

ACIDENTES E DOENÇAS OCUPACIONAIS: IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS¹

Maria da Graça Jacques²

*"(...) dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão como um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego
Morreu na contramão atrapalhando o sábado".³*

As mortes por acidente de trabalho (que os versos de Chico Buarque referem), suas seqüelas e as inúmeras doenças relacionadas ao trabalho fazem parte da realidade do contexto produtivo brasileiro. As estatísticas registram, por exemplo, 458 956 acidentes de trabalho em 2004, com 2 801 mortos a um custo em torno de 20 bilhões de reais. A construção civil é um dos setores recordistas no número e gravidade de acidentes. É reconhecido que esses números ficam aquém da realidade pois se referem tão somente a trabalhadores com emprego formal e, ainda, a sub-notificação é uma prática comum. Um estudo realizado sobre os atendimentos de acidentes em hospitais gaúchos, entre novembro de 2001 a agosto de 2003, revelou que 21% são acidentes de trabalho típicos, seguindo-se acidentes domésticos com 19,9%, acidentes de trânsito com 18,7% e delitos e agressões com 12,8%⁴, o que demonstra a prevalência dos acidentes de trabalho embora os acidentes de trânsito ocupem um maior espaço na mídia e no imaginário social.

Mortes e doenças associadas ao trabalho têm uma longa história e exigiu a intervenção do Estado para garantir uma certa proteção aos trabalhadores. As primeiras leis sociais voltadas à reparação dos danos causados por acidentes e doenças ocupacionais datam do final do século XIX na Europa, e início do século XX no Brasil. Representam a preocupação dominante neste período histórico pela proteção ao corpo dos trabalhadores, denunciando a periculosidade das máquinas,

¹ Palestra proferida no II Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho, Goiânia, 12 a 14 de outubro de 2006.

² Psicóloga, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

dos gases, das poeiras tóxicas e dos parasitas, vírus e bactérias presentes nos ambientes laborais. É um período de expansão do modelo taylorista-fordista que expõe, “o corpo como ponto de impacto da exploração”, segundo interpretação de Christophe Dejours⁵.

Embora a preocupação dominante pelo corpo doente, encontram-se algumas referências sobre as implicações do trabalho na saúde/doença mental dos trabalhadores. São ilustrativas as referências de Marx⁶ a respeito das conseqüências do trabalho sobre o “sistema nervoso” dos trabalhadores, as preocupações de Henry Ford⁷ com os problemas decorrentes das rotinas de trabalho, a identificação das linhas de montagem como fontes de sofrimento psíquico no primeiro número do *Journal of Mental Hygiene*, de 1917. Sofrimento psíquico já identificado por Ramazzini⁸, em 1700, entre escriturários e tipógrafos como uma das explicações para a ocorrência de lesões ósteo-articulares nessas categorias profissionais.

A Arte, através de Charles Chaplin, no filme ‘Tempos Modernos’, registra o vínculo entre trabalho e doença mental quando, no âmbito da Ciência as explicações sobre as patologias psíquicas recaíam fundamentalmente nos fatores genéticos e nas relações familiares, principalmente àquelas referentes a 1^a infância. É só em 1956, com a publicação do artigo de Le Guillant⁹, ‘A neurose das telefonistas’, que a relação entre saúde/doença mental e trabalho se consolida no campo científico.

As primeiras inserções da dimensão subjetiva na análise dos acidentes de trabalho se referem a hipóteses de predisposição individual. A noção de “propensão ao acidente” foi cunhada na década de 20 quando pesquisadores (tanto engenheiros como psicólogos) procuraram explicar a ocorrência de acidentes pelas diferenças individuais. Embora não tenham obtido êxito em seus objetivos, a noção de trabalhador “propenso” ainda se mantém, apresentando-se de diversas formas, como na noção de “ato inseguro” segundo Sato¹⁰. A mesma autora evoca um outro exemplo dentro da mesma linha argumentativa que vem da década de 40. É o caso de um médico brasileiro encarregado de realizar perícias em trabalhadores com processos que reclamavam indenizações pelos acidentes de trabalho sofridos, por demanda da Justiça do Trabalho. Explicava a reivindicação como decorrente de uma personalidade “anormal”, com “neurose de responsabilização” dos patrões pelos acidentes, sentimento rotulado de “sinistrose”, “neurose de renda” e “indenizofilia”.

As explicações individualizadas e localizadas nos trabalhadores persistem nos órgãos institucionais e são reproduzidas no imaginário

social, tendência que também se constata em relação às doenças relacionadas com o trabalho cujas explicações têm ainda um caráter moral, associadas com fraqueza, falta de vontade, preguiça, simulação. Sobre a tendência à individualização e à culpabilização do trabalhador é ilustrativo o comentário de Elio Gaspari, em sua coluna no jornal Zero Hora, com o título de ‘Cuidado com as pedras desgovernadas’, que reproduz o conteúdo descritivo de um acidente elaborado pelo INSS: “Ao retornar de seu horário de almoço, o trabalhador Moacir Pereira Passos não enxergou uma pedra vindo em sua direção desgovernada e bateu em sua cabeça”. O jornalista comenta de modo irônico e jocoso: “Estava voltando do almoço (logo não trabalhando), não viu a pedra (distráido). Inocenta-se a pedra que estava desgovernada. Pedras governadas são aquelas que sabem desviar da cabeça de trabalhadores distraídos que insistem em almoçar”.

Explicações que responsabilizam individualmente os trabalhadores não consideram a complexidade que cerca a ocorrência de um acidente ou de uma doença e se transformam em mais uma fonte de tensão e de sobrecarga mental em que a vítima introjeta a culpa que lhe é atribuída, o que pode levar ao desenvolvimento de quadros depressivos concomitantes. O desafio que se coloca é o de compreender essa tendência de individualização e responsabilização do trabalhador acidentado ou adoecido que nos contextos de trabalho ocorrem com muita frequência e ganham grande visibilidade.

Christophe Dejours¹¹, psiquiatra francês contemporâneo já referido anteriormente (cuja proposta teórica foi apresentada e discutida na palestra proferida por Edith Seligmann Silva), propõe uma das explicações para essa tendência. O autor introduz, no estudo da relação saúde mental e trabalho, a noção de sofrimento como uma vivência intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico. O sofrimento suscita o que chamou de estratégias coletivas de defesa construídas, organizadas e gerenciadas coletivamente em nível não consciente. Tais estratégias distorcem a percepção da realidade do contexto de trabalho e, na maioria das vezes, são empregadas como modos de se manter em determinados contextos patogênicos.

A importante contribuição de Dejours é a de estender para o âmbito do coletivo o conceito de mecanismo de defesa proposto pela psicanálise. Mas, enquanto estratégias coletivas, requerem consenso, presença física de outros e se transformam em valor a ser defendido pelo grupo. Um exemplo ilustrativo é quando em ambientes de trabalho com perigos para acidentes e/ou doenças a estratégia é de negação

do risco, compartilhada por todo o grupo de trabalhadores e muitas vezes responsável pela adaptação a essas condições de trabalho. A ocorrência de um episódio de acidente, por exemplo, confronta essa estratégia abrindo espaço para a vivência de medo. Ao individualizar e responsabilizar o trabalhador acometido, o grupo mantém a estratégia defensiva atuante.

As estratégias coletivas de defesa, segundo o autor, evitam a descompensação psíquica mas também alimentam a resistência a mudanças e se constituem em uma das explicações para o não uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI (o uso implica reconhecer o perigo) e para a ocorrência de comportamentos de desafio, principalmente em ambientes de alto risco. Criar uma situação ou agravá-la representa de certo modo dominá-la, estratégia com um valor simbólico que afirma o domínio dos trabalhadores sobre o perigo enquanto sistema defensivo destinado a controlar o medo¹².

Deste modo o mecanismo utilizado para controlar o medo pode se tornar potencialmente um fator de risco. O medo pode advir do chamado risco residual, aquele que não é completamente eliminado pela organização do trabalho através da prevenção coletiva (o risco de explosão em indústrias químicas, por exemplo). Ainda, ao lado do risco real é preciso mencionar o risco suposto, também gerador de tensão e ansiedade: ansiedade gerada pelo risco de morte, ansiedade relativa à degradação do organismo por acidente e/ou doença relacionada ao trabalho; ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental em atividades com elevadas exigências cognitivas, em trabalhos noturnos ou por turnos, em tarefas que exigem permanente e intenso autocontrole como as que implicam elevadas responsabilidades com vidas humanas, com valores vultuosos ou com a própria continuidade do processo produtivo.

A vivência de medo é sempre uma experiência subjetiva que diz respeito a um sujeito singular, com uma história de vida também singular. A referência a aspectos psicológicos implicados em acidentes e doenças relacionadas ao trabalho dá conta de um dos lados dessa relação, que é sempre uma relação entre trabalhador e contexto de trabalho e não apenas trabalhador ou apenas contexto de trabalho isoladamente tomados. Segundo Sato¹³, a dimensão psicológica diz respeito a características individuais, a expectativas, a modos de ser, a ritmos individuais, enfim, um conjunto de particularidades construídas na relação com o mundo na história de vida que remete às diferenças entre as pessoas. Diferenças que se confrontam com uma organização de trabalho em que não são consideradas, impondo, por exemplo,

ritmos que ultrapassam o limite subjetivo e que podem vir a se constituir em fatores de risco. O caso das LER/DORT é ilustrativo e é uma patologia comum em trabalhos com movimentos repetitivos e/ou postura estática em que o trabalhador não tem controle sobre o seu processo de trabalho¹⁴.

Os estudos e pesquisas reconhecem que os contextos de trabalho que oferecem risco para o desenvolvimento das LER/DORT também o oferecem para a saúde mental. Transtornos mentais e de comportamento ocupam o 3º lugar entre as causas de afastamento do trabalho e as LER/DORT representam 80% dos casos de concessão de benefícios previdenciários¹⁵. O crescimento desses índices nos últimos anos coincide com a implantação de profundas transformações nos contextos de trabalho, genericamente denominadas de reestruturação produtiva¹⁶.

Quando da implantação de programas de reestruturação produtiva uma das primeiras ações é o “enxugamento” de pessoal através de demissões ou de programas de demissão voluntária. Tais ações geram, entre outros efeitos, crescente competitividade e ansiedade entre os trabalhadores. No setor bancário, um dos setores mais afetados pela reestruturação produtiva, constatou-se um número crescente de suicídios, alguns cometidos nos próprios locais de trabalho¹⁷. À situação de desemprego ou subemprego conseqüentemente advém intenso sofrimento psíquico visto o valor conferido ao ato de trabalhar como elemento de inclusão social e de definição da identidade do eu¹⁸.

A competitividade entre os pares visto que em muitos casos a sobrevivência no emprego implica a eliminação de companheiros de trabalho, promove relações de perversidade e de banalização de comportamentos anti-éticos nos locais de trabalho. A necessidade de contínuo aprimoramento que a tecnologia exige é um dos fatores que provoca um estado constante de vigilância, gerador de ansiedade: vigilância para não perder o emprego, para ser o melhor, para enxergar na frente. Dejours identifica o fenômeno na linguagem corriqueira presente com freqüência nos ambientes de trabalho em palavras como guerra, sobrevivência, combate, luta.

No âmbito da saúde mental, alguns autores se referem a “neurose da excelência¹⁹” e a “síndrome do esgotamento profissional²⁰” como quadros sintomáticos típicos do contexto atual. A flexibilização dos postos de trabalho (como capacidade de realizar diferentes tarefas, maleabilidade de horários e de mudanças, inclusive geográficas) representa a “captação subjetiva” do trabalhador tão característica dos modelos organizacionais atuais. A pressão por qualificação, também

uma outra característica associada aos processos de reestruturação produtiva, é transferida individualmente aos trabalhadores, associada ao conceito de empregabilidade, responsabilizando-o pela sua manutenção no mercado de trabalho. Retoma-se a questão da culpabilização, agora pela expulsão do mercado, reforçada pelo contexto social, o que corrobora para a ocorrência de quadros depressivos associados às situações de subemprego e desemprego.

Todas essas considerações apontam a dimensão subjetiva associada aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Há, ainda, um conjunto de implicações, também de natureza psíquica, que se manifestam em trabalhadores acidentados e/ou portadores de doenças ocupacionais de natureza diversa. A depressão é um quadro que aparece com certa regularidade, associada à culpa e à vivência das mudanças que cercam o trabalhador acometido: mudanças corporais que acarretam alterações na imagem e uma re-organização do esquema corporal; mudanças no cotidiano de vida advindas da hospitalização, da imobilidade, do isolamento, da perda de funções cognitivas (memória por exemplo em casos de intoxicação por metais pesados); mudanças na dinâmica familiar, com intensificação de conflitos, de problemas emocionais de outros membros e de luto no caso de acidentes fatais (mudanças especialmente presentes quando se trata de trabalhadores homens visto a representação, no imaginário social, do espaço doméstico como um espaço estranho ao masculino). Teixeira e colaboradores²¹ transcrevem alguns depoimentos de trabalhadores acidentados que expressam as mudanças que lhe são impostas.

“Uma parte da vida foi embora junto com os meus dedos, tornei-me um homem nervoso e angustiado, deixei de fazer barba, me senti inútil, perdi a alegria e continuo fazendo tratamento de depressão causada pelo acidente. Ainda não consigo me ver sem dedos”.

“Foi muito duro perder o dedo, até hoje, mesmo acostumado, tenho a sensação do dedo amputado e quando vou pegar qualquer ferramenta, penso que o dedo está para auxiliar”.

“Ainda hoje fico meio deprimido quando penso que eu era normal, saudável, e agora serei sempre dessa forma”.

“O acidente levou a minha perna e trouxe uma série de problemas no meu dia-a-dia. Em 2 anos envelheci como se tivesse vivido 20 anos. A prótese fornecida estava com defeito, provocando inchaço, não con-

seguindo andar por causa dela”.

O último depoimento se refere a mazelas e rotinas médica e previdenciária com exames, tratamentos, perícias, que impõem intenso sofrimento. Sofrimento agravado quando se tratam das chamadas “doenças invisíveis”, aquelas que não aparecem no corpo ou em exames objetivos, sujeitas de serem consideradas como simulação. São situações comuns entre portadores de LER/DORT e de sofrimento mental.

Também da aposentadoria por invalidez em conseqüência de acidente e/ou doença relacionada ao trabalho podem advir implicações psíquicas pois representa um impacto em um traço identitário de grande significação: o ser trabalhador, associado com outros atributos de valor como honestidade, bondade, responsabilidade, maturidade. No contexto contemporâneo, a identidade psicológica tem no traço identitário trabalhador um dos seus mais fortes esteios²² pelo valor simbólico atribuído ao trabalho, tanto que ao se tentar dizer quem é, se diz o que se faz e se o não o disser será perguntado em qualquer apresentação formal ou informal. Não conseguir realizar uma exigência da norma identificatória estabelece um conflito subjetivo que pode levar ao sofrimento psíquico, julgando seu desempenho como fora do normal, abaixo do normal ou anormal.

A identificação das implicações psíquicas associadas a acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho aponta para a contribuição do campo ‘psi’ na implantação de medidas de prevenção e de intervenção. Medidas de prevenção voltadas à sensibilização e à conscientização dos atores envolvidos, a proposição de mudanças objetivas e nas estratégias de defesa coletivas sempre que essas se constituírem em fatores de risco, o que não significa necessariamente desestruturá-las quando necessárias para a continuidade no trabalho e adaptação às pressões que podem levar ao desequilíbrio psíquico.

Experiências de acompanhamento psicológico individual ou grupal e de acompanhamento psicológico familiar têm registrado resultados satisfatórios. Principalmente em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador funcionam grupos de acompanhamentos com portadores de LER/DORT, com trabalhadores que sofrem de zumbidos nos ouvidos (situação que gera risco de suicídio pelo intenso sofrimento decorrente), trabalhadores que sofrem amputações, entre outros. Constatam-se dificuldades para implementação de programas de prevenção e intervenção em saúde mental, também, porque no imaginário social, a doença psíquica, sua administração e tratamento são entendidos

como de responsabilidade individual do trabalhador.

O acompanhamento psicológico tem também se mostrado recomendável quando do retorno ao trabalho. Os índices de afastamento do trabalho por acidente ou doença mostram um número elevado de reincidências, principalmente nos casos em que o trabalhador retorna para o mesmo contexto de trabalho. Nesses casos precisa lidar com o medo, com a ansiedade e, com freqüência, com a hostilidade dos companheiros que lhes culpam pela ocorrência e/ou lhe imputam atributos desvalorativos como os associados à preguiça e simulação. Expressões como LERdo, LERdeza, tenopreguicite não são estranhas aos cotidianos laborais com casos de LER/DORT.

Uma outra contribuição importante se refere à determinação do nexos causal entre o trabalho e o acidente e/ou doença (tema também desenvolvido em mesa anterior por Maria Elizabeth Lima). A determinação deste nexos quando se tratam de transtornos mentais e de comportamento é dificultada pois muitas das teorias psicológicas não reconhecem a categoria trabalho na etiologia da doença mental. A hegemonia do pensamento psicanalítico no campo 'psi' é uma das justificativas para a pouca importância conferida aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental que, embora presentes na obra freudiana²³, foram relegadas a um segundo plano no campo conceitual da Psicanálise.

Também, no caso dos transtornos mentais e do comportamento não é simples estabelecer o nexos causal com o trabalho visto a complexidade dos quadros clínicos, sua etiologia multicausal e a dificuldade em identificar distúrbios latentes prévios. Daí a pouca probabilidade de incluí-los nas regras de caracterização previstas pela Previdência Social, a não ser em casos de agentes externos específicos como os agentes neurotóxicos. É o caso, por exemplo, dos agrotóxicos, um dos principais agentes responsáveis pelos altos índices de depressão encontrados na população rural.

A Medida Provisória n. 318, editada pelo governo federal em 11 de agosto de 2006, introduz o nexos técnico-epidemiológico que obriga o registro automático como doença ocupacional de determinada patologia em função de sua alta incidência em uma determinada ocupação e/ou em determinado ambiente de trabalho. Além de mudanças objetivas que tal MP impõe, registre-se seu valor simbólico contrário à tendência de individualização e culpabilização do trabalhador, o que, provavelmente, vai representar uma diminuição das implicações psíquicas derivadas da culpa. Tal medida representa um avanço no campo da Saúde do Trabalhador embora ainda persista, em muitos casos, a

necessidade de determinar o nexu causal.

A dificuldade em determinar este nexu é tão surpreendente que se transforma em notícia de jornal como é o caso de um trabalhador gaúcho que ficou mudo após ser humilhado pela chefia (Zero Hora, 18/03/94). Depois que recuperou a fala, descreve o incidente:

“Eu consegui emprego logo que mudei de Alpestre (443 km de Porto Alegre). O meu chefe me disse que se eu trabalhasse direitinho receberia aumento. Passado 9 meses resolvi pedir o aumento. Ele me chamou de burro, mandou eu pastar capim na beira dos valos, disse que eu nunca ia progredir na vida e nem arranjaria outro emprego. Eu quis chorar, um nó foi crescendo na minha garganta e eu fiquei engasgado”.

Seu estado foi classificado como “sofrimento mental desencadeado no local de trabalho”.

Embora a ênfase aqui apresentada tenha recaído no assinalamento dos vínculos entre trabalho e sofrimento psíquico, não se pode deixar de mencionar a positividade do trabalho enquanto promotor de saúde. Promotor de saúde porque, em nossa sociedade, o trabalho se reveste de valor cultural e simbólico, mediador de integração e inserção social. Ocupa um lugar fundamental no âmbito afetivo e relacional, no âmbito cognitivo ao permitir a expressão e utilização de habilidades psíquicas e no âmbito subjetivo como constitutivo de modos de ser e de viver.

O tema proposto para esta palestra remete a implicações psicológicas de acidentes e doenças ocupacionais, implicações estas que devem ser entendidas não só como processos paralelos ou conseqüentes, mas também como constitutivas do processo saúde/doença. Ou seja: o trabalho pode ser promotor de saúde, ou de sofrimento, ou de doença mental, dependendo dos modos como se organiza nos diferentes contextos laborais.

As recomendações no campo da Saúde do Trabalhador, de uma forma geral e também no caso da saúde/doença mental, são negociações permanentes envolvendo trabalhadores, empresas e seus órgãos representativos. E ainda, a presença do Estado através dos poderes executivo, legislativo e judiciário para garantir a integridade física e psíquica dos trabalhadores e o comprometimento da sociedade como um todo neste processo para que possamos extinguir do cenário brasileiro trabalhadores que morreram *“na contramão atrapalhando o tráfego, na contramão atrapalhando o sábado”.*

Notas de Rodapé

³ Construção, de Chico Buarque.

⁴ Dados apresentados pelo jornal Zero Hora em 12/11/2005 e 04/10/2002.

⁵ DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**; estudo de psicopatologia do trabalho. 3.ed., São Paulo: Cortez-Oboré, 1988, p.21.

⁶ MARX, K.; ENGELS, F. **O capital**. 13.ed., São Paulo: Bertrand Brasil, 1989.

⁷ FORD, H. **Minha vida e minha obra**. Rio de Janeiro: Brand, s/d.

⁸ RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. 3.ed., São Paulo: Fundacentro, 2000.

⁹ LE GUILLANT, L. *et al.* A neurose das telefonistas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 12, n.47, p. 7-11, jul./ag./set. 1984.

¹⁰ SATO, L. Subjetividade, saúde mental e trabalho. *In*: RUIZ, R. (org). **Um mundo sem LER é possível**. Montividéo: Rel-Uita, 2003, p. 62-76.

¹¹ *Op.cit.*

¹² DEJOURS, *op. cit.*

¹³ *Op. cit.*

¹⁴ LIMA, M.E.; ARAÚJO, J.N.; LIMA, F.P. **LER**; dimensões ergonômicas e psicossociais. Belo Horizonte: Saúde, 1998.

¹⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**; manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001.

¹⁶ Reestruturação produtiva é um processo de mudanças nas empresas, principalmente na organização do trabalho, através da introdução de inovações tecnológicas, organizacionais e de gestão (PIMENTA, S.M. **Recursos humanos: uma dimensão estratégica**. B.H.:UFMG/FACE/CEPEAD, 1999).

¹⁷ LIMA, M.E. Violência e reestruturação bancária: o caso do Banco do Brasil. **Saúde mental e trabalho**, ano 1, n. 1, p. 28-42, ag. 2000.

¹⁸ JACQUES, M.G. "Doença dos nervos": uma expressão da relação saúde/doença mental e trabalho. *In*: JACQUES, M.G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 98-111.

¹⁹ CHANLAT, J. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. *In*: DAVEL, E.; VAS-CONCELOS, J. (orgs.) **"Recursos" humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 208-229.

²⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, *op. cit.*

²¹ TEIXEIRA, A; CAMARGO, D.; MONTEIRO, J.; SANTOS, D.; RAMOS, D. Acidentes

de trabalho: repercussões na saúde mental. *In*: GUIMARÃES, L.; GRUBITS, S. (org.) **Série Saúde Mental e Trabalho. Volume III.** São Paulo: Casa do Psicólogo/Universidade Católica Dom Bosco, 2004, p. 191-216.

²² COSTA, J. **Psicanálise e contexto cultural.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

²³ FREUD, S. Análisis terminable e interminable. *In*: **Obras completas.** Madrid: Biblioteca Nueva, 1967, v. 3.