiatria Mundial nestes últimos séculos repercutiram de forma importante na Psiquiatria brasileira: intervenção realizada por Pinel, na França, no final do século XVIII, separando os doentes mentais dos delinquentes comuns; teorias propostas por Freud sobre as manifestações do inconsciente, no final do século XIX; introdução dos psicofármacos na prática médica na década de 1950; e transição da psiquiatria clínica para as propostas preventivas da Saúde Mental, a partir da década de 1960<sup>14</sup>.

Tratados clássicos de psiquiatria de uso corrente em nosso meio mostram algumas contribuições significativas de médicos psiquiatras à área da Psiquiatria Ocupacional. Já na década de 1940 incluíam-se as profissões entre as inúmeras causas predisponentes e determinantes das doenças mentais. Os habitantes do campo seriam menos propensos aos distúrbios mentais que os cidadãos, pois não estavam sujeitos a ruído, tensão nervosa, concorrência vital e outros fatores maléficos das grandes cidades. Já os trabalhadores das indústrias químicas e metalúrgicas estariam sujeitos a desordens psíquicas decorrentes das intoxicações profissionais resultantes da absorção de vapores, ácidos e outras substâncias nocivas ao sistema nervoso: *“os taberneiros, os empregados de hotéis e restaurantes, os cervejeiros são as maiores vítimas do alcoolismo, dada a facilidade que têm de ingerir bebidas alcoólicas”*<sup>15</sup>.

Da mesma época, encontra-se uma rica descrição sobre os acidentes de trabalho e desordens mentais com importantes comentários referentes aos distúrbios psíquicos e o risco profissional, doenças profissionais e acidentes de trabalho, observação dos acidentados com distúrbios mentais, neuroses pós-traumáticas, estados neurastênicos e psicastênicos conseqüentes a traumatismos e acidentes de trabalho e neuroses emotivas. São descritos também as novas leis sociais, os direitos e riscos da invalidez e as subvenções às famílias<sup>12</sup>. Pacheco e Silva<sup>12</sup> refere-se a autores como, Erichsen, Oppenheim e Verger que estudaram o tema “neuroses pós-traumáticas”, decorrentes de acidentes relacionados ao trabalho em ferrovias e acidentes comuns, registrando assim sua importância nas questões

médico-legais e inclusão nas leis sobre acidentes de trabalho. São descritas também as psicoses pós-traumáticas conseqüentes aos traumatismos cranianos de origem ocupacional, e é mencionada uma perícia médica em um operário alcoolista que veio a falecer de traumatismo craniano.

Em 1957 foram classificadas as alterações mentais provocadas pelo chumbo nos quadros de psicose produzidas por intoxicações involuntárias de origem exógena<sup>16</sup>.

Na década de 1960, numa importante publicação para a abordagem do meio socioprofissional e a psicopatologia da sociedade industrial<sup>17</sup>, foram analisados os efeitos da industrialização sobre a saúde mental, as classes sociais e as profissões. Nessa publicação cita-se, por exemplo, no item psiquiatria e classes sociais, a pesquisa epidemiológica realizada nos Estados Unidos, por Hollingshead e Redlich, que encontrou maior prevalência de neuroses em indivíduos de classes superiores e mais psicoses em classes inferiores. Esses autores, ao abordarem psiquiatria e profissão, citam os estudos de Myra (1937), na Espanha, que, numa amostra de 6 mil sujeitos, verificou maior ocorrência de toxicomanias nos intelectuais e artistas, esquizofrenia nos estudantes de filosofia e teologia, delírios de perseguição nos agentes de polícia, tendências homossexuais nos cabeleireiros e cozinheiros e neuroses nas enfermeiras e assistentes sociais.

Em 1970, nos Estados Unidos<sup>18</sup> os tratados sobre psiquiatria social e comunitária ressaltam o papel das organizações sociais para o auxílio individual ou familiar na reabilitação profissional e ressocialização através de movimentos de saúde mental comunitária. Neste mesmo ano, publicou-se um capítulo especial sobre as características profissionais do médico, nos seus aspectos vocacionais, personalidade, processos de seleção e outros<sup>19</sup>.

Mayer-Gross, Slater e Roth<sup>20</sup> em 1972, no capítulo “Reações Exógenas e Psicoses Sintomáticas” discorreram sobre as “Intoxicações Industriais”, descrevendo os distúrbios provocados pelos metais pesados, arsênico, cianeto e outros venenos industriais.

Em 1979, alguns autores afirmaram que a intoxicação crônica pelo mercúrio pode resultar em um quadro neurasteniforme semelhante ao que ocorre com a intoxicação plúmbica<sup>21</sup>, enquanto outros autores enquadram as intoxicações provocadas pelo monóxido de carbono, sulfeto de carbono, manganês e chumbo no tema de psicose exotóxica de etiologia profissional ou acidental<sup>22</sup>. Também são descritas em 1988, as alterações mentais

decorrentes das intoxicações crônicas produzidas pelos solventes orgânicos (benzeno, tolueno), mercúrio e chumbo<sup>23</sup>.

Entre as importantes publicações científicas sobre aspectos psiquiátrico-forenses dentro da área trabalhista são aqui destacadas inicialmente os capítulos de Pacheco e Silva<sup>12</sup>, e os textos sobre perícia psiquiátrica em acidentes de trabalho<sup>24</sup>; neurose e direito do trabalho<sup>25</sup>; enfermidade mental no direito do trabalho e seguridade social<sup>26</sup>; e a área forense no trabalho<sup>27</sup>.

### **Psiquiatria Ocupacional no Brasil**

As atividades industriais brasileiras, nos três primeiros séculos de nossa história, ficaram restritas aos engenhos de açúcar e à mineração, sendo que a instalação de fábricas e os cursos médico (Bahia e Rio de Janeiro) se iniciou após a vinda da Corte Portuguesa (1808) e das primeiras unidades fabris, depois de 1840.

Os primeiros movimentos em relação ao que futuramente viria a se constituir no campo hoje denominado Psiquiatria Ocupacional, datam do século XIX, quando começaram a surgir as preocupações com os ambientes de trabalho, principalmente o perigo que certos locais, tais como cemitérios, matadouros, hospitais e fábricas, representavam para as cidades. Curiosamente, por volta de 1850, algumas teses de doutorado no Rio de Janeiro já abordavam temas como as fábricas de rapé e charuto, de velas de sebos e sabões, e seus impactos na saúde dos trabalhadores e na população vizinha. O mesmo ocorreu na Bahia em 1880, onde várias teses versavam sobre a intoxicação crônica profissional por chumbo que acometia principalmente os pintores<sup>9</sup>.

O início da industrialização no Brasil, portanto, é marcado por ambientes de trabalho altamente insalubres e perigosos, com máquinas rudimentares sem nenhuma proteção contra acidentes, jornada de trabalho de até 16 horas diárias, castigos físicos, trabalho infantil e o total descaso por parte das empresas e instituições governamentais com a saúde do trabalhador.

A partir de 1945, após a Segunda Grande Guerra Mundial, surgem grandes modificações nas indústrias e uma preocupação com a saúde dos trabalhadores. No Brasil, os sanitaristas dos órgãos oficiais e ligados ao ensino, passaram a estudar e publicar artigos sobre doenças e acidentes de trabalho, principalmente o saturnismo, pneumoconioses,

dermatoses profissionais e intoxicações pelo mercúrio, manganês, agrotóxicos, sulfeto de carbono, benzeno e outros solventes.

A seguir são listados, cronologicamente, os principais fatos e leis sobre a saúde do trabalhador em nosso País<sup>28</sup>:

1. 1890- primeira legislação sobre condições de trabalho industrial criada através do Conselho de Saúde Pública;
2. 1919- Lei de Acidentes do Trabalho;
3. 1920- indústria de fiação em São Paulo, contrata o que seria o primeiro médico de fábrica brasileiro;
4. 1923- Regulamento Sanitário Federal (Reforma Carlos Chagas) onde a higiene profissional e industrial seria incluída no âmbito da saúde pública; é criada a Inspetoria de Higiene e Segurança no Trabalho (1934), a qual, depois de várias mudanças de nome, é conhecida atualmente como Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST/MTb);
5. 1972- programa de Valorização do Trabalhador (Portaria nº 3237), que levou as empresas a instalarem serviços médicos, conforme o grau de risco e número de empregados. Iniciaram-se então os cursos especializados ministrados pela Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e medicina do Trabalho (Fundacentro) para a formação de Médicos do Trabalho;
6. 1977- Lei nº 6.514 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que trata da segurança e da saúde dos trabalhadores;
7. 1978- aprovação da Portaria nº 3214 pelo Ministério do Trabalho com as 28 Normas Regulamentadoras (NR) relativas à segurança e medicina do trabalho; em sua nova edição a NR-7 passou a ser denominada de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e a NR-9 - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) em 1994, promulgadas pelo Ministério do Trabalho (Convenção nº 161/85 da OIT);
8. 1999- Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, Portaria MS nº 1339, onde encontramos no Capítulo 10, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

## Fatores Psicossociais e Organizacionais associados

Em 1966 o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA<sup>29</sup> já mencionava a importância do estresse psicológico no trabalho e suas ameaças para a saúde mental, bem como o risco de moléstias físicas, exemplificado pelas doenças coronarianas. Com o passar do tempo, esse tipo de estresse passou a representar uma das principais causas de incapacidade laboral na Europa e nos EUA.

Theorell e Johnson<sup>30</sup>, com base em estudos anteriormente realizados (Gardel, 1981; Karasek e Theorell, 1990; Johnson e Johansson, 1991), relatam evidências científicas sugestivas de um aumento do risco de enfermidades cardiovasculares devido à exposição ao estresse ocupacional.

Em 1990 pesquisas norte-americanas estimaram que 13% do total dos casos de incapacidade laborativa tinham alguma relação com o estresse ocupacional (Sauter et al.)<sup>31</sup>. Estes autores referem que as expressões “organização do trabalho” e “fatores organizacionais” são utilizadas muitas vezes em substituição aos *fatores psicossociais* para referir-se às condições de trabalho que podem levar ao estresse. Lim e Carayon em 1994 (apud Lim, Sauter, Swanson)<sup>32</sup> demonstraram haver relação entre os fatores psicossociais do trabalho e as enfermidades musculoesqueléticas nos membros superiores. Segundo Levi<sup>33</sup> o responsável pelo estresse é: “um ajuste deficiente do indivíduo e o ambiente, objetiva ou subjetivamente, no trabalho ou em outros lugares e a interação com fatores genéticos”. O autor aponta como principais estressores psicossociais no trabalho: a) excesso de atividades, pressão de tempo, trabalho repetitivo; b) insuficiente carga qualitativa atribuída a conteúdo demasiado limitado e monótono, falta de variação, de demandas, de criatividade e escassa oportunidade de interação social; c) conflito de papéis entre subordinados e superiores; d) falta de controle sobre a situação pessoal, evidenciada quando outra pessoa decide o que fazer e não fazer, quando e como; e) falta de apoio social, por parte da chefia, colegas e da família; f) estressores físicos: produtos químicos, ruídos, altas temperaturas e outros; g) tecnologia de produção em série e processos de trabalho muito automatizados; h) trabalhos em turnos.

Diante da incidência cada vez maior desses transtornos e suas graves repercussões biopsicossociais, tornou-se imprescindível para a Psiquiatria Ocupacional o conhecimento mais detalhado dos fatores psicossociais e organizacionais.

Esses se encontram descritos detalhadamente na “Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo” publicada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)<sup>29</sup>. Serão aqui citados somente os tópicos mais significativos, sub-divididos em:

- fatores inerentes ao trabalho: adaptação pessoa-ambiente de trabalho; carga, jornada e ritmo de trabalho; ambiente físico do trabalho; fatores ergonômicos; supervisão eletrônica de trabalho e outros.
- fatores interpessoais: assédio sexual e a violência no local de trabalho;
- segurança do emprego: ambigüidade sobre o futuro no emprego e a ameaça de desemprego.
- fatores macroorganizacionais: pressão pela qualidade total; clima, cultura e estrutura organizacionais; estilos de direção, etc.
- fatores individuais: padrões de comportamento A e B; a resistência, auto-estima e estilos de enfrentamento (*coping*); apoio social; o papel estresse no trabalho e enfermidades;
- reações ao estresse resultando em alterações de comportamento, mudanças fisiológicas agudas e reações imunológicas, etc;
- efeitos crônicos (do estresse) na saúde: enfermidades cardiovasculares; problemas gastrintestinais; câncer; transtornos mentais; transtornos músculoesqueléticos; *Burnout* e outros.

Resumidamente, pode-se dizer que as alterações, os desajustamentos e as dificuldades oriundas desses fatores (inerentes ao trabalho, interpessoais, macroorganizacionais e individuais) podem acarretar, dependendo das circunstâncias, as reações de estresse e/ou efeitos crônicos na saúde.

### **O campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e suas interfaces**

O referencial teórico da Psiquiatria Ocupacional utilizado pelos presentes autores está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, o qual é definido por Guimarães et al.<sup>34</sup> como: “o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho, visando a promoção da saúde mental do trabalhador, através de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes”. Por ser uma área fundamentalmente interdisciplinar, divide com a Psicologia, Medicina do Trabalho (e outras especialidades

médicas), Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Direito e Engenharia, o privilégio de acolher integralmente o trabalhador.

Via de regra na prática diária do atendimento a pacientes particulares, conveniados e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) depara-se com problemas advindos da interação indivíduo/trabalho, o que leva a limitações terapêuticas farmacológicas e psicoterápicas, remetendo a uma intervenção psicossocial mais ampla e abrangente.

Em seus aspectos preventivos, clínicos e terapêuticos, a Psiquiatria Ocupacional pode ser inserida num contexto ambulatorial e do próprio espaço físico do local de trabalho, sendo imprescindíveis para essa compreensão alguns conhecimentos teórico-práticos da Medicina do Trabalho, Psicologia e da Psiquiatria.

Nessa direção cabe assinalar algumas das primeiras publicações dentro do grande campo “psi-trabalho”. Os livros: *Psychology and Industrial Efficiency*, de Müstenberg, e “Problemas Humanos de uma Civilização Industrial” de Mayo<sup>1</sup>, datam de 1913. Contudo, a obra com maior repercussão foi o livro “Princípios de Administração Científica” publicado em 1911 por Taylor, cujas idéias influenciaram as linhas de montagem, principalmente as dos veículos Ford, que posteriormente foi criticado pela ausência de valorização das variações psicológicas e fisiológicas humanas<sup>1</sup>. A Psicologia do Trabalho (denominação dada após a Segunda Guerra Mundial) que depois passou a ser conhecida como Psicologia Ocupacional concentrava suas ações na seleção de pessoal e posteriormente começou a dar maior importância às condições de trabalho e a adequação entre a função e as características individuais do trabalhador<sup>34</sup>. Já a Psicologia Social destaca-se por suas contribuições na área da Saúde Mental e Trabalho. Os estudos de Gardell, Bosi, Martin-Baró<sup>1</sup> se preocuparam com os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho e seus riscos para a saúde.

Os primeiros relatos sobre a Psicopatologia do Trabalho são originários da França, após a Segunda Guerra Mundial e nas décadas seguintes, com o crescimento e a modernização industrial, destacando-se dois psiquiatras: Sivadon, que introduziu o termo “Psicopatologia do Trabalho”, e Le Guillant, que buscou articular as condições sociais e de trabalho com os fatos clínicos<sup>35</sup>. Em 1956 Le Guillant publicou um importante estudo sobre os transtornos mentais menores em telefonistas e mecanografistas francesas<sup>36</sup>.

Na década de 1980, Dejours<sup>13</sup> introduziu conceitos básicos sobre a Psicopatologia do Trabalho, este se tornaram leitura de referência para a Medicina, Psicologia, Sociologia, Administração e Engenharia. Basicamente, estuda as relações entre o trabalho e a vida psíquica dos trabalhadores, tendo como temas principais às relações entre o trabalho e a saúde mental, o sofrimento no trabalho, papel da organização do trabalho e as estratégias defensivas.

Em nosso meio, com contribuições ligadas à grande área da Psiquiatria, destacam-se, sobretudo, os estudos realizados por Seligmann-Silva, pioneira neste campo com a publicação de inúmeros trabalhos. Importantes contribuições também têm sido feitas pelos grupos da UFRJ liderado por Ferreira Filho e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), liderado por Guimarães.

Seligmann-Silva é enfática ao afirmar que para uma melhor compreensão do adoecer psíquico do trabalhador devemos analisar cuidadosamente as condições de trabalho e a organização dos mesmos, sendo que os agravos mentais podem ocorrer tanto pela via neuropsíquica como pela psicossocial.

**Quadro 1-** Cronologia dos principais trabalhos de Seligmann-Silva

ANO	OBRA
1973 <sup>38</sup>	• “Fatores sócio-culturais na doença”
1981/83 <sup>39</sup>	• “As condições de trabalho e de vida e suas repercussões sobre a saúde mental de trabalhadores industriais”
1985 <sup>40</sup>	• “Trabalho e saúde mental dos bancários”
1984/1985 <sup>41</sup>	• “Metodologia de pesquisas em saúde mental do trabalho”
1986 <sup>42</sup>	• “Crise econômica, trabalho e saúde mental”
1986 <sup>43</sup>	• “A saúde na área operativa do Metrô de São Paulo”
1986/1987 <sup>44</sup>	• “Saúde psicossocial no trabalho com tecnologias avançadas”
1990a <sup>45</sup>	• “Saúde Mental e Trabalho”
1990b <sup>46</sup>	• “Sociabilidade, trabalho e loucura: repercussões das condições de trabalho sobre a vida familiar”
1991 <sup>47</sup>	• “Pesquisas brasileiras em saúde mental e trabalho”
1992 <sup>48</sup>	• “A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso”
1994 <sup>49</sup>	• “Desgaste Mental no Trabalho dominado”
1995 <sup>50</sup>	• “A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial”
1997	• “Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho” <sup>51</sup> • “Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário” <sup>52</sup>

O Grupo da UNICAMP, chama a atenção para o fato que o campo da Saúde Mental e Trabalho no Brasil começou a ser construído de forma sistemática, a partir da década de 1990, onde destacaram-se vários estudos epidemiológicos, que permitiram o avanço desse conhecimento<sup>36, 37</sup>.

Cabe ressaltar alguns aspectos pertinentes ao campo da Medicina, lembrando-se as significativas contribuições da toxicologia e neurologia clínica sobre as graves repercussões neuropsiquiátricas desencadeadas pelas intoxicações ocupacionais por metais pesados (mercúrio, chumbo, manganês).

Deve-se enfatizar que os distúrbios psíquicos relacionados aos riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos) também contribuem para desencadear manifestações psicopatológicas significativas no trabalhador, juntamente com outros riscos inseridos no Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais<sup>53</sup>. Com o advento dessas normas (N.R.<sup>54</sup>) e sua efetiva implantação e o cumprimento pelas empresas do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional<sup>55</sup> observa-se grande avanço na promoção e prevenção dos agravos à saúde física e mental do trabalhador, o que tem contribuído tanto para a redução dos índices de acidentes de trabalho como das doenças profissionais a ele relacionadas, através de ações primárias e secundárias.

Dentro da área Saúde Mental e Trabalho e conseqüentemente da Psiquiatria Ocupacional o avanço mais significativo no tocante à prevenção, vigilância e à saúde dos trabalhadores, deve-se à publicação feita pelo Ministério da Saúde, do Manual de procedimentos sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho<sup>6</sup>. Nele encontram-se, entre vários capítulos referentes às doenças ocupacionais, os Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho, descritos a seguir, de acordo com a nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças (CID-10)<sup>56</sup>:

- demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F 02.8);
- *delirium*, não sobreposto a demência, como descrita (F 05.0);
- transtorno cognitivo leve (F 06.7);
- transtorno orgânico de personalidade (F 07.0);
- transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F 09);

- alcoolismo crônico relacionado ao trabalho (F10. 2);
- episódios Depressivos (F 32);
- estado de estresse pós-traumático. (F43. 1);
- neurastenia (inclui “Síndrome de Fadiga”). (F 48.0)
- outros transtornos neuróticos especificados, incluindo: “Neurose Profissional” (F48. 8);
- transtorno do ciclo vigília-sono, devido a fatores não-orgânicos (F51. 2);
- sensação de estar acabado (“Síndrome de *Burnout*”, Síndrome do esgotamento profissional).(Z 73.0).

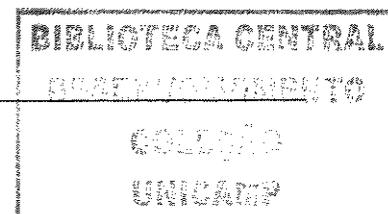
## CONCLUSÕES

Buscaram-se, nesta breve retrospectiva histórica, a partir das diversas áreas do conhecimento científico (médico, psicológico e outros), os aspectos fundamentais que integram e fazem interface com a Psiquiatria Ocupacional ainda carente de novos conceitos e abordagens, devido à complexidade metodológica que é peculiar ao campo e às constantes mudanças observadas nos ambientes laborais. Descreveram-se a evolução histórico-conceitual dos atualmente chamados “Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao Trabalho”, e também os fatores psicossociais e organizacionais, e as interfaces envolvidas nesse contexto, a partir dos referenciais teóricos utilizados no Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), objetivando contribuir com o avanço do conhecimento neste importante campo de estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seligmann Silva E. O campo da Saúde Mental do Trabalho. In: Seligmann Silva E. *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.
2. World Psychiatric Association (WPA). Scientific Section on Occupational Psychiatry, [The Chair of this Section, *Lennart Levi*]. Acesso em 27/09/03. Disponível em: <<http://www.wpanet.org/home.html>>
3. Academy of Organizational and Occupational Psychiatry. Acesso em 27/09/03. Disponível em < <http://www.aoop.org>>
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Condições Adicionais que podem ser um foco de atenção clínica. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*, 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 747-752.
5. Jardim SR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano 95, nº 74: jul-ago-set de 2000: Rio de Janeiro, 2000. p. 47-52.
6. Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: *Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*, org. Dias, E. C., Brasília: M.S., 2001. p. 161-194.
7. Fromm E. Antropologia. In: Fromm E. *Anatomia da destrutividade humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 183-248.
8. Alexander FG, Selesnik ST. Da Antiguidade até a Era Moderna. In: Alexander FG, Selesnik ST. *História da Psiquiatria*, São Paulo: IBRASA, 1968. p. 39-240.
9. Mendes R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 03-31.

10. Kolb J. Origens da Psiquiatria. In: KOLB J. Psiquiatria Clínica, São Paulo: Interamericana, 1997. p. 01-05.
11. Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores, "De Morbis Artificum Diatriba", tradução de Estrela R. São Paulo: Fundacentro, 1999. p. 25-135.
12. Pacheco e Silva AC. Acidentes de Trabalho e Desordens Mentais. In: Pacheco e Silva AC. Psiquiatria Clínica e Forense, 2ª Edição, São Paulo: Renascença, 1951. P. 531-567.
13. Dejours CA. Introdução. In: Dejours, CA. Loucura do Trabalho, São Paulo: Cortez-Oboré, 5ª Edição, 1992. p. 09-26
14. Dias Cordeiro JC. Da Psiquiatria à Saúde Mental-a intervenção preventiva no hospital geral. In: Dias Cordeiro J C. Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986. p. 31-43.
15. Pacheco e Silva AC. Causas das Doenças Mentais. In: Pacheco e Silva AC. Psiquiatria Clínica e Forense, 2ª Edição, São Paulo: Renascença, 1951. p. 34-44.
16. Mira y López E. Psicoses Exotóxicas. In: Mira y López E. Psiquiatria, volume II, 4ª edição. Rio de Janeiro: Científica, 1957. p. 262-263.
17. Ey H, Bernard P, Brisset C. El Medio Socioprofesional y la Psicopatología de la Sociedad Industrial. In: Ey H., Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatria, 6ª Edición (tradução da 2ª edição espanhola). Espanha: Toray-Masson, 1995. (p. 938-942)
18. Kolb J. Psiquiatria Social e Comunitária. In: Kolb J, Psiquiatria Clínica, São Paulo: Interamericana, 1997. p. 611-626.
19. López Ibor JJ. Personalidad del Medico. In: López Ibor JJ. Lecciones de Psicología Médica, volumen II 4ª edición. Madrid: Paz Montalvo, 1970 p. 411-422.
20. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Reações Exógenas e Psicoses Sintomáticas (Intoxicações Industriais). In: Psiquiatria Clínica, Volume I. São Paulo: Mestre Jou, 1972. p. 462-464



21. Vallejo-Nágera JA. Otras Psicosis Tóxicas e Intoxicaciones. In: Vallejo-Nágera JA. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Científico-Médica, 1979. p. 317-320.
22. Nobre de Melo AL. Psicoses Tóxicas. In: Nobre de Melo AL. Psiquiatria volume II, Psiquiatria Clínica e Aplicações Psiquiátrico-Legais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 103-108.
23. Spuerri TH. Outras Intoxicações. In: Spuerri TH. Manual de Psiquiatria, 8ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988. p.144-145.
24. Alves Garcia J. Perícia em Matéria Civil. In: Alves Garcia J. Psicopatologia Forense, 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 1979. p. 604-607.
25. Vargas HS. Neurose e Direito do Trabalho. In: Vargas HS. Manual de Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990. p. 362-363.
26. Bueno SD. Enfermidade Mental no Direito do Trabalho e Seguridade Social. In: Bueno SD. Psiquiatria Legal y Forense, Tomo I. España: Coles, 1994.
27. Eça JA. A Área Forense no Trabalho. In: Eça JA. Roteiro de Psicopatologia Forense. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 171-172.
28. Miranda CR, Organização dos Serviços de Saúde do Trabalhador, Salvador. Acesso em junho de 2002. Disponível em <<http://www.saudeetrabalho.com.br/>>
29. Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998.
30. Theorell T, Johnson JV. Enfermedades Cardiovasculares. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p. 34.67-34.68.
31. Sauter SL, Hurrell Jr JJ, Murphy LR., Levi L. Factores psicosociales y organizativos. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p. 34.02-34.03.

32. Lim S-Y, Sauter L, Swanson NG. Transtornos músculo-esqueléticos. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad. en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p. 34.72-34.73.
33. Levi L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p. 34.03-34.06.
34. Guimarães LAM. et al. Projeto Matrix - “Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho, em Instituições de Ensino Superior - Diagnóstico, Prevenção e Tratamento“. Campinas: UNICAMP, 1998.
35. Lima, MEA. A psicopatologia do trabalho-origens e desenvolvimentos recentes na França. São Paulo: Revista Psicologia Ciência e Profissão. nº 18 (2). 10-15, 1998.
36. Rosa JCF. A investigação da Síndrome Neurasteniforme: comparação em trabalhadores nos programas diurno e noturno. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1995. p. 87-93.
37. Guimarães LAM, Cardoso WLCD, Grubits S, Martins DM. Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S (Org). Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. Vol. I, pg. 61-72.
38. Seligmann-Silva E. Fatores sócio-culturais na doença. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1973.
39. Seligmann-Silva E. As condições de trabalho e de vida e suas repercussões sobre a saúde mental de trabalhadores industriais. Relatórios de Pesquisa/CNPq, 1981/1983.
40. Seligmann-Silva E, Delia AA, Sato L. Trabalho e saúde mental dos bancários. São Paulo: DIESAT (Relatório de Pesquisa), 190 p., 1985 (mimeo, 120).
41. Seligmann-Silva E. Metodologia de pesquisas em saúde mental do trabalho. Relatórios de Pesquisa/CNPq, 1984/1985.
42. Seligmann-Silva E. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: Angerami, V. A (org.). Crise, trabalho e saúde mental no Brasil. São Paulo: Traço, 1986.

43. Seligmann-Silva E. A saúde na área operativa do Metrô de São Paulo. São Paulo: DIESAT/Sindicato dos Metroviários, 1986 (mimeo, 319 p.).
44. Seligmann-Silva E. Saúde psicossocial no trabalho com tecnologias avançadas. Relatórios de Pesquisa/CNPq, 1986/1987.
45. Seligmann-Silva, E. Saúde mental e trabalho. In: Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil (S. A. Tundis & N. R. Costa, orgs.), pp. 217-288. Petrópolis: Ed. Vozes/Abrasco. 1987.
46. Seligmann-Silva, E., Sociabilidade, trabalho e loucura: repercussões das condições de trabalho sobre a vida familiar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39 (Supl. 2): 235-275, 1990b.
47. Seligmann-Silva, E. Pesquisas brasileiras em saúde mental e trabalho. Anais do 1º Seminário Nacional de Saúde e Trabalho (SENAT). São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1991.
48. Seligmann-Silva E. A inter-relação trabalho—saúde mental: um estudo de caso. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 32, n.4, Set./Out., 1992
49. Seligmann-Silva E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
50. Seligmann-Silva E. A interface desemprego prolongado e Saúde Psicossocial. In: João Ferreira da Silva Filho e Sílvia Rodrigues Jardim (Org). *A Danação do Trabalho: Organização do Trabalho e Sofrimento Psíquico*. TeCorá Editora, Rio de Janeiro, 1997, 19-63.
51. Seligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 287-310.
52. Seligmann-Silva E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad Saúde Pública* 13 (supl. 2): 95-109, 1997b.

53. Ministério do Trabalho. Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA, NR-9) Brasília. Acesso em 27/09/2003. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>>
54. Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras (NR, Portaria nº 3214) Brasília: Acesso em 27/09/2003. Disponível em <<http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>>
55. Ministério do Trabalho. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) Brasília. Acesso 27/09/2003. Disponível em <<http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>>
56. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL II:  
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS ORGÂNICAS  
RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY II:  
ORGANIC PSYCHIATRIC SYNDROMES DUE TO WORK**

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL II: SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS ORGÂNICAS  
RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY II: ORGANIC PSYCHIATRIC SYNDROMES  
DUE TO WORK**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP.
- 3- Profa. Dra. Liliana A M Guimarães, DPMP/FCM/UNICAMP; Diretora do LSMT, do DPMP/FCM/UNICAMP; Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

**Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Barão Geraldo – Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP- CEP: 13031-970 - Fone: 0xx19-3289-4819.

**\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-6542

E-mail: [duiliocamargo@uol.com.br](mailto:duiliocamargo@uol.com.br)

Jardim Theodora, Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## **RESUMO**

Este artigo é o segundo de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta uma breve revisão bibliográfica das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, nos seus aspectos conceituais, clínicos, diagnósticos, ambientais, fatores relacionados aos riscos ocupacionais e suas repercussões psicossociais e organizacionais, a partir de uma abordagem feita pelo Laboratório de Saúde Mental e Trabalho, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

## **ABSTRACT**

This paper is the second of a series on Occupational Psychiatry. It provides a brief review of the literature on organic psychiatric syndromes due to work conditions. Aspects related to concept, diagnosis, clinical presentation, milieu and factor risks as well as their psychosocial and organizational effects are discussed. The theoretical framework is line with the approach proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho; síndromes psiquiátricas orgânicas.

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work; organic psychiatric syndromes.

## INTRODUÇÃO

Sob a denominação de síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, encontra-se uma variada gama de distúrbios neuropsiquiátricos agudos e crônicos desencadeados por agentes químicos neurotóxicos e pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas. As síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho (estresse pós-traumático, síndrome de *burnout* entre outras) foram apresentadas e discutidas pelos presentes autores em outro artigo. As primeiras, devido a elevada incidência e suas implicações na prática clínica de médicos, psicólogos e outros profissionais da área de saúde, necessitam de um melhor esclarecimento no que diz respeito aos seus aspectos diagnósticos, preventivos, periciais e psicossociais

No primeiro estudo da série, foi descrita a evolução histórico-conceitual da Psiquiatria Ocupacional a partir das diversas áreas do conhecimento científico (médico, psicológico e outros) destacando-se e.g., a ocorrência das neurointoxicações ocupacionais desencadeadas pelos metais pesados, conhecidos desde a Antiguidade<sup>1</sup>. Depois de muito sofrimento tanto físico como mental por parte do trabalhador assistimos a partir do final do século IX, as mudanças gradativas representadas pelas leis de proteção à saúde dos trabalhadores, a melhoria dos ambientes ocupacionais e das ações legais eficazes na prevenção desses agravos.

Na atualidade, ainda são descritos casos das neurointoxicações devido a inúmeras atividades ocupacionais nas quais os trabalhadores estão sujeitos ao risco de contaminação. Sobre esse tema foram encontradas várias publicações recentes, entre pode-se destacar as psicoses relacionadas com o trabalho desencadeadas por fatores químicos<sup>2</sup>.

A Psiquiatria Ocupacional começa a ter maior visibilidade principalmente após a publicação, em maio de 1999, da Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>3,4</sup>.

O presente artigo tratará dos seguintes tópicos: o campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho; os principais produtos neurotóxicos e suas manifestações clínicas, psíquicas e as atividades ocupacionais de maior

risco; os transtornos mentais e do comportamento atribuídas a esses produtos, tomando por base a CID-10<sup>5</sup>; os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho.

### **O campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho**

Trabalhar com duas áreas do conhecimento médico (a psiquiatria e a medicina do trabalho) que apesar de distintas possuem importante interface, constitui-se em um grande desafio, sobretudo, relacionado às questões conceituais e de diagnóstico. Com o surgimento da área denominada de “Saúde Mental e Trabalho” essa interface ganhou mais credibilidade e relevância científica, impulsionando novas pesquisas na compreensão do sofrimento psíquico no trabalho.

#### Aspectos da Psiquiatria Ocupacional

A terminologia Psiquiatria Ocupacional é utilizada desde 1927<sup>6</sup> encontrando-se evolutivamente várias referências científicas sobre sua nomenclatura e abrangência<sup>7</sup>, destacando-se na atualidade a atuação da Academy of Organizational and Occupational Psychiatry<sup>8</sup> que passou a congregar profissionais preocupados com a saúde mental do trabalhador e o mundo do trabalho.

Para os presentes autores o referencial teórico da Psiquiatria Ocupacional está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, o qual é definido por Guimarães et al.<sup>9</sup> como: *“o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho, visando a promoção da saúde mental do trabalhador, através de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes”*. Esta é uma área fundamentalmente interdisciplinar englobando profissionais da Psiquiatria, Psicologia, Medicina do Trabalho (e outras especialidades médicas), Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Direito e a Engenharia.

A importância de conhecer amiúde a Psiquiatria Ocupacional se tornou fundamental, por vários motivos, entre eles destacamos: 1) a alta incidência de transtornos mentais entre os trabalhadores - cerca de 30% de transtornos mentais menores e

5 a 10% graves<sup>4</sup>; 2) a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho em nosso meio mostra os transtornos mentais como a terceira causa desta incapacidade, sendo superada apenas pelos acidentes e doenças ósteomusculares<sup>10</sup>; 3) a necessidade cada vez maior dos psiquiatras atuarem: a) na prestação de serviços de assessoria e consultoria junto às empresas, auxiliando-as nos aspectos psíquicos dos programas médicos de promoção e proteção à saúde do trabalhador (PCMSO); b) como peritos e assistentes técnicos na avaliação do nexo causal e grau de incapacidade laborativa dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e também das seqüelas psíquicas desencadeadas pelas doenças ocupacionais (doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e outras) e pelos acidentes de trabalho; c) na execução de laudos e pareceres sobre os danos psíquicos relacionados com o trabalho (muitas vezes confundido com dano moral)<sup>11</sup>, nas questões polêmicas, mas extremamente comuns, como a violência<sup>12</sup> e o assédio sexual<sup>13</sup> no trabalho entre outras; 4) a necessidade de um conhecimento mais abrangente do capítulo sobre os Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho<sup>3, 4</sup>; 5) cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 1.488/1988), independentemente da especialidade ou local de atuação, a serviço do empregador ou como contratado, assessor, consultor ou perito (médico-judicial ou da previdência social), que resumidamente determina: dar assistência ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer os encaminhamentos devidos; fornecer quando necessário, atestados e pareceres para o afastamento do trabalho; elaborar quando solicitado, laudos, pareceres e relatórios de exame médico, quanto ao diagnóstico, prognóstico e outros, para benefício do paciente, dentro dos preceitos éticos<sup>14</sup>.

Conhecer a organização do trabalho é fundamental para compreendemos melhor os transtornos mentais que podem ser desencadeados “tanto pela via neuropsíquica como pela via psicossocial”<sup>15</sup>. A primeira seria, em grande extensão, responsável pelas síndromes psiquiátricas orgânicas e os Psiquiatras devem estar preparados para diagnosticá-las. Segundo a legislação brasileira, as diretrizes diagnósticas desses transtornos, devem obedecer a Classificação Diagnóstica Internacional da OMS (CID-10)<sup>5</sup>.

## Aspectos da Medicina do Trabalho

A medicina do trabalho preocupa-se com os aspectos nocivos do ambiente ocupacional sobre a saúde do trabalhador, fundamentando suas ações, nesses locais, através de leis específicas, redigidas pelo Ministério do Trabalho, denominadas de Normas Regulamentadoras<sup>16</sup>, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Estas, servem como base para as empresas administrarem seus riscos potenciais à saúde dos trabalhadores, sendo periodicamente modificadas e atualizadas. Entre elas destacamos, o *Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO-NR7)*<sup>17</sup>, e o *Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA-NR9)*<sup>18</sup>.

Em síntese, o PCMSO coordenado pelo Médico do Trabalho, visa diagnosticar precocemente os agravos à saúde relacionados ao trabalho e reduzir os índices de acidente de trabalho, doenças profissionais e do trabalho. Consiste, portanto, na promoção e na proteção da saúde do trabalhador através de ações primárias (programas educativos e preventivos) e secundárias de saúde representadas pelos exames ocupacionais (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional) a que são submetidos obrigatoriamente todos os trabalhadores, visando detectar precocemente prováveis enfermidades ocupacionais. A cada exame o trabalhador recebe o Atestado de Saúde Ocupacional, com o resultado sobre sua aptidão ou inaptidão, física e mental para o trabalho.

Por sua vez, o PPRA coordenado pelo Engenheiro do Trabalho, tem como preocupação a identificação dos riscos ambientais, determinação e localização das possíveis fontes geradoras, funções e número dos trabalhadores expostos, caracterização das atividades e do tipo de exposição. Esses riscos também são utilizados na investigação das relações saúde-trabalho e no estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho, sendo divididos em cinco grupos que resumimos a seguir<sup>19</sup>: a) riscos físicos - referem-se aos ruídos, as radiações (ionizantes e não ionizantes) e outros; b) riscos químicos - representados por substâncias, compostos ou produtos químicos em geral responsáveis pelas neurointoxicações; c) riscos biológicos - onde encontramos as bactérias, fungos, protozoários, vírus e outros; d) riscos ergonômicos - compreendem o esforço físico intenso, exigência de posturas inadequadas, controle rígido de produtividade, trabalho em

turno e noturno, jornadas de trabalho prolongadas, e outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico; e) riscos de acidentes - representados por máquinas e equipamentos sem proteção e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes. Alguns desses riscos serão analisados mais detalhadamente no artigo “Síndromes Psiquiátricas relacionadas aos Acidentes de Trabalho, Doenças Ocupacionais e Fatores Psicossociais no trabalho”, de nossa autoria.

Nos dois itens subseqüentes, relatamos os principais produtos neurotóxicos que podem levar às Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho e posteriormente a descrição das mesmas, que se encontram resumidos na tabela abaixo.

**Tabela 1-** Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho e seus agentes etiológicos.

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS
F.02.8- Demência e outras doenças específicas classificadas em outros locais	1) Manganês; 2) Substâncias asfixiantes; 3) Sulfeto de carbono.
F.05.0- Delirium, não sobreposto à demência	1) Brometo de Metila, 2) Sulfeto de carbono.
F.06- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física; F.06.7- Transtorno Cognitivo Leve	1) Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; 2) Chumbo e seus compostos tóxicos; 3) Tricloroetileno, Tetracloroetileno, e outros solventes orgânicos halogenados tóxicos; 4) Brometo de Metila; 5) Manganês e seus compostos tóxicos; 6) Mercúrio e seus compostos tóxicos; 7) Sulfeto de carbono
F.07- Transtorno de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral; F.07.0- Transtorno Orgânico de Personalidade; F.07.8- Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral	1) Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; 2) Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; 3) Brometo de Metila; 4) Manganês e seus compostos tóxicos; 5) Mercúrio e seus compostos tóxicos; 6) Sulfeto de carbono
F.09- Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado	1) Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; 2) Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; 3) Brometo de Metila; 4) Manganês e seus compostos tóxicos; 5) Mercúrio e seus compostos tóxicos; 6) Sulfeto de carbono.
F.10.2- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool: Alcoolismo crônico (relacionado com o trabalho)	1) Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: condições difíceis de trabalho; 2) Circunstância relativa às condições de trabalho.
F.32.- Episódios depressivos	1) Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; 2) Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; 3) Brometo de Metila; 4) Manganês e seus compostos tóxicos; 5) Mercúrio e seus compostos tóxicos; 6) Sulfeto de Carbono
F.48.0- Neurastenia (inclui “Síndrome de Fadiga”)	1) Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; 2) Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; 3) Brometo de metila; 4) Manganês e seus compostos tóxicos; 5) Mercúrio e seus compostos tóxicos; 6) Sulfeto de Carbono

Adaptado da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria nº 1.339/GM, 18/11/99)<sup>4</sup>

## **Principais produtos neurotóxicos que podem levar às Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho**

Em face do elevado número de produtos químicos presentes nos ambientes de trabalho na atualidade, a descrição estará restrita somente àqueles reconhecidos como desencadeadores de transtornos mentais, presentes na Lista de Doenças relacionadas ao trabalho<sup>4</sup>.

Entre estes produtos podem ser destacados: metais pesados (mercúrio, manganês e chumbo); sulfeto de carbono; hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos e seus derivados halogenados tóxicos; tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; brometo de metila; substâncias asfixiantes (monóxido de carbono e o sulfeto de hidrogênio). A exposição ocupacional a fatores de risco neste caso, “a agentes tóxicos em outras indústrias (sólidos, líquidos, gases, vapores)” encontra-se descrito na CID-10 (Z 57.5), e as síndromes psiquiátricas orgânicas propriamente ditas, estão pormenorizadas no item relativo às Principais Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho.

### Metais Pesados

Representado pelo chumbo inorgânico, mercúrio, manganês e outros possuem como característica toxicológica o acúmulo no organismo, a afinidade por um órgão específico e também o fato de serem excretados lentamente<sup>20</sup>.

### Mercúrio

Conhecido desde a Antigüidade, Aristóteles chamava-o de "prata líquida", sendo essa intoxicação também denominada (enquanto doença) de hidrargirismo. As principais atividades ocupacionais sujeitas ao risco de intoxicação são: extração e fabricação do mineral do mercúrio e seus compostos; fabricação de tintas, de aparelhos como barômetros, manômetros, termômetros, interruptores, lâmpadas, válvulas eletrônicas, ampolas de Rx, retificadores; amalgamação de zinco para fabricação de eletrodos, pilhas e

acumuladores; douração e estanhagem de espelhos; recuperação de mercúrio por destilação de resíduos industriais; tratamento a quente de amálgamas de ouro e prata para recuperação desses metais; fungicida no tratamento de sementes e brilhos vegetais e na proteção da madeira<sup>21</sup>. Deve-se lembrar que os garimpeiros da região amazônica, correm grande risco de intoxicação já que se utilizam este metal para extração do ouro<sup>20</sup>.

A contaminação mercurial ocorre principalmente pelas vias respiratórias e às vezes pelas vias digestiva e cutânea, sendo que após sua absorção acumula-se principalmente nos rins, fígado e centros nervosos<sup>22</sup>. Os distúrbios psíquicos e neurocomportamentais manifestam-se por irritabilidade, timidez, desânimo, perda da autoconfiança, medo e, ocasionalmente, explosões de extrema cólera - sintomas conhecidos como eretismo mercurial. São observados também melancolia, ansiedade, insônia, perda da auto-estima dificuldade na concentração, embotamento intelectual, mudanças de personalidade e, em casos mais avançados, perda da memória, delírios e alucinações<sup>23,24,25</sup>. A intoxicação ocupacional pelo mercúrio inorgânico é passível de ocorrer nas indústrias de chapéu e acarretar a clássica Síndrome do Chapeleiro Maluco (personagem do livro Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carrol)<sup>26</sup>.

Na década passada, foram descritos inúmeros casos de hidrargirismo em indústrias de lâmpadas no Estado de São Paulo<sup>27</sup>. Registros do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP desde 1997 revelam aproximadamente 120 casos entre agudos e crônicos na faixa etária de 20 a 45 anos, de portadores da síndrome do eretismo, tendo sido observado em todos eles alterações dos testes neuropsicológicos<sup>25</sup>.

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o mercúrio são descritos na Tabela 1, podendo ocorrer também várias enfermidades neurológicas, dentre as quais podem ser destacadas as encefalopatias tóxicas aguda e crônica<sup>28</sup>. O reconhecimento donexo causal pela Justiça foi descrito em um caso de um operador de produção, exposto a vapores de mercúrio que apresentou distúrbios neuro-psicológicos e físico-funcional, sendo então reconhecida a incapacitação permanente para o trabalho<sup>29</sup>.

## Manganês

O manganês é encontrado na natureza sob a forma de óxido de manganês apresentando características físico-químicas parecidas as do ferro<sup>20</sup>. As principais atividades ocupacionais sujeitas ao risco de intoxicação são: extração, tratamento e trituração de pirolusita (dióxido de manganês); fabricação de ligas e compostos de manganês; siderurgia; fabricação de pilhas secas e acumuladores, vidros especiais e cerâmicas; preparação de permanganato de potássio e fabricação de corantes; soldagem de eletrodos contendo manganês; fabricação de tintas e fertilizantes; curtimento do couro<sup>21</sup>.

Na intoxicação aguda a sintomatologia é predominantemente respiratória levando a pneumonia, e na crônica predominam alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) com sintomas semelhantes aos da doença de Parkinson<sup>30</sup>.

Em relação aos distúrbios psíquicos e neurocomportamentais, os indivíduos intoxicados pelo manganês podem apresentar sintomas permanentes e incapacitantes tanto neurológicos como mentais, sendo estes caracterizados por: inquietude, animação e risos incontroláveis ou pranto, passíveis de atingir cerca de 20% dos casos. Podem surgir entre os sintomas neurológicos, tremores da língua e das extremidades e fraqueza muscular<sup>31</sup>. Verifica-se também a ocorrência de indiferença, apatia, sonolência, cefaléia, astenia, excitabilidade e outros<sup>32</sup>. No manganismo, também ocorrem as oscilações do humor, pesadelos, atos compulsivos, alucinações, e as alterações da marcha, conhecidas como “passo de bailarina”<sup>20</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento decorrentes desse metal estão descritos na Tabela 1.

## Chumbo

Usado desde a Antigüidade na fabricação de utensílios, armas e adornos, o chumbo foi um dos primeiros metais a ser manipulado pelo homem, alcançando a partir do século XVIII utilização industrial em grande escala, até os dias atuais<sup>33</sup>. As atividades onde há risco de intoxicação pelo chumbo e seus compostos tóxicos, são: extração de minérios,

metalurgia, e refinação do chumbo; fabricação de acumuladores e baterias (placas); fabricação e emprego de chumbo tetraetila e tetrametila; fabricação e aplicação de tintas, esmaltes e vernizes à base de compostos de chumbo; fundição e laminação de chumbo, de bronze, etc; fabricação ou manipulação de ligas e compostos de chumbo; fabricação de objetos e artefatos de chumbo, inclusive munições; soldagem; indústria de impressão; fabricação de vidro, cristal e esmalte vitrificado; sucata, ferro-velho; fabricação de pérolas artificiais; olaria; fabricação de fósforos<sup>21</sup>.

Destaca-se a via respiratória como a principal via de entrada, depositando-se o chumbo depois de inalado no trato respiratório onde é totalmente absorvido. Distribuído pela corrente sanguínea, atinge três compartimentos: o sangue, os tecidos moles (rins, medula óssea, fígado e cérebro) e os tecidos mineralizados (ossos e dentes). Encontram-se entre as manifestações clínicas as seguintes alterações: cardiovasculares (hipertensão arterial); hematotóxicas (anemia saturnínica); gastrintestinais (dor abdominal tipo cólica); na medula óssea (pode chegar à aplasia total); hepatotóxicas; imunológicos (provável depressão da resposta imunológica), nefrotóxicas (nefropatia tubular) e sobre a reprodução. As encefalopatias tóxicas aguda e crônica, polineuropatias tóxicas aguda e crônica, podem estar entre seus efeitos neurocomportamentais<sup>22</sup>.

O chumbo, entre os vários venenos metálicos, é aquele em que os transtornos mentais são mais freqüentemente conhecidos como episódios delirantes agudos e, progressiva deterioração mental<sup>31</sup>. São característicos do episódio delirante agudo, que pode eclodir nas intoxicações agudas (também nas crônicas): “confusão, insônia, inquietude, tremores, medo, explosões de violência, alucinações visuais e delírios que muitas vezes são de conteúdo persecutório, podendo ainda ocorrer convulsões”. Já nas manifestações crônicas podem ser observadas apatia ou depressão, alteração de linguagem, esquecimento e, às vezes, confabulações sugerindo a síndrome de Korsakoff. A progressiva deterioração mental pode sugerir um quadro de paralisia geral e também de neurastenia, onde se percebem irritabilidade e depressão no paciente com queixas de fraqueza, fadigabilidade e vertigem<sup>22</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento decorrentes dessa intoxicação estão descritos na Tabela 1.

Um recente estudo sobre a produção de baterias chumbo-ácidas revelou os riscos elevados de exposição dos trabalhadores de uma fábrica (conhecido como um dos segmentos industriais de maior consumo desse metal) na cidade do Rio de Janeiro<sup>34</sup>. O reconhecimento donexo causal pela Justiça pode ser exemplificado pelo caso (acompanhado por um dos autores deste estudo) de um operador de máquinas em indústria de condutores elétricos que apresentou distúrbios físicos e psíquicos decorrentes da exposição, sendo reconhecida sua incapacitação permanente para o trabalho (TACivSP, 7º Câm. Ap. n. 200.602-7)<sup>35</sup>.

### Sulfeto de Carbono

Os primeiros registros dessa intoxicação datam de 1856, na França, onde os trabalhadores apresentavam alterações como depressão, perda da força de vontade, da auto-estima, da memória, ficando impossibilitado de exercer outras atividades. Episódios maníacos agudos também foram descritos por uma revista inglesa (1902) em uma indústria de vulcanização de borracha a qual para evitar que os intoxicados se atirassem pelas janelas as mesmas eram guarnecidas com grades<sup>1</sup>.

As atividades ocupacionais em que há risco de intoxicação pelo sulfeto de carbono, são: indústria da viscose, raiom (seda artificial); fabricação de sulfeto de carbono; fabricação e emprego de solventes, inseticidas, parasiticidas e herbicidas; fabricação de vernizes, resinas, sais de amoníaco, tetracloreto de carbono, têxteis, tubos eletrônicos a vácuo, gorduras; limpeza a seco, galvanização, fumigação de grãos; processamento de azeite, enxofre, bromo, cera, e iodo<sup>21</sup>.

O sulfeto de carbono pode provocar uma cardiovascularopatia tóxica<sup>36</sup> e também alterações renais. São descritos os seguintes sintomas psíquicos e neurocomportamentais: insônia, pesadelos, fadiga, impotência, incapacidade de concentração, perda da memória<sup>31</sup>. As manifestações neurológicas (SNC e periférico) traduzem-se por: hipersensibilidade dos troncos nervosos, sinais de irritação dos nervos motores (tremor fibrilar e contração

espasmódica dos nervos), cansaço fácil, astenia, paralisia flácida, parkinsonismo e síndrome talâmica.

Na medida em que a concentração ambiental desse produto foi reduzida, passou-se da fase das “psicopatias agudas” para as neuropatias periféricas, incluindo a neurite óptica e cegueira, sendo que a partir de 1985 com a acentuada redução da exposição ao sulfeto de carbono (em 1856, provavelmente a exposição era de centenas de ppm e atualmente é de 1 ppm) essa doença ocupacional deixou de ocorrer<sup>22</sup>.

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o sulfeto de carbono estão descritos na Tabela 1 e a enfermidade neurológica atribuída a ele é a encefalopatia tóxica crônica<sup>28</sup>. Onexo causal pela Justiça pode ser demonstrado pelo caso de um aprendiz de bobinador que apresentou distúrbios físicos (hipertensão arterial) e neuropsíquicos (convulsões, depressão e encefalopatia tóxica) decorrentes da exposição, sendo reconhecido a incapacitação permanente para o trabalho (2º TACivSP, 5ª Câmara. Ap. n.164.587-7)<sup>35</sup>.

### Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos e seus derivados halogenados tóxicos

São aqueles hidrocarbonetos que possuem propriedades especiais associadas com o núcleo ou anel de benzeno<sup>37</sup>, são empregados na atualidade nas mais diversas áreas como: agente fumigante (brometo de metila), solvente (clorofórmio), desengraxante (tricloroetileno), e outros.

As principais atividades ocupacionais com o risco de intoxicação são:

- a) brometo de metila - utilizado como inseticida em fumigação (cereais), sínteses químicas;
- b) cloreto de etila - usado em síntese química, anestésico local (refrigeração);
- c) cloreto de metila - empregado na síntese química (metilação), refrigerante, agente especial para extrações;
- d) clorofórmio - utilizado como solvente (lacas), agente de extração;
- e) tricloroetano - agente desengraxante para limpeza de metais e limpeza a seco;
- f) tetracloroetileno - usado como solvente;
- g) tricloroetileno - empregado como desengraxante, agente de limpeza a seco e de extração, sínteses químicas<sup>21</sup>.

Deve-se lembrar também outros importantes produtos pertencentes a este grupo como brometo de etila, cloreto de metileno, cloreto de vinila, clorobenzeno, diclorobenzeno, tetracloreto de carbono, tetracloroetano.

Estes hidrocarbonetos alifáticos halogenados, podem provocar lesões agudas no fígado e nos rins<sup>22</sup>, destacando-se na intoxicação aguda: vertigens, fadiga, cefaléia, vômitos, incoordenação psicomotora e, dependendo da concentração, coma, parada cardíaca e respiratória. A intoxicação crônica é caracterizada por dermatites, sintomas gastrintestinais (no caso de ingestão), sintomas de irritação das vias aéreas e bronquite, se houver inalação<sup>22</sup>.

Essas substâncias podem desencadear uma encefalopatia tóxica comprometendo as funções cognitivas e do comportamento em virtude de alterações provocadas nos córtices cerebral e cerebelar<sup>38</sup>. Sintomas de depressão do SNC caracterizados por confusão mental, sonolência e acompanhada de náuseas e vômitos, podem surgir na exposição aguda<sup>22</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento decorrentes dessa intoxicação estão descritos na Tabela 1.

### Tolueno e outros solventes neurotóxicos aromáticos

Tolueno é um hidrocarboneto aromático, também denominado de metilbenzeno e metilbenzol<sup>39</sup>, com características de um líquido incolor, inflamável e de odor semelhante ao benzeno, derivado do alcatrão da hulha do petróleo.

As atividades em que há risco de intoxicação pelo tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos são: fabricação e emprego do benzeno e seus homólogos ou derivados aminados e nitrosos; instalação petroquímica onde se produz benzeno; indústria química ou de laboratório; produção de cola sintética; usuários de cola sintética, na fabricação de calçados, artigos de couro ou borracha e móveis; produção de tintas; impressores (especialmente na fotogravura)<sup>22</sup>. O tolueno é absorvido principalmente pela via respiratória podendo ocasionar irritação pulmonar, arritmia e efeitos depressores sobre o SNC<sup>39</sup>.

Quanto aos distúrbios psíquicos e neurocomportamentais, estes solventes podem causar sonolência, euforia, cansaço, cefaléia, tonturas, tremores, ataxia, confusão mental e convulsões, devido aos seus efeitos depressores sobre o SNC<sup>39</sup>. A perda da coordenação motora e da consciência em poucos minutos vai depender das concentrações às quais o trabalhador seja exposto, tendo sido descritas disfunção cerebral orgânica crônica, associada à atrofia cerebral e cerebelar em inaladores crônicos (cheiradores de cola)<sup>22</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento decorrente dessa intoxicação estão descritos na Tabela 1.

### Brometo de metila

É um gás incolor e de odor pouco acentuado, embora tenha, em uma de suas formulações, a apresentação com odor intenso sob a forma de gás lacrimogêneo<sup>40</sup>. As atividades ocupacionais em que há risco de intoxicação pelo brometo de metila e outros solventes aromáticos neurotóxicos são: fumigação de solos e de containeres para controle de insetos, fungos e ratos em alimentos estocados; laboratórios químicos; aplicação de herbicidas em plantação de laranjas; na extração de óleos de sementes e flores em câmaras de ionização<sup>22</sup>.

Sua absorção se dá, quase que exclusivamente por via respiratória (também pela pele), e leva a uma depressão do SNC e lesões nos túbulos renais<sup>40</sup>. Esta intoxicação se caracteriza clinicamente por: edema pulmonar, insuficiência circulatória e perturbações nervosas, e também cianose, cefaléia, vômitos, vertigens, diplopia, andar oscilante por perturbação da coordenação dos movimentos, e outras<sup>40</sup>.

Nos distúrbios psíquicos e neurocomportamentais, pode-se encontrar confusão mental, convulsões epileptiformes e perturbações nervosas<sup>38</sup> (vide Tabela 1).

### Substâncias asfixiantes

#### 1- Monóxido de carbono

O monóxido de carbono é um gás incolor, inodoro e não irritante, formado a partir da combustão incompleta de substâncias que contenham o carbono em sua estrutura<sup>36</sup>. Ele é absorvido pela via respiratória e o quadro clínico se manifesta por

cefaléia, dispnéia, alterações visuais, cansaço, taquicardia, taquipnéia, síncope, convulsão, coma, alterações da função respiratória e óbito, dependendo da concentração sanguínea da carboxi-hemoglobina<sup>39</sup>.

O monóxido de carbono pode lesar seletivamente os gânglios da base, comprometer os córtices cerebral e cerebelar, causando alterações das funções cognitivas e do comportamento e gerando uma encefalopatia tóxica, de modo semelhante ao que ocorre com o manganês e o sulfeto de carbono<sup>38</sup>.

Estão expostos os trabalhadores da produção e distribuição de gás obtido de combustíveis sólidos; mecânica de motores, principalmente movidos a gasolina, em recintos semifechados; soldagem acetilênica e a arco; caldeiras, indústria química, siderurgia, fundição, mineração de subsolo; uso de explosivos; controle de incêndios; controle de tráfego; construção de túneis; cervejarias<sup>21</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o monóxido de carbono, são descritos na Tabela 1.

## 2- Sulfeto de hidrogênio

É um gás com forte odor de ovo podre, sendo utilizado na indústria química, como reator analítico e para síntese de sulfetos inorgânicos, ácido sulfúrico, sais de bário e compostos orgânicos de enxofre, sendo gerado como subproduto de muitos processos industriais<sup>22</sup>. Esse produto é um irritante de vias aéreas em baixas concentrações e é pouco absorvido pela pele, em altas concentrações produz parada respiratória e asfixia sendo rapidamente fatal<sup>22</sup>. Os distúrbios psíquicos e neurocomportamentais são caracterizados por fadiga, cefaléia, tonturas e irritabilidade por exposições crônicas acima de 50 ppm ou como seqüelas de intoxicações agudas a níveis superiores aos 250 ppm<sup>22</sup>.

Trabalhos com maior risco de intoxicação pelo sulfeto de hidrogênio: estações de tratamento de águas residuais; mineração; metalurgia; trabalhos em silos; processamento do açúcar de beterraba; curtumes e abatedouros; produção de viscosse e celofane; indústria química na produção de ácido sulfúrico, sais de bário; construção de túneis; perfuração de poços petrolíferos e de gás natural; carbonização do carvão a baixas temperaturas; trabalhos

com litografia e fotogravura<sup>21</sup>. Os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o brometo de metila, são descritos na Tabela 1 e a enfermidade neurológica que pode ocorrer é a encefalopatia tóxica crônica<sup>28</sup>.

### **Principais Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho**

Os estudos acerca das enfermidades relacionadas ao trabalho, fundamentam-se entre outros aspectos, na compreensão do nexos de causalidade e de sua classificação. O vínculo que se estabelece entre a conduta do agente e o dano, permitindo apurar exatamente quem foi o seu causador é denominado de nexos causal, nexos etiológico ou relação de causalidade, estando indicado no verbo *causar*, utilizado no artigo 186 do atual Código Civil<sup>11</sup>. Diante da constatação de culpa exclusiva da vítima, do fato de terceiro, além do caso fortuito e de força maior, exclui-se o nexos causal<sup>11</sup>.

A classificação dos danos ou agravos à saúde, adotada em nosso meio, no que diz respeito às doenças relacionadas com o trabalho, está fundamentada na Classificação de Schilling, dividida em 3 categorias onde o trabalho atua: a) como causa necessária; b) como fator contributivo, mas não necessário; c) como provocador de um distúrbio latente ou agravado de doença já estabelecida<sup>41</sup>.

Na seqüência são apresentadas as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas mais relevantes, das principais síndromes psiquiátricas orgânicas, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho<sup>4</sup>. Em síntese, estão incluídas entre os sintomas e sinais neuropsiquiátricos as seguintes esferas: a) cognitivas; b) coordenação motora fina e grossa; c) sensoriais: que alteram a percepção visual, auditiva, tátil e outras; d) visuoespaciais - onde se incluem as apraxias; e) personalidade - com alterações do comportamento e outros; f) humor<sup>42</sup>.

#### **1- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F 02.8)**

A síndrome demencial, doença cerebral de natureza crônica e/ou progressiva, apresenta na sua sintomatologia uma séria de alterações das funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de

aprendizagem, linguagem, julgamento, em um estado de clareza de consciência<sup>5</sup>. Decorrente de uma série de enfermidades primárias ou secundárias que atingem o cérebro, dentre as quais destacamos os efeitos neurotóxicos de alguns produtos químicos como metais pesados e outros descritos na Tabela 1<sup>4, 42</sup>. Quanto ao nexos causal desta síndrome, ela é classificada no grupo I de Schilling, nos trabalhadores expostos, excluindo-se as causas não ocupacionais<sup>4</sup>.

## **2- Delirium não sobreposto à demência, como descrita (F 05.0)**

Em termos conceituais o delirium é descrito como uma síndrome caracterizada por vários distúrbios, que acarretam perturbações da consciência, da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, da emoção e do ciclo sono-vigília. Identifica-se também outros sintomas de intensidade leve ou grave, como comprometimento da consciência e atenção; perturbação da sensopercepção caracterizadas por alucinações; alterações da memória (imediate e recente), do pensamento (com ou sem delírios) e desorientação temporal; perturbações psicomotoras com hipo ou hiperatividade; perturbação do ciclo sono-vigília, com insônia, excesso de sono e pesadelos; perturbações emocionais, com depressão, ansiedade ou medo euforia, apatia e outras<sup>5, 42</sup>. Pode ser decorrente das alterações neurotóxicas produzidas por alguns produtos químicos como descritos na Tabela 1 e outros<sup>4</sup>. O delirium (F 05.0) é classificado no grupo I de Schilling, nos trabalhadores expostos, excluindo-se as causas não ocupacionais<sup>4</sup>.

## **3- Transtorno cognitivo leve (F 06.7)**

São caracterizados por alterações da memória, da orientação, da capacidade de aprendizado e de concentração (tarefas prolongadas) e intensa sensação de fadiga ao executar tarefas mentais<sup>5</sup>, que podem ser consequência de efeitos neurotóxicos de alguns produtos químicos como os descritos na Tabela 1 e outros<sup>4, 42</sup>. O nexos causal segue as mesmas orientações dos outros transtornos acima descritos.

#### **4- Transtorno orgânico de personalidade (F 07.0)**

Caracterizado por alteração da personalidade e do comportamento pré-mórbido, no que se refere às emoções, necessidades e impulsos, podendo ocorrer comprometimento das funções cognitivas. Sua eclosão está relacionada a um transtorno concomitante ou residual de uma doença, lesão ou disfunção cerebral<sup>5</sup>. Basicamente os produtos neurotóxicos que podem levar a esse quadro são os mesmos descritos nos transtorno cognitivo leve e onexo causal segue as mesmas orientações dos transtornos anteriores<sup>4, 42</sup>.

#### **5- Transtorno mental orgânico ou sintomático, não especificado (F09)**

Descrito como uma série de transtornos mentais reunidos por terem em comum uma doença cerebral de etiologia demonstrável, uma lesão cerebral ou outro dano, levando a uma disfunção, que pode ser primária (doenças que afetam diretamente o cérebro; doença de Alzheimer, demência vascular, outras)<sup>5</sup> ou secundária como nas doenças sistêmicas. Os produtos neurotóxicos que podem desencadear esse quadro são os mesmos referidos no transtorno orgânico de personalidade<sup>4, 42</sup>.

#### **6- Alcoolismo crônico relacionado ao trabalho (F 10.2)**

A síndrome de dependência é caracterizada pelo desejo, freqüentemente irresistível de consumir bebidas alcoólicas, identificando-se na etiologia desta síndrome, causas biológicas, psicológicas e sociais<sup>43</sup>. Prejuízos devido ao uso de etílicos no trabalho são fartamente relatados, destacando-se o aumento do absenteísmo, a diminuição da produtividade, a elevação da taxa de acidentes e o prejuízo nas relações interpessoais<sup>44</sup>. O problema do álcool no âmbito laboral, nos seus aspectos epidemiológicos, diagnósticos, preventivos e das intervenções profissionais especializadas, tem sido objeto de várias publicações científicas<sup>45</sup>.

Alguns tipos de trabalho são considerados como fator psicossocial de risco para o alcoolismo crônico, principalmente aqueles ligados as seguintes atividades ou ocupações: atividades socialmente desprestigiadas como lixeiro, coveiro; atividades em que a tensão

gerada é constante e elevada como nas situações de trabalho perigoso, como na mineração, construção civil; atividades em que a tensão resulta de altas exigências cognitivas, havendo grande densidade da atividade mental, como nas repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais; trabalho monótono e que gera tédio, como os vigias; atividades que envolvem afastamento prolongado do lar, como viagens freqüentes, plataformas marítimas<sup>4</sup>, 15, 42.

Os fatores de risco de natureza ocupacional que podem levar a esse transtorno estão descritos na Tabela 1 e quanto ao nexos de causalidade, o alcoolismo deve ser enquadrado no grupo II, da classificação de Schilling<sup>4</sup>. A exemplo do nexos causal podemos ser citados os casos de dois mestres cervejeiros, que por mais de 15 anos trabalharam em indústria de cerveja (degustação diária), sendo reconhecida a incapacitação permanente para o trabalho<sup>46</sup>.

### **7- Episódio Depressivo (F 32)**

O episódio depressivo, caracteriza-se por humor deprimido, concentração, atenção e auto-estima reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, atos autolesivos, alterações do sono e do apetite<sup>5</sup>.

Entre os fatores de risco de natureza ocupacional conhecidos são apontados os de natureza orgânica e psicossocial. Os primeiros podem estar associados aos produtos neurotóxicos descritos na Tabela 1<sup>4,42</sup>, e entre os segundos, os mais significativos são: decepções sucessivas de trabalho frustrantes; exigências excessiva de desempenho geradas pelo excesso de competição, e ameaças de perda do lugar na hierarquia da empresa e de demissão; situações de desemprego prolongado; outras<sup>4,43</sup>.

### **8- Neurastenia - inclui “Síndrome de Fadiga” (F 48.0)**

A neurastenia se apresenta sob a forma de dois tipos de queixas principais: fadiga aumentada após esforço mental e sentimentos de fraqueza e exaustão física.

São relatados outros sintomas como dores musculares, tonturas, cefaléias tensionais, perturbação do sono, incapacidade de relaxar, irritabilidade e dispepsia<sup>5</sup>. O trabalho noturno, por exemplo, em alguns tipos de trabalhadores e profissão, pode desencadear uma síndrome neurasteniforme<sup>47</sup>.

A Síndrome da Fadiga Crônica relacionada ao trabalho, também denominada de Patológica ou Industrial que está incluída na Neurastenia, caracteriza-se, segundo Selligman Silva<sup>15</sup> e outros autores, por queixas de fadiga física e mental constantes, alterações do sono, irritabilidade, desânimo, podendo ocorrer outros sintomas como dores (de cabeça, musculares), perda de apetite, graus variados de ansiedade, manifestações de agressividade. Eventualmente pode acometer trabalhadores expostos aos produtos químicos descritos na Tabela 1.

### **Princípios Diagnósticos das Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho**

O adoecimento mental nas doenças relacionadas ao trabalho, em um número significativo dos casos, sempre suscitou controvérsias, principalmente nas questões relativas ao diagnóstico clínico, aonexo causal e concessão de benefícios previdenciários<sup>48</sup>. São por demais conhecidas as dificuldades práticas do uso das classificações diagnósticas em virtude do seu caráter multiaxial e muitas vezes não são valorizados os fatores relacionados ao trabalho. Embora as classificações diagnósticas atuais sejam consideradas como limitadas para o uso em questões laborais, buscamos nos vários itens da CID-10<sup>5</sup> subsídios necessários para tal fim.

Devemos analisar detalhadamente alguns critérios diagnósticos que levem em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psíquicos do trabalhador, os quais poderão ser utilizados nos exames ocupacionais de rotina (descritos no PCMSO), nas avaliações clínicas (ambulatoriais) e do nexo causal. A avaliação deve conter uma anamnese completa, direcionada para as questões ocupacionais com relatos minuciosos dos antecedentes pessoais e familiares, o exame físico, psíquico, e complementares.

Apresenta-se a seguir de forma abreviada, sugestão de protocolo para a investigação do nexos causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, elaborado pelos dois primeiros autores deste trabalho, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico:

Sugestão de Protocolo para a investigação do nexos causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho

### **Riscos de natureza ocupacional:**

#### **1- Relacionados à empresa:**

a) grau de risco da empresa (grau I, II, III, IV); b) a implantação e cumprimento do PCMSO<sup>17</sup>, PPRA<sup>18</sup> e outras NR<sup>16</sup>; c) nas condições ambientais, a existência do tipo de risco- físico, químico, biológico, ergonômico, de acidentes; d) no posto de trabalho, observamos as medidas de proteção (individual e coletivas) implantadas e cumpridas.

#### **2- Relacionados ao trabalhador:**

a) função- avaliam-se as atividades e tarefas realizadas, fases do seu trabalho e ainda materiais, substâncias, instrumentos e máquinas que utiliza; b) nas relações de trabalho- contrato e a jornada (diária, semanal) de trabalho, o relacionamento com colegas e chefia, o grau de satisfação no trabalho; c) atividades ocupacionais pregressas: descrição das mais significativas e aquelas relacionadas com a queixa atual; d) fatores psicossociais relacionados com o trabalho (inerentes ao trabalho, interpessoais e outros<sup>49</sup>).

### **Riscos de natureza social:**

Nesta avaliação utilizam-se alguns diagnósticos da CID-10, a saber:

a) relacionados aos principais eventos da infância (Z.61): verificamos a ocorrência de maus tratos, separação dos pais, doenças graves, perdas afetivas (mortes); b) habitação e condições econômicas (Z.59): ocorrência de habitação inadequada, falta de domicílio

fixo, baixa renda, pobreza (extrema); c) circunstâncias familiares (Z.63): problemas de relacionamento cônjuge/parceiro, suporte familiar inadequado, desajustamento/morte, divórcio/separação, eventos de vida estressantes afetando a família; d) ambiente social (Z.60): problemas de ajustamento a transição do ciclo vital, viver sozinho, alvo de discriminação e perseguição.

### **Riscos de natureza psíquica:**

São analisados os seguintes itens da CID-10:

- a) Personalidade Pré-Mórbida – pesquisar a presença de alguns traços peculiares da personalidade do examinando (F60.0-F60.7) tais como traços paranóide, esquizóide, anti-social, emocionalmente instável, histriônico, anancástico, ansioso, dependente;
- b) Transtornos Mentais e do Comportamento - ocorrência de episódios anteriores e atuais (F00- F70).

Quanto ao nexos causal, deve-se utilizar como referência, a classificação das doenças relacionadas com o trabalho<sup>3, 41, 42</sup> baseada na proposta de Schilling que as divide em 3 grupos. No **grupo I**, estão incluídas as típicas “doenças profissionais”, onde o *trabalho é causa necessária e portanto o nexos é evidente*, como nas neurointoxicações ocupacionais já descritas<sup>3</sup>. No **grupo II**, patologias onde *o trabalho pode ser um fator de risco* que contribui, mas não é necessário, sendo mais encontradas em determinadas categorias profissionais, e.g., alcoolismo crônico (F 10.2) e transtornos do ciclo sono-vigília devido a fatores não orgânicos (F51.2) onde o nexos causal é de natureza epidemiológica<sup>3</sup>. O **grupo III** está representado pelas enfermidades em que, *o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente*, melhor explicado pela concausalidade, ou seja “o elemento que concorre com outro, formando nexos entre a ação e o resultado”<sup>50</sup>. Encontramos aqui, os seguintes transtornos mentais: episódios depressivos (F 32.); neurastenia (F 48.0); neurose ocupacional (F 48.8) e também a síndrome de esgotamento profissional ou burnout Z 73.0)<sup>3</sup>.

O psicodiagnóstico também pode ser utilizado em muitos casos, inclusive nas neurointoxicações, consistindo na aplicação de uma bateria de testes psicológicos para analisar aspectos da motricidade, cognitivos e emocionais do trabalhador, servindo como exame complementar à avaliação clínica e neuropsiquiátrica. A Organização Mundial da Saúde preconiza a aplicação da bateria denominada de *Neurobehavioral Core Test Battery*<sup>44</sup>. Para se investigar os estados de humor podem ser utilizados o *Profile of Mood States*; (eficiência cognitiva e a velocidade perceptual e motora), o *Digit Symbol* (que pertence ao WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale). Estão incluídos ainda nesta bateria os seguintes testes: *Reaction Time*; *Santa Ana Dexterity Test*; *Benton Visual Retention Test*; *Aiming Pursuit*.

Ressalta-se a necessidade da adaptação destes instrumentos pelo psiquiatra, médico do trabalho ou psicólogo nas suas respectivas áreas, e também as questões relativas ao reconhecimento do nexu causal dessas enfermidades pela Justiça.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Buscou-se neste breve estudo sobre as síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, fundamentos para uma melhor compreensão donexo causal dos distúrbios neuropsiquiátricos agudos e crônicos desencadeados por agentes químicos neurotóxicos e pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dentro dos conhecimentos atuais da Psiquiatria Ocupacional, ainda carente de novos conceitos, abordagens e da insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos nessa área.

As síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho apresentam complexidade diagnóstica e necessitam de um maior aprofundamento teórico-prático e de uniformização de condutas por parte dos profissionais da medicina do trabalho, psiquiatria, psicologia e outros. A Psiquiatria Ocupacional propõe alternativas para as questões relativas ao diagnóstico precoce, a prevenção, e seus aspectos previdenciários, lançando mão das diversas áreas do conhecimento acima descritas e da classificação da CID-10.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Mendes R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 03-31.
- 2- Stenberg C, Holder J, Tallur K. Psicosis relacionadas con el trabajo. In: Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organização Internacional do Trabalho, Madrid: 1998. p. 05.05-05.10.
- 3- Jardim SR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ano 95, nº 74: jul-ago-set de 2000: Rio de Janeiro, 2000. p. 47-52.
- 4- Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC, Brasília: M.S., 2001. p. 161- 194.
- 5- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 6- Selligman Silva E. O Campo da Saúde Mental do Trabalho. In: Selligman Silva E. Desgaste Mental no Trabalho Dominado. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.
- 7- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Condições Adicionais que podem ser um foco de atenção clínica. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 747-752.
- 8- Academy of Organizational and Occupational Psychiatry. Acesso em 27/09/03, disponível em, <http://www.aoop.org>.

- 9- Guimarães LAM. et al. Projeto Matrix - "Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho, em Instituições de Ensino Superior - Diagnóstico, Prevenção e Tratamento". Campinas: UNICAMP, 1998, mimeo.
- 10- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho- Revista de Saúde Pública v. 36 n.3, São Paulo jun. 2002.
- 11- Rigolin A, Camargo DA. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III , p. 281-300.
- 12- Guimarães LAM, Camargo DA, Teixeira A. Violência no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 245-264.
- 13- Guimarães LAM, Camargo DA, Caetano D. Assédio sexual no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 265-280.
- 14- Ministério da Saúde. O campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores. In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias E C, Brasília: M.S., 2001. p. 17- 26.
- 15- Seligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 287-310.
- 16- Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras (NR, Portaria nº 3214) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003, disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>
- 17- Ministério do Trabalho. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003, disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.

- 18- Ministério do Trabalho. Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA,NR-9) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003 disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.
- 19- Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes (cap. 2). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias E C, Brasília: M.S., 2001. p. 27- 36.
- 20- Buschinelli, J.T.P. Agentes Químicos e Intoxicações Ocupacionais. In: Ferreira M.J. Saúde no Trabalho, São Paulo: Roca, 2000. p.137-175.
- 21- Dias, CD. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho (Lista das Doenças Profissionais ou do Trabalho Anexo II, Decreto 611. 1992). In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 59-85.
- 22- Camargo DA, Oliveira JI. Transtornos Neuropsiquiátricos nas intoxicações ocupacionais. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 95-118.
- 23- Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Alcoolismo, adição a drogas e outras intoxicações In: Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Psiquiatria Clínica. São Paulo: Mestre Jou, 1972. Tomo I, p. 406-464.
- 24- Ey H, Bernard P, Brisset C. Psicoses Confusionais. In: Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatria. Madri: Toray-Masson, 6ª edição, 1969. p. 300-320.
- 25- Faria MAM. Mercurialismo metálico crônico ocupacional. Rev. Saúde Pública, fev. 2003, vol.37, no.1, p.116-127. ISSN 0034-8910.
- 26- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Delirium, Demência, Transtornos Amnésico e outros Transtornos Cognitivos e Transtornos Mentais devido a uma condição médica geral. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 324-359.

- 27- Glina, D M R. Da possibilidade de enfrentamento do risco ocupacional: a produção de sentido do trabalho exposto ao mercúrio metálico. In: Glina, D M R, Rocha, L M. Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções. São Paulo: V K, 2000, p. 83-101.
- 28- Ministério da Saúde. Doenças do Sistema Nervoso relacionadas ao trabalho. In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. DIAS EC, Brasília: M. S., 2001.p. 195-230.
- 29- Secretaria da Justiça do Estado de S. Paulo. Segundo Tribunal de Alçada Civil (S.P.), apelação sem revisão nº565.100-0/2, disponível em <<http://www.stac.sp.gov.br/Juris/dir07/19991206001.html>> acesso em abril de 2004.
- 30- Algranti E, Capitani EM, Bagatin E. Sistema Respiratório. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 89-137.
- 31- Kolb J. Síndromes cerebrais resultantes de intoxicação por droga ou veneno. In: Kolb J, Psiquiatria Clínica, São Paulo: Interamericana, 1997. p. 273-285.
- 32- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Productos Químicos. Metais-Propriedades Químicas e Tóxicas: Manganês. Vol. II, parte IX. p. 63.26-63.28. disponível em [www.mtas.es/insht/Encoit/pdf/tomo2/63.pdf](http://www.mtas.es/insht/Encoit/pdf/tomo2/63.pdf).
- 33- Cordeiro R, Lima Filho EC, Salgado PET. Neurological disturbances in workers with low levels of lead in the blood. I: Peripheral neuropathy. *Rev. Saúde Pública*. [online]. June 1996, vol.30, no.3 p.248-255.
- 34- Araújo UC, Pivetta FR, Josino CM. Avaliação da exposição ocupacional ao chumbo: proposta de uma estratégia de monitoramento para prevenção dos efeitos clínicos e subclínicos. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, n.1, jan/mar. 1999.
- 35- Pedrotti IA, Amorim SL. Manual de Doenças Profissionais. São Paulo: Universitária de Direito, 1992.
- 36- Andrade Fº A, Santos Jº EA. Aparelho Cardiovascular. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 365-387.

- 37- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Guias de produtos químicos: propiedades dos hidrocarbonetos aromáticos. Vol. VI, parte XIII. p. 104.282-104.309. disponível em [www.mtas.es/insht/Encoit/pdf/tomo2/63.pdf](http://www.mtas.es/insht/Encoit/pdf/tomo2/63.pdf).
- 38- Orellana HS, Sallato A. Sistema Nervoso (Doenças Neurológicas e Comportamentais Ocupacionais). In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 269-285.
- 39- Rahde AF, Salvi RM. Intoxicações Exógenas Agudas e sua Relação com o Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 597-608.
- 40- Almeida WF. Trabalho Agrícola e sua Relação com Saúde/Doença. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 487-544.
- 41- Mendes R. Aspectos Conceituais da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 33-47.
- 42- Jardim SR, Glina, D M R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: Glina, D M R, Rocha, L M. Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções. São Paulo: V K, 2000, p. 17-52.
- 43- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos Relacionados a Substâncias. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 369-438.
- 44- Lacerda, ALT. Álcool e local de trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, Vol. I, p. 21-41.
- 45- Rodríguez-Martos, A. Problemas de Alcohol, em Âmbito Laboral. Madrid: FDA, 1998.
- 46- Vaissman M. Alcoolismo e ocupação: o caso dos mestres cervejeiros. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 50 (3-4): 87-96. 2001.

- 47- Rosa, J.C.F. A investigação da Síndrome Neurasteniforme: comparação em trabalhadores nos programas diurno e noturno. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1995. p. 87-93.
- 48- Jardim SR. Perícia, Trabalho e Doença Mental. Cadernos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Vol I, nº 1. Rio de Janeiro: URFJ, 1995 p. 89-96
- 49- Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998
- 50- Pedrotti AI. Doenças Profissionais e do Trabalho. São Paulo: Universitária de Direito, 1988. Vol. I.

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL III:  
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS NÃO-ORGÂNICAS  
RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY III:  
NON-ORGANIC PSYCHIATRIC SYNDROMES DUE TO WORK**

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL III: SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS  
NÃO- ORGÂNICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY III: NON- ORGANIC PSYCHIATRIC SYNDROMES  
DUE TO WORK**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP.
- 3- Profª. Dra. Lílíana A M Guimarães, DPMP/FCM/UNICAMP; Diretora do LSMT, do DPMP/FCM/UNICAMP; Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

**Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP- CEP: 13031-970 - Fone: 0xx19-3289-4819.

**\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-6542

E-mail: [duiliocamargo@uol.com.br](mailto:duiliocamargo@uol.com.br)

Jardim Theodora, Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## RESUMO

Este artigo é o terceiro de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta uma breve revisão bibliográfica das síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho abordando seus aspectos conceituais, clínicos, diagnósticos, fatores psicossociais e organizacionais, a partir da abordagem feita pelo Laboratório de Saúde Mental e Trabalho, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

## ABSTRACT

This paper is the third of a series on Occupational Psychiatry. It provides a brief review of the literature on non-organic psychiatric syndromes due to work conditions. Aspects related to concept, diagnosis, clinical presentation, and risk factors as well as their psychosocial and organizational effects are fully discussed. The theoretical framework is in keeping with the model proposed by the Laboratory of Mental Health and Work, Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho; síndromes psiquiátricas não orgânicas.

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work; non-organic psychiatric syndromes.

## INTRODUÇÃO

Sob a denominação de síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, encontra-se uma variada gama de transtornos mentais (estresse pós-traumático e síndrome de burnout, entre outros) desencadeados por conflitos emocionais vinculados às condições e a organização do trabalho sendo diferenciadas das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho causadas por agentes que produzem lesões diretamente no cérebro caracterizado pelas neurointoxicações ocupacionais.

No primeiro artigo foi descrita a evolução histórico-conceitual da Psiquiatria Ocupacional a partir das diversas áreas do conhecimento científico (médico, psicológico e outros) destacando-se, e.g., a ocorrência das neurointoxicações ocupacionais desencadeadas pelos metais pesados, conhecidos desde a Antiguidade<sup>1</sup>. No segundo artigo abordou-se o campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho; os principais produtos neurotóxicos e suas manifestações clínicas, psíquicas e as atividades ocupacionais de maior risco; os transtornos mentais e do comportamento, atribuídos a esses produtos; os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho.

O presente artigo abordará a atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho; os aspectos psicossociais e organizacionais e as principais síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho; os princípios diagnósticos gerais dessas Síndromes.

A Psiquiatria Ocupacional começa a se destacar principalmente após a publicação, em maio de 1999, da Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>2,3</sup>.

### **I- O campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho**

A Psiquiatria Ocupacional insere-se no campo denominado Saúde Mental e Trabalho, que é definido por Guimarães *et al.*<sup>4</sup> como: *“o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho, visando a promoção da saúde mental do trabalhador, através de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas”*. Nesta abordagem,

procurou-se ressaltar os aspectos mais significativos das especialidades envolvidas (psiquiatria, medicina do trabalho, psicologia e a Psiquiatria Ocupacional) que contribuem para os diagnósticos e nexos causais das síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, principalmente aquelas que estão incluídas nos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho (TMC/RT), segundo essa nova legislação<sup>3</sup>.

Os problemas ligados ao sofrimento mental no trabalho têm apresentado altas incidências e prevalências o que pode acarretar sérios prejuízos ao desempenho profissional do trabalhador bem como perdas econômicas incalculáveis para o empregador, além dos custos em nível macro-econômico.

### **Aspectos da Psiquiatria Ocupacional**

Desde 1927<sup>5</sup> a terminologia Psiquiatria Ocupacional é utilizada, no presente estudo será empregado o termo preconizado pela *World Psychiatric Association*<sup>7</sup> i.e., “Occupational Psychiatry” – Psiquiatria Ocupacional. Atualmente destaca-se a atuação da *Academy of Organizational and Occupational Psychiatry*<sup>6</sup>. O referencial teórico da Psiquiatria Ocupacional para os presentes autores está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, área basicamente interdisciplinar, integrada também pela psicologia, medicina do trabalho (e outras especialidades médicas), serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, direito e engenharia.

A importância dos psiquiatras conhecerem melhor essa área se tornou fundamental, por vários motivos, entre eles destacam-se: 1) a alta incidência de transtornos mentais (cerca de 30% de transtornos mentais menores e 5 a 10% graves<sup>3</sup>) entre os trabalhadores; 2) os transtornos mentais constituem a terceira causa de concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho em nosso meio, superada apenas pelos acidentes e doenças ósteo-musculares<sup>8</sup>; 3) a necessidade cada vez maior dos psiquiatras atuarem: a) na prestação de serviços de assessoria e consultoria junto às empresas, auxiliando-as nos aspectos psíquicos dos programas médicos de promoção e proteção à saúde do trabalhador (PCMSO); b) como peritos e assistentes técnicos na avaliação do nexo causal e grau de incapacidade laborativa dos TMC/RT<sup>3</sup> e também das

seqüelas psíquicas desencadeadas pelas doenças ocupacionais (LER/DORT e outras) e pelos acidentes de trabalho; c) a execução de laudos e pareceres sobre os danos psíquicos relacionados com o trabalho (muitas vezes confundidos com dano moral)<sup>9</sup>, nas questões polêmicas muito comuns como a violência<sup>10</sup> e o assédio sexual<sup>11</sup> no trabalho entre outras; 4) a necessidade de um conhecimento mais abrangente do capítulo sobre os TMC/RT<sup>2, 3</sup>; 5) cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 1.488/1988), independentemente da especialidade ou local de atuação, a serviço do empregador ou como contratado, assessor, consultor ou perito (médico-judicial ou da previdência social), que resumidamente determina: fornecer quando necessário, atestados e pareceres para o afastamento do trabalho; elaborar quando solicitado, laudos, pareceres e relatórios de exame médico, quanto ao diagnóstico, prognóstico e outros, para benefício do paciente, dentro dos preceitos éticos<sup>12</sup>.

### **Aspectos da Medicina do Trabalho**

Em sua ampla atuação preventiva e terapêutica, a medicina do trabalho tem como princípio básico prevenir as doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, promover a saúde nos seus aspectos físicos e mentais e a qualidade de vida dos trabalhadores<sup>13</sup>. Fundamenta suas ações através de leis específicas do Ministério do Trabalho - Normas Regulamentadoras (NR)<sup>14</sup>, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, entre as quais destacamos: a) o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO-NR7)<sup>15</sup>, que consiste, na promoção e proteção da saúde do trabalhador através de ações primárias (programas educativos e preventivos) e secundárias de saúde, representadas pelos exames ocupacionais (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), aos quais são submetidos obrigatoriamente todos os trabalhadores. Visa também diagnosticar precocemente os agravos à saúde, reduzir os índices de acidente, doenças profissionais e doenças do trabalho; b) o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA-NR9)<sup>16</sup>, que tem como preocupação o reconhecimento dos riscos ambientais através da identificação dos mesmos, determinação e localização das possíveis fontes geradoras, identificação das funções e número dos trabalhadores expostos, caracterização das atividades e do tipo de exposição.

Ao analisar-se a realidade brasileira quanto à assistência médica ocupacional, eleva-se o nível de preocupação. Levantamento recente, publicado pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) mostra que cerca de 93% das empresas nacionais contam com menos de 19 funcionários e não conseguem subsidiar um programa de assistência integral à saúde do trabalhador, comprometendo a implantação e manutenção do PCMSO<sup>17</sup>. Portanto, na prática são apenas as grandes e médias empresas que têm esses programas implantados. Isto significa que muitas vezes os médicos das empresas ou os clínicos dos ambulatórios (serviços de saúde privados ou públicos), podem se deparar com um número significativo de transtornos mentais, leves ou moderados que poderão interferir no desempenho pessoal e profissional do trabalhador, se não diagnosticados e tratados precocemente. A Psiquiatria Ocupacional juntamente com a Medicina do Trabalho podem produzir uma atenção mais abrangente incluindo aspectos diagnósticos, clínicos, terapêuticos e previdenciários.

## **II- Aspectos psicossociais e organizacionais das Síndromes Psiquiátricas Não-Orgânicas relacionadas ao Trabalho**

Para uma melhor compreensão dos diagnósticos dos transtornos mentais não-orgânicos relacionadas ao trabalho é necessário conhecer melhor os fatores psicossociais e organizacionais e suas influências na gênese e agravamento dos TMC/RT<sup>3</sup>, pois os desajustamentos e as dificuldades oriundas desses fatores podem provocar sérias reações de estresse ou efeitos crônicos na saúde. Entre outros, são considerados como estressores psicossociais no trabalho<sup>18</sup>: a) excesso de atividades, pressão de tempo e trabalho repetitivo; b) conflito de papéis entre subordinados e superiores; c) falta de apoio social, por parte da chefia, colegas e da família; d) estressores físicos: produtos químicos, ruídos, altas temperaturas e outros; e) tecnologia de produção em série e processos de trabalho muito automatizados; f) trabalhos em turnos.

Entre as teorias atuais para explicar o estresse no trabalho, se destacam o “modelo de demanda-controle”, desenvolvido por Karasek<sup>19</sup> o qual leva em consideração o funcionamento psicossocial no trabalho e está baseado nas demandas psicológicas e a

tomada de decisões. O conhecimento de fatores psicossociais e organizacionais por parte da Psiquiatria Ocupacional torna-se importante para elucidação diagnóstica dos TMC/RT<sup>3</sup>, e seus fundamentos estão contidos na Enciclopédia de Saúde e Segurança no Trabalho<sup>21</sup>, editada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Resumiremos a seguir os fatores inerentes ao trabalho, fatores interpessoais, segurança no emprego, fatores macro-organizativos e individuais.

### **Fatores inerentes ao trabalho**

Os seguintes fatores inerentes ao trabalho devem ser investigados: a) o ajuste ou adaptação do indivíduo e seu ambiente ocupacional<sup>22</sup>, onde se verifica o bem estar do trabalhador e, quanto maior for a tensão psicológica maior será o desajuste; b) a carga de trabalho<sup>23</sup>, que quando é demasiado baixa, o trabalhador tende a apresentar uma hipoprosexia (diminuição da atenção), aborrecer-se e perder a motivação. Em contrapartida, exigências demasiadamente elevadas, acabam acarretando uma fragmentação dos processos cerebrais e deterioração da capacidade do juízo; c) os transtornos biológicos e sociais relacionados à jornada de trabalho anormal<sup>24</sup>; d) as características físicas do local de trabalho e saúde, são estudadas no desenho do ambiente<sup>25</sup>. Em relação à zona de trabalho, examina-se a disposição física imediata (mesa, bancada, e outros aspectos ergonômicos), as características ambientais (níveis de ruído, iluminação, temperatura ambiente e outras), a organização dos edifícios e instalações e também os locais de recreação e aspectos urbanísticos; e) as condições ergonômicas adversas podem acarretar: transtornos visuais (fadiga, irritação e outras alterações), cefaléia, dores musculares, tensão psicológica, ansiedade e depressão<sup>26</sup>; f) os conceitos autonomia e controle<sup>27</sup> devem promover o desenvolvimento do trabalho e intrinsecamente motivadores, satisfatórios e condizentes com o bem estar físico e mental; g) a supervisão eletrônica do trabalho<sup>28</sup> decorrente da informatização, é uma preocupação por seus efeitos estressores, podendo produzir transtornos do humor levando à ansiedade e depressão; h) a falta de clareza e sobrecarga de papéis<sup>29</sup> são potencialmente geradoras de estresse, juntamente com os ritmos de trabalho, controlado ou não por uma máquina.

## **Fatores interpessoais**

São analisados os seguintes problemas: a) o assédio sexual<sup>30</sup> - conceituado como uma *“chantagem de superior hierárquico contra uma subordinada com o intuito de receber favores sexuais”* podendo levar a diversos sintomas como: condutas de evitação, ideação recorrente, desenvolvimento de fobias, alterações do sono, depressão e ansiedade, condutas anti-sociais relacionadas ao uso de drogas e conflitos familiares. Podem também ser encontradas manifestações somáticas como hipertensão arterial, alterações digestivas e certa propensão para acidentes vasculares e coronarianos<sup>11</sup>; b) a violência no local de trabalho<sup>31</sup>, considerada um problema transcultural, que inclui agressões psicológicas, intimidação, coação, perseguição, além da violência física e homicídio entre outros<sup>10</sup>.

## **A segurança no emprego**

A segurança no emprego está fundamentada em dois itens: a) a ambigüidade sobre o futuro no emprego - que pode representar um importante papel como estressor psicológico; b) o desemprego - que pode levar a um transtorno mental, sendo mais freqüente o aparecimento ou agravamento da ansiedade, sintomas somáticos e depressivos<sup>32</sup>.

## **Fatores Macroorganizacionais**

São estudados os fatores tais como, a gestão da qualidade total, o estilo de direção, o clima e a cultura organizacional, remuneração do rendimento e questões pessoais, destacando-se: a) a melhoria contínua da qualidade o que pode acarretar muitos benefícios aos trabalhadores e sua saúde; b) os estilos de direção excessivamente rígidos, com falhas na comunicação e restrições à autonomia, podendo levar a maior risco de manifestações de estresse; c) a relação entre o clima e a cultura organizacional, podendo também influenciar no bem estar dos trabalhadores e, portanto no equilíbrio entre satisfação e estresse no trabalho<sup>33</sup>.

### **Fatores individuais**

Devem ser analisados: a) o padrão de comportamento denominado “Personalidade tipo A”<sup>34</sup> - caracterizado pela hostilidade, competitividade, impaciência, desassossego, explosividade entre outros, que segundo estudos atuais estão mais propensos a hipertensão, hipercolesterolemia, episódios de estresse; enquanto que a “Personalidade do tipo B”, cujo comportamento é oposto, apresenta um menor risco; b) o baixo nível de autoestima<sup>35</sup> conhecido como um dos fatores desencadeantes de transtornos fisiológicos e psicológicos, deixando o indivíduo mais vulnerável aos eventos adversos do ambiente laboral; c) o enfrentamento ou *coping* (estratégia de enfrentamento)<sup>36</sup> caracterizado como o “esforço para reduzir os efeitos negativos do estresse no bem estar do indivíduo” resultando para o mesmo em pensamentos, crenças, e comportamentos conseqüentes da experiência do estresse; d) o apoio social<sup>37</sup> que incrementa a capacidade de enfrentamento facilitando a adaptação; e) também as questões relativas ao gênero<sup>38</sup> e aos aspectos étnicos<sup>39</sup>.

### **Reações ao estresse e seus efeitos crônicos na saúde**

Há consenso de que o estresse ocupacional pode influenciar no comportamento desencadeando ou agravando o absenteísmo, a drogadição, os distúrbios do sono, o tabagismo e o consumo de cafeína. Além disso, pode levar as alterações dos sistemas músculo-esquelético, vegetativo (autônomo), endocrinológico e imunitário<sup>40</sup>. O estresse crônico pode favorecer o surgimento de enfermidades cardiovasculares (*e.g.*, coronariopatias, hipertensão arterial) e também gastrintestinais, tais como úlcera péptica, síndrome do cólon irritável, etc. Muitos estudos têm demonstrado a influência dos fatores psicossociais do trabalho no desencadeamento dos transtornos músculo-esqueléticos, sendo que a tensão muscular associada ao estresse pode aumentar a sobrecarga estática dos músculos acelerando a fadiga muscular, bem como as doenças associadas<sup>41</sup>.

### **III- Principais Síndromes Psiquiátricas Não Orgânicas Relacionadas ao Trabalho**

Os transtornos emocionais relacionados às atividades ocupacionais serão descritos segundo a nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças (CID-10)<sup>42</sup> e divididos em dois tópicos: a) transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, cujo nexa causal está contido na lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho<sup>2, 3</sup>; b) síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho, não descritas nessa lista<sup>43</sup>, a seguir:

#### **Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, contidos na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**

##### **Episódios depressivos- F32**

##### ***Sintomatologia***

A depressão é caracterizada classicamente pela presença de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada, baixa auto-estima, alterações do sono e do apetite<sup>42</sup>. Nos ambientes ocupacionais poderá se manifestar através de alterações somáticas e estar associada aos acidentes de trabalho, alcoolismo e absenteísmo<sup>43, 44</sup>. Embora sejam poucos os estudos sobre suicídio relacionado ao trabalho, no Japão tem ocorrido seu reconhecimento jurídico em situações adversas de trabalho (sobrecarga continuada de trabalho, prolongamento das jornadas de trabalho e outras), sendo denominado de *karo-jisatsu*<sup>43</sup>. A estigmatização das doenças mentais no ambiente ocupacional, principalmente a depressão, acaba resultando em sérias conseqüências para o trabalhador, *e.g.*, retardar o início do tratamento, conflitos com colegas, diminuição no seu rendimento, entre outros<sup>45</sup>.

### *Aspectos epidemiológicos*

As consideráveis mudanças ocorridas na força de trabalho nas economias industrializadas associam o estresse e a depressão a partir da década de 1980<sup>46</sup> revelando um aumento da incidência da depressão nos ambientes ocupacionais e seu elevado prejuízo econômico<sup>47, 48</sup> através dos altos custos diretos e indiretos atribuídos à depressão, pois esta pode levar ao absenteísmo, queda de produtividade, hospitalização, consultas ambulatoriais e uso de medicamentos<sup>49, 50</sup>. Estudos mostram a depressão como consequência de ameaças no local de trabalho associada a um maior risco de doença cardiovascular<sup>51</sup>, podendo causar um prejuízo mais acentuado no desempenho individual físico, profissional e social do que a hipertensão arterial, os diabetes *melittus*, os distúrbios gastrintestinais (úlceras, doenças inflamatórias), pulmonares (asma, bronquite, enfisema), ortopédicos (lombalgias) e cardíacos (angina, infarto do miocárdio recente)<sup>52, 53</sup>.

Importante pesquisa realizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a incidência de depressão em alguns países revelou que, nos EUA a depressão chega a afetar uma décima parte dos trabalhadores adultos; na Finlândia, mais de 50% dos trabalhadores sofrem de estresse, ansiedade, depressão, insônia; na Alemanha, a depressão causa mais incapacidade do que doenças físicas; no Reino Unido, quase 3 em 10 trabalhadores, sofrem anualmente de problemas de saúde mental, principalmente de depressão<sup>54</sup>.

### *Fatores de risco de natureza ocupacional*

Os fatores de risco ocupacional são de natureza orgânica e psicossocial, sendo que os primeiros podem estar associados aos seguintes produtos neurotóxicos: metais pesados (mercúrio, chumbo, manganês), tricloroetileno, tricloroetano e outros solventes halogenados neurotóxicos, sulfeto de carbono e outros<sup>2</sup>. O nexo causal destes transtornos é colocado no grupo I da classificação de Schillig<sup>3</sup> (pormenorizada no item VI). Os fatores psicossociais que podem ocorrer no ambiente ocupacional são: decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes; exigências excessivas de desempenho geradas pelo

excesso de competição, e ameaças de perda do lugar na hierarquia da empresa; perdas do posto de trabalho; demissão; situações de desemprego prolongado<sup>3</sup>. Alguns estudos realizados nos EUA<sup>55</sup> e Alemanha<sup>56</sup> apontam um risco maior das mulheres apresentarem depressão nos ambientes de trabalho.

### ***Princípios Diagnósticos***

Para o diagnóstico e avaliação da gravidade da depressão devem ser utilizados a anamnese e o exame mental, testes psicológicos e as escalas de avaliação mais significativas. Os testes psicológicos que podem ser empregados são<sup>57</sup>: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), o Teste de Rorschach, o Teste de A percepção Temática (TAT), o Teste de Zulliger, o Teste de Bender e o HTP (Teste do desenho Casa, Árvore, Pessoa) . Entre as escalas utilizadas para avaliação da sintomatologia depressiva, destacam-se<sup>57</sup>: o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Auto-administração de Zung e a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D).

### **Estado de estresse pós-traumático - F43.1**

#### ***Sintomatologia***

Este transtorno é caracterizado pela sensação de entorpecimento, embotamento emocional, anedonia e principalmente pelos episódios de repetidas revivências do trauma, sob a forma de memórias intrusas (flashbacks). Há também queixas de medo e evitação de situações evocativas ao trauma, hipervigilância, podendo estar associados a sintomas ansiosos, depressivos, uso de álcool e drogas<sup>42</sup>. Estes sintomas são por vezes encontrados em indivíduos que foram vítimas de desastres, acidentes sérios, que testemunharam a morte violenta de outros, ou que sofreram tortura, terrorismo, estupro ou outro crime, sendo que o estresse muito grave, pode acarretar em alguns indivíduos seqüelas crônicas, denominadas de “alterações permanentes de personalidade após experiência catastrófica” (F62. 0)<sup>42</sup>. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode ser encontrado, de acordo com a CID-10, em trabalhadores que foram expostos aos seguintes fatores ocupacionais de risco:

- a) reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, assalto no trabalho que faz parte do item “Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho”;
- b) “Circunstância relativa às condições de trabalho”<sup>3, 42</sup>.

### *Aspectos epidemiológicos*

Os estudos epidemiológicos são escassos e restritos a pequenos grupos, sendo descritos: em funcionários de estabelecimento bancários que sofreram assalto à mão armada; em condutores de trens metroviários, após episódios de atropelamento nos trens onde trabalham; em trabalhadores que presenciaram acidentes graves ou fatais<sup>43</sup>. Em 30% dos veteranos da Guerra do Vietnã esse transtorno estava presente e 25% apresentaram as formas subclínicas do mesmo<sup>58</sup>. Um estudo realizado com 469 bombeiros australianos envolvidos em um grande incêndio revelou que 56% dos que haviam apresentado quadro de TEPT logo depois do acidente, após 42 meses do ocorrido, continuavam com os sintomas e que após oito anos 4% ainda apresentavam esse transtorno<sup>59</sup>.

### *Fatores de risco de natureza ocupacional*

Concorrem na etiologia desse transtorno: o agente estressor, relacionado a sua gravidade e a resposta individual, os fatores psicodinâmicos, levando-se em conta os modelos cognitivos, comportamental e psicanalítico e os fatores biológicos, onde são estudados a influência dos neurotransmissores<sup>58</sup>. Quanto as características ocupacionais, o TEPT pode ser encontrado em trabalhadores que pela própria função estão sujeitos a riscos iminentes de acidentes de trabalho, naqueles que arriscam suas vidas em salvamentos como os bombeiros ou relacionados com a segurança pública e privada como policiais e vigilantes e os que são responsáveis por transportes ferroviários, metroviários e aéreos, sujeitos também a acidentes<sup>3</sup>.

A ocorrência do TEPT foi constatada em policiais militares atendidos no ambulatório de psiquiatria do Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro em um recente artigo publicado<sup>60</sup>. Também estava presente até depois de 5 anos após revisão de demandas de indenização em trabalhadores que sofreram graves acidentes de trabalho com perigo de vida, desfiguração ou vítimas de agressões e outros delitos violentos<sup>61</sup>.

### ***Princípios Diagnósticos***

Alguns autores afirmam que o diagnóstico do TEPT em nosso meio, onde os acidentes automobilísticos e a violência social constituem um grave problema de saúde pública, tem sido subestimado<sup>62</sup>. São utilizados para o diagnóstico e quantificação da sintomatologia do TEPT a anamnese, o exame mental e as seguintes escalas<sup>63</sup>: Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico ou *Clinician Administered TEPT Scale - CAPS* (Blake, 1990), *Impact of Event Scale (IES)*; *Mississippi Rating Scale for Combat Related PTSD e MISS- Civilian Version*; *Significant Others Scale- SOS*. No Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do DPMP/FCM/UNICAMP tem sido utilizado traduzido e adaptado para o português, o Questionário de Sequelas do Trauma (QST) (Koverola, Proulx, Hanna, Battle & Choan, 1992)<sup>64</sup>.

### **Neurastenia (inclui a Síndrome da Fadiga) - F48.0**

#### ***Sintomatologia***

##### ***Síndrome Geral da Fadiga Nervosa***<sup>65</sup>

Há mais de cinco décadas foi identificado em um estudo realizado em profissionais mecanografistas e telefonistas, um quadro de características polimorfas, onde predominava: a) uma síndrome subjetiva comum de fadiga nervosa caracterizada por uma sensação de astenia, lassidão, “nervos à flor da pele”, dificuldade considerável de organizar as atividades domésticas, indiferença a tudo; b) alterações do humor e do caráter,

identificadas por nervosismo, agressividade e irritabilidade; c) intolerância ao ruído, oscilações do humor com depressão acentuada, ideação suicida e astenia; d) prejuízo na vida social com redução dos passeios, distrações, enfim de todo convívio pessoal; e) distúrbios do sono, sendo encontrada hipersônia diurna, insônia noturna; f) alterações somáticas, onde eram referidos sintomas como angústias, palpitações, dores precordiais, opressão torácica, “bolo esofágico”, e com menor intensidade náuseas, vertigens, tremores e síncope; g) quanto aos aspectos evolutivos, percebeu-se que o repouso temporário era insuficiente e não conseguia reduzir os sintomas, que acabavam se agravando e se tornavam permanentes; i) os autores consideram os fatores extra-profissionais como secundários na origem desta síndrome, concluindo que as condições de trabalho (riscos ocupacionais, papel da chefia, fatores ergonômicos e outros) tinham papel preponderante nessa gênese<sup>65</sup>. Essa síndrome conhecida como Fadiga Patológica ou Fadiga Industrial, foi também encontrada atualmente em trabalhadores industriais, empregados de áreas operativas dos metrô do RJ e SP<sup>43</sup>.

### *Neurastenia*

A descrição clínica clássica dessa síndrome e sua estrutura básica, em que pese a evolução da psiquiatria se mantiveram inalteradas, sendo a mesma do século passado. Encontra-se em sua etiologia fatores multifatoriais. O abusivo uso do termo neurastenia no passado, atribuído a diferentes patologias hoje acolhidas em diagnósticos mais adequados nos diversos capítulos da CID-10, faz-se com que essa síndrome seja melhor entendida, principalmente nos seus aspectos etiológicos ocupacionais<sup>65</sup>. Quanto a esses aspectos, três hipóteses foram consideradas: genética, neurofisiológica e psicogênica<sup>65</sup>.

### *Aspectos epidemiológicos*

São poucas as referências da literatura científica sobre a neurastenia. Em um importante estudo sobre a incidência dessa síndrome numa amostra de 270 trabalhadores divididos em dois grupos (180 trabalhadores de um hospital geral e 90 trabalhadores de uma companhia de água e esgoto) de acordo com a exposição ou não ao trabalho noturno, submetidos a dois questionários (um de auto-avaliação para a síndrome neurasteniforme e o

outro de auto-avaliação de Zung para depressão) chegou-se a conclusão que o trabalho em turnos expõe o trabalhador ao desencadeamento de uma síndrome neurasteniforme, há uma susceptibilidade maior do sexo feminino, a faixa etária não se constitui como um fator de risco e que, de acordo com os escores obtidos na escala de auto-avaliação de Zung<sup>65</sup>, essa síndrome não pode ser definida como uma forma de depressão.

### ***Fatores de risco de natureza ocupacional***

A Síndrome de Fadiga pode ocorrer em trabalhadores expostos a produtos químicos (tolueno; tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloetano; manganês; mercúrio; sulfeto de carbono; outros solventes orgânicos neurotóxicos)<sup>3</sup> e há fatores ocupacionais contributivos para o surgimento da mesma, tais como ritmos de trabalho acelerados, jornadas prolongadas (excesso de horas extra, dupla jornada de trabalho) e turnos alternados<sup>3</sup>. Quanto ao nexu causal, esse transtorno pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling<sup>3</sup>, em trabalhadores expostos aos produtos químicos acima descritos.

### ***Princípios Diagnósticos***

Além da polêmica quanto à melhor classificação para esse transtorno, deve-se também ter o cuidado de excluir para o diagnóstico definitivo da síndrome neurasteniforme: a astenia (R53), o *burnout* (Z73. 0), o mal estar e fadiga (R53), a síndrome de fadiga pós-viral (G93. 9) e a psicastenia (F48. 8)<sup>42</sup>. Os princípios diagnósticos dessa síndrome se assemelham aos episódios depressivos e o TEPT, descritos anteriormente. As escalas de avaliação mais utilizadas<sup>65</sup> são: a Escala de Auto-Avaliação – Síndrome Neurasteniforme (E.A.A.S.N.) e a Escala de Auto-Avaliação de Zung. Não há referências na literatura pesquisada sobre o uso dos testes psicológicos.

## Outros Transtornos Neuróticos Especificados (inclui Neurose Profissional)-F48.8

### *Sintomatologia*

A neurose profissional foi definida em 1993 por Aubert, como sendo *“uma afecção psicógena persistente, na qual os sintomas são expressão simbólica de um conflito psíquico, cujo desenvolvimento encontra-se vinculado a uma determinada situação organizacional ou profissional”*, dividindo-a em três formas clínicas: a neurose profissional atual; a psiconeurose profissional e a neurose de excelência<sup>3, 43, 66</sup>.

As queixas da neurose profissional são inespecíficas, representadas por cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono, sendo um quadro de evolução crônica, que tende a se definir como um padrão de comportamento<sup>3, 66</sup>. O trabalhador que antes desenvolvia sua atividade ocupacional com disposição e dedicação, passa a se sentir cansado, sem motivo aparente, sendo que a anamnese e exame físico não evidenciam determinantes somáticos<sup>3</sup>. São apontados dois aspectos importantes, nesses transtornos: *“não são facilmente encaixados nas classificações psiquiátricas estabelecidas e internacionalmente usadas; foram primeiramente descritos em uma população ou área cultural em particular e subsequente associadas a elas”*<sup>3</sup>. Não foram encontradas na literatura, referências sobre estudos epidemiológicas acerca desse transtorno.

### *Fatores de risco de natureza ocupacional*

Fatores de risco de natureza ocupacional que podem desencadear esta neurose, a saber: os problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56); desemprego (Z56.0); mudança de emprego (Z56.1); ameaça de perda de emprego (Z56.2), ritmo de trabalho penoso (Z56.3); desacordo com patrão e colegas de trabalho - condições difíceis de trabalho (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)<sup>3</sup>. Quanto aonexo causal, a neurose profissional poderá ser incluída no Grupo III da Classificação de Schilling, onde o trabalho pode desencadear ou contribuir para a

recidiva da doença<sup>3</sup>. O diagnóstico é feito, basicamente, através da anamnese detalhada<sup>3</sup>. Não há referências específicas sobre testes psicológicos e escalas de avaliação.

### **Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2)**

#### ***Sintomatologia***

Os transtornos do ciclo sono-vigília podem levar a um aumento de erros operacionais, predispondo o trabalhador aos acidentes de trabalho e também a alterações cardiovasculares e gastrintestinais, aumentando o risco de úlcera duodenal. O isolamento desse trabalhador do convívio familiar e social devido à inversão dos horários acaba acarretando sérios transtornos emocionais<sup>67</sup> e as queixas mais comuns são alternância de insônia e sonolência, dificuldade para adormecer, interrupções freqüentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília, percepção do sono de má qualidade e a insônia freqüente pode levar o indivíduo a queixas de fadiga, irritabilidade, distúrbios do humor, concentração diminuída e redução do rendimento ocupacional<sup>3, 68, 69</sup>.

#### ***Aspectos epidemiológicos***

As alterações do ciclo sono-vigília são atribuídas às profissões sujeitas às mudanças de turno de trabalho<sup>66</sup>. Um estudo utilizando o questionário PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) em 5 hospitais japoneses em enfermeiras que trabalham no turno da noite revelou, em todas elas, alterações significativas na qualidade do sono<sup>70</sup>; outro estudo longitudinal em enfermeiras francesas que trabalhavam em turnos alternados também demonstrou desordens no sono<sup>71</sup>. Um estudo da prevalência de transtornos do sono em uma população de trabalhadores de turnos de um hospital concluiu que estes apresentam maiores perturbações de sono, em relação aos de turno fixo, tendo como conseqüência uma maior probabilidade de sofrerem acidentes de trabalho e licenças médicas<sup>72</sup>.

### ***Fatores de risco de natureza ocupacional***

Estão mais sujeitos a essas alterações motoristas de ônibus noturnos, digitadores, estudantes (trabalhando na compensação bancária), tripulação dos vôos noturnos comerciais, médicos plantonistas e pessoal de enfermagem com dois empregos<sup>67</sup>. Os fatores de risco ocupacional são os problemas relacionados ao emprego e ao desemprego, uma má adaptação à organização do horário de trabalho (turnos ou trabalho noturno) e outras circunstâncias relativas às condições de trabalho<sup>3</sup>. Quanto ao nexo causal, os transtornos do ciclo sono-vigília, podem ser incluídos no Grupo III da Classificação de Schilling, onde o trabalho pode desencadear ou contribuir para a recidiva da doença<sup>3</sup>.

### ***Princípios Diagnósticos***

Basicamente utiliza-se a anamnese e as escalas de avaliação gerais, isto é, não específicas para o trabalho<sup>73</sup>, e.g., o PSQI; o *Mini-Sleep* e o *Nordic Sleep*. Não foram encontradas referências específicas sobre testes psicológicos para subsidiar o diagnóstico deste transtorno.

### **Burnout (Z73.0).**

#### ***Sintomatologia***

O termo *Burnout*, tem sido empregado desde 1980 por Freudemberger para designar uma síndrome apresentada por trabalhadores que sofreram um “esgotamento profissional”<sup>43</sup>, estando sua ocorrência vinculada a uma exposição contínua a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, sendo caracterizada clinicamente por exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho<sup>66</sup>. A síndrome de *Burnout* ou do esgotamento profissional é considerada peculiar a algumas atividades profissionais. Segundo Maslach e Jackson e posteriormente Maslach seus sintomas fundamentais são a exaustão emocional, caracterizada por *sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo*; a despersonalização, que deve ser entendida

como *uma reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente*; diminuição do envolvimento pessoal no trabalho, isto é, *sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho*<sup>3</sup>.

A fase prodrômica é constituída por uma perda gradativa do entusiasmo, posteriormente ocorrendo uma vivência de tédio, associada à irritabilidade e alterações do humor, muitas vezes negado pelo indivíduo acometido. Na fase posterior ocorrem crescente irritabilidade, manifestações de agressividade, alterações do sono, perda do autocontrole emocional, manifestações depressivas relacionadas à decepção, indisposição e desinteresse pelo trabalho<sup>43</sup>. São também apontados sintomas inespecíficos como fadiga, tristeza, angústia, tremores, inquietação, e outros. Os indivíduos com essa síndrome, parecem estar sujeitos a uma maior incidência de consumo de álcool e substâncias psicoativas, conflitos conjugais e familiares<sup>74</sup>.

### *Aspectos epidemiológicos*

São inúmeros os estudos epidemiológicos realizados, em face da sua crescente importância. Nos professores de diversos países, a síndrome é atribuída a fatores como a desvalorização profissional, a perda do reconhecimento da função, e da dignidade imposta pelas mudanças institucionais<sup>43</sup>. Outros artigos publicados em diversas partes do mundo relatam a incidência da síndrome em médicos de serviços de emergência na Turquia<sup>75</sup>; em dentistas holandeses relacionados ao gênero (masculino, feminino)<sup>76</sup>; em enfermeiras japonesas<sup>77</sup>; em enfermeiras dos EUA, relacionando a melhoria dos ambientes de trabalho para prevenção da síndrome<sup>78</sup>. Um estudo publicado na Espanha em uma amostra 294 profissionais da saúde conclui que os maiores riscos para a síndrome encontravam-se em mulheres acima de 44 anos, com mais de 19 anos nessa ocupação, e carga horária entre 36 a 40 horas semanais<sup>79</sup>. Em nosso meio, um estudo realizado em médicos filiados a Associação Paulista de Medicina (APM) revelou que os níveis mais altos de *Burnout* e de insatisfação profissional foram detectados naqueles que atuam em serviço público e em medicina de grupo, com condições precárias de trabalho<sup>80</sup>.

### ***Fatores de risco de natureza ocupacional***

Os trabalhadores da área da educação como os professores; da saúde, como enfermeiros e médicos; policiais, agentes penitenciários; assistentes sociais; aqueles que são submetidos as transformações organizacionais como dispensas temporárias e enxugamento (downsizing) <sup>3</sup> estão mais sujeitos a síndrome de *Burnout*. A síndrome poderá estar vinculada a fatores que influenciam o estado de saúde: “ritmo de trabalho penoso” (Z56.3) e “outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6) <sup>3</sup>. Relativo ao nexos causal o *Burnout* pode ser classificada no Grupo II da Classificação de Schilling, onde o “*trabalho pode ser considerado fator de risco no conjunto de fatores associados com a etiologia multicausal dessa doença*” <sup>3</sup>.

### ***Princípios diagnósticos***

Em princípio, tensão no trabalho, *burnout* e depressão clínica devem ser diferenciados, pois embora possam ter sintomas em comum são entidades diferentes<sup>81</sup>. Basicamente, o instrumento recomendado é a anamnese onde se considera a queixa mencionada, a história e a análise da situação do trabalho atual<sup>2</sup>. Não há testes psicológicos específicos para subsidiar o diagnóstico deste transtorno. É utilizada a escala de avaliação de *Maslach Burnout Inventory* <sup>74</sup>, a qual em nosso meio possui algumas validações.

### **Síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho, não descritas na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**

Mencionamos aqui algumas patologias mentais como as síndromes depressivas e paranóides (classificadas segundo Selligman Silva, dentro de “outras síndromes neuróticas associadas ao trabalho”), alterações de personalidade e transtornos psicossomáticos <sup>43</sup>. As síndromes depressivas podem se apresentar como característica, sua atipicidade, na forma de um desânimo, amargura, conformismo fatalista, e se ocultar nos acidentes de trabalho, alcoolismo, absenteísmo, e nas expressões somáticas de mal estar e doenças<sup>43</sup>. As síndromes paranóides (idéias e fantasias de caráter persecutório) levando a sérias dificuldades no relacionamento pessoal (familiar, ocupacional) e no desempenho

profissionais estão associadas a fatores organizacionais tais como dispositivos rígidos de controle e práticas punitivas<sup>43</sup>.

#### **IV- Princípios Diagnósticos das Síndromes Psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho**

São por demais conhecidas as dificuldades práticas do uso das classificações diagnósticas em virtude do seu caráter multiaxial e muitas vezes não são valorizados os fatores relacionados ao trabalho. Embora as classificações diagnósticas atuais sejam consideradas limitadas para uso em questões laborais, buscou-se nas várias seções da CID-10<sup>42</sup> subsídios necessários para tal finalidade. Deve-se analisar detalhadamente alguns critérios diagnósticos que levem em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psíquicos do trabalhador, os quais poderão ser utilizados nos exames ocupacionais de rotina (descritos no PCMSO), nas avaliações clínicas (ambulatoriais) e donexo causal. A avaliação deve conter uma anamnese completa, direcionada para as questões ocupacionais com relatos minuciosos dos antecedentes pessoais e familiares, o exame físico, psíquico, e complementares.

Apresenta-se a seguir, de forma abreviada, sugestão de protocolo para a investigação do nexocausal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, elaborado pelos dois primeiros autores deste trabalho, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico:

#### **Protocolo para a investigação do nexocausal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**

##### **Riscos de natureza ocupacional:**

- 1- Relacionados à empresa: a) grau de risco da empresa (grau I, II, III, IV); b) a implantação e cumprimento do PCMSO<sup>15</sup>, PPRA<sup>16</sup> e outras NR<sup>14</sup>; c) nas condições ambientais, a existência do tipo de risco- físico, químico, biológico, ergonômico, de

acidentes; d) no posto de trabalho, observamos as medidas de proteção (individual e coletivas) implantadas e cumpridas;

2- Relacionados ao trabalhador: a) função – avalia-se as atividades e tarefas realizadas, fases do seu trabalho e ainda materiais, substâncias, instrumentos e máquinas que utiliza; b) nas relações de trabalho - contrato e a jornada (diária, semanal) de trabalho, o relacionamento com colegas e chefia, o grau de satisfação no trabalho; c) atividades ocupacionais pregressas: descrição das mais significativas e aquelas relacionadas com a queixa atual; d) fatores psicossociais relacionados com o trabalho (inerentes ao trabalho, interpessoais e outros)<sup>18</sup>.

#### **Riscos de natureza social:**

Para esta avaliação foram incluídos alguns diagnósticos da CID-10, a saber: a) relacionados aos principais eventos da infância (Z.61) – verificar a ocorrência de maus tratos, separação dos pais, doenças graves, perdas afetivas (mortes); b) habitação e condições econômicas (Z.59) - habitação inadequada, falta de domicílio fixo, baixa renda, pobreza (extrema); c) circunstâncias familiares (Z.63) - problemas de relacionamento cônjuge/parceiro, suporte familiar inadequado, desajustamento morte, divórcio/separação, eventos de vida estressantes afetando a família; d) ambiente social (Z.60) - problemas de ajustamento a transição do ciclo vital, viver sozinho, alvo de discriminação e perseguição.

#### **Riscos de natureza psíquica:**

São analisados os seguintes itens da CID-10: a) Personalidade Pré-Mórbida - onde se pesquisa a presença de alguns traços peculiares da personalidade do examinando (F60.0-F60.7), a saber: paranóide, esquizóide, anti-social, histriônica, anancástica, ansiosa, dependente; b) Transtornos Mentais e do Comportamento - ocorrência de episódios anteriores e atuais (F00- F70).

Quanto aonexo causal, deve-se utilizar como referência, a classificação das doenças relacionadas ao trabalho<sup>2, 66, 82</sup> baseada na proposta de Schilling que as divide em 3 grupos. **No grupo I**, estão incluídas as típicas “doenças profissionais”, onde o *trabalho é causa necessária e portanto o nexo é evidente*, como nas neurointoxicações ocupacionais<sup>2, 3</sup>. **No grupo II**, patologias onde *o trabalho pode ser um fator de risco* que contribui, mas não é necessário, sendo mais encontradas em determinadas categorias profissionais, e.g., alcoolismo crônico (F10.2) e outros, onde o nexo causal é de natureza epidemiológica<sup>2, 3</sup>. **O grupo III** está representado pelas enfermidades em que, *o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente*, melhor explicado pela concausalidade, sendo encontramos aqui, a neurastenia e outros<sup>2</sup>.

A avaliação psicológica é um importante elemento auxiliar do diagnóstico destas síndromes devendo ser utilizada quando necessário. Ressalta-se a necessidade da adaptação destes instrumentos pelo psiquiatra, médico do trabalho ou psicólogo nas suas respectivas áreas.

## V- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Objetivou-se neste breve estudo sobre as Síndromes Psiquiátricas não-Orgânicas Relacionadas ao Trabalho, fundamentos para uma melhor compreensão donexo causal desses transtornos, enfatizando-se a importância dos fatores psicossociais e organizacionais dentro dos conhecimentos atuais da Psiquiatria Ocupacional, ainda carente de novos conceitos e abordagens com uma insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos nessa área.

As síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho apresentam complexidade diagnóstica e necessitam de um maior aprofundamento teórico-prático e de uniformização de condutas por parte dos profissionais da medicina do trabalho, psiquiatria, psicologia e outros.

A Psiquiatria Ocupacional enfatiza o diagnóstico precoce, a prevenção, e seus aspectos previdenciários, lançando mão das diversas áreas do conhecimento acima descritas e da classificação da CID-10.

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Mendes R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 03-31
- 2- Jardim SR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ano 95, nº 74: jul-ago-set de 2000: Rio de Janeiro, 2000. p. 47-52.
- 3- Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC. Brasília: M.S., 2001. p. 161- 194.
- 4- Guimarães LAM. et al. Projeto Matrix- “Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho, em Instituições de Ensino Superior- Diagnóstico, Prevenção e Tratamento” Campinas:UNICAMP, 1998
- 5- Selligman Silva E. O Campo da Saúde Mental do Trabalho. In: Selligman Silva E. Desgaste Mental no Trabalho Dominado. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.
- 6- Academy of Organizational and Occupational Psychiatry. Acesso em 27/09/03, disponível em, >><http://www.aoop.org><<.
- 7- World Psychiatric Association (WPA). Scientific Section on Occupational Psychiatry, acesso em 27/09/03. disponível em: >>[http:// www.wpanet.org/home.html](http://www.wpanet.org/home.html)<<.
- 8- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho- Revista de Saúde Pública v. 36 n.3, São Paulo jun. 2002
- 9- Rigolin A, Camargo DA. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 281-300.

- 10- Guimarães LAM, Camargo DA, Teixeira A. Violência no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 245-264.
- 11- Guimarães LAM, Camargo DA, Caetano D. Assédio sexual no trabalho: aspectos psicológicos-psiquiátricos. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 265-280
- 12- Ministério da Saúde. O campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores. In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. DIAS, E. C., Brasília: M.S., 2001. p. 17- 26.
- 13- Dias EC, Mendes R. O que é a medicina do trabalho. Acesso em 05/03/04, disponível em >>> <http://www.anamt.org.br/definicao.html><<<
- 14- Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras (NR, Portaria nº 3214) Brasília: acesso em 27/092003, disponível em >><http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp><<
- 15- Ministério do Trabalho. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) Brasília: acesso em 27/09/2003, disponível em >><http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp><<.
- 16- Ministério do Trabalho. Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA, NR-9) Brasília: acesso em 27/09/2003, disponível em >><http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp><<.
- 17- Serrano, M. Proposta de uma nova NR-7. Jornal da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Belo Horizonte: ano XV- outubro/2001
- 18- Levi L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.03-34.06.

- 19- Karasek R. El modelo de demanda/control. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998.p. 34.06-34.16.
- 20- Gomér, KO. El apoyo social. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.16-34.17
- 21- Organização Internacional do Trabalho (O I T). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998.
- 22- Caplan, RD. El ajuste person-entorno. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.18-34.19.
- 23- Frankenhaeuser, M. La carga de trabajo In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.20-34.21.
- 24- Monk, TH. La jornada de trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.21-34.22.
- 25- Stokols, D. El diseño del entorno. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.22-34.25.
- 26- Smith, MJ. Factores ergonómicos. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.25-34.26.
- 27- Ganster, D. Autonomía y control In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.26-34.28.
- 28- Schleifer, LM. La supervisión electrónica del trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.29-34.31.
- 29- Jex, SM. Claridad y sobrecarga de los roles asignados. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.31-34.32.

- 30- Piotrkowski, CS. El acoso sexual. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.32-34.33.
- 31- Barling, J. La violencia en el lugar de trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.33-34.34.
- 32- La seguridad en el empleo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.34-34.37.
- 33- Factores Macroorganizativos. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.37-34.46.
- 34- Jenkins, CD. Patrones de comportamiento de los tipos A y B. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.49-34.50.
- 35- Schaubroeck, JM. Autoestima. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.52-34.52.
- 36- Burke, RJ. Estilos de afrontamiento. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.54-34.55.
- 37- Corneil , DW. Apoyo social. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.55-34.57.
- 38- Barnett, RC. Genero, estrés en el trabajo y enfermedad. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.57-34.59.
- 39- Keita, GP. Aspectos étnicos. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.59-34.60.
- 40- Organização Internacional do Trabalho (O I T). Reacciones de estres. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Vol. II copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.60-34.67.

- 41- Organização Internacional do Trabalho (O I T). Efectos crónicos en la salud. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Vol II, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.67-34.75.
- 42- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 108-129
- 43- Selligman Silva, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 45-90.
- 44- Guimarães LAM, Ferreira Jr . Condições Ligadas ao Trabalho. In: Fráguas Jr R, Figueiro JAB. Depressão em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas- Depressões Secundárias. São Paulo: Ed. Atheneu, RJ, 2000. p 303-310.
- 45- Glozier, N. Workplace effects of the stigmatization of depression. *Journal of occupational and environmental medicine* 1998 Sep; 40(9):801-7. Acesso em 10/11/03, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/> <<<.
- 46- Tennant, C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res.* 2001 Nov;51(5):697-704. Acesso em 10/11/03, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>
- 47- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK- The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry.* 2003 Dec;64(12):1465-75. Acesso em 10/11/03, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/> << .
- 48- Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. Acesso em 10/11/03 disponível em >> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/> <<.
- 49- Greenberg P.E. Depression in workplace: an economic perspective. In: Feigher, JP & Boyer, WF. *Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors: Advances in Basic Research and Clinical Practice.* New York: John Wiley & Sons Ltd, 2<sup>nd</sup> Ed., 1996.

- 50- Lecrubier Y. Depressive illness and disability. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2000 Dec;10 Suppl 4:S439-43. Acesso em 10/11/03, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>.
- 51- Kivimaki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Acesso em 10/11/03, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<
- 52- Wells, KB. The functioning and well-being of depression patients. *JAMA*, 262: 914-919, 1989.
- 53- Stuart A.L. The Most Short-Form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 26: 724-732, 1988.
- 54- Organização Internacional del Trabajo. “Aumentan los costos del estrés en el trabajo, y la incidencia de la depresión es cada vez mayor”. Un informe de la OIT estudia la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. Ginebra: OIT, outubro de 2000 ISBN 92-2-112223-9.
- 55- Wollersheim JP. Depression, women, and the workplace. *Occup Med*. 1993 Oct-Dec;8(4):787-95. Acesso em 10/11/03, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<.
- 56- Braun S, Hollander RB. Work and depression among women in the Federal Republic of Germany. *Women Health*. 1988;14(2):3-26. Acesso em 10/11/03, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<
- 57- Inocente NJ, Camargo DA. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 131-144.
- 58- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos de Ansiedade. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*, 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 545-583.

- 59- Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* jun. 2003. vol.25 supl.1, p.3-7. ISSN 1516-4446.
- 60- Maurat AM, Figueira I. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Agudo de Estresse (TAE) em policiais militares atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, out. 2002, vol.24 supl.2, p.26-43. ISSN 1516-4446.
- 61- Braverman M. Transtorno por estres postraumatico y su relacion com la salud laboral y la prevencion de lesiones. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Copyright de la edición española – OIT. Madrid: 1998 Capitulo 5 p. 5-17 – 5.13
- 62- Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, jun. 2003, vol.25 supl.1, p.12-16. ISSN 1516-4446.
- 63- Roso MC. Escalas de Avaliação do TEPT. In; Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000 p.181-183.
- 64- Koverola, C, Proulx, J, Hanna, C, Battle, P, & Chohan, M. Identifying mediators of adjustment in sexual abuse survivors: A scientist-practitioner approach. Symposium presented at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Quebec City, QC. (1992, June).
- 65- Rosa J.C.F. A investigação da Síndrome Neurasteniforme: comparação em trabalhadores nos programas diurno e noturno. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1995. p. 87-93.
- 66- Jardim SR, Glina DMR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE. *Saúde Mental no Trabalho - desafios e soluções*. São Paulo:VK, 2000. p. 17-52.
- 67- Fischer FM, Lieber RR, Brown FM. Trabalhos em turnos e as relações com a saúde/doença. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 545-572.

- 68- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sono normal e Transtornos do Sono . In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 657-672.
- 69- Souza JC, Guimarães LAM. Insônia. In: Souza JC, Guimarães LAM. *Insônia e Qualidade de Vida*. Campo Grande (MS): UCDB, 1999 p. 62-117
- 70- Ohida T, Takemura S, Nozaki N, Kawahara K, Sugie T, Uehata T. The influence of lifestyle and night-shift work on sleep problems among female hospital nurses in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 2001 Aug;48(8):595-603. Acesso em 24/02/04, Disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>.
- 71- Niedhammer EU, Lert F, Marne MJ. . Effects of shift work on sleep among French nurses. A longitudinal study. *J Occup Med*. 1994 Jun;36(6):667-74. Acesso em 24/02/04, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<.
- 72- Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res*. 2002 Jul;53(1):577-83. Acesso em 24/02/04, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<.
- 73- Gorestein C, Tavares S, Alóe F. Escalas de Auto-Avaliação de Sono. In; Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000 p. 423-434
- 74- Maslach, C. Burnout. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p.34.74- 34.75.
- 75- Cevik AA, Holliman CJ, Yanturali S. Emergency physicians and "burnout" syndrome. *Ulus Travma Derg*. 2003 Apr;9(2):85-9. Acesso 24/ 02/04, disponível em >>><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<<
- 76- te Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Oct;31(5):321-7. Acesso 24/ 02/04, disponível em >>><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<<

- 77- Shimizu T, Mizoue T, Kubota S, Mishima N, Nagata S. Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *J Occup Health*. 2003 May; 45(3):185-90. Acesso 24/ 02/04, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<<<.
- 78- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl):II57-66. Acesso 24/ 02/04, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<<<
- 79- Martínez J CA. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.71 n.3Madrid May/June 1997.Print ISSN 1135-5727
- 80- Rodrigues AL. O Burnout no exercício da profissão médica. In: Glina DMR, Rocha LE. *Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções* São Paulo: VK, 2000. p. 103-130.
- 81- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Affect Disord*. 2003 Aug;75(3):209-21. Acesso 24/ 02/04, disponível em >><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/><<<<.
- 82- Mendes R. Aspectos Conceituais da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 33-47.

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL IV:**

**SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS AOS  
ACIDENTES DE TRABALHO, AS DOENÇAS OCUPACIONAIS E  
AOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY IV:**

**PSYCHIATRIC SYNDROMES DUE TO OCCUPATIONAL ACCIDENTS,  
OCCUPATIONAL DISEASES AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE WORK**

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL IV: SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS  
RELACIONADAS AOS ACIDENTES DE TRABALHO, AS DOENÇAS  
OCUPACIONAIS E AOS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY IV: PSYCHIATRIC SYNDROMES DUE TO  
OCCUPATIONAL ACCIDENTS, OCCUPATIONAL DISEASES AND  
PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE WORK**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP.
- 3- Profa. Dra. Líliliana A M Guimarães- Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Diretora do LSMT da UCDB e do LSMT do DPMP/FCM/UNICAMP.

**Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP- CEP: 13031-970 Fone: 0xx19-3289-4819.

**\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-6542

E-mail: [duiliocamargo@uol.com.br](mailto:duiliocamargo@uol.com.br)

Jardim Theodora, Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## RESUMO

Este artigo é o quarto de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta uma breve revisão bibliográfica das Síndromes Psiquiátricas relacionadas aos Acidentes de Trabalho, Doenças Ocupacionais e Fatores Psicossociais no trabalho, a partir da abordagem feita pelo Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## ABSTRACT

This paper is the fourth of a series on Occupational Psychiatry. It provides a brief review of the literature on psychiatric syndromes due to occupational accidents, occupational diseases and psychosocial factors in the work setting. The theoretical framework is in line with the approach proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho; síndromes psiquiátricas; acidentes de trabalho; doenças ocupacionais.

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work; psychiatric syndromes; occupational accidents; occupational diseases.

## I- INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e os fatores psicossociais do trabalho, podem predispor o trabalhador a uma série de transtornos mentais, que em face de sua elevada incidência e suas implicações na prática clínica de médicos, psicólogos e outros profissionais da área de saúde, necessitam de um maior entendimento em seus aspectos diagnósticos, preventivos e periciais.

Há uma exigência cada vez maior dos psiquiatras para atuarem: a) na prestação de serviços de assessoria e consultoria junto às empresas, auxiliando quanto aos aspectos psíquicos dos programas médicos de promoção e proteção à saúde do trabalhador; b) como peritos e assistentes técnicos na avaliação donexo causal e grau de incapacidade laborativa dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho (TMC/RT)<sup>1</sup> e também das seqüelas psíquicas desencadeadas pelas doenças ocupacionais (exemplo: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e outros) e pelos acidentes de trabalho; c) na execução de laudos e pareceres sobre os danos psíquicos relacionados com o trabalho (muitas vezes confundido com dano moral)<sup>2</sup>, nas questões polêmicas, mas extremamente comuns como a violência<sup>3</sup> e o assédio sexual<sup>4</sup> no trabalho entre outras.

Assim a Psiquiatria Ocupacional começa a ter maior visibilidade principalmente após a publicação, em maio de 1999, da Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>1, 5</sup>, fator contributivo para elaborarmos uma série de estudos.

No primeiro estudo desta série, foi descrita a evolução conceitual dos “Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao Trabalho”, e também foram abordados os aspectos históricos da Psiquiatria Ocupacional, sendo resgatados relatos significativos do sofrimento psíquico no trabalho a partir da Antiguidade. No segundo, onde foram tratados os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, analisou-se: o campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho; os principais produtos neurotóxicos e suas

manifestações clínicas, psíquicas e as atividades ocupacionais de maior risco; os transtornos mentais e do comportamento, atribuídos a esses produtos.

No terceiro estudo, abordou-se as principais síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, avaliando seus princípios diagnósticos, aspectos psicossociais e organizacionais.

O presente artigo tratará do campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho, dos aspectos psíquicos das doenças, dos riscos ocupacionais e dos fatores psicossociais de interesse para Psiquiatria Ocupacional.

Com a finalidade de contribuir com o avanço do conhecimento dessas doenças, riscos e fatores (que por muito tempo ficaram restritos apenas na especialidade da Medicina do Trabalho) buscou-se trazer subsídios para a uniformização de procedimentos diagnósticos, utilizando as contribuições trazidas pela área de Saúde Mental e Trabalho, e as descrições clínicas contidas na Classificação Internacional das Doenças (CID-10)<sup>6</sup>.

## **II- O campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho**

Na atualidade a interface psiquiatria e medicina do trabalho, com o surgimento da área denominada de “Saúde Mental e Trabalho”, ganhou mais visibilidade e relevância científica, sendo relatados a seguir seus aspectos mais relevantes.

### ***Aspectos da Psiquiatria Ocupacional***

Área fundamentalmente interdisciplinar, para os presentes autores, o referencial teórico da Psiquiatria Ocupacional está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, o qual é definido por Guimarães et al.<sup>7</sup> como: “*o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho, visando a promoção da saúde mental do trabalhador, através de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes*”.

Desde 1927<sup>8</sup> a terminologia “Psiquiatria Ocupacional” é utilizada e em linha com *World Psychiatric Association* <sup>9</sup> utilizaremos esse termo. Atualmente destaca-se a atuação da *Academy of Organizational and Occupational Psychiatry*<sup>10</sup>.

A importância dos psiquiatras conhecerem melhor, essa área se tornou fundamental, por vários motivos, entre os quais destacamos: 1) a alta incidência de transtornos mentais entre os trabalhadores: cerca de 30% de transtornos mentais menores e 5 a 10% graves<sup>1</sup>; 2) a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho em nosso meio mostra os transtornos mentais como a terceira causa desta incapacidade, sendo superada apenas pelos acidentes e doenças osteomusculares<sup>11</sup>; 3) a necessidade de um conhecimento mais abrangente do capítulo sobre os TMC/RT <sup>1, 5</sup>; 4) cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 1.488/1988), independente da especialidade ou local de atuação, a serviço do empregador ou como contratado, assessor, consultor ou perito (médico-judicial ou da previdência social), que resumidamente determina: fornecer quando necessário, atestados e pareceres para o afastamento do trabalho; elaborar quando solicitado, laudos, pareceres e relatórios de exame médico, quanto ao diagnóstico, prognóstico e outros, para benefício do paciente, dentro dos preceitos éticos<sup>12</sup>.

### **Aspectos da Medicina do Trabalho**

Em sua ampla atuação preventiva e terapêutica, a medicina do trabalho tem como princípio básico prevenir as doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, promover a saúde nos seus aspectos físicos e mentais e a qualidade de vida dos trabalhadores. Fundamenta suas ações através de leis específicas do Ministério do Trabalho - Normas Regulamentadoras (NR)<sup>13</sup>, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, entre as quais destacamos: a) o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO-NR7)<sup>14</sup>, que consiste, na promoção e na proteção da saúde do trabalhador através de ações primárias (programas educativos e preventivos) e secundárias de saúde, representadas pelos exames ocupacionais (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), que são submetidos obrigatoriamente todos os trabalhadores. Visa também diagnosticar precoce-mente os agravos à saúde, reduzir os índices de acidente, doenças

profissionais e doenças do trabalho; b) o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA-NR9)<sup>15</sup>, que tem como preocupação o reconhecimento dos riscos ambientais através da identificação dos mesmos, determinação e localização das possíveis fontes geradoras, identificação das funções e número dos trabalhadores expostos, caracterização das atividades e do tipo de exposição.

Segundo dados da Associação Nacional de Medicina do Trabalho<sup>16</sup>, 93% das empresas brasileiras contam com menos de 19 funcionários e não conseguem subsidiar um programa de assistência integral à saúde do trabalhador, comprometendo portanto os resultados do PCMSO, sobrecarregando o atendimento médico na atenção primária e secundária.

### **III- Aspectos da Psiquiatria Ocupacional relacionados às Doenças Ocupacionais**

As doenças profissionais ou ocupacionais são produzidas ou desencadeadas pelo exercício profissional peculiar a determinada atividade e decorrem de *microtraumas* que cotidianamente agredem e vulneram as defesas orgânicas, e assim, por força de efeito cumulativo acabam propiciando o surgimento da enfermidade<sup>2</sup>. De acordo com o artigo 19 da Lei 8.213/91 que conceitua acidente do trabalho, outras situações também foram designadas pelo legislador como caracterizadoras de acidente do trabalho, por equiparação como o *acidente-tipo* ou *macrotrauma*, as *doenças profissionais*, as *doenças do trabalho* e os *acidentes por equiparação*<sup>2</sup>.

Para uma melhor compreensão do tema lançamos mão de conhecimentos básicos sobre os riscos ocupacionais, que também são utilizados na investigação das relações saúde-trabalho e no estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho, sendo divididos em cinco grupos<sup>17</sup>: a) **riscos físicos**: ruídos, as radiações (ionizantes e não ionizantes), temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outras; b) **riscos químicos**: poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases, vapores e substâncias, compostos ou produtos químicos em geral; c) **riscos biológicos**: bactérias, fungos, protozoários, vírus e outros; d) **riscos ergonômicos**: esforço físico intenso, exigência de

posturas inadequadas, controle rígido de produtividade, trabalho em turno e noturno, jornadas de trabalho prolongadas, e outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico; e) **riscos de acidentes:** máquinas e equipamentos sem proteção e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.

Cada risco descrito pode desencadear uma patologia peculiar dependendo de vários fatores como o tempo de exposição do trabalhador, sua sensibilidade a nocividade do agente e outros. Os riscos podem ser divididos de acordo com seus agentes: 1) físicos - ressaltamos a perda auditiva induzida por ruído; 2) químicos - neurointoxicações por metais pesados; 3) biológicos, relacionados ao trabalho - doença causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ; 4) ergonômicos – Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Os acidentes de trabalho são descritos separadamente.

### ***Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)***

#### **Conceitos**

O ruído é um dos riscos ocupacionais mais comumente encontrados, podendo levar a uma perda auditiva que se desenvolve em geral de maneira insidiosa ao longo de meses e anos de exposição<sup>18, 19</sup>. Em muitos locais de trabalho a sua intensidade pode produzir além de alterações no aparelho auditivo, distúrbios circulatórios, gastrintestinais, alterações neuropsíquicas<sup>20</sup> e neurológicas e vestibulares<sup>21</sup>.

A PAIR relacionada com o trabalho geralmente é neurossensorial e bilateral, afetando as células do ouvido interno, podendo o ruído causar efeitos auditivos e extra auditivos<sup>22</sup>. Esses últimos compreendem as reações generalizadas ao estresse e suas conseqüências como a hipertensão arterial, distúrbios digestivos como gastrites e úlceras e fadiga somática. As reações físicas, observadas em animais expostos ao ruído podem levar a alterações da função intestinal e cardiovascular<sup>22</sup>.

## Transtornos mentais e efeitos psicossociais

Vários autores<sup>22, 20, 18</sup> mencionam as alterações mentais e emocionais, que se caracterizam por inúmeros sintomas como: irritabilidade, ansiedade, excitabilidade, sendo relatado também perturbações do sono, incluindo insônias importantes e suas conseqüências, tais como, cansaço e dificuldades de concentração<sup>21</sup>. As manifestações comportamentais podem se traduzir por mudanças de conduta e no humor, falta de atenção, redução da potência sexual, e a depressão<sup>21</sup>. Os efeitos extra-auditivos atuam ainda como fator de estresse, fazendo com que o corpo responda de modo que pode ser prejudicial a longo prazo<sup>18</sup>.

Os efeitos psicossociais do ruído se traduzem por alterações em várias funções<sup>23</sup>:

- a) memória – há um impacto significativo do ruído (agudo e crônico) relacionado ao tráfego aéreo, principalmente na memória de longo prazo, em situações de desempenho de tarefas difíceis e complexas;
- b) aprendizagem – estudo realizado em crianças, expostas ao ruído, demonstraram falha na capacidade de leitura e capacidade analítica;
- c) desempenho de tarefas - redução ou eliminação dos impactos do ruído na leitura, após isolamento acústico;
- d) motivação – quanto maior a duração da exposição ao ruído, maiores os impactos negativos na motivação;
- e) atenção – escolas com níveis de ruídos altos distraem os alunos.

Outra característica da perda auditiva é o isolamento das relações sociais, isto é, evitação de reuniões, espetáculos, etc, preferindo o isolamento doméstico. Podem estar relacionadas com o entorpecimento da comunicação falada e do rendimento laboral<sup>18</sup>.

Quanto aos efeitos do ruído urbano, que afetam tanto os trabalhadores como a população em geral, destacamos: a) distúrbios neurovegetativos, alto consumo de tranquilizantes, ansiedade, instabilidade emocional, redução de libido; b) efeitos ocupacionais – aumento do número de acidentes e de consultas médicas e absenteísmo; c) o estresse crônico e o distúrbio do sono provocados pela poluição sonora, se realimentam mutuamente aumentando a nocividade de ambos<sup>24</sup>. Em outro estudo sobre o ruído urbano

foram evidenciadas queixas de irritabilidade (58%), baixa concentração (42%), insônia (20%) e dores de cabeça (20%)<sup>25</sup>.

Ficou constatado também em uma análise das funções auditivas de trabalhadores em indústrias de papel e papelão que o ruído intenso pode levar a um maior índice de acidentes do trabalho e prejudicar a coordenação motora, por reduzir a capacidade de concentração, exigindo esforço e atenção maiores<sup>26</sup>.

### *Neurointoxicações Ocupacionais*

Inúmeros produtos químicos tóxicos estão em uso nos atuais ambientes de trabalho, podendo levar a doenças orgânicas e psíquicas através de lesão de vários órgãos vitais, como o sistema nervoso central (SNC), o fígado, os pulmões e os rins. Alguns desses produtos neurotóxicos podem gerar transtornos mentais e do comportamento ocasionando as síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, tema apresentado em outro artigo.

### *Principais produtos químicos que podem desencadear Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho*

Em face do elevado número de produtos químicos relacionados a acidentes de trabalho, sua descrição ficará restrita somente àqueles que são reconhecidos como desencadeadores de transtornos mentais, presentes na Lista de Doenças relacionadas ao trabalho<sup>1</sup>. Destacam-se metais pesados (mercúrio, manganês e chumbo); sulfeto de carbono; hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos e seus derivados halogenados tóxicos; tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; brometo de metila; substâncias asfixiantes (monóxido de carbono e o sulfeto de hidrogênio). A exposição ocupacional a fatores de risco neste caso, “a agentes tóxicos em outras indústrias (sólidos, líquidos, gases, vapores)” encontra-se descrito na CID-10 (Z 57.5).

As síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho produzem sintomas e sinais neuropsiquiátricos: a) cognitivos; b) comprometimento da coordenação motora fina e grossa; c) sensoriais - que alteram a percepção visual, auditiva, tátil e outras; d) visuoespaciais - onde se incluem as apraxias; e) alterações do comportamento e da personalidade; f) do humor<sup>27</sup>. Na tabela abaixo são citados apenas os transtornos mentais relacionados aos metais pesados:

**Tabela 1-** Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho e seus agentes etiológicos

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS
F02.8- Demência e outras doenças específicas classificadas em outros locais	Manganês e seus compostos tóxicos
F.06- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física; F.06.7- Transtorno Cognitivo Leve	Chumbo e seus compostos tóxicos; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos
F.07- Transtorno de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral; F.07.0- Transtorno Orgânico de Personalidade; F.07.8- Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral	Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos
F.09- Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado	Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos
F.32.- Episódios depressivos	Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos
F.48.0- Neurastenia (inclui "Síndrome de Fadiga")	Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos

Adaptado da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria nº 1.339/GM, 18/11/99)<sup>1</sup>

### ***Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), relacionada com o trabalho***

#### ***Conceitos e quadro clínico***

No ambiente ocupacional algumas atividades estão sujeitas à contaminação por diversos tipos de vírus, em especial o HIV, com suas gravíssimas repercussões bio-psico-sociais. Dentro dos aspectos neuropsiquiátricos da infecção provocada pelo HIV,

se destacam<sup>28</sup>: a) Demência – encefalopatia encontrada em ampla parcela dos pacientes infectados; b) Delirium – deve ser sempre investigado se não houve uma nova agressão ao SNC.; c) Transtornos de Ansiedade – mais comumente encontrado os transtornos de ansiedade generalizada, os transtornos de estresse pós-traumáticos e os transtornos obsessivo-compulsivos; d) Transtornos de Ajustamento - podem ocorrer simultaneamente com ansiedade ou humor deprimido; e) Transtornos Depressivos – ocorrem em 4 a 40% dos pacientes infectados, sendo a prevalência desse transtorno na pré-infecção por HIV, maior em grupos de riscos do que em outros; f) Abuso de Substâncias – encontrados em dependentes que contraíram a doença e nos que passam a usá-las numa tentativa de minimizar sua ansiedade e depressão; g) Suicídio - a ideação e a tentativa são maiores na população infectada, principalmente naqueles que perderam amigos com a doença, receberam notificação recente de soropositividade para o HIV, com apoio social e financeiro inadequado e outras<sup>28</sup>.

#### *Aspectos psicossociais*

Nos países ocidentais a epidemia da AIDS se iniciou em populações de melhor nível sócio-econômico, generalizando-se para aquelas menos favorecidas<sup>29</sup>. A distribuição dessa enfermidade no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio- econômico dos casos de 1987 a 1998, recebeu uma atenção especial devido a “pauperização” dessa epidemia, em um estudo recente<sup>29</sup>. Ficou evidenciado também, maior vulnerabilidade à difusão da epidemia em categorias profissionais denominados de “trabalhadores nos serviços pessoais” e naquelas categorias chamadas de “manuais”. Constatou-se, por exemplo, em uma pesquisa realizada no Município de São Paulo, no período de 1985-90, um aumento proporcional de casos em indivíduos menos qualificados profissionalmente, no período analisado, à medida que a epidemia evoluía. Atribui-se a redução da incidência da AIDS em “profissionais liberais clássicos” e “outros profissionais universitários”, ao maior acesso às informações preventivas e verificou-se a difusão da enfermidade junto às populações rurais<sup>29</sup>.

### *Aspectos ocupacionais*

Somente após a epidemia da HIV/AIDS, ocorrida na década de 1980, foram estabelecidas normas de segurança específicas na área, pois até então os trabalhadores da saúde não eram considerados como profissionais de risco<sup>30</sup>. Um dos acidentes de trabalho mais freqüentes com os enfermeiros é o ocasionado por material pérfuro-cortante (agulhas, principalmente se estiver contaminadas) podendo levar a doenças graves como Hepatite B e C, e a AIDS, acarretando sérios riscos à saúde física e mental<sup>31</sup>, levando possivelmente a mudanças nas relações sociais, familiares e ocupacionais, devendo-se ressaltar o trauma psicológico que eventualmente acontece na longa espera dos resultados conclusivos dos exames sorológicos, no abalo da vida sexual, no uso de drogas profiláticas e outras<sup>31</sup>.

Entre as classes de trabalhadores expostas ao HIV encontram-se os caminhoneiros de rota longa, que em face de sua ausência prolongada do lar estão mais sujeitos a práticas de risco com um maior número de parceiras sexuais ocasionais e pelo uso de drogas lícitas e ilícitas (entre elas o “rebite”- combinação de anfetaminas e álcool), segundo estudos realizados na Índia, na África e no Brasil. Recentemente um estudo realizado no Estado de São Paulo (porto de Santos) sobre a vulnerabilidade de caminhoneiros de rota curta à transmissão sexual do HIV/AIDS, mostrou que esse comportamento de risco também está condicionado à cultura machista, e.g., as variações do uso de preservativos vinculados a parceira (fixa, freqüente, habitual), ou seja, quanto maior o vínculo menor o uso<sup>32</sup>. As repercussões orgânicas da Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), relacionada com o trabalho, poderão ser encontradas em outros estudos, principalmente sob ponto de vista da medicina do trabalho<sup>33</sup>.

### ***Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT)***

#### *Conceito e quadro clínico*

Síndrome clínica caracterizada por dor crônica, as LER/DORT são mais freqüentes em membros superiores podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos e têm seu aparecimento associado a movimentos repetitivos e/ou à sobrecarga muscular dinâmica ou estática<sup>34</sup>. Alterações emocionais variadas com predominância de ansiedade,

depressão e distúrbios do sono, também podem ocorrer<sup>35</sup>. As LER/DORT podem desencadear diferentes quadros clínicos como por exemplo: tenossinovite dos flexores do punho e dedos, síndrome tensional do pescoço, tendinite de supra-espinhoso, síndrome do túnel do carpo, e outros<sup>34</sup>. Deve-se lembrar que a sigla LER (Lesões por Esforços Repetitivos), modificada para DORT por ser mais abrangente ainda é mantida em inúmeros estudos como LER / DORT. Os principais sintomas psíquicos são: a) ansiedade e a depressão, encontrada com frequência nos profissionais com DORT, podendo ser decorrentes de situações concretas de perda da identidade no trabalho, na família e no círculo social, além da penosidade de submissão a tratamentos demorados, nem sempre eficazes e a uma infinidade de perícias, nas quais a veracidade da sua doença é questionada<sup>35</sup>; b) raiva, em suas diversas manifestações (irritabilidade, frustração, hostilidade), pode surgir como resposta à dor, à perda de capacidade laboral e de empregabilidade; c) a possibilidade de sofrer dor constante, incerteza de sua aptidão física para o trabalho e o temor do desemprego levam o trabalhador a ter grande apreensão quanto ao seu futuro e, conseqüentemente, aumentam seu sofrimento psíquico (Johnson, 1997)<sup>34</sup>.

### *Etiologia e fatores de risco*

Quanto à etiologia parece não haver uma causa única associada à doença. Destacam-se três fatores que concorrem para seu aparecimento: ergonômicos, psicossociais, e organizacionais. Entre os fatores ergonômicos que podem contribuir, citam-se o ambiente físico, determinando exigências sensoriais (ruído, ar, temperatura, umidade, etc) e os fatores tecnológicos que podem afetar o rendimento do trabalhador; as cargas de trabalho, a pressão para o exercício das tarefas<sup>34</sup>.

Quanto aos fatores psicossociais, i.e., aspectos do meio ambiente de trabalho, como o tipo das tarefas, as pressões e as relações profissionais, alguns estudos mostram que sob estresse acentuado os trabalhadores podem desenvolver suas atividades sem pausa para descanso, com objetivo de manter alta a produtividade, ou usar força e pressão maiores que o necessário para a realização das tarefas.<sup>34</sup>

### *Diagnóstico*

Deve-se levar em consideração os aspectos clínicos, psicológicos e ocupacionais.

Para elucidação dos clínicos, fazemos o histórico do paciente: queixa e duração, história progressiva da moléstia atual, investigação dos diversos aparelhos, comportamentos e hábitos relevantes, antecedentes pessoais e familiares, análise da susceptibilidade individual à ocorrência da doença, história ocupacional, exames físico e complementares<sup>34</sup>.

Para a avaliação dos fatores psicológicos, comumente utilizam-se: a Escala de Avaliação de Hamilton (HAM-A); o Inventário de Depressão de Beck (BDI); o Teste de Personalidade de Zulliger; o protocolo para a investigação donexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico, descritos na seqüência<sup>34</sup>.

Quanto ao diagnóstico ocupacional são investigadas as seguintes características do ambiente de trabalho: organizacionais (jornada, função desempenhada, tempo na função, pausas, outras); processo de trabalho (fluxograma de atividades, hierarquia e grau de controle, participação no planejamento da produção, outras), características ergonômicas do posto de trabalho (individualizado; ajustabilidade da mesa, cadeira, teclado, tela; outras); atividades fora do local de trabalho (cuidar de filhos, lavar e passar roupas, cozinhar, costurar, etc.)<sup>34</sup>.

#### **IV- Aspectos da Psiquiatria Ocupacional relacionado aos Acidentes de Trabalho**

A alarmante incidência dos acidentes de trabalho no mundo todo, segundo dados da OIT (SAARI, 2001), muitas vezes não leva em consideração os casos não notificados. A maioria deles, em geral, resulta em lesões corporais graves, ocasionando deficiências físicas que podem ter caráter permanente e incapacitante para a vida laboral, para muitas atividades sociais e para vida de maneira geral<sup>36</sup>.

A Lei Acidentária (8.213 de 24/07/1991), define acidentes de trabalho “*como aqueles que ocorrem no exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou incapacidade funcional, causando a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho*”. (BINDER e ALMEIDA, 2003)<sup>36</sup>.

### ***Acidentes de Trabalho e Saúde Mental***

Em nosso meio, as pesquisas e publicações especializadas se concentram mais nos aspectos físicos do acidente de trabalho, principalmente no que tange a lesões e/ou mutilação, onde é importante considerar tanto a percepção do evento em si quanto as conseqüências na saúde mental das lesões e seqüelas físicas que eventualmente venham a ocorrer<sup>36</sup>. Destacam-se os seguintes aspectos para uma melhor compreensão da relação Acidentes de Trabalho e Saúde Mental<sup>36</sup>:

- a) o impacto dos riscos eminentes de acidente de trabalho sobre a saúde mental** - etapa em que o acidente ainda não ocorreu, onde os trabalhadores reagem psicologicamente diante dos riscos à sua integridade física. Desenvolvem mecanismos individuais e coletivos de defesas psicológicas frente ao risco constante de sofrerem uma injúria física. Essas defesas são utilizadas para minimizar ou mesmo reprimir o medo e a ansiedade frente a situações perigosas que são obrigados a vivenciar cotidianamente no trabalho;
- b) o estresse e desgaste mental favorecendo a ocorrência do acidente** - tópico polêmico e pouco explorado, mas que merece menção, principalmente diante da constatação de uma pesquisa em que os trabalhadores que sofreram algum impacto emocional e aqueles que tinham menor satisfação no trabalho apresentavam maiores riscos de sofrer acidentes;
- c) o impacto do acidente de trabalho (propriamente dito) na Saúde Mental** - esta relação é pouco estudada, sendo que os efeitos sobre o indivíduo variam de acordo com a frequência e severidade dos eventos, mas, estes podem apresentar distúrbios psicológicos e mudança de comportamento, tais como irritação, medo, baixo estado de

ânimo, depressão, “flashbacks” e insônia. O pós-acidente engloba não apenas o componente subjetivo experienciado individualmente, mas também tem seu reflexo em nível das relações afetivas e sociais do trabalhador. Esse acontecimento demanda suporte e apoio também das estruturas públicas de saúde, da comunidade, do empregador e exige reorganização da vida familiar, que nem sempre estão acessíveis ou preparados para as novas necessidades do trabalhador acidentado<sup>36</sup>.

### ***Conseqüências dos acidentes de trabalho na Saúde Mental***

Destacam-se as importantes repercussões nas relações profissionais, interrompendo muitas vezes uma carreira em ascensão, interferindo na sustentabilidade da família, afetando sobremaneira as relações conjugais bem como os filhos. Podem ainda produzir perda ou deterioração de alguma parte do organismo, acarretando mudanças corporais, desfiguramentos, alterações de potencialidade de realização do sujeito na vida pessoal ou profissional<sup>37</sup>. As alterações mais significativas, físicas e emocionais encontradas nas vítimas dos acidentes de trabalho são: a) mudanças corporais; b) perda de sensibilidade; c) imobilidade; d) dependência; e) isolamento<sup>37</sup>.

Conclui-se que os acidentes de trabalho podem desencadear as Síndromes: pós-traumática, residual pós-traumática e quadros neuróticos pós-traumáticos. Há poucos trabalhos referentes à Saúde Mental das vítimas de acidente de trabalho que retornam a qualquer outro tipo de atividade, mesmo aqueles que tiveram lesão irreversível<sup>36</sup>.

### **V- Aspectos da Psiquiatria Ocupacional relacionado aos Fatores psicossociais**

Os fatores psicossociais e organizacionais têm sido estudados em seus inúmeros aspectos por especialistas internacionais da Organização Internacional do Trabalho (OIT), destacando-se as questões relativas ao estresse ocupacional, em face de sua relevância no desencadeamento e agravamento desses transtornos.<sup>38</sup> São descritos a seguir alguns aspectos básicos de utilidade prática para a Psiquiatria Ocupacional relacionados as reações, efeitos crônicos do estresse e também aos fatores interpessoais. Nas reações ao estresse são analisados os fatores que podem influenciar no comportamento como o tabagismo,

o consumo de cafeína, os transtorno do sono e o absenteísmo<sup>39</sup>. Nos efeitos crônicos do estresse são examinados as enfermidades cardiovasculares e os problemas gastrintestinais. Nos fatores interpessoais são estudados o assédio sexual<sup>40</sup> e a violência nos locais de trabalho<sup>41</sup>.

## ***1- Reações ao estresse - resultados no comportamento***

### *Tabagismo*

Questiona-se aqui a preocupação da interação em nível laboral, entre o tabagismo e o estresse diante do conhecimento da eficácia do tabaco em aliviá-lo e as respostas emocionais de ansiedade e irritabilidade associadas a ele e também que os fumantes experimentam um alívio momentâneo do estado de ansiedade e irritabilidade que segue a experiência do estresse. Os fumantes que manifestam uma elevada motivação pelo tabaco sustentam haver suportado um nível de estresse superior ao normal (antes de começar a fumar) do que em experimentar um grau de estresse inferior ao da média após iniciar-se no tabagismo<sup>38</sup>.

Os problemas de saúde decorrentes do uso do tabaco (CID-10: Z.72.0)<sup>6</sup> podem gerar uma dependência (CID-10: F.10)<sup>6</sup> cuja síndrome de abstinência é caracterizada por humor disfórico ou deprimido, insônia, irritabilidade, frustração ou raiva, dificuldade para concentrar-se, inquietação e frequência cardíaca diminuída<sup>42</sup>.

### *Efeitos da Cafeína*

Considerada a substância farmacologicamente ativa de maior consumo no mundo, a cafeína pode melhorar o rendimento e a resistência física durante uma atividade prolongada. Estudos recentes mostram a influência do estresse ocupacional no consumo da associação: cafeína-tabaco e suas conseqüências para a saúde física e mental<sup>38</sup>. Os transtornos mentais decorrentes do uso da cafeína são encontrados na CID-10, sob o código F.17<sup>6</sup>.

### *Abuso de drogas e do álcool*

Deve-se levar em consideração diante da etiologia desses abusos, as associações a diversos fatores como os episódios prévios de depressão, a falta de apoio familiar, a impulsividade e a ocorrência do estresse. A propensão dos trabalhadores ao consumo de drogas está influenciada, segundo o modelo do estresse social da drogadição, pelo nível de estresse ambiental, o apoio social contra o estresse experimentado, e os recursos pessoais, especialmente a competência social<sup>39</sup>. Os transtornos mentais decorrentes do uso do álcool são encontrados na CID-10, sob o código F.10 e os decorrentes de drogas (substâncias psicoativas) do código F.11 a F.16<sup>6</sup>.

### *Transtornos do Sono e Absenteísmo*

As perturbações do sono e o estresse podem influir-se mutuamente. Este último pode provocar episódios transitórios de insônia que, por sua vez gera mais estresse e incrementar o risco de novos episódios de depressão e ansiedade<sup>39</sup>. Os transtornos mentais decorrentes dos transtornos do sono podem ser encontrados na CID-10, sob o código F.51<sup>6</sup>. O estresse é um fator importante para ausências injustificadas<sup>39</sup>.

### *Efeitos crônicos do estresse*

#### *Enfermidades cardiovasculares*

A partir da década de 1980, evidências científicas sugeriam um aumento do risco de enfermidades cardiovasculares atribuídas ao estresse ocupacional, destacando-se a cardiopatia coronariana, hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares. O aumento do risco dessas alterações seria decorrente de elevadas demandas e um escasso controle durante um período prolongado de tempo, segundo o Modelo Teórico sobre Estresse Ocupacional denominado de Demanda-Control (DC) desenvolvido por Karasek. Outros estudos apontaram o trabalho em turnos como o maior fator de risco para enfermidades cardiovasculares, particularmente para o infarto de miocárdio<sup>43</sup>.

### *Enfermidades gastrintestinais*

Além do fato já estabelecido que o estresse contribui para o desenvolvimento de úlcera péptica, pode-se acrescentar que o mesmo também contribui para dispepsia não-ulcerosa e a síndrome do colón irritável <sup>44</sup>. Alguns autores são defensores da teoria inespecífica relativa a etiologia dessas enfermidades, afirmando que o estresse e a ansiedade, oriundos de conflitos inespecíficos, predispõem à úlcera péptica, e agravam a colite ulcerativa <sup>45</sup>.

## **2- Fatores interpessoais**

### **Violência nos locais de trabalho: conceito e definição**

A violência no trabalho é um problema transcultural que inclui agressões psicológicas, intimidação, coação, perseguição, além da violência física e homicídio. Agressões essas que a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2002) tem abordado e reconhecido <sup>3</sup>. A definição que parece ser a mais completa, sintética e menos comprometida com ideologias, sendo também específica do ambiente de trabalho, refere que *“a violência no local de trabalho é física e verbal, de procedência global e atravessa fronteira do ambiente de trabalho e das categorias profissionais”* <sup>3</sup>.

### Violência, setores de serviço e ocupações

Para o NIOSHI (2000), os serviços de táxi apresentam as taxas mais altas de homicídio ocupacional, enquanto que a OIT (2000) mostra também altas taxas de homicídios em policiais e detetives, trabalhadores de postos de gasolinas e garagens, e guardas de segurança <sup>3</sup>. Trabalhadores que exercem sozinhos suas funções são um “alvo fácil” especialmente quando trabalham em horário noturno ou em postos externos. Além disso, esse risco é consideravelmente maior para as mulheres nas seguintes ocupações: magistério, enfermagem, serviço social, bancos e comércio (Chapeel & Di Martino, 1999) <sup>3</sup>.

## Efeitos psicossociais da violência

A violência é um importante fator estressor, afetando atitudes e comportamentos do trabalhador, interferindo nas relações de trabalho e na saúde dos trabalhadores, revelando de forma sutil a violência das organizações. Entre os fatores de riscos para o desenvolvimento dos comportamentos agressivos ou violentos, segundo a OIT (2002)<sup>3</sup>, destacam-se: a) o uso de drogas e o álcool que freqüentemente têm um papel importante nas atividades violentas; b) as condições de trabalho nocivas, os problemas relacionados à organização, a gestão inadequada de pessoal e violência, podem resultar ou agravar quadros clínicos diversos, como ansiedade, medo, depressão, nervosismo, tensão, irritabilidade, fadiga, mal-estar, insônia, inapetência, distúrbios psicossomáticos, síndrome de estresse pós-traumático e em alguns casos, quadros psicóticos orgânicos, síndromes neuróticas de fadiga, depressivas e reação grave ao estresse<sup>3</sup>.

O “mobbing” ou assédio psicológico no âmbito laboral é uma patologia reconhecida como uma forma de violência relacionada ao trabalho. Consiste, via de regra, em atitudes de uma pessoa ou de um grupo de pessoas liderado ou manipulado por um indivíduo, para exposição de um dado trabalhador ao assédio psicológico, e.g., por meio de críticas ou comentário negativos, isolamento, disseminando rumores ou ridicularizando a pessoa em questão<sup>3</sup>. Um estudo desenvolvido na Espanha revela que cerca de 2 milhões de trabalhadores sofrem do “mobbing”, mas nem todas elas apresentam transtornos emocionais; cerca da metade padecerá seqüelas físicas e psicológicas e 5% pensará em suicídio como solução ao problema. Ocorrem também distúrbios do sono, sensação continua de cansaço, cefaléias, falta de concentração, estresse laboral, depressão e irritabilidade extrema<sup>3</sup>. No Brasil, Guimarães e

Vasconcelos (2004), estudando *mobbing* em 76 trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia sediados em Corumbá (MS) e encontram uma prevalência de 7,0%, utilizando o LIPT (Inventário de Psicoterrorismo no Trabalho) desenvolvido por Heinz Leymann (pioneiro dos estudos sobre Mobbing) traduzido e adaptado para o português e em processo de validação pelas autoras<sup>46</sup>.

## *Assédio Sexual*

### Conceito

Conceituado, segundo a Lei 10.224 de 15/05/01, como, ***“a conduta do agente que, prevalecendo-se de sua superioridade hierárquica ou de sua ascendência sobre alguém, em razão de emprego, cargo ou função, passa a importunar essa pessoa, solicitando a prática de qualquer ato libidinoso, não requerido pelo assediado”***<sup>47</sup>.

### Aspectos psicológico- psiquiátricos do assédio sexual no trabalho

O dano provocado pelo assédio sexual é de ordem psicológica, podendo ir da simples repulsa pelo fato ocorrido até distúrbios psíquicos mais graves, observando-se em geral, que as vítimas se refugiam em pedidos de licença por motivo de doença de longa duração ou demitem-se<sup>48</sup>. Apresenta também repercussões importantes na produtividade e eficiência financeira da empresa ou para a administração e converte-se em importante causa de absenteísmo, além dos gastos com o treinamento de um novo trabalhador e o abono dos subsídios que devem ser pagos por causa da enfermidade do afastado.

Estão entre os principais sintomas da exposição ao assédio sexual, surgem condutas de evitação, ideação recorrente, desenvolvimento de fobias e alterações do sono. O que pode desencadear síndromes que vão desde alterações do estado de ânimo, como o transtorno obsessivo, o transtorno bipolar, a depressão e a ansiedade<sup>4</sup>. Destacam-se também condutas anti-sociais relacionadas ao uso de drogas, consumo de tabaco, abuso de álcool e conflitos familiares, divórcios, inclusive suicídios e até afecções fisiológicas como a hipertensão, transtornos dermatológicos, alterações digestivas e certa propensão a incluir o sujeito em grupos de risco para acidentes vasculares e coronarianos<sup>4</sup>.

## VI- Princípios Diagnósticos das Síndromes relacionadas ao acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e os fatores psicossociais

Inúmeras manifestações psíquicas são atribuídas aos acidentes de trabalho, às doenças ocupacionais e aos fatores psicossociais do trabalho, tornando-se um grande desafio para os profissionais da área, lidar com onexo causal e ao diagnóstico desses transtornos.

Quanto ao nexo causal, deve-se utilizar como referência, a classificação das doenças relacionadas ao trabalho<sup>5, 27, 49</sup>, baseada na proposta de Schilling que as divide em 3 grupos. No **grupo I**, estão incluídas as típicas “doenças profissionais”, onde o *trabalho é causa necessária e portanto o nexo é evidente*, como nas neurointoxicações ocupacionais já descritas<sup>5</sup>. No **grupo II**, patologias onde *o trabalho pode ser um fator de risco* que contribui, mas não é necessário, sendo mais encontradas em determinadas categorias profissionais, e.g., alcoolismo crônico (F10.2) e transtornos do ciclo sono-vigília devido a fatores não-orgânicos (F51.2) onde o nexo causal é de natureza epidemiológica<sup>5</sup>. O **grupo III** está representado pelas enfermidades em que, *o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente*, melhor explicado pela concausalidade, ou seja “o elemento que concorre com outro, formando nexo entre a ação e o resultado”<sup>50</sup>. Encontram-se aqui os episódios depressivos (F 32.); neurastenia (F 48.0); neurose ocupacional (F 48.8) e também a síndrome de esgotamento profissional ou burnout (Z 73.0)<sup>5</sup>.

O diagnóstico clínico das doenças mentais relacionadas ao trabalho, em um número significativo dos casos, sempre suscitou controvérsias, principalmente aquelas relacionadas ao nexo causal e a concessão de benefícios previdenciários<sup>51</sup>. São bem conhecidas as dificuldades práticas no uso das classificações diagnósticas em virtude do seu caráter multiaxial e muitas vezes não são valorizados os fatores relacionados ao trabalho. Embora as classificações atuais sejam consideradas como limitadas para o uso em questões laborais, buscou-se nos vários itens da CID-10<sup>6</sup> subsídios necessários para tal finalidade.

Deve-se analisar detalhadamente alguns critérios diagnósticos que levem em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psíquicos do trabalhador, os quais poderão ser utilizados nos exames ocupacionais de rotina (descritos no PCMSO), nas avaliações clínicas (ambulatoriais) e do nexo causal. A avaliação consta de uma anamnese completa,

direcionada para as questões ocupacionais com relatos minuciosos dos antecedentes pessoais e familiares, exames físicos, psíquico, e complementares.

Apresenta-se a seguir, de forma abreviada, sugestão de protocolo para a investigação donexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho elaborado pelos dois primeiros autores deste trabalho, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico:

### **Sugestão de Protocolo para a investigação do nexocausal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**

#### **Riscos de natureza ocupacional:**

##### **1- Relacionados à empresa:**

a) grau de risco da empresa (grau I, II, III, IV); b) a implantação e cumprimento do PCMSO<sup>14</sup>, PPRA<sup>15</sup> e outras NR; c) nas condições ambientais, a existência do tipo de risco- físico, químico, biológico, ergonômico, de acidentes; d) no posto de trabalho, observamos as medidas de proteção (individual e coletivas) implantadas e cumpridas.

##### **2- Relacionados ao trabalhador:**

a) função – avaliam-se as atividades e tarefas realizadas, fases do seu trabalho e ainda materiais, substâncias, instrumentos e máquinas que utiliza; b) nas relações de trabalho - contrato e a jornada (diária, semanal) de trabalho, o relacionamento com colegas e chefia, o grau de satisfação no trabalho; c) atividades ocupacionais pregressas: descrição das mais significativas e aquelas relacionadas com a queixa atual; d) fatores psicossociais relacionados com o trabalho (inerentes ao trabalho, interpessoais e outros)<sup>38</sup>.

### **Riscos de natureza social:**

Nesta avaliação utilizam-se alguns diagnósticos da CID-10, a saber: a) relacionados aos principais eventos da infância (Z.61), onde verificamos a ocorrência de maus tratos, separação dos pais, doenças graves, perdas afetivas (mortes); b) habitação e condições econômicas (Z.59) - ocorrência de habitação inadequada, falta de domicílio fixo, baixa renda, pobreza (extrema); c) circunstâncias familiares (Z.63) - problemas de relacionamento cônjuge/parceiro, suporte familiar inadequado, desajustamento / morte, divórcio / separação, eventos de vida estressantes afetando a família; d) ambiente social (Z.60) - problemas de ajustamento a transição do ciclo vital, viver sozinho, alvo de discriminação e perseguição.

### **Riscos de natureza psíquica:**

São analisados os seguintes itens da CID-10: a) Personalidade Pré-Mórbida – onde se pesquisa a presença de alguns traços peculiares da personalidade do examinando (F60.0 – F60.7), a saber: paranóide, esquizóide, anti-social, emocionalmente instável, histriônica, anancástica, ansiosa, dependente; b) Transtornos Mentais e do Comportamento – ocorrência de episódios anteriores e atuais (F00- F70).

O psicodiagnóstico também pode ser utilizado em muitos casos, inclusive nas neurointoxicações, consistindo na aplicação de uma bateria de testes psicológicos para analisar aspectos da motricidade, cognitivos e emocionais do trabalhador, servindo como exame complementar à avaliação clínica e neuropsiquiátrica. A Organização Mundial da Saúde preconiza a aplicação da bateria *Neurobehavioral Core Test Battery*<sup>5</sup>.

Ressalta-se a necessidade da adaptação destes instrumentos pelo psiquiatra, médico do trabalho ou psicólogo nas suas respectivas áreas, e também às questões relativas ao reconhecimento do nexos causal dessas enfermidades pela Justiça.

## **VII- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

Este breve estudo sobre as Síndromes Psiquiátricas relacionadas aos Acidentes de Trabalho, Doenças Ocupacionais e Fatores Psicossociais no trabalho, apresenta fundamentos para uma melhor compreensão do nexo causal dessas patologias, dentro dos conhecimentos atuais da Psiquiatria Ocupacional, ainda carente de novos conceitos, abordagens e da insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos. Essas síndromes apresentam alta complexidade diagnóstica e a Psiquiatria Ocupacional propõe alternativas para essas questões, lançando mão das diversas áreas do conhecimento acima descritas e da classificação da CID-10.

## VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC, Brasília: M.S., 2001. p. 161- 194.
- 2- Rigolin A, Camargo DA. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 281-300.
- 3- Guimarães LAM, Camargo DA, Teixeira A. Violência no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, 245-264.
- 4- Guimarães LAM, Camargo DA, Caetano D. Assédio sexual no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p.265-280.
- 5- Jardim SR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ano 95, nº 74: jul-ago-set de 2000: Rio de Janeiro, 2000. p. 47-52.
- 6- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 7- Guimarães LAM. et al. Projeto Matrix - “Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho, em Instituições de Ensino Superior - Diagnóstico, Prevenção e Tratamento“. Campinas: UNICAMP, 1998.
- 8- Selligman Silva E. O Campo da Saúde Mental do Trabalho. In: Selligman Silva E. Desgaste Mental no Trabalho Dominado. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.

- 9- World Psychiatric Association (WPA). Scientific Section on Occupational Psychiatry. Acesso em 27/09/03. Disponível em: >>><http://www.wpanet.org/home.html><<<<.
- 10- Academy of Organizational and Occupational Psychiatry. Acesso em 27/09/03, disponível em,>>> <http://www.aoop.org><<<<.
- 11- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho-Revista de Saúde Pública v. 36 n.3, São Paulo jun. 2002.
- 12- Ministério da Saúde. O campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores. In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias E C, Brasília: M.S., 2001. p. 17- 26.
- 13- Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras (NR, Portaria nº 3214) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003, disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>
- 14- Ministério do Trabalho. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003, disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.
- 15- Ministério do Trabalho. Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA,NR-9) Brasília: acesso em 27 de setembro de 2003 disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.
- 16- Serrano, M. Proposta de uma nova NR-7. Jornal da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Belo Horizonte: ano XV- outubro/2001.
- 17- Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexos causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes (cap. 2). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias E C, Brasília: M.S., 2001. p. 27- 36.

- 18- Suter AH. Ruído - Riesgos Generales. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Vol. II Parte V. p. 47.2-476. Acesso em junho de 2004, disponível em [www.saudeetrabalho.com](http://www.saudeetrabalho.com).
- 19- Costa AC, Morata TC, Kitamura S. Patologia do ouvido relacionada com o trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho (2ª.Edição), Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1252-1282.
- 20- Santos UP, Okamoto VA. Outros efeitos do ruído no organismo. In: Santos UP. Ruído-riscos e prevenção, São Paulo: Hucitec, 1994 p.89-91.
- 21- Ibáñez RN, Schneider LO, Seligman J. Anamnese dos Trabalhadores expostos ao ruído.In: Nudelmann AA, Costa E A, Seligman J, Ibáñez RN. PAIR: Perda Auditiva Induzida pelo Ruído. Rio de Janeiro: Revinter, Vol. II ,2001. p.45-50
- 22- Costa EA, Kitamura S. Órgãos do Sentido: Audição. In: Mendes R. Patologia do Trabalho (1ª.Edição), Rio de Janeiro: Atheneu. 1995
- 23- Azevedo R, Lima ML. Componentes psicossociais do ruído- as mediações cognitivas do ruído em diferentes grupos profissionais. Universidade de Évora – maio 2002. Acesso em junho de 2004, disponível em >>>[www.saudeetrabalho.com.br](http://www.saudeetrabalho.com.br)<<<<.
- 24- Souza FP, Alvares PAS. Efeitos do ruído urbano nas atividades de vigília. Acesso em junho de 2004, disponível em >>>[www.saudeetrabalho.com.br](http://www.saudeetrabalho.com.br)<<<<
- 25- Zannin PHT, Calixto A, Diniz FB, Ferreira JÁ, Schuhli RB. Incômodo causado pelo ruído urbano à população de Curitiba, PR. Rev. Saúde Pública v.36 n.4 São Paulo ago. 2002 ISSN 0034-8910.
- 26- Ruiz RC et al. Análise das funções auditivas de trabalhadores em indústrias de papel e papelão de Sorocaba e região. Acesso em junho de 2004, disponível em >>[www.saudeetrabalho.com.br](http://www.saudeetrabalho.com.br)<<<.
- 27- Jardim SR, Glina, D M R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: Glina, D M R, Rocha, L M. Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções. São Paulo: V K, 2000, p. 17-52.

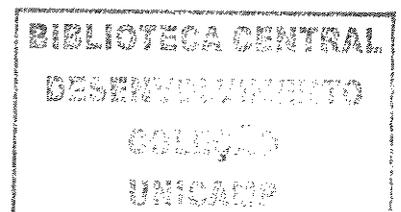
- 28- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Aspectos neuropsiquiátricos da infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria*, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 360-368.
- 29- Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI e cols. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad. Saúde Pública* vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003.
- 30- Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.12 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2004.
- 31- Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.12 n.1 Ribeirão Preto jan./fev. 2004.
- 32- Villarinho L, Bezerra I, Lacerda R e cols. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Rev. Saúde Pública* vol.36 no.4 suppl. São Paulo Aug. 2002
- 33- Couto OFM, Pedroso ERP. Doenças Infecciosas e Parasitárias relacionadas com o trabalho. In: Mendes R. *Patologia do Trabalho*, Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 871-947.
- 34- Camargo DA, Fontes AP, Oliveira JI. Diagnóstico da LER-DORT em Saúde Mental e Trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 131-144.
- 35- BRASIL, Ministério da Saúde. -. Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. *Série A. Normas e Manuais Técnicos*, nº 105. Brasília – DF, junho 2001.p. 5-26.
- 36- Teixeira A, Camargo DA. Acidentes de Trabalho: repercussões na Saúde Mental. In: Guimarães LAM, Grubits S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 191-216.

- 37- Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco. Vítimas dos ambientes de trabalho- Rompendo o Silêncio. 6<sup>A</sup> edição. São Paulo: Maio de 2001.
- 38- Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998
- 39- Shirom A. Resultados de Comportamiento. In: Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.62-34.64.
- 40- Piotrkowski, CS. El acoso sexual. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.32-34.33.
- 41- Barling, J. La violencia en el lugar de trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.33-34.34.
- 42- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos relacionados a substâncias (Transtornos relacionados à nicotina) . In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7<sup>o</sup> edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 369-438.
- 43- Theorell T, Jonson JV. Enfermedades Cardiovasculares. Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.67-34.68.
- 44- Suls J. Problemas Gastrointestinales. Organização Internacional do Trabalho. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.68-34.70.
- 45- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Fatores psicológicos que afetam a condição médica (Transtornos Psicossomáticos). In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7<sup>o</sup> edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 706-734.
- 46- Guimarães LAM, Vasconcelos E. Mobbing: assédio psicológico no trabalho em trabalhadores do gasoduto Brasil-Bolívia. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do trabalho, Salvador (BA): 2004, p. 34-34.

- 47- Prado LR. Considerações sobre o novo delito de assédio sexual, Fasc. Pen., ano 91, v.795 (jan. 2002) São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002. p. 452-463
- 48- Andrade DG - *O assédio sexual*.  
  
Disponível em: <http://www.mg.trt.gov.br/Download/artigos/assedio.rtf> 8/3/99 Acesso em 08/07/2003.
- 49- Mendes R. Aspectos Conceituais da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 33-47.
- 50- Pedrotti AI. Doenças Profissionais e do Trabalho. São Paulo: Universitária de Direito, 1988. Vol. I
- 51- Jardim SR. Perícia, Trabalho e Doença Mental. Cadernos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Vol I, nº 1. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995 p. 89-96.

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL V:  
ASPECTOS PERICIAIS DAS SÍNDROMES  
PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY V:  
FORENSIC ASPECTS PSYCHIATRIC SYNDROMES DUE TO THE WORK**



**PSIQUIATRIA OCUPACIONALV: ASPECTOS PERICIAIS DAS SÍNDROMES  
PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY V: FORENSIC ASPECTS PSYCHIATRIC  
SYNDROMES DUE TO THE WORK**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP.
- 3- Profa. Dra. Liliana A M Guimarães- Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Diretora do LSMT da UCDB e do LSMT do DPMP/FCM/UNICAMP

**Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP- CEP: 13031-970 Fone: 0xx19-3289-4819.

**\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-6542

E-mail: [duiliocamargo@uol.com.br](mailto:duiliocamargo@uol.com.br)

Jardim Theodora, Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## **RESUMO**

Este artigo é o quinto de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta uma breve revisão bibliográfica dos aspectos periciais das síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho, a partir da abordagem feita pelo Laboratório de Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## **ABSTRACT**

This paper is the fifth of a series on Occupational Psychiatry. It provides a brief review of the literature on forensic of the psychiatric syndromes due to work. The theoretical framework is in tune with the approach proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho; síndromes psiquiátricas

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work; psychiatric syndromes;

## I- INTRODUÇÃO

As síndromes psiquiátricas (orgânicas e não-orgânicas) relacionadas ao trabalho, os acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e os fatores psicossociais do trabalho, podem dar origem a uma série de transtornos mentais, necessitando de um melhor esclarecimento quanto ao diagnóstico, prevenção, e os aspectos periciais, em face de sua elevada incidência e suas implicações na prática clínica de médicos, psicólogos e outros profissionais da área de saúde. As questões periciais na área trabalhista representam um grande desafio na prática clínica, diante das complexidades na sua abordagem, principalmente pela falta de uniformização de procedimentos especializados.

Com o reaparecimento da Psiquiatria Ocupacional, novas perspectivas têm sido constatadas, dentro desta especialidade que começa a ter maior visibilidade principalmente após a publicação, em maio de 1999, da Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>1,2</sup>.

No primeiro estudo desta série, foi descrita a evolução conceitual dos “Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho”, e também os aspectos históricos da Psiquiatria Ocupacional, sendo resgatados relatos significativos do sofrimento psíquico no trabalho a partir da Antiguidade<sup>3</sup>. No segundo, foram analisados os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, desencadeadas em grande parte por produtos químicos neurotóxicos, que produzem lesões diretamente no cérebro descritos na Tabela 1 e também pelos efeitos deletério do alcoolismo crônico. O terceiro trata das síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, desencadeadas por conflitos emocionais vinculados às condições e a organização do trabalho, onde investigamos os princípios diagnósticos, aspectos psicossociais e organizacionais. No quarto estudo discorreu-se sobre os aspectos psíquicos, dos acidentes de trabalho, das doenças e riscos ocupacionais, e dos fatores psicossociais de interesse para Psiquiatria Ocupacional.

Com a finalidade de contribuir com o avanço dos aspectos periciais busca-se trazer subsídios para a uniformização de procedimentos diagnósticos e compreensão do nexos causal, utilizando os ensinamentos transmitidos pela área de Saúde Mental e Trabalho e as descrições clínicas contidas na Classificação Internacional das Doenças (CID-10)<sup>4</sup>.

As doenças relacionadas ao trabalho têm implicações médico-legais e previdenciárias, necessitando ser conhecidas e cumpridas pelos médicos e outros profissionais das áreas especializadas de prestação de serviços de saúde<sup>5</sup>.

O presente artigo objetiva examinar os aspectos periciais em Psiquiatria Ocupacional, tratando do diagnóstico, donexo causal, do grau de incapacidade e o dano psíquico atribuídos às síndromes psiquiátricas ocupacionais, na esfera pericial, tendo como fundamento quatro estudos que servem de sustentação teórico-prático, a partir dos conceitos da Saúde Mental e Trabalho e do da interface Psiquiatria – Medicina do Trabalho.

## **II- O campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho**

### **Aspectos da Psiquiatria Ocupacional**

Área essencialmente interdisciplinar, para os presentes autores, o referencial teórico da Psiquiatria Ocupacional está fundamentado na relação entre Saúde Mental e Trabalho, o qual é definido por Guimarães et al.<sup>6</sup> como: *“o estudo da dinâmica, da organização e dos processos do trabalho, visando a promoção da saúde mental do trabalhador, através de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes”*.

Desde 1927<sup>7</sup> a terminologia Psiquiatria Ocupacional é utilizada, destacando-se na atualidade a atuação da *Academy of Organizational and Occupational Psychiatry*<sup>8</sup>. Assim o termo que será empregado no presente estudo é o mesmo preconizado pela *World Psychiatric Association*<sup>9</sup> ou seja “Occupational Psychiatry” – Psiquiatria Ocupacional.

A importância dos psiquiatras conhecerem melhor, essa área se tornou fundamental, por vários motivos, entre eles destacamos: 1) a alta incidência de transtornos mentais entre os trabalhadores: cerca de 30% de transtornos mentais menores

e 5 a 10% graves<sup>1</sup>; 2) a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para o trabalho em nosso meio mostra os transtornos mentais como a terceira causa desta incapacidade, sendo superada apenas pelos acidentes e doenças ósteomusculares<sup>10</sup>; 3) a necessidade de um conhecimento mais abrangente do capítulo sobre os Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho<sup>1, 2</sup>; 4) cumprir a Resolução do Conselho Federal de Medicina (nº 1.488/1988), independente da especialidade ou local de atuação, a serviço do empregador ou como contratado, assessor, consultor ou perito (médico-judicial ou previdência social), que resumidamente determina: fornecer quando necessário, atestados e pareceres para o afastamento do trabalho; elaborar quando solicitado, laudos, pareceres e relatórios de exame médico, quanto ao diagnóstico, prognóstico e outros, para benefício do paciente, dentro dos preceitos éticos<sup>11</sup>.

Novas e importantes atribuições profissionais são esperadas dos psiquiatras como a prestação de serviços de assessoria e consultoria junto às empresas, auxiliando-as nos aspectos psíquicos dos programas médicos de promoção e proteção à saúde do trabalhador. Na atuação como perito e assistente técnico, na avaliação donexo causal e grau de incapacidade laborativa dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho<sup>1, 2</sup> e também das seqüelas psíquicas desencadeadas pelas doenças ocupacionais (exemplo: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e outros) e pelos acidentes de trabalho. Na execução de laudos e pareceres sobre os danos psíquicos relacionados com o trabalho (muitas vezes confundido com dano moral)<sup>12</sup>, nas questões polêmicas muito comuns como a violência<sup>13</sup> e o assédio sexual<sup>14</sup> no trabalho entre outras.

### **Aspectos da Medicina do Trabalho**

Em sua ampla atuação preventiva e terapêutica, a medicina do trabalho tem como princípio básico prevenir as doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, promover a saúde nos seus aspectos físicos e mentais e a qualidade de vida dos trabalhadores. Fundamenta suas ações através de leis específicas do Ministério do Trabalho - Normas Regulamentadoras (NR)<sup>15</sup>, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, entre as quais

destacamos: a) o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO-NR7)<sup>16</sup>, que consiste, na promoção e na proteção da saúde do trabalhador através de ações primárias (programas educativos e preventivos) e secundárias de saúde, representadas pelos exames ocupacionais (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), que são submetidos obrigatoriamente todos os trabalhadores. Visa também diagnosticar precocemente os agravos à saúde, reduzir os índices de acidente, doenças profissionais e doenças do trabalho; b) o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA-NR9)<sup>17</sup>, que tem como preocupação o reconhecimento dos riscos ambientais através da identificação dos mesmos, determinação e localização das possíveis fontes geradoras, identificação das funções e número dos trabalhadores expostos, caracterização das atividades e do tipo de exposição.

Segundo dados da Associação Nacional de Medicina do Trabalho<sup>18</sup>, 93% das empresas brasileiras contam com menos de 19 funcionários e não conseguem subsidiar um programa de assistência integral à saúde do trabalhador, comprometendo portanto os resultados do PCMSO, sobrecarregando o atendimento médico na atenção primária e secundária, e por conseguinte, exigindo dos profissionais um conhecimento mais abrangente na área.

### **III- Aspectos periciais da Psiquiatria Forense e sua interface com a Psiquiatria Ocupacional**

A insalubridade, a periculosidade e outras situações hostis à saúde física e mental no trabalho, conhecida desde a Antiguidade, foram gradativamente se modificando com as leis de proteção à saúde dos trabalhadores. Assim, após séculos de desamparo legal, os direitos dos trabalhadores europeus passaram a ser reconhecidos, quando começaram a surgir as primeiras leis sobre as condições de trabalho, como a redução do tempo do mesmo para as mulheres e crianças, em 1892, a lei sobre acidentes de trabalho e outra referente à redução da jornada de trabalho diária para 10 e depois para 8 horas, em 1898<sup>19</sup>.

No Brasil, o início da industrialização é também marcado, por ambientes de trabalho altamente insalubres e perigosos, com máquinas rudimentares sem nenhuma proteção contra acidentes, jornada de trabalho de até 16 horas diárias, sendo que a primeira legislação sobre condições de trabalho industrial é datada de 1890<sup>20</sup>. Com o advento das leis trabalhistas, as perícias médicas ganham maior destaque acadêmico, principalmente aquelas ligadas aos acidentes de trabalho, passando também a ser objeto de estudo da psiquiatria<sup>21</sup>.

Identifica-se em nosso país, quatro fases evolutivas que marcaram historicamente a psiquiatria forense, sendo que a primeira delas, principia-se em meados do século XIX até 1920, estando ligada a medicina legal, marcando o despontar de publicações desse gênero. A segunda fase inicia-se após a construção do manicômio judiciário no Rio de Janeiro em 1921, estendendo-se até 1961, onde se percebe o grande desenvolvimento da especialidade, através das dezenas de trabalhos científicos produzidos, na área criminal e da capacidade civil. A terceira fase, de 1962 a 1994, caracteriza-se pelo declínio da atividade científica na área e a quarta fase do ressurgimento é alavancada pelo movimento de reforma psiquiátrica e a criação do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal da Associação Brasileira de Psiquiatria<sup>22</sup>.

Nota-se, em geral, que as principais obras especializadas do gênero, disponíveis em nosso meio, costumam destacar mais às áreas criminais (perícias de responsabilidade penal) e nas cíveis, avaliação da capacidade civil, dando pouca ênfase para as questões trabalhistas. Em torno da década de 1940, Pacheco e Silva discorre sobre os acidentes de trabalho e desordens mentais com significativos comentários referentes aos distúrbios psíquicos e o risco profissional, as doenças profissionais e acidentes de trabalho. Tece apreciações sobre o nexos causal nos acidentados com distúrbios mentais, nas neuroses pós-traumáticas, nos estados neurastênicos e psicastênicos conseqüentes a traumatismos e os acidentes de trabalho e nas neuroses emotivas<sup>23</sup>. Analisa também com minúcias as novas leis sociais, os direitos e riscos da invalidez e as subvenções às famílias<sup>24</sup>. Garcia, por sua vez, insere as questões trabalhistas dentro dos domínios da perícia em matéria civil<sup>25</sup>, lembrando que é atribuição do perito estabelecer o nexos causal entre o acidente e a afecção nervosa ou mental, e também proceder à avaliação da incapacidade física ou

profissional<sup>21</sup>. Comenta sobre os distúrbios mentais relacionados ao seguro de vida, quando há motivo de recusa, exemplificando no ensejo da ocorrência do transtorno afetivo bipolar, antes do contrato<sup>25</sup>.

Vargas, ao considerar que as Ciências Jurídicas recebem em todos os seus setores a influência da Psiquiatria Forense, analisa a importância da relação desta com o direito administrativo, quando sucede a avaliação da sanidade mental por ocasião da admissão no emprego e das licenças e aposentadorias<sup>26</sup>. Insere as questões relacionadas ao alcoolismo no ambiente de trabalho e vinculadas aos acidentes de trabalho, dentro dos modificadores acidentais da responsabilidade penal e da capacidade civil<sup>27</sup>. Por outro lado, inclui no estudo desses mesmos modificadores (agora psicopatológicos) a neurose e o direito do trabalho devido à tendência a simulação e auferir lucros (sinistrose) e também a fase hipomaniaca do transtorno afetivo bipolar e seus comprometimentos sobre a situação financeira<sup>28</sup>.

Chalub examinou com minúcias os princípios da psicopatologia forense, fundamentalmente a responsabilidade penal, a presença de doença mental, a capacidade de entendimento e determinação. Ensina que a responsabilidade penal dos que não gozam de normalidade psíquica está sujeito a duas ordens de verificação médico-legal: a presença de doença mental, perturbação da saúde mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado: a existência plena ou reduzida da capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento<sup>29</sup>.

Vários autores propuseram uma sistematização de temas para melhor compreensão nos domínios da Psiquiatria Forense. Gomes, ao descrever “os limites e os modificadores da responsabilidade penal e da capacidade civil”, divide-os em: biológicos (idade, sexo, emoção/paixão), psicopatológicos (sonambulismo, surdo-mudez, prodigalidade, embriagues, toxicomania), psiquiátricos (doenças mentais, oligofrenias, personalidades psicopáticas, neuroses), mesológicos (civilização: silvícolas) e legais (reincidência)<sup>30</sup>. Vargas retomando posteriormente essa classificação propõe as seguintes alterações: normais (sexo, idade, sono); sociais (civilização, associação, reincidência); acidentais (emoção/ paixão, agonia, surdo-mutismo, embriagues, farmacodependencias);

psicopatológicos (doença mental, deficiência mental, personalidades psicopáticas, neuroses)<sup>31</sup>.

Garcia, por outro lado, ensina que os princípios que servem como orientação da perícia psiquiátrica em acidentes de trabalho, podem ser divididos em dois aspectos. Do ponto de vista teórico e doutrinário, deve se considerar o elemento psicopatológico do sinistrado em todas as suas circunstâncias etiológicas (orgânica, psicológica e social, ou situacional). Do ponto de vista prático, deve-se apreciar as conseqüências do sinistro sob três aspetos sintomáticos: somático (orgânico ou tóxico), emocional (influência do acidente sobre o ânimo) e pleitista (vinculado às representações de lucro e indenização), denominada pelo autor de “sinistrose”, “indenizofilia”, neurose de renda, neurose traumática epítimica. Assevera ainda que a função do perito portanto, é eliminar a possibilidade de fraude ou farsa<sup>25</sup>.

Palomba acredita que são inúmeras as oportunidades da intervenção pericial nos acidentes de trabalho dentro da matéria trabalhista psiquiátrico-forense e seguindo dados da literatura, sumarisa o transtorno mental relacionado ao trabalho em quatro tipos: o trabalhador era normal e após o acidente passou a apresentar o transtorno mental; este último foi desencadeado pelo acidente em um trabalhador que tinha predisposição; o trabalhador já era doente e o acidente agravou o transtorno mental; o acidente é decorrente do próprio transtorno mental. Enfatiza ainda, a possibilidade de ocorrer à verificação da incapacidade decorrente nos casos de morte por doença mental, através da perícia retrospectiva póstuma<sup>32</sup>.

Ey et al., psiquiatras clínicos, dividem em quatro grandes modalidades as perícias mais comumente encontradas, em matéria de: responsabilidade penal, capacidade civil, estimativa de danos e capacidade profissional<sup>33</sup>.

Praticamente todos os autores, têm uma preocupação especial com o tema simulação “*lato senso*”, e em particular na esfera forense trabalhista com a metassimulação, que se traduz pelo fato do indivíduo continuar fingindo-se de doente para não perder seus benefícios indenizatórios<sup>34</sup>, ou melhor, após ter cessado o mal, persistir de forma intencional na apresentação dos sintomas e sinais<sup>35</sup>. Atualmente, Kaplan et al. lembram que

o estresse ocupacional pode causar ou acentuar uma doença mental e que os pacientes têm direito à indenização por incapacidade relacionada ao emprego, receber benefícios ou aposentadoria por invalidez, cabendo ao psiquiatra avaliar tais situações<sup>36</sup>.

Destaca-se a importância atual da equipe multidisciplinar nas perícias, muitas vezes ainda realizada apenas pelo psiquiatra<sup>37</sup>, ressaltando-se também a escassez de estudos epidemiológicos em psiquiatria forense, sendo encontrado apenas uma referência relacionada às questões transculturais em populações forenses do sistema judiciário penal no Reino Unido<sup>38</sup>.

#### **IV- Aspectos periciais da Medicina do Trabalho e sua interface com a Psiquiatria Ocupacional**

A importância da prática pericial para médicos do trabalho face aos aspectos psicológico-psiquiátricos ocupacionais ficou evidente no último “Seminário Nacional de Perícias Trabalhista da ANAMT”, onde além dos temas mais comuns como LER/DORT e acidentes de trabalho, deu-se ênfase especial para a violência psicológica, o assédio moral e os transtornos mentais como o burnout e o estresse ocupacional<sup>39</sup>. O fato considerado mais relevante nesse encontro, ficou registrado no debate sobre a “Perícia psicológica para o ressarcimento de danos”, que abordou a complexidade do dano psíquico nas suas características ocupacionais<sup>40</sup>.

A seguir examinamos alguns aspectos básicos da saúde do trabalhador fundamentais para uma melhor compreensão do adoecer biopsíquico na vida laboral. Há fatores de riscos ocupacionais (químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho) presentes nos processos de trabalho e os condicionantes sociais, econômicos, organizacionais responsáveis pelas condições de vida<sup>11</sup>.

As bases legais para as ações de saúde são atribuídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) detentor da responsabilidade de coordenar essa política em nosso meio, sendo que a atenção a ela em espaços institucionais é também desenvolvida pelas empresas através do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT),

pelas organizações dos trabalhadores, rede pública de serviços de saúde, planos de saúde e serviços especializados dos hospitais universitários<sup>11</sup>.

Analisando o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores e sua relação com o trabalho, encontramos as seguintes situações: a) doenças comuns, sem qualquer relação com o trabalho; b) doenças comuns que casualmente podem ocorrer em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho, como é o caso da hipertensão arterial em motoristas de ônibus; c) doenças comuns que em consequência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) em condições que provocam ou desencadeiam esses quadros, e.g., doenças osteomusculares relacionados ao trabalho, perda auditiva induzida por ruído e alguns transtornos mentais; d) danos à saúde específicos (silicose, asbestose), caracterizados pelos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais<sup>41</sup>. A classe das doenças relacionadas ao trabalho é constituída pelos três últimos grupos, melhor visualizada na classificação proposta por Schilling, descrita posteriormente.

Deve-se ressaltar a importância dos estudos epidemiológicos na compreensão donexo causal os quais focalizam o coletivo dos trabalhadores diante de uma determinada exposição ocupacional, podendo de certa forma predizer os prováveis agravos à saúde que possam ocorrer<sup>42</sup>.

Nas perícias trabalhistas em Medicina do Trabalho são comuns aquelas de exposição aos riscos profissionais (avaliação da insalubridade e periculosidade), após demissão do funcionário (retroativa) e do nexocausal de doenças do trabalho<sup>43</sup>. São também previstas perícias para avaliação da estabilidade temporária e definitiva (por acidente de trabalho ou doença ocupacional)<sup>44</sup>. Sob a óptica dos magistrados destaca-se a vivência de um juiz do trabalho que salienta nos conflitos trabalhistas relativos à doença mental, as atividades de maior incidência desses distúrbios em bancários, telefonistas, vigias noturnos e outras. Ressalta dois aspectos importantes, que se impõem considerações diante das manifestações da doença mental: o momento do aparecimento da doença e a gravidade da mesma. Na origem dos conflitos trabalhistas encontram-se: ausências reiteradas do trabalho, comportamentos agressivos e inadequados na empresa gerando rescisões de contrato e também fantasias persecutórias<sup>45</sup>.

## **V- Síndromes psiquiátricas (orgânicas e não-orgânicas) relacionadas ao trabalho, os acidentes de trabalho, as doenças ocupacionais e os fatores psicossociais do trabalho**

A exigência de uma melhor compreensão dos transtornos mentais relacionados ao trabalho nos levou a classificá-los em síndromes psiquiátricas orgânicas e não-orgânicas e a examinar com maior cuidado a incidência desses transtornos nos acidentes de trabalho, nas doenças ocupacionais e nos fatores psicossociais do trabalho. Sob a denominação de síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, encontra-se uma variada gama de distúrbios neuropsiquiátricos agudos e crônicos desencadeados por agentes químicos neurotóxicos que produzem lesões diretamente no cérebro caracterizado pelas neurointoxicações ocupacionais e pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

As síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho são caracterizadas por inúmeros transtornos mentais, desencadeados por conflitos emocionais vinculados às condições e a organização do trabalho. Os distúrbios mentais e agentes etiológicos dessas síndromes, são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1-** Relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional com os respectivos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho<sup>1</sup>.

TRANSTORNOS MENTAIS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
1- Demência e outras doenças específicas classificadas em outros locais F.02.8	Manganês; Substâncias asfixiantes; Sulfeto de Carbono
2- Delirium, não sobreposto à demência F.05.0	Brometo de Metila; Sulfeto de carbono
3- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F.06); - Transtorno Cognitivo Leve (F.06.7)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; Chumbo e seus compostos tóxicos; Tricloroetileno, Tetracloroetileno, e outros solventes orgânicos halogenados tóxicos; Brometo de Metila; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de carbono
4- Transtorno de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral (F.07); Transtorno Orgânico de Personalidade (F.07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção cerebral (F.07.8)	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; Brometo de Metila; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de carbono
5- Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado F.09	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; Brometo de Metila; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de carbono
6- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool: Alcoolismo crônico (relacionado com o trabalho) F.10.2	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: condições difíceis de trabalho; Circunstância relativa às condições de trabalho
7- Episódios depressivos F.32	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; Brometo de metila; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de Carbono

8- Reações ao estresse grave e Transtornos de adaptação (F.43); Estado de estresse pós-traumático F.43.1	Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou assalto no trabalho (Z.56.6); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y.96)
9- Neurastenia (inclui “Síndrome de Fadiga”) F.48.0	Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; Brometo de metila; Manganês e seus compostos tóxicos; Mercúrio e seus compostos tóxicos; Sulfeto de Carbono
10- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui “neurose profissional”) F.48.8	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z.56.5); Desemprego (Z.56.0); Mudança de emprego (Z.56.1); Ameaça de perda de emprego (Z.56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z.56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Z.56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z.56.6)
11- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos F.51.2	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z.56.(-): Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em turnos ou trabalho noturno) (Z.56.6); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y.96)
12- Sensação de estar acabado (“Síndrome de Burn-out”, Síndrome do esgotamento profissional) Z.73.0	Ritmo de trabalho penoso (Z.56.3); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z.56.6)

Fonte: Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria nº 1.339/GM, 18/11/99)

Os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais também podem predispor o trabalhador a uma série de transtornos mentais em face de sua elevada incidência. Quanto às doenças ocupacionais, destaca-se aquela de maior ocorrência em nosso meio, onde os transtornos mentais são mais descritos, como por exemplo: a perda auditiva induzida por ruído (PAIR), que pode acarretar, irritabilidade, ansiedade, excitabilidade, insônias, dificuldades de concentração<sup>46, 47</sup>; a doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), relacionada com o trabalho, que pode levar a demência, delirium, transtornos de ansiedade, transtornos de ajustamento, transtornos depressivos, abuso de substâncias<sup>48, 49</sup>; os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), podendo gerar ansiedade, depressão e distúrbios do sono<sup>50, 51</sup>.

Os acidentes de trabalho, podem desencadear as seguintes síndromes: pós-traumática, residual pós-traumática e quadros neuróticos pós-traumáticos<sup>52</sup>.

Os aspectos psicossociais no trabalho, entre outros temas, integram o amplo campo de estudo da Saúde Mental e Trabalho, auxiliando a elaboração diagnóstica desses transtornos mentais vinculados à vida ocupacional, tornando-se fundamental para compreender-se o nexos causal e o grau de incapacidade laborativa produzidas por eles. Destaca-se aqui o estudo do estresse ocupacional, suas reações e efeitos crônicos; dos fatores inerentes ao trabalho; dos fatores interpessoais no trabalho.

Alguns autores apontam como principais estressores psicossociais no trabalho:

- a) excesso de atividades, pressão de tempo, trabalho repetitivo; b) insuficiente carga qualitativa - atribuída ao conteúdo demasiado limitado e monótono, falta de variação, de demandas, de criatividade e escassa oportunidade de interação social; c) conflito de papéis entre subordinados e superiores; d) falta de controle sobre a situação pessoal, evidenciada quando outra pessoa decide o que fazer e não fazer, quando e como; e) falta de apoio social, por parte da chefia, colegas e da família; f) estressores físicos: produtos químicos, ruídos, altas temperaturas e outros; g) tecnologia de produção em série e processos de trabalho muito automatizados; h) trabalhos em turnos<sup>53</sup>.

As reações ao estresse podem resultar em alterações de comportamento, distúrbios fisiológicos agudos, reações imunológicas, e outras<sup>54</sup>. Os efeitos crônicos do estresse na saúde podem traduzir-se por enfermidades cardiovasculares; problemas gastrintestinais; câncer; transtornos mentais; transtornos músculo esqueléticos; burnout e outros<sup>55</sup>. Entre os fatores inerentes ao trabalho encontra-se: a adaptação pessoa-ambiente de trabalho; a carga, a jornada e o ritmo de trabalho; o ambiente físico do trabalho; os fatores ergonômicos; a supervisão eletrônica de trabalho e outros<sup>56</sup>. Fazem parte dos fatores interpessoais, o assédio sexual<sup>57</sup> e a violência no local de trabalho<sup>58</sup>.

## **VI- Diagnóstico, nexos causal e grau de incapacidade das síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho na esfera pericial**

### **Aspectos diagnósticos**

O adoecimento mental nas doenças relacionadas ao trabalho, em um número significativo dos casos, sempre suscitou controvérsias, principalmente nas questões de diagnóstico clínico, nexos causal e concessão de benefícios previdenciários<sup>59</sup>. São por demais conhecidas as dificuldades práticas do uso das classificações diagnósticas atuais, e.g., CID-10, em virtude do seu caráter multiaxial e muitas vezes não são valorizados os fatores relacionados ao trabalho.

Deve-se analisar detalhadamente alguns critérios diagnósticos que levem em consideração os aspectos ocupacionais, sociais e psíquicos do trabalhador, os quais poderão ser utilizados nos exames ocupacionais de rotina (descritos no PCMSO), nas avaliações clínicas (ambulatoriais) e do nexos causal. A avaliação deve constar de uma anamnese completa direcionada para as questões ocupacionais com relatos minuciosos dos antecedentes pessoais e familiares, o exame mental e complementares.

Não se pode deixar de mencionar os aspectos epidemiológicos e os fatores de risco de natureza ocupacional no auxílio diagnóstico e compreensão do nexos causal<sup>1</sup>. Apresenta-se a seguir, de forma abreviada, sugestão de protocolo para a investigação do nexos causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, elaborado pelos dois primeiros autores deste trabalho, no qual são analisados fundamentalmente os aspectos relacionados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico. Posteriormente também são descritas algumas sugestões para avaliação psicológica, utilizada como complementação desse processo diagnóstico.

## **Sugestão de Protocolo para a investigação do nexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**

### **Riscos de natureza ocupacional:**

#### **1- Relacionados à empresa:**

- a) grau de risco da empresa (grau I, II, III, IV); b) a implantação e cumprimento do PCMSO<sup>16</sup>, PPRA<sup>17</sup> e outras NR<sup>15</sup>; c) nas condições ambientais, a existência do tipo de risco - físico, químico, biológico, ergonômico, de acidentes; d) no posto de trabalho, observar as medidas de proteção (individual e coletivas) implantadas e cumpridas.

#### **2- Relacionados ao trabalhador:**

- a) função – avaliam-se as atividades e tarefas realizadas, fases do seu trabalho e ainda materiais, substâncias, instrumentos e máquinas que utiliza; b) nas relações de trabalho - contrato e a jornada (diária, semanal) de trabalho, o relacionamento com colegas e chefia, o grau de satisfação no trabalho; c) atividades ocupacionais pregressas: descrição das mais significativas e aquelas relacionadas com a queixa atual; d) fatores psicossociais relacionados com o trabalho (inerentes ao trabalho<sup>56</sup>, interpessoais<sup>57, 58</sup> e outros).

### **Riscos de natureza social:**

Nesta avaliação utilizam-se alguns diagnósticos da CID-10, a saber:

- a) relacionados aos principais eventos da infância (Z.61): verificamos a ocorrência de maus tratos, separação dos pais, doenças graves, perdas afetivas (mortes); b) habitação e condições econômicas (Z.59): ocorrência de habitação inadequada, falta de domicílio

fixo, baixa renda, pobreza (extrema); c) circunstâncias familiares (Z.63): problemas de relacionamento cônjuge/parceiro, suporte familiar inadequado, desajustamento/morte, divórcio/separação, eventos de vida estressantes afetando a família; d) ambiente social (Z.60): problemas de ajustamento a transição do ciclo vital, viver sozinho, alvo de discriminação e perseguição.

### **Riscos de natureza psíquica:**

São analisados os seguintes itens da CID-10:

- a) Personalidade Pré-Mórbida – pesquisar a presença de alguns traços peculiares da personalidade do examinando (F60.0-F60.7) tais como traços paranóide, esquizóide, antisocial, emocionalmente instável, histriônico, anancástico, ansioso e dependente;
- b) Transtornos Mentais e do Comportamento - ocorrência de episódios anteriores e atuais (F00- F70).

### **Avaliação Psicológica (Testes e Escalas)**

Nas Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho, o psicodiagnóstico poderá ser utilizado nas suspeitas de neurointoxicações ocupacionais, consistindo na aplicação de uma bateria de testes psicológicos para analisar aspectos da motricidade, cognitivos e emocionais do trabalhador, servindo como exame complementar à avaliação clínica e neuropsiquiátrica. A Organização Mundial da Saúde preconiza a aplicação da bateria denominada de *Neurobehavioural Core Test Battery*<sup>60</sup>. Para se investigar os estados de humor podem ser utilizados o *Profile of Mood States*; (eficiência cognitiva e a velocidade perceptual e motora), o *Digit Symbol* (que pertence ao WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale). Estão incluídos ainda nesta bateria os seguintes testes: *Reaction Time*; *Santa Ana Dexterity Test*; *Benton Visual Retention Test*; *Aiming Pursuit*.

Nas Síndromes Psiquiátricas não-Orgânicas relacionadas ao trabalho, destacam-se os seguintes procedimentos:

#### Episódios depressivos (F32)

Os testes psicológicos que podem ser empregados são: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*; Teste de Rorschach; Teste de Apercepção Temática; Teste de Zulliger; Teste de Bender; HTP (Teste do desenho Casa, Árvore, Pessoa). As escalas utilizadas permitem uma semelhança de conceitos e critérios entre os clínicos, sendo desenvolvidas para medirem a sintomatologia depressiva, entre as quais destacamos: Inventário de Depressão de Beck; Escala de Auto-administração de Zung; Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton<sup>61</sup>.

#### Estado de estresse pós-traumático (F43.1)

São utilizados para o diagnóstico e quantificação da sintomatologia do TEPT a anamnese e o exame mental e as seguintes escalas: Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico ou *Clinician Administered TEPT Scale - CAPS (Blake, 1990)*; *Impact of Event Scale (IES)*; *Missipi Rating Scale for Combat Related PTSD e MISS- Civilian Version*; *Significant Others Scale- SOS*<sup>62</sup>.

#### Neurastenia (inclui a Síndrome da Fadiga) – (F48.0)

Os princípios diagnósticos dessa síndrome se assemelham aos anteriores descritos (episódios depressivos e TEPT), sendo as escalas de avaliação mais significativas: Escala de Auto-Avaliação - Síndrome Neurasteniforme (E.A.A.S.N.); Escala de Auto-Avaliação de Zung. Não há referências na literatura pesquisada sobre o uso dos testes psicológicos<sup>63</sup>.

## Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (51.2)

Basicamente o instrumento recomendado é a anamnese, e as escalas de avaliação gerais, isto é, não específicas para o trabalho, que são: *Questionário Pittsburgh Sleep Qualit Index*; *Questionário Mini-Sleep*; *Questionário Nordic Sleep*<sup>64</sup>. Não encontramos referências específicas sobre testes psicológicos para subsidiar o diagnóstico deste transtorno.

## Burnout (Z73.0)

Não há referências específicas sobre testes psicológicos para subsidiar o diagnóstico deste transtorno. São utilizadas as escalas de avaliação de *Maslach Burnout Inventory*<sup>65</sup>.

## Aspectos do nexo causal

Quanto ao nexo causal, deve-se utilizar como referência, a classificação das doenças relacionadas ao trabalho<sup>2, 41, 60</sup> baseada na proposta de Schilling que as divide em 3 grupos. No **grupo I**, estão incluídas as típicas “doenças profissionais”, onde o *trabalho é causa necessária e portanto o nexo é evidente*, como nas neurointoxicações ocupacionais já descritas<sup>2</sup>. No **grupo II**, patologias onde *o trabalho pode ser um fator de risco* que contribui, mas não é necessário, sendo mais encontradas em determinadas categorias profissionais, e.g., alcoolismo crônico (F10.2) e transtornos do ciclo sono-vigília devido a fatores não orgânicos (F51.2) onde o nexo causal é de natureza epidemiológica<sup>2</sup>. O **grupo III** está representado pelas enfermidades em que, *o trabalho é um desencadeador de um distúrbio latente*. Encontra-se aqui, os seguintes transtornos mentais: episódios depressivos (F32.); neurastenia (F48.0); neurose ocupacional (F48.8) e também a síndrome de esgotamento profissional ou burnout (Z73.0)<sup>2</sup>.

Deve-se também observar algumas diretrizes básicas que auxiliam o estabelecimento da relação causal entre o dano e/ou a doença e o trabalho, descritas a seguir: a) a natureza da exposição; b) a especificidade da relação causal e a força da

associação causal; c) o tipo de relação causal com o trabalho; d) o grau ou a intensidade da exposição; e) o tempo de exposição; f) o tempo de latência; g) os registros anteriores quanto ao estado de saúde do trabalhador; h) as evidências epidemiológicas<sup>41</sup>.

As etapas de investigação donexo causal doença-trabalho, são fundamentais para uma melhor compreensão desse acontecimento, sendo sugerido um roteiro ilustrativo, que deve observar os seguintes passos. Inicialmente verifica-se a existência na história ocupacional de fatores ou situação de risco identificados e caracterizados, paralelamente se a história clínica é compatível com DP/DRT (doença profissional ou doença relacionada ao trabalho). No caso afirmativo, pesquisa-se se ocorre evidência de história clínica compatível com DP/DRT e concomitantemente na história ocupacional se há fatores ou situações de risco identificados e caracterizados. Existindo a confirmação, parte-se para investigar se os dados epidemiológicos e/ou procedimentos complementares excluem e/ou confirmam a hipótese de exposição e/ou de dano compatível com DP/DRT. Prevalendo novamente a resposta afirmativa, chegamos a três conclusões: a) quadro de DP/DRT típica, ou Schilling I; b) diagnóstico sindrômico, indiferenciado; c) quadro atípico, misto, involução incomum ou Schilling II ou III. Deve-se enfatizar a necessidade de excluir dos dois últimos tópicos, as outras causas não-ocupacionais<sup>41</sup>.

### **Aspectos do grau de incapacidade**

Em termos conceituais deve-se lembrar que deficiência ou disfunção é *“qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”*<sup>5</sup> e a incapacidade é *“qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira, que seja considerada normal para o ser humano ou que esteja dentro do espectro considerado normal”*<sup>5</sup>.

Para uma melhor compreensão dos procedimentos médicos-previdenciários, sobre a existência ou não da incapacidade, é sugerido um roteiro ilustrativo que se resume na seqüência<sup>5</sup>.

Existindo a comprovação do diagnóstico anatômico ou sindrômico e algum grau de deficiência ou disfunção, produzidas pela doença, defrontam-se três alternativas:

a) a ocorrência de agente sensibilizante ou de efeito cumulativo que impeça retorno ao trabalho; b) se o tipo de atividade e suas exigências não são compatíveis com o grau de disfunção; se há hipersuscetibilidade do segurado ao agente patogênico. Predominando a resposta afirmativa, novamente depara-se com duas possibilidades: a) existindo a possibilidade de readaptação do segurado, ele poderá ser encaminhado à readaptação ocupacional ou retornar ao trabalho em outra atividade; a) não existindo a possibilidade de readaptação do segurado, a situação é classificada como incapacidade laborativa que resulta no auxílio-doença (incapacidade laborativa temporária), ou no auxílio-acidente (seqüela definitiva compatível com o trabalho) ou na aposentadoria por invalidez (incapacidade total para o trabalho e insuscetibilidade de readaptação)<sup>5</sup>.

## **VII- Aspectos periciais do dano psíquico**

Nota-se que cada vez mais, a reparação de danos, decorrentes das relações trabalhistas, vem exigindo inúmeras avaliações periciais para subsidiar a Justiça, na execução de suas sentenças, e que apesar de ouvirmos amiúde as ações indenizatórias sobre danos morais, as questões referentes ao dano psíquico, ainda são bastante controversas, embora cada vez mais freqüentes<sup>12</sup>. Situado no campo da proteção à saúde o dano psíquico se constitui em patologia por deterioração, disfunção e distúrbios nas áreas afetivas e intelectivas, limitando a capacidade de gozo individual, familiar e social. Por outro lado o dano moral não implica conformação patológica no indivíduo, traduzindo simplesmente a idéia de sofrimento por causa de lesões à pessoa ou a seus familiares<sup>12</sup>.

O dano moral relacionado ao sofrimento, ao abalo psíquico, poderá ou não evoluir para o dano psíquico, por exemplo, se estiver presente uma concausa, enquanto que por sua vez, o dano psíquico poderá eventualmente ser reparado com tratamento adequado, o que já não ocorre com o dano moral<sup>12</sup>.

Por se tratar de ofensa à saúde, o dano psíquico assume o caráter patrimonial, de modo que a sua reparação compreende, segundo as formas previstas em lei, o custeio do tratamento adequado e a verificação de eventuais seqüelas determinadoras de incapacidade (neste caso, para ensejar o direito à pensão). Portanto o dano psíquico, apura-se através de perícia. Já o dano moral, que, por estar relacionado ao sofrimento da alma, tem a sua

reparação fixada caso a caso, segundo o prudente arbitrio do juiz, que, como se disse, cuida precipuamente de estabelecer uma compensação pecuniária pela dor<sup>12</sup>.

Alguns autores, definem o dano psíquico como sendo, “*aquele pelo qual um determinado sujeito apresenta uma deterioração, disfunção, distúrbio ou transtorno, ou desenvolvimento psicogênico ou psico-orgânico que, afetando suas esferas afetivas e/ou intelectual e/ou volitiva, limita sua capacidade de gozo individual, familiar, atividade laborativa, social e/ou recreativa*”<sup>66</sup>.

Habitualmente solicitado pelas partes, o perito deverá responder alguns quesitos, como: “se o fato pelo qual se demanda deixou seqüelas no psiquismo do autor; neste caso descrição das mesmas; grau e porcentagem da incapacidade emergente; necessidade e tipo de tratamento; custo do mesmo; o prognóstico”<sup>66</sup>. Para uma melhor compreensão dos graus do dano psíquico, propõe-se uma classificação dividida, em três categorias. **Leve** - aquele de conformação patológica de índole reativa que não compromete substancialmente a vida de relação. **Moderado** - implica na existência de sintomas manifestos com acentuação persistente das características prévias de personalidade e necessidade de tratamento não inferior a um ano. **Grave** - dá conta da irreversibilidade do quadro psicopatológico que inibe marcadamente a adaptação<sup>66</sup>.

Merece atenção especial em relação ao processo pericial do dano psíquico, os seguintes aspectos: o tempo de instalação, alguns meses ou mais de um ano; o comprometimento físico e psíquico; o afastamento do trabalho, alguns meses ou mais de um ano; o tratamento psiquiátrico e/ou psicológico instituído (psicofarmacológico e psicoterápico)<sup>66</sup>.

No âmbito laboral são inúmeras, as probabilidades de ocorrer ações de reparação por danos morais e psíquicos, sendo descrito nas fases contratuais do empregado em relação ao seu emprego, várias situações, em que o processo por reparação desses danos pode ser desencadeado, a saber:

a) a *fase pré-contratual* (e.g.: os atos discriminatórios); b) a *fase contratual*; c) a *fase da extinção do contrato do emprego* (a demissão com caráter discriminatório, injuriosa caluniosa ou difamatória); d) a *fase pós-contratual* (as informações desabonadoras ou inverídicas e a difusão das “listas negras”)<sup>67</sup>.

## VIII- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Buscou-se neste breve estudo sobre os aspectos periciais das Síndromes Psiquiátricas relacionadas ao trabalho fundamento para uma melhor compreensão do nexos causal dessas patologias, dentro dos conhecimentos atuais da Psiquiatria Ocupacional, ainda carente de novos conceitos, abordagens e da insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos nessa área.

Os aspectos periciais das Síndromes Psiquiátricas relacionadas ao trabalho, apresentam complexidade diagnóstica e necessitam de um maior aprofundamento teórico-prático e de uniformização de condutas por parte dos profissionais da medicina do trabalho, psiquiatria, psicologia e outros, principalmente no que se refere aos fatores psicossociais, epidemiológicos, procedimentos previdenciários e reparações de danos. A Psiquiatria Ocupacional propõe alternativas para essas questões, lançando mão das diversas áreas do conhecimento acima descritas e da classificação da CID-10.

## **IX- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC. Brasília: M.S., 2001. p. 161- 194.
- 2- Jardim SR. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, ano 95, nº 74: jul-ago-set de 2000: Rio de Janeiro, 2000. p. 47-52.
- 3- Mendes R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 03-31
- 4- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Classificação Internacional das Doenças): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 108-129.
- 5- Ministério da Saúde. Procedimentos previdenciários decorrentes do diagnóstico de uma doença relacionada ao Trabalho (capítulo 5). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC. Brasília: M.S., 2001. p. 53- 58.
- 6- Guimarães LAM. et al. Projeto Matrix- “Saúde Mental, Qualidade de Vida e Trabalho, em Instituições de Ensino Superior - Diagnóstico, Prevenção e Tratamento“.Campinas:UNICAMP, 1998
- 7- Selligman Silva E. O Campo da Saúde Mental do Trabalho. In: Selligman Silva E. Desgaste Mental no Trabalho Dominado. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.
- 8- Academy of Organizational and Occupational Psychiatry, acesso em 27/09/03, disponível em, >><http://www.aoop.org><<.

- 9- World Psychiatric Association (WPA). Scientific Section on Occupational Psychiatry, acesso em 27/09/03. disponível em: >><http://www.wpanet.org/home.html><<
- 10- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho-Revista de Saúde Pública v. 36 n.3, São Paulo jun. 2002.
- 11- Ministério da Saúde. O campo da saúde do trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos trabalhadores (Cap. 1). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias, E. C., Brasília: M.S., 2001. p. 17- 26.
- 12- Rigolin A, Camargo DA. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 281-300
- 13- Guimarães LAM, Camargo DA, Teixeira A. Violência no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 245-264
- 14- Guimarães LAM, Camargo DA, Caetano D. Assédio sexual no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 265-280.
- 15- Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras (NR, Portaria nº 3214) Brasília: acesso em 27/09/2003, disponível em >><http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp><<
- 16- Ministério do Trabalho. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO, NR-7) Brasília: acesso em 27/09/2003, disponível em >><http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.
- 17- Ministério do Trabalho. Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA, NR-9) Brasília: acesso em 27/09/2003, disponível em <http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/Legislacao/Normas/Default.asp>.

- 18- Serrano, M. Proposta de uma nova NR-7. *Jornal da Associação Nacional de Medicina do Trabalho*. Belo Horizonte: ano XV- outubro/2001
- 19- Dejours CA. Introdução. In: Dejours, CA. *Loucura do Trabalho*, São Paulo: Cortez-Oboré, 5ª Edição, 1992. p. 09-26
- 20- Miranda CR, *Organização dos Serviços de Saúde do Trabalhador*, Salvador. Acesso em junho de 2002. Disponível em <<http://www.saudeetrabalho.com.br/>>
- 21- Garcia JA. Neuroses. In: Garcia JA. *Psicopatologia Forense*. Rio de Janeiro: Forense, 1979. p. 228-260.
- 22- Piccinini W. Apontamentos históricos sobre a Psiquiatria Forense no Brasil. In: Tabora JGV, Chalub M, Abdala F<sup>o</sup>. E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 31- 41.
- 23- Pacheco e Silva AC. Acidentes de Trabalho e Desordens Mentais. In: Pacheco e Silva AC. *Psiquiatria Clínica e Forense*, 2ª Edição, São Paulo: Renascença, 1951. p. 531-567.
- 24- Pacheco e Silva AC. Doenças Mentais e Seguro Social . In: Pacheco e Silva AC. *Psiquiatria Clínica e Forense*, 2ª Edição, São Paulo: Renascença, 1951. p. 568-574.
- 25- Garcia JA. Perícia em matéria civil. In: Garcia JA. *Psicopatologia Forense*. Rio de Janeiro: Forense, 1979. p. 574-607.
- 26- Vargas HS. *Psiquiatria Forense-Introdução*. In: Vargas HS. *Manual de Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990. p. 01-11.
- 27- \_\_\_\_\_. Modificadores acidentais da responsabilidade penal e da capacidade civil. In: Vargas HS. *Manual de Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990. p. 112-194.
- 28- \_\_\_\_\_. Modificadores psicopatológicos da responsabilidade penal e da capacidade civil. In: Vargas HS. *Manual de Psiquiatria Forense*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990. p. 195-395.

- 29- Chalub M. Introdução à Psicopatologia Forense. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- 30- Gomes H. Psiquiatria Forense- limites e modificadores da responsabilidade penal e da capacidade civil. In: Gomes H. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1968. p. 92-117.
- 31- Vargas HS. Responsabilidade e Capacidade. In: Vargas HS. Manual de Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990. p. 38-62.
- 32- Palomba GA. Perícia em Acidente de Trabalho. In: Palomba GA. Psiquiatria forense - noções básicas. São Paulo: Sugestões Literárias, 1992. p. 73-77.
- 33- Ey H, Bernard P, Brisset C. Peritaciones Psiquiátricas. In: Ey H., Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatria, 6º Edición (tradução da 2º edição espanhola). Espanha: Toray-Masson, 1995. p. 1153-1157.
- 34- Gomes H. Simulação, Dissimulação, Pré-Simulação, Supersimulação e Metassimulação da Loucura. In: Gomes H. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1968. p. 221-232.
- 35- Duque C. Simulação. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdala Fº E. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 93-104.
- 36- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Psiquiatria Forense. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 1088-1104.
- 37- Moraes T, Fridman S. Medicina Forense, Psiquiatria forense e Lei. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdala Fº E. Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-29.
- 38- Bartlett A. Questões Transculturais na Psiquiatria Forense. Current Medical Literature – tradução Novartis Biociências. Volume 8, nº 2. Maio 1997.
- 39- Associação Nacional de Medicina do Trabalho (12º Congresso da ANAMT). “V Seminário Nacional de Perícias Trabalhista da ANAMT”. Goiânia-GO. Maio/2004.

- 40- Rovinski S. Perícia Psicológica para Ressarcimento de Danos. “V Seminário Nacional de Perícias Trabalhista da ANAMT” (12º Congresso da ANAMT). Goiânia-GO. Maio/2004.
- 41- Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes (capítulo 2). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC. Brasília: M.S., 2001. p. 27- 36.
- 42- Santana VS, Cordeiro R. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: Mendes R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. 2a. Edição p. 199-229
- 43- Pereira Jr. C. Laudo pericial- aspectos práticos de sua elaboração. “V Seminário Nacional de Perícias Trabalhista da ANAMT” (12º Congresso da ANAMT). Goiânia-GO. Maio/2004.
- 44- Optiz Jr. JB. Perícia Médica na Justiça do Trabalho. São Paulo: LTR, 1996.
- 45- Telles ES. A doença mental nos conflitos e nas lides trabalhistas: vivência de juizes do trabalho. In: Silva Fº JF, Jardim S. A danação do trabalho. Rio de Janeiro: Te Corá. 1997. p. 177-191.
- 46- Costa EA, Kitamura S. Órgãos do Sentido: Audição. In: Mendes R. Patologia do Trabalho (1ª.Edição), Rio de Janeiro: Atheneu. 1995
- 47- Azevedo R, Lima ML. Componentes psicossociais do ruído- as mediações cognitivas do ruído em diferentes grupos profissionais. Universidade de Évora – maio 2002. Acesso em junho de 2004, disponível em >>>www.saudeetrabalho.com.br<<<<.
- 48- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Aspectos neuropsiquiátricos da infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria, 7º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 360-368.

- 49- Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI e cols. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e *status* sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. Cad. Saúde Pública vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2003.
- 50- Camargo DA, Fontes AP, Oliveira JI. Diagnóstico da LER-DORT em Saúde Mental . In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 145-169.
- 51- Ministério da Saúde. -. Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 105. Brasília – DF, junho 2001.p. 5-26.
- 52- Teixeira A, Camargo DA. Acidentes de Trabalho: conseqüências na Saúde Mental. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p 191-216.
- 53- Levi L. Factores psicosociales, estrés y salud. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p. 34.03-34.06.
- 54- Organização Internacional do Trabalho. Reacciones de estres. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.60- 34.67.
- 55- Organização Internacional do Trabalho. Efectos cronicos (de estres) em la salud. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.67- 34.75.
- 56- Organização Internacional do Trabalho. Factores inherentes al trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Madrid: 1998. p. 34.18 - 34.32.
- 57- Piotrkowski, CS. El acoso sexual. In:Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p.34.32-34.33.

- 58- Barling, J. La violencia en el lugar de trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, O I T, Madrid: 1998. p. 34.33-34.34.
- 59- Jardim SR. Perícia, Trabalho e Doença Mental. Cadernos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Vol I, nº 1. Rio de Janeiro: URFJ, 1995 p. 89-96.
- 60- Jardim SR, Glina, D M R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: Glina, D M R, Rocha, L M. Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções. São Paulo: V K, 2000, p. 17-52.
- 61- Inocente NJ , Camargo DA. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III p131-144.
- 62- Roso MC. Escalas de Avaliação do TEPT. In; Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000 p. 181-183.
- 63- Rosa J.C.F. A investigação da Síndrome Neurasteniforme: comparação em trabalhadores nos programas diurno e noturno. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1995. p. 87-93.
- 64- Gorestein C, Tavares S, Alóe F. Escalas de Auto-Avaliação de Sono. In; Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000 p. 423-434.
- 65- Maslach, C. Burnout. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, copyright da edição inglesa, Organización Internacional del Trabajo, Madrid: 1998. p.34.74- 34.75.
- 66- Gomes CLSP, Santos MCCL, Santos JA. *Dano Psíquico*. São Paulo: Oliveira Mendes, 1998.
- 67- Pamplona Fº R. *O dano moral na relação de emprego*. São Paulo: LTR, 1998.

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL VI:  
ASPECTOS JURISPRUDENCIAIS DOS TRANSTORNOS MENTAIS E  
DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY VI:  
JURISPRUDENCIAL ASPECTS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS  
RELATED TO WORK**

**PSIQUIATRIA OCUPACIONAL VI: ASPECTOS JURISPRUDENCIAIS DOS  
TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO  
RELACIONADOS AO TRABALHO**

**OCCUPATIONAL PSYCHIATRY VI: JURISPRUDENCIAL ASPECTS OF MENTAL  
AND BEHAVIORAL DISORDERS RELATED TO WORK**

- 1- Duílio Antero de Camargo - Psiquiatra e Médico do Trabalho – Membro Titular do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)\*.
- 2- Prof. Dr. Dorgival Caetano - Prof. Titular, DPMP/FCM/UNICAMP.
- 3- Profª. Dra. Liliana A M Guimarães - Professora do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Diretora do LSMT da UCDB e do LSMT do DPMP/FCM/UNICAMP

**Endereço dos autores:**

- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Barão Geraldo – Caixa Postal 6111, CAMPINAS-SP - CEP: 13031-970 Fone: 0xx19-3289-4819.

**\*Endereço para correspondência:**

Duílio Antero de Camargo

Alameda Santa Catarina – 437

Fone: (011) 4022-6542

E-mail: [duiliocamargo@uol.com.br](mailto:duiliocamargo@uol.com.br)

Jardim Theodora, Itu – São Paulo. CEP - 13.301.860

## RESUMO

Este capítulo é o sexto de uma série sobre Psiquiatria Ocupacional e apresenta uma breve revisão dos aspectos jurídicos na área trabalhista dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho (TMC/RT) e a jurisprudência correspondente. O referencial teórico segue a abordagem feita pelo de Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

## ABSTRACT

This paper is the sixth of a series on Occupational Psychiatry. It provides a brief review of the literature on juridical aspects of labor disputes of mental disorders related to work. The theoretical framework is in line with the approach proposed by the Laboratory of Mental Health and Work of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the State University of Campinas.

**Palavras chave:** psiquiatria ocupacional; saúde mental ocupacional; psiquiatria industrial; saúde mental; trabalho; jurisprudência.

**Keywords:** occupational psychiatry; occupational mental health; industrial psychiatry; mental health; work; jurisprudence.

## I- INTRODUÇÃO

As questões jurídicas na esfera trabalhista, encontradas na prática clínica de médicos, psicólogos e outros profissionais da área da saúde necessitam de um melhor esclarecimento diante da crescente incidência de Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho (TMC/RT). As dificuldades encontradas para a investigação desse tema são consideráveis, principalmente pela a escassez de estudos trabalhistas no campo da psiquiatria forense e também pelos obstáculos relativos ao consenso do diagnóstico clínico e sobretudo no estabelecimento do nexu causal dos TMC/RT. A Psiquiatria Ocupacional passou a ter novas perspectivas principalmente após a publicação, em maio de 1999, da Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/995) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>1</sup>.

No primeiro estudo desta série foi descrita a evolução conceitual dos “Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho” e os aspectos históricos da Psiquiatria Ocupacional, sendo relatados sofrimento psíquicos no trabalho a partir da Antiguidade<sup>2</sup>. No segundo, foram analisados os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, desencadeadas em grande parte por produtos químicos neurotóxicos que produzem lesões diretamente no cérebro e também pelos efeitos deletérios do alcoolismo crônico. O terceiro, trata das síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, desencadeadas por conflitos emocionais vinculados às condições e a organização do trabalho, sendo investigado seus princípios diagnósticos, aspectos psicossociais e organizacionais. No quarto estudo discorreu-se sobre os aspectos psíquicos dos acidentes de trabalho, das doenças e riscos ocupacionais, e dos fatores psicossociais de interesse para Psiquiatria Ocupacional. O quinto, objetivou examinar os aspectos periciais em Psiquiatria Ocupacional tratando do diagnóstico, do nexu causal, do grau de incapacidade e o dano psíquico atribuído às síndromes psiquiátricas ocupacionais, alicerçados nos quatros estudos precedentes.

O presente artigo apresenta fundamentos teóricos e práticos sobre as noções básicas de responsabilidade civil por acidentes de trabalho, doenças do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, concluindo com uma relação de jurisprudências sobre transtornos

mentais relacionados ao trabalho e o entendimento das mesmas. Para tal foram analisadas ementas de 56 processos julgados com o nexu causal reconhecido.

## **II- A responsabilidade civil por acidentes de trabalho, doenças do trabalho e doenças relacionadas com o trabalho**

O conhecimento da terminologia jurídica torna-se de fundamental importância para uma melhor compreensão da dimensão das demandas relacionadas aos TMC/RT. Buscando simplificar os conhecimentos jurídicos na área, integrando-os às ações da psiquiatria e psicologia forense, descreve-se de forma sucinta, alguns dos aspectos mais significativos da responsabilidade civil por acidentes de trabalho, doenças do trabalho e doenças relacionadas com o trabalho.

### **1- Noções Básicas sobre a responsabilidade civil**

#### **Considerações iniciais**

O termo responsabilidade é empregado com vários significados na esfera jurídica refere-se à identificação do dever de alguém assumir as conseqüências de um fato ou ato que provocou violação de direito, de saber qual conduta determina a obrigação de indenizar. Ao lado dessa responsabilidade, denominada contratual, existe a extra-contratual, que determina a obrigação de indenizar como resultado da infringência de um dever legal, e é exatamente nesse aspecto que está centralizado o nosso estudo<sup>3</sup>.

#### **Responsabilidade extracontratual subjetiva**

O novo Código Civil, em seu artigo 186, estabelece a base da responsabilidade civil extracontratual, Assim dispõe: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”<sup>3</sup>. Portanto, para a configuração do ato ilícito, que

determina o dever de indenizar, apresentam-se os seguintes requisitos, a serem analisados: a ação ou omissão voluntária, a relação de causalidade, o dano e a culpa<sup>3</sup>

### **Responsabilidade extracontratual objetiva**

De acordo com a norma do artigo 186 do atual Código Civil, o fundamento da responsabilidade é essencialmente subjetivo, dada a necessidade de configuração da culpa. Isto naturalmente determina sérios transtornos para a vítima que precisa fazer uso dos meios judiciais, pois se torna imprescindível demonstrar culpa, o que nem sempre é fácil. Por isso, ao longo de uma evolução histórica, foram acontecendo atenuações na aplicação da chamada “teoria da culpa”, passando os tribunais a admitir a “culpa presumida” em determinadas situações, como forma de evitar injustiças<sup>3</sup>. Assim, ganhou força a chamada “teoria do risco”, que não substitui a outra, mas apenas cobre situações em que as concepções tradicionais não permitem dar proteção efetiva à vítima. O exercício de atividade que possa oferecer algum perigo determina ao agente a obrigação de ressarcir os danos que dela venham resultar a terceiros, sobretudo porque essa atividade de risco lhe proporciona um benefício. Desse modo, a responsabilidade passa a ser objetiva, não dependendo da constatação de dolo ou culpa do agente, bastando à vítima simplesmente comprovar o fato, o dano e o nexo causal<sup>3</sup>.

## **2- A responsabilidade civil por acidentes de trabalho, doenças do trabalho e doenças relacionadas com o trabalho**

### **Conceito de acidente do trabalho**

O artigo 19 da Lei 8.213/91 conceitua acidente do trabalho como sendo aquele “que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa (...) provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporário”. Além dessas, outras situações também foram

designadas pelo legislador como caracterizadoras de acidente do trabalho, por equiparação<sup>3</sup>. Assim, de acordo com essa lei, caracterizam-se como acidentes do trabalho<sup>3</sup>:

- a) o acidente-tipo ou *macrotrauma*, isto é, aquele que constitui evento único, subitâneo, imprevisto, bem configurado no tempo e no espaço, cujas conseqüências geralmente são imediatas;
- b) as doenças profissionais que são produzidas ou desencadeadas pelo exercício profissional peculiar a determinada atividade, e por isso prescindem da comprovação do nexo de causalidade. Decorrem de *microtraumas* que cotidianamente agridem e vulnerabilizam as defesas orgânicas, e assim, por força de efeito cumulativo, acabam propiciando o surgimento do mal.
- c) as doenças do trabalho, desencadeadas em função das condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacionam diretamente. Decorrem de micro-traumatismos que se acumulam. Exatamente porque são atípicas, exigem comprovação do nexo de causalidade com o trabalho;
- d) os acidentes por equiparação, que são situações indiretamente relacionadas com a atividade. A primeira delas é a *concausa*, consistente na conjugação de outros fatores que, associados às condições do trabalho, determinam o mal. A segunda é o acidente *in itinere* ou de trajeto, que consiste no fato ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho e deste para aquela<sup>3</sup>.

#### **Sistemática legal da reparação por acidente do trabalho (responsabilidade objetiva)**

De acordo com a mencionada Lei 8.213/91, atualmente são previstos os seguintes benefícios infortunisticos<sup>3</sup>:

- a) *auxílio doença acidentário*: renda mensal paga apenas durante o período em que o trabalhador se encontrar impossibilitado de trabalhar, cessando no dia da alta médica;
- b) *auxílio acidente*: renda mensal devida ao segurado que, após a alta médica com a consolidação das lesões, apresentar incapacidade laborativa parcial e permanente.

Equivale a 50% do salário, independentemente do grau de incapacidade e cessa com a aposentadoria;

c) *aposentadoria*: renda mensal para o segurado que se tornar incapaz e não tiver condições de reabilitação, ficando impossibilitado de exercer atividade que lhe garanta a subsistência;

d) *abono anual*: verba equivalente ao 13º salário.

O reconhecimento do direito ao benefício acidentário previsto na legislação específica não depende de verificação de culpa, bastando simplesmente a demonstração do fato, do nexos causal e do dano. Enfim, agasalha-se a teoria do risco<sup>3</sup>.

### **Reparação pelo direito comum (responsabilidade subjetiva)**

Assegurou-se ao acidentado, em caso de dolo ou culpa do empregador (sem distinção de grau), o direito à indenização pelo direito comum, cumulativamente com os benefícios previstos na legislação especial. Concorrem, pois, as duas situações de reparação, de um lado aquela que se encontra no âmbito de responsabilidade da Previdência Social, determinada segundo a teoria do risco, e de outro, aquela que se rege pelo Código Civil, cujo valor deve ser pago sem qualquer tipo de compensação com a primeira<sup>3</sup>.

### **Aspectos processuais**

A partir dessa concorrência de situações, alguns pontos relevantes devem ser destacados. Na ação de indenização pelo direito comum, não basta a simples prova da existência do dano e da relação de causalidade, como acontece na demanda frente ao INSS, sendo indispensável que haja prova efetiva da existência de dolo ou culpa, de qualquer grau, do empregador<sup>3</sup>. Em termos de atividade processual, ganha relevo o problema da repartição do ônus da prova. Essencialmente, quem alega deve provar, e nesse sentido está a disposição do artigo 333 do Código de Processo Civil, atribuindo ao autor o ônus de

provar o fato constitutivo do seu direito (inciso I) e, ao réu, o de demonstrar o fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Esse dispositivo legal contém verdadeira regra de julgamento a ser observada pelo juiz na sentença, de modo que, uma vez constatada a indemonstração do fato, naturalmente fará recair sobre a parte, a quem a lei confere esse ônus, as conseqüências negativas de sua inércia<sup>3</sup>.

Na ação de acidente do trabalho promovida em relação ao INSS, naturalmente cabe ao acidentado provar o fato, o dano e a relação de causalidade, segundo a teoria do risco. Já com relação à demanda fundada no artigo 186 do atual Código Civil, tem o autor a incumbência de provar, não apenas o fato, o dano e o nexu causal, mas também a culpa do empregador<sup>3</sup>. Também é interessante observar que as situações danosas que determinam o deferimento de benefício acidentário são aquelas disciplinadas especificamente na Lei 8.213/91, possibilitando apenas a reparação tarifada. Já com vistas à indenização de direito comum, o âmbito da reparação é bem mais abrangente, pois diz respeito aos danos de natureza patrimonial e moral, com todas as repercussões daí decorrentes<sup>3</sup>.

### **III- Análise da jurisprudência nos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho**

Uma das principais fontes da jurisprudência a respeito do tema é atribuída ao II Tribunal de Alçada Cível de São Paulo<sup>4</sup>, fruto do aumento de demandas a partir da década de 1960, com o crescimento do parque industrial, transformação da vida social, gerando conflitos no trabalho. Sua competência é julgar vários tipos de ações judiciais, principalmente aquelas decorrentes de acidentes de trabalho, fundadas em direito especial ou comum, inclusive as de prevenção e segurança do trabalho. Na análise da jurisprudência relativa aos TMC/RT dois aspectos devem ser ressaltados: a linguagem jurídica acerca desses transtornos e o entendimento jurisprudencial dos mesmos.

## **A linguagem jurídica dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho**

Como é amplamente conhecida a linguagem jurídica no campo da Psiquiatria Forense tem características peculiares em matéria de responsabilidade penal, capacidade civil, estimativas de danos e capacidade profissional. O perito portanto, deve estar atento com a redação do laudo pericial, a qual necessita obedecer aos seguintes critérios: ser elucidativa, concisa e clara; impessoal; objetiva - não empregar terminologia com significado subjetivo; imparcial – dizer somente a verdade; não afirmar senão o que puder demonstrar cientificamente<sup>5</sup>. A terminologia encontrada em alguns compêndios que tratam de acidentes do trabalho sob o aspecto jurídico, a partir de 1988, já faz várias referências sobre as neurointoxicações, o ruído e outras. Foram transcritos na tabela abaixo os agentes patogênicos e os sintomas psiconeurológicos muitas vezes encontrados nas ementas e súmulas judiciais<sup>6</sup>.

**Tabela 1- Agentes patogênicos e sintomas psiconeurológicos (descrição jurídica)<sup>6</sup>**

<b>Agentes patogênicos</b>	<b>Sintomas psiconeurológicos</b>
Benzeno	Delírio, excitação e depressão, embriaguez, desorientação
Chumbo	Alucinações, excitação e depressão, insônia, convulsão, coma
Manganês	Risos impulsivos, tremores, hipomímia facial, queixas sensoriais
Mercúrio	Alucinação, excitação e depressão, paralisia
Monóxido de Carbono	Tetania, embriaguez, cefaléia, paralisia, coma
Sulfeto de Carbono	Cefaléia, coma
Ruído	Estresse, instabilidade neurovegetativa (distúrbios digestivos), estado de angústia, distúrbios psíquicos, aumento da depressão

Adaptado - Pedrotti, A.I. (1988)

## **Entendimento jurisprudencial**

Busca compreender melhor os aspectos jurídicos considerados relevantes pelos juízes nas questões donexo causal dos TMC/RT, selecionando do rol dos casos julgados, os comentários mais significativos acerca desses transtornos. Acredita-se que tal procedimento possa servir como um dos parâmetros para que a redação do laudo pericial seja clara, objetiva e concisa. O entendimento jurisprudencial será melhor discutido no capítulo seguinte.

## **IV - Levantamento de processos julgados com o nexocausal reconhecido**

O principal objetivo do presente estudo é instrumentalizar os profissionais de Saúde Mental e Medicina do Trabalho para as avaliações diagnósticas e periciais dos TMC/RT e tem como outros objetivos: 1) atender a nova regulamentação do Ministério de Previdência e Assistência Social (Decreto 3.048, DOU 15/051995) sobre as doenças profissionais e do trabalho, especialmente no que se refere a esses transtornos (TMC/RT), nos seus aspectos conceituais, diagnósticos e periciais; 2) auxiliar na elaboração do diagnóstico dos TMC/RT reunindo os recursos da psiquiatria clínica, da medicina do trabalho e da psicologia ; 3) possibilitar a uniformização dos procedimentos entre profissionais da Saúde Mental e Medicina do Trabalho no diagnóstico dos TMC/RT; 4) oferecer subsídios para o estabelecimento do nexocausal dos TMC/RT; 5) avaliar, sob o ponto de vista psiquiátrico, as jurisprudências comprobatórias do nexocausal dos TMC/RT.

## **Método e Casuística**

Trata-se de um estudo exploratório analítico que examina sob a ótica da Psiquiatria Ocupacional os aspectos periciais de 104 processos relacionados a ações judiciais envolvendo os TMC/RT, sendo selecionados 56 ementas deles cujo nexocausal foi reconhecido pela Justiça.

Foram examinados nessas ementas aspectos como: a síndrome psiquiátrica do ponto de vista diagnóstico, os comentários acerca donexo causal, a sintomatologia principal e a fonte de referência (processual). Foram analisados os casos já julgados, encontrados no II Tribunais de Alçada Cível (II TAC), Revista dos Tribunais (RT) e compêndios especializados. Em todos eles procurou-se relatar o enunciado das ementas, portanto não se examinou o conteúdo de cada processo em pauta e tampouco os outros 48 casos.

No sistema de busca do II TAC e da RT, foram empregados os seguintes termos: “neurose, psicose, depressão, ansiedade, delírio, alucinação, doença mental, distúrbio psíquico, dano psíquico, fadiga, estresse, perturbação mental, demência, mercúrio, chumbo”. Apesar de pesquisados, não foram encontrados termos atuais empregados na CID-10, no capítulo referente aos transtornos mentais, embora os casos apresentados estejam compreendidos aproximadamente no período de 1982 a 2004.

A Tabela 2 (processos julgados com reconhecimento do nexocausal), apresenta na coluna “Síndromes Psiquiátricas”, inúmeras enfermidades como transtornos neuróticos, sendo alguns especificados (nº 1, 5, 7, 9, 10, 12) e outros não (nº 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 46).

Deve-se ressaltar que foram preservados vários termos ou expressões utilizadas em antigas classificações diagnósticas como: psiconeurose (nº 11), distúrbios psíquicos (nº 25, 26), perturbação mental (nº 45), distúrbios nervosos (nº 49), distúrbios neuropsíquicos (nº 50), estresse (nº 29, 51, 52, 53) e outros.

Na coluna “Nexo causal”, descreve-se, em geral, as condições hostis do ambiente de trabalho e o acidente ocorrido que propiciaram o desencadeamento ou o agravamento do transtorno mental.

Por sua vez, na coluna “Sintomas associados”, comenta-se os principais aspectos psíquicos descritos nas ementas e por fim registra-se na coluna “Fonte” o número do processo.

**Tabela 2-** Casos julgados com reconhecimento donexo causal (n=56)

<b>SÍNDROME PSIQUIÁTRICA</b>	<b>NEXO CAUSAL</b>	<b>SINTOMAS ASSOCIADOS</b>	<b>FONTE</b>
1- Neurose fóbica	Operador industrial exposto ao benzeno por longo período.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 633.025-00/8
2- Neurose	Auxiliar de montagem. Condições agressivas de trabalho.	Quadro depressivo, agitação psicomotora.	Ap. s/ Rev. 547.681-00/8
3- Neurose	Ambiente com excesso de ruído.	Depressão, ansiedade. Mudanças mentais e emocionais que se traduz em estresse.	Ap. s/ Rev. 489.234-00/8 1a. Câm.
4- Neurose	Traumatismo craniano como fator desencadeante	Não descrito	Ap. s/ Rev. 482.865-00/3. 4a. Câm.
5- Neurose depressiva	Condições agressivas de trabalho (intensa pressão psicológica exercida pelos superiores hierárquicos).	Não descrito	Ap. s/ Rev. 415.574-00/6. 3a. Câm.
6- Neurose	Assalto no caminho para o trabalho.	Manifestações neuróticas.	Ap. s/ Rev. 419.071-00/3. 12a. Câm.
7- Neurose de ansiedade	Acidente típico como fator desencadeante: colocação de acrílico no crânio.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 379.1149-00/0. 4a. Câm
8- Neurose	Acidente de trabalho.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 302.745-00/2. 6a. Câm
9- Neurose depressiva	Amputação de membros a concorrer com o desencadeamento.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 278.664-00/3.
10- Neurose traumática	Mutilação em dedos de ambas as mãos, passa a conviver com temor da repetição dos infortúnios.	Não descrito	Ap. Sum 184.297-00/0
11- Neurose ou psiconeurose	Exposição ocupacional ao ruído.	Mudanças mentais e emocionais, cujo efeito traduz-se em estresse. Descritas alterações psíquicas, fisiológicas e até anatômicas.	Ap. s/ Rev. 270.369-00/4 - 6ª Câm.
12- Neurose traumática	Acidente que ocasiona foco irritativo cerebral pode desencadear uma neurose traumática.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 270.369-00/4 - 6ª Câm.

13- Problemas psiquiátricos	Vigilante de carro-forte, atingido por um projétil de arma de fogo (desviado pelo distintivo de metal do quepe) durante um assalto. Corte na frente. Dores de cabeça e tonturas.	Problemas mentais, anteriores à admissão Agravamento do desenvolvimento neurótico.	Apelação sem revisão no 571.661- 0/2.
14- Psicose reativa	Acidente típico: disparo de arma de fogo (guarda de carro-forte).	Lesões na coluna vertebral, comprometimento do sistema nervoso periférico, paralisia de membro inferior, psicose reativa.	Ap. s/ Rev. 619.008-00/3
15- Psicose depressiva	Acidente de trabalho	Não descrito	Ap. s/ Rev. 699.605-00/3
16- Psicose orgânica	Causada por queda de raio.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 444.447-00/3 - 9ª Câmara.
17- Psicose orgânica cerebral	Causada por choque elétrico.	Lesão cerebral, com quadro de demenciação.	Ap. s/ Rev. 358.701-00/4 - 2ª Câmara.
18- Psicose alcoólica	Psicose traumática determinante da psicose alcoólica.	Grave traumatismo sofrido com estado mórbido posterior (psicose alcoólica).	Ap. s/ Rev. 367.588 - 1ª Câmara.
19- Psicose traumática	Após acidente típico passou a sofrer de psicose resultante de traumatismo craniano.	O quadro levou ao suicídio.	Ap. Sum. 127.790 - 8ª Câmara
20- Depressão	Bancária portadora de DORT e depressão.	Permanente e totalmente impossibilitada de trabalhar.	Ap. s/ Rev. 692.555-00/6 12ª Câmara.
21- Distúrbios psíquicos	Trabalho considerado como fator coadjuvante na manifestação da disritmia cerebral.	Não descrito	Dir 10/20020422011
22- Síndrome depressiva	Acidente- tipo como fator desencadeante.	Déficit mental e personalidade imatura.	Ap. s/ Rev. 414.673-00/1 - 11ª Câmara.
23- Esquizofrenia	Traumatismo craniano pode lesar a fisiologia do sistema nervoso e do cérebro, com reflexos na esfera psíquica, sendo responsável pela eclosão e agravamento do mal esquizofrênico.	Não descrito	Ap. Sum. 186.228-00/4 - 3ª Câmara.

24- Esquizofrenia	Condições agressivas de trabalho (ambiente insalubre, exposto a agentes químicos tóxicos, e alto nível de ruído). Aposentadoria por invalidez acidentária.	Esquizofrenia paranóide (delírios e alucinações).	Não descrita
25- Distúrbios psíquicos e neurológicos	Condições agressivas de trabalho.	Leva ao estresse que acarreta à fadiga crônica.	EI 388.957-01/3 - 6ª Câm.
26- Distúrbios psíquicos	Condições agressivas de trabalho, em trabalhador que manuseia marteletes.	Os distúrbios psíquicos estão relacionados, não só com o acidente típico.	Ap. Sum. 196.263-00/1 - 7ª Câm.
27- Estresse pós-traumático	Trabalho exercido sob intensa tensão.	Atividade altamente estressante de caixa	Ap. s/ Rev. 610.127-00/7
28-Epilepsia e estresse	Trabalho realizado em ambiente ruidoso – estresse como fator desencadeante.	O estresse leva a fadiga crônica.	Ap. s/ Rev. 314.233-00/3 - 3ª Câm. -
29- Estresse	Trabalho exercido sob intensa tensão – atividade altamente estressante.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 300.970-00/6 - 1ª Câm.
30- Psiconeurose	Trauma acústico. Esforço físico acentuado pode levar a estafa física e ao estresse emocional.	Alterações psíquicas.	Ap s/ Rev. 255.811-00/7
31-Estresse/Infarto do miocárdio	Estresse emocional adquirido pela fadiga e sobrecarga de responsabilidade como fator precipitante.	Infarto do miocárdio e morte.	Ap. Sum. 181.504-00/5 - 7ª Câm.
32- Saturnismo	Acidente de trabalho/ Intoxicação por chumbo – redução da capacidade laboral.	Não descrito	Dir 11/20030520024
33- Saturnismo	Acidente de trabalho /Intoxicação por chumbo.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 400.994-00
34- Saturnismo	Acidente de trabalho /Intoxicação por chumbo.	Não descrito	Ap s/ Rev. 342.405-00/7
35- Saturnismo	Exposição à poeira de óxido de chumbo.	Não descrito	Ap. s/Rev.281.811 1a.Cam.
36- Saturnismo	Acidente de trabalho /Intoxicação por chumbo.	Não descrito	Ap s/ Rev. 200.602-00/7
37- Saturnismo	Acidente de trabalho /Intoxicação por chumbo.	Não descrito	Ap s/ Rev. 145.612-9a.
38- Hidrargirismo	Intoxicação pelo mercúrio.	Não descrito	Ap s/ Rev. 612.651-00/9

39- Hidrargirismo	Cirurgiã-dentista, contato com o mercúrio.	Seqüelas neuro-psíquica e físico-funcional. Síndrome depressiva, perda da vitalidade.	Ap c/ Rev. 509.286-00/8
40- Hidrargirismo	Mecânico de manutenção, fabricação de lâmpadas fluorescente.	Angústia, depressão, tremores nas mãos.	Ap. c/ Rev. 606.814-00/0
41- Hidrargirismo	Intoxicação pelo mercúrio. Mecânico de manutenção (fabricação de lâmpadas fluorescentes).	Distúrbios neuro-psicológicos (tremores nas mãos, distúrbios psíquicos como depressão e perda da memória).	Ap c/ revisão no 553.949-00/7. (Indenização por danos morais).
42- Hidrargirismo	Intoxicação pelo mercúrio.	Não descrito	Ap. s/ Rev. 431.636-00/0 - 6ª Câm.
43- Hidrargirismo	Operador de produção, exposto a vapores de mercúrio metálico, condições agressivas de trabalho.	Distúrbios neuro-psíquico e físico-funcional.	Ap s/ revisão no 565.100-0/2.
44- Distúrbio do humor e psicótico	Bancário, ritmo de trabalho intenso, pressões econômicas. Conversão auxílio-doença em auxílio-acidente.	Distúrbios do humor, delírio e idéias persecutórias.	Ap. s/ Rev. 632.976-00/7
45- Perturbação mental/ suicídio	Rebaixamento de cargo, redução de salários, transferência para outra cidade, perda do direito à moradia.	Perturbação mental e suicídio.	Ap. Sum. 129.201-00/5 6ª Câm
46- Neurose	Seqüelas originárias de progressos acidentes com amputações traumáticas de falanges distais de diversos dedos de ambas as mãos.	Traumatismo emocional em face de mutilação. Ansiedade intensa.	2.O TACiv , 5.a Câm. Ap. n.194.297-0 , v.u., j. de 27.11.85
47- Neurose	Queda ao término da jornada de trabalho, atingindo a cabeça, cuja eclosão foram fundamentais às condições prévias de personalidade.	Com o trauma, houve o desencadeamento de uma neurose traumática.	2.O TACivSP, 9 a Câm. Ap.n. 132.983
48- Neurose	Cozinheiro, lesão no dedo da mão direita , disto resultando seqüelas .	distonia neurovegetativa, "disparo no coração", com sensação de pânico e claustrofobia.	Ap.s/ Ver. 246.512-3 – 2.a Câm. –
49- Distúrbios nervosos	Telefonista, condições de trabalho particularmente agressivas para o sistema nervoso.	Não descrito	Ap.Sum.140.981- São Paulo- 3. Câm. –

50- distúrbio neuropsiquiátrico	Operador, doença decorrente das condições agressivas de trabalho e de explosão ocorrida no local, em 1976, perda de vários colegas de trabalho.	Já estava acometido de “problemas psíquicos”. Teve sua psicose agravada (primeira depressão em março de 79).	Ap.-sum 193.401-9-2ªC.-
51- Estresse	Inspetor de funilaria. Ambiente de intenso e contínuo ruído de máquinas ponteadeiras. Disacusia neurossensorial bilateral.	Não descrito	2.o TACivSP, 5.a Câmara. Ap. n. 147.156-0
52- Estresse	Bancário. Condições agressivas do trabalho. Insuficiência coronariana, síndrome comicial, infarto, após ser demitido.	Tensão e estresse	2.o TACivSP, 8.a Câmara. Ap. n. 206.520-1
53- Estresse	Bancário. Atividade altamente estressante, sujeito à pressão do desemprego e injusta remuneração. Associado hemiplegia flácida.	Comportamentos neuróticos.	Ap. s/ Rev. 300.970-00/6 - 1ª Câmara. (site TAC)
54- Saturnismo	Operador de máquinas (indústria de condutores elétricos), em ambiente com grande quantidade de pó de chumbo.	Doença decorre das condições de sua atividade, em local extremamente poluído.	2.o TACiv.SP, 7.a Câmara. Ap.n. 200.602-7,
55- Saturnismo	importante “déficit” das funções cognitivas, com o prejuízo para seu desempenho profissional.	Não descrito	2.o TACiv.SP, 7.a Câmara. Ap.n.216.908-0,
56- Sulfocarbonismo	Aprendiz de bobinador. Condições agressivas do trabalho, com presença de sulfureto de carbono de grande toxidez.	Depressão do sistema nervoso, prostração, convulsões, midríase. Hipertensão arterial grave e epilepsia.	2.o TACivSP, 5.a Câmara. Ap. n. 164.587-7

### Entendimento jurisprudencial e a análise quantitativa dos processos

São dois os aspectos fundamentais para o estudo das jurisprudências em questão: o entendimento jurisprudencial e a análise quantitativa dos processos julgados com nexos causais reconhecidos.

## Entendimento jurisprudencial

No rol das jurisprudências descritas selecionou-se aqueles comentários do legislador (juiz) considerados mais ilustrativos, pertinentes as questões do nexo causal dos TMC/RT.

No caso do estresse, selecionou-se dois casos com as seguintes considerações do legislador em itálico:

- a) estresse e disacusia: pesquisas científicas comprovam os transtornos físicos e psíquicos provocados pela exposição ocupacional ao barulho: *“o estresse pode reativar conflitos intrapsíquicos a que é vulnerável cada pessoa, segundo sua história psicológica”*<sup>4</sup>;
- b) estresse e insuficiência coronariana, síndrome comicial e infarto do miocárdio: reconhecimento do nexo causal e grau de incapacidade de um bancário exercendo atividade estressante durante 19 anos, sendo demitido sofrendo as enfermidades acima: *“o infarto do miocárdio tem por causa imediata a esclerose das artérias coronarianas. No entanto, é fato sabido e notório que a tensão e o estresse são causas determinantes, mediatas, dessa situação orgânica que produz o infarto”*<sup>4</sup>.

Sobre os quadros com características neuróticas, resgatou-se os seguintes termos:

- a) neurose: *“seqüelas originárias de progressos acidentes com amputações traumáticas de falanges distais de diversos dedos de ambas as mãos. Experts examinaram a operária traumatizada emocionalmente. Em face da mutilação, vem experimentando distúrbios psíquicos de exagerada insegurança e anormal apreensão a configurar quadro de ansiedade intensa”*<sup>4</sup>.
- b) aprendiz de teceloa de algodão – *“queda ao término da jornada de trabalho, atingindo a cabeça. Com o trauma, houve o desencadeamento de uma neurose traumática, tendo o acidente funcionado como estopim, mas para cuja eclosão foram fundamentais as condições prévias de personalidade. Reconhece-se, destarte, o nexo etiológico”*<sup>4</sup>.

São descritos também os seguintes casos de neurointoxicações:

- a) Chumbo (saturnismo)- *“obreira acometida de intoxicação exógena em razão de seu mister laborativo”*. Assim, a apelada é portadora de saturnismo, moléstia profissional que, no exame psiquiátrico a que se submeteu, apontou, como consequência importante *“déficit” das funções cognitivas, com o prejuízo para seu desempenho profissional*”<sup>4</sup>.
- b) Sulfeto de carbono (associado à hipertensão arterial e epilepsia) – aprendiz de bobinador, condições agressivas do trabalho. *“O quadro agudo de intoxicação pelo bissulfeto de carbono é fundamentalmente de depressão do sistema nervoso, prostração, convulsões, midríase e, finalmente, como seguem de perto a ingestão do tóxico”* <sup>4</sup>.
- c) Mercúrio (hidrargirismo) – cirurgiã-dentista, aposentada por invalidez. Sequelas neuropsíquica e físico-funcional. *“A síndrome depressiva de que é portadora a segurada, originou-se do contato com o mercúrio a que ela esteve exposta no exercício de suas funções ao longo do período de um ano e meio aproximadamente. As manifestações neuropsíquicas decorrentes da exposição ao agente tóxicas, sobretudo voltadas para o lado afetivo e da perda da vitalidade, bem como assim das funções mentais, acabou por determinar, segundo o jurisperito, o desenvolvimento de um quadro depressivo que, associado às manifestações neuropsíquicas, incapacitam-na e impedem-na de exercer qualquer profissão”* <sup>4</sup>.

É descrito o seguinte caso relativo a dano psíquico:

- a) LER/DORT (dano psíquico) – *“telefonista (durante 12 anos), condições não ergonômicas de trabalho, com lesão no membro superior direito”*. Constatação de dano psíquico gerando incapacidade parcial e permanente. *Quadro depressivo, sentimentos de minusvalia e auto-depreciação frente aos estigmas incapacitantes próprios da LER, e por todo o elenco de medidas médicas adotadas, uso de medicamentos diversos sem que tenha obtido recuperação satisfatória (Apelação c/ revisão nº 612.715-0/0)”*<sup>4</sup>.

Em relação à psicose alcoólica encontrou-se o seguinte enunciado: *“Não há como se recusar à relação de causa e efeito do grave traumatismo sofrido, com o estado mental mórbido posterior ou seja a psicose alcoólica que, evoluindo com o tempo ocasionou ao obreiro um comprometimento somático irreversível, agravando-se progressivamente até causar-lhe a morte”*<sup>4</sup>.

O fator concausal devido às condições agressivas de trabalho é exemplificado, no caso distúrbios psíquicos e neurológicos: *“O exercício da labuta por longo período sob condições agressivas de trabalho determina o stress que leva à fadiga crônica, situação que, atuando sobre base predisposta, pode agir como fator concausal da instalação do distúrbio psíquico e neurológico, incapacitando o obreiro para seu labor habitual”*<sup>4</sup>.

### **Análise quantitativa**

A Tabela 3 apresenta o número de casos encontrados e sua relação com o período investigado, que corresponde a época que foi concluído o processo. Percebe-se nitidamente o acentuado número de casos registrados de 2000 a 2004, se comparados com outros dois períodos.

**Tabela 3-** Período investigado e número de casos

<b>PERÍODO</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>
1982 a 1989	18 (32,1%)
1990 a 1999	27 (48,2%)
2000 a 2004	11 (19,6%)

Nesta investigação também foram analisadas as principais síndromes psiquiátricas destacadas nas ementas dos processos em questão e os números de casos encontrados.

A descrição dessas síndromes, também obedece à terminologia descrita nas ementas, sendo agrupadas de uma forma mais homogênea para melhor compreensão, empregando-se a numeração para facilitar sua localização na Tabela 1.

**Tabela 4-** Síndromes psiquiátricas destacadas nas ementas dos processos e número de casos

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	NÚMERO DE CASOS
Neurose (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 46, 47,48)	15 (26,7%)
Saturnismo (32, 33, 34, 35, 36, 37, 54, 55)	08 (14,2%)
Psicose (14, 15, 16, 17, 18, 19, 44)	07 (12,5%)
Hidrargirismo (38, 39, 40, 41, 42, 43)	06 (10,7%)
Estresse (27, 29, 31, 51, 52, 53)	06 (10,7%)
Distúrbios psíquicos (21, 25, 26)	03 (05,35%)
Depressão (20, 22)	02 (03,57%)
Esquizofrenia (23, 24)	02 (03,57%)
Epilepsia (28)	02 (03,57%)
Psiconeurose (30)	01 (01,78%)
Distúrbios nervosos (49)	01 (01,78%)
Sulfocarbonismo (56)	01 (01,78%)
Problemas psiquiátricos (13)	01 (01,78%)
Perturbação mental/suicídio (45)	01 (01,78%)
Distúrbios neuropsiquiátricos (50)	01 (01,78%)

No estudo do nexu causal encontrado nesses processos, procurou-se agrupar as principais condições responsáveis pelo desencadeamento ou agravamento dos transtornos mentais, sendo algumas delas mais especificadas como a exposição a produtos neurotóxicos (nº 1, 32, 33 e outros), os ambientes com excesso de ruídos (nº 3, 11, 28 e outros), e os traumatismos cranianos (nº 4, 19 e outros). Nas situações inespecíficas, isto é, quando a ementa não é elucidativa, inclui-se as condições agressivas de trabalho (nº 2, 5, 11 e outros), os acidentes de trabalho (nº 7, 8, 15 e 22) e outros.

**Tabela 5-** Nexu causal encontrado nos processos e o número de casos

NEXO CAUSAL	NÚMERO DE CASOS
Exposição a produtos neurotóxicos (1, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 54, 55, 56)	16 (28,5%)
Condições agressivas de trabalho (inespecíficas) (2, 5, 21, 24, 25, 26, 27, 50)	08 (14,2%)
Condições estressantes de trabalho (29, 31, 44, 45, 49, 52, 53)	07 (12,5%)
Ambiente com excesso de ruído (3, 11, 28, 30, 51)	05 (8,92%)
Mutilação/amputação de membros (9, 10, 12, 46, 48)	05 (8,92%)
Acidentes de trabalho (inespecíficos) (7, 8, 15, 22)	04 (7,14%)
Traumatismos cranianos (4, 19, 23, 47)	04 (7,14%)
Assaltos (6, 13, 14)	03 (5,35%)
Choques elétricos (17)	01 (01,78%)
LER/DORT (20)	01 (01,78%)
Alcoolismo (18)	01 (01,78%)
Queda de raio (16)	01 (01,78%)

## V- DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo apresenta uma amostra dos processos julgados com o nexos causal reconhecido, ilustrando o quanto à jurisprudência antecipou o reconhecimento legal dos TMC/RT, levando-se em consideração o que determina o Decreto 3.048/99. Buscou-se resumidamente os aspectos gerais contidos nas ementas desses processos, das síndromes psiquiátricas, o nexos causal sem aprofundamento maior.

Em relação ao período de tempo que à incidência de casos a cada década vem aumentando o número, e a expectativa do crescimento é ainda maior em consequência da Lista de Doenças Relacionadas do Trabalho (Decreto nº 3.048/99, DOU 15/05/95), sobre as doenças profissionais e do trabalho, especialmente no que se refere aos TMC/RT.

Nota-se também a grande incidência dos transtornos mentais menores (neuroses, depressão, distúrbios psíquicos e nervosos, estresse), neurointoxicações pelos metais pesados (mercúrio, chumbo) ocupando o segundo lugar, sucedidos pelas psicoses e outras patologias.

Na análise do nexos causal percebe-se as consequências da agressividade do ambiente de trabalho, diante da exposição a produtos neurotóxicos, o excesso de ruídos e também aos vários tipos de acidentes como traumatismos cranianos, mutilação/amputação de membros e outros.

Este estudo sobre os aspectos jurisprudenciais dos TMC/RT apresenta fundamentos e exemplos para uma melhor compreensão das ações periciais, relativas as principais síndromes psiquiátricas e o nexos causal dessas patologias, demonstrado nos casos julgados descritos. Os transtornos mentais ocupacionais relacionados às questões jurídicas apresentam complexidade diagnóstica e necessitam de um maior aprofundamento teórico-prático e de uniformização de condutas, configurado-se em um grande desafio aos estudiosos deste campo de estudos.

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministério da Saúde. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho (capítulo 10). In: Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, org. Dias EC, Brasília: M.S., 2001. p. 161- 194.
- 2- Mendes R. Aspectos Conceituais da Patologia do Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho, Rio de Janeiro: Atheneu,1995. p. 33-47.
- 3- Rigolin A, Camargo DA. Dano moral e dano psíquico no trabalho. In: Guimarães LAM, Grubits S. Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Vol. III, p. 281-300.
- 4- Secretaria da Justiça do Est. S.P. - II Tribunal de Alçada Cível de São Paulo. Disponível em >> [www.stac.sp.gov.br](http://www.stac.sp.gov.br)<< acesso em abril de 2004.
- 5- Pereira Jr. C. Laudo pericial- aspectos práticos na elaboração. V Seminário sobre Perícias Médicas. Congresso Nacional da ANAMT-Goiânia).
- 6- Pedrotti, AI. Doenças Profissionais ou do trabalho Vol. I. São Paulo. Universitária de Direito. 1988, p. 115-445.
- 7- Amorim SL, Pedrotti, AI. Manual de Doenças Profissionais. São Paulo. Universitária de Direito. 1992, p. 200-275.

*DISCUSSÃO GERAL*



Buscou-se neste estudo trazer contribuições para a prática de psiquiatras, psicólogos e médicos do trabalho, atendendo à nova regulamentação do Ministério da Previdência e Assistência Social sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao trabalho, especialmente no que se refere aos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao trabalho. Essa legislação, nº 3.048 de 06/05/99, trouxe diversas mudanças em relação ao tema, refletindo-se de imediato na prática dos profissionais da saúde mental e da medicina do trabalho, principalmente no que diz respeito a uniformização diagnóstica e estabelecimento do nexo causal.

Utilizando-se os referenciais teóricos do LSMT/DPMP/FCM/UNICAMP, examinou-se alguns fundamentos para uma melhor compreensão do nexo causal dos TMC/RT, dentro dos conhecimentos atuais da Psiquiatria Ocupacional, ainda carente de novos conceitos, abordagens e da insuficiência de uniformização de condutas por parte dos profissionais envolvidos nessa área.

No artigo *Psiquiatria Ocupacional I*, descreve-se a evolução histórico-conceitual dos hoje denominados “Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao Trabalho”, resgatando desde Antiguidade a evolução da luta por melhores condições de trabalho, através das conquistas sociais e as leis de proteção à saúde do trabalhador.

Segue-se nesta discussão as graves repercussões físicas e mentais desencadeadas pelas neurointoxicações ocupacionais e o alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho), inseridas nas síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho, onde foram abordados os seguintes tópicos: o campo de atuação da Psiquiatria Ocupacional e sua interface com a Medicina do Trabalho; os principais produtos neurotóxicos e suas manifestações clínicas, psíquicas e as atividades ocupacionais de maior risco; os transtornos mentais e do comportamento atribuídos a esses produtos; os princípios diagnósticos das síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho.

Na seqüência são discutidas as síndromes psiquiátricas não-orgânicas relacionadas ao trabalho, desencadeados por conflitos emocionais vinculados às condições e a organização do trabalho, ressaltando-se a necessidade de se conhecer melhor os fatores

psicossociais e organizacionais e suas influências na gênese e agravamento desses transtornos, pois os desajustamentos e as dificuldades oriundas dos fatores acima podem provocar sérias reações de estresse e seus efeitos crônicos na saúde.

Discute-se também os transtornos mentais precipitados pelos acidentes de trabalho (mutilações de membros e outras), pelas doenças ocupacionais (perda auditiva induzida pelo ruído, doença produzida pelo vírus do HIV relacionada ao trabalho e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), e pelos fatores psicossociais do trabalho (enfermidades cardiovasculares e gastrintestinais, efeitos psíquicos da violência no trabalho e do assédio sexual no trabalho, entre outras).

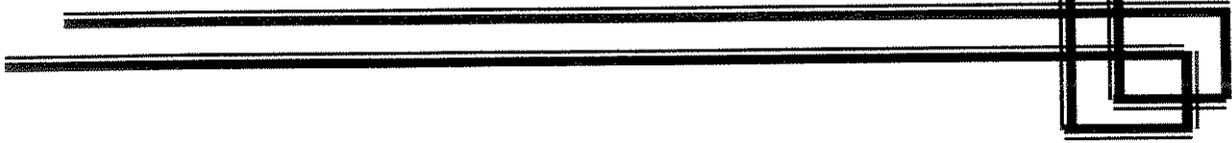
São discutidos os aspectos periciais da Psiquiatria Forense e da Medicina do Trabalho, estudando-se suas interfaces e a complexidade diagnóstica, onexo causal e o grau de incapacidade laboral das síndromes psiquiátricas relacionadas com o trabalho.

Ressalta-se a apresentação do “Protocolo para a investigação do nexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho”, no qual são analisados fundamentalmente os vários aspectos desse nexo, ligados aos riscos de natureza ocupacional, social e psíquico.

Conclui-se com uma relação de jurisprudências correspondentes aos transtornos mentais relacionados ao trabalho e o entendimento jurisprudencial das mesmas, buscando-se através do estudo das ementas de 56 processos julgados com o nexo causal reconhecido, conhecer um pouco mais a relação entre síndromes psiquiátricas e o nexo causal.

Empenhou-se nos vários capítulos apresentados aprofundar os conhecimentos no campo da Psiquiatria Ocupacional, a partir dos referenciais teóricos utilizados no LSMT/ DPMP/FCM/UNICAMP.

*REFERÊNCIA GERAL*



As referências bibliográficas já estão descritas em cada capítulo.