

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO DE ORIGEM PROFISSIONAL

Autor: Dr. Paulo Roberto Silveira

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde estima a ocorrência de índices de 30% de Transtornos Mentais menores e de 5 a 10% de transtornos Mentais graves na população trabalhadora ocupada. Estudos de prevalência de Transtornos Mentais menores em grupos de trabalhadores empregados no Brasil têm encontrado prevalência semelhantes a essas: metalúrgicos/São Paulo(%) trabalhadores da Saúde/ São Paulo (20,8%); bancários/Rio de Janeiro (25-26%); condutores de trem de metropolitano/Rio de Janeiro (27,5%). Estudos sobre afastamento do trabalho por doença apontam os Transtornos Mentais a primeira causa de incapacidade para o trabalho em relação ao tempo de afastamento.

O TRABALHO NA NOSSA SOCIDADE é mediador de integração social por seu valor econômico (subsistência) e cultura (simbólico), sendo por isso definidor de subjetividade (“ser trabalhador “ é um modo de ser). Podemos, então, definir que os *Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho* são determinados pelos lugares, pelos tempo e pela ação do trabalho na interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. Assim, as ações implicadas no ato de trabalhar podem não só atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas como também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Em decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das fontes de garantias de subsistência e de posição social a falta de trabalho gera sofrimento psíquico pois ameaça a manutenção material da vida do trabalhador e da sua família ao mesmo tempo que abala o valor subjetivo que a pessoa se atribui, gerando sentimento de menos valia angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos.

O trabalho ocupa também um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Por isso o trabalho satisfatório determina prazer, alegria e saúde. O trabalho desprovido de significação, o trabalho não reconhecido ou fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica determinam sofrimento psíquico Um fracasso, um acidente de trabalho, um mudança de posição (ascensão ou queda) na hierarquia numa carreira profissional determinam quadros psicopatológicos diversos indo desde os chamados Transtornos de Ajustamento ou Reações ao Estresse até depressões graves e incapacitantes.

O trabalho ocupa grande parte do tempo em que os trabalhadores estão acordados, Jornadas de trabalho longos, com poucas pausas destinadas a descanso e/ou refeições de curta duração e em lugares desconfortáveis. turnos de trabalho noturnos, alternados ou turnos iniciando

muito cedo pela manhã. ritmos intensos ou monótonos controle do tempo de trabalho em função das máquinas ou sob pressão de supervisores ou chefias (o trabalhador não controla o tempo do seu trabalho) geram quadros ansiosos, de fadiga crônica e distúrbios do sono.

Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho podem gerar tensão e outros sinais de ansiedade, culminando em quadros caracterizados como esgotamento profissional ou *burnout*.

As intoxicações ocupacionais especialmente por mentais pesados e solventes devido à ação tóxica direta desses agentes sobre o sistema nervoso determinam distúrbios mentais com comprometimento do comportamento (irritabilidade, nervosismo, inquietação), da memória e da cognição, inicialmente pouco específicos e por fim, com evolução crônica, muitas vezes irreversível e incapacitante.

Os acidentes de trabalho podem ter conseqüências mentais diretas quando, por exemplo, afetam diretamente o sistema nervoso central como nos traumatismos crânio-encefálicos com concussão e/ou contusão. Entretanto, a vivência de acidentes de trabalho que envolvem risco de vida ou que ameaçam a integridade física dos trabalhadores determinam por vezes quadros psicopatológicos típicos, caracterizados como síndromes psíquicas pós-traumáticas. Por vezes, temos síndromes relacionados a disfunção ou lesão cerebral sobrepostas a sintomas psíquicos, combinado-se ainda à deterioração da rede social em função de mudanças no panorama econômico do trabalho, agravando os quadros psiquiátricos.

2. Histórico

Os distúrbios mentais nem sempre foram considerados como doenças. Às vezes tidas como manifestações dos deuses, às vezes como possessão demoníaca, a loucura esta antiga contradição humana, só ganhou estatuto de doença, e, como conseqüência, uma disciplina para seu estudo e tratamento - a psiquiatria, no final do século XVIII, com a Revolução Burguesa de 1789, quando ganha corpo como um problema social - Paris, com os seus 660 mil habitantes à época, possuía 20.000 hospitalizados, dos quais 12.000 no Hospital Geral, 3.000 nos Inválidos, 2.500 no Hotel Dieu e o resto em pequenas fundações onde se encontravam fundamentalmente os pobres, os loucos, os vagabundos e alguns doentes. Toda a França tinha 100.000 internados e os hospitais já naquela época com suas características de promiscuidade, disciplina e poder discricionário dos administradores, não poderiam ser considerados lugares de tratamento mas locais de seqüestro e brutalidade, onde aos loucos pobres ainda se acresciam grilhões nos tornozelos e pescoços para prevenir desordens.

E é nessa situação humana deplorável que os novos dispositivos jurídicos institucionais, calcados na nova ordem de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, abolem as "Lettres de Cachet", que era suporte legal de seqüestro de loucos e vagabundos nos antigos hospitais, para logo a seguir, instituir a Nova Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão que estabelece a assistência pública como um dívida sagrada, cabendo a lei

determinar sua natureza e aplicação. O fato curioso é que o "Relatório de Delecloy" sobre a organização da assistência pública de 1793, já coloca o princípio da privatização e da municipalização como saída para a administração do caos reinante. Neste mesmo ano da graça de 1793, Pinel é nomeado para a enfermaria Bicêtre, separando loucos e não loucos nas demais casas de correção, colocando-os num mesmo lugar para serem tratados.

Na verdade, pouco se sabia de como lidar com a doença mental e a medicina com suas concepções mecanicistas anatomofisiológicas de então, não tinha nenhum preparo para lidar com tão complexa tarefa. A ambição política da psiquiatria de cuidar da loucura estava sempre acompanhada de uma despreparação dos meios técnicos para tal fim.

Pioneira, a tecnologia pineliana centrava-se em três princípios que, precisos para a higiene social da época sempre deu margem a críticas técnicas e humanistas desde sempre. O primeiro princípio preconizava isolar o louco do mundo exterior, rompendo com este foco permanente de influência incontrolada que é a vida social. O segundo propagava a ordem asilar, com lugares rigorosamente determinados, sem possibilidades de transgressão, e o terceiro, uma relação, de autoridade entre o médico com seus auxiliares e o doente a ser tratado. Estes são os pilares básicos de um idealismo que trata igual e moralmente seus usuários. É preciso portanto para esses enfermos, estabelecimentos públicos e privados submetidos a regras invariáveis de política interior. Estava portanto instituída a escolha manicômio/hospitalar para o tratamento mental.

Apesar dos esforços de cientificização das práticas, a verdade é que muito se matava em nome da nova ciência. Por exemplo, os 12.000 usuários imediatamente identificados e localizados nas enfermarias Bicêtre e Salpêtrière, após um ano de tratamento, 5.000 saíram, 4.500 morreram e os demais 2.500 permaneceram.

Embora o desenvolvimento da Ciência e da técnica tenha caminhado lentamente, dependendo de guerras e conjunturas que melhor as favoreciam ou as dificultavam, o conhecimento trazido por Freud, no final do século XIX, interrogando os sintomas e buscando entender significados inconscientes para determinadas manifestações humanas sem sentido, reconstituindo determinantes históricos, através da repetição e da transferência, produziu uma importante virada na história dos tratamentos. Mais tarde, já durante a Segunda Grande Guerra, a descoberta da psicofarmacoterapia e a difusão tornou a necessidade de longas permanências no asilos uma questão de política e não uma questão técnica. Isto porque diferentes de outras especialidades, não existe tratamento psiquiátrico que tecnicamente não possa acontecer em regime ambulatorial. Mais recentemente, as contribuições das escolas sociogênicas Caplan, Zasz, Bateson etc., e psicológicas como Basaglia, Guatari e outros, minimizam aspectos da constituição individual dos sujeitos valorizando a determinação social das doenças e dos tratamentos.

3. Classificação – CID X

3.1 – Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8).

Manganês (X49.-; Z57.5)

Substâncias asfixiantes: CO, H₂S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)

3.2 – Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)

Brometo de Metila (X46.-, Z57.4 e Z57.5)

Sulfeto de carbono (X49.-, Z57.5)

3.3 -- Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): transtorno cognitivo Leve (F06.7)

Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.5)

Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

Brometo de Metila (X46.-, Z57.4 e Z57.5)

Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.5)

Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.4 e Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-, Z57.5)

Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-, X49.-, Z57.5)

3.4 -- Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)

Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-, Z57.4 e Z57.5)

Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

Brometo de Metila (X46.-, Z57.5)

Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-, Z57.5)

Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

3.5—Transtorno Mentais Orgânico ou Sintomática não especificado (F09)

Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-, Z57.5)

Brometo de Metila (X46.-, Z57.5)

Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.5)

Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-, Z57.4 e Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)

Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

3.6 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho)

Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5)

Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

3.7 – Episódios Depressivos (F32.-)

Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5)

Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5)

Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5)

Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.7)

Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)

Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

3.8 – Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)

Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6)

Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

3.9 – Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)

Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5)

Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5)

Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5)

Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.7)

Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5)

Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)

Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

3.10 – Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)

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)

3.11 – Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)

Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)

Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

3.12 – Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)

Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)

Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

4 - CONCLUSÃO

A declaração Universal dos Direitos Humanos, emitida na Assembléia Geral das Nações Unidas de 10 de dezembro de 1948, proclama, no seu Art. XXV que:

“Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”

Apesar de todos os países componentes da ONU na época terem assinado a referida declaração, sabe-se, hoje, que a mesma continua muito pouco respeitada.

A constituição do Estado do Rio de Janeiro diz no Art. 284:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurar mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem a prevenção de doença física e mentais, e outro agravos, o acesso universal e igualitário às ações de saúde e a soberana liberdade de escolha de serviços, quando esses constituírem ou complementarem o Sistema Único de Saúde (SUS), guardada a regionalização para sua promoção e recuperação”.

A constituição Federal promulgada a 5 de outubro de 1988, no seu Art. 196 diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Define-se serviços de saúde como órgão específicos que tem por função a melhoria dos níveis de saúde, seja nas áreas de sua promoção e prevenção, seja nas de recuperação e reabilitação.

Os serviços de saúde abarcam não somente os estabelecimentos hospitalares propriamente ditos, mas, também todos os serviços de assistência médica, nutricional, odontológico e farmacêutica.

O setor saúde mental do trabalhador possivelmente é o que mais evidencia a crise estrutural e conjuntural que vive o País, expressa em sua população sofrida, envelhecida prematuramente, desdentada, desnutrida e faminta, que busca nas unidades assistências a última e única possibilidade de socorro.

O modelo econômico hegemônico nas últimas décadas, faz com que o setor de saúde mental do trabalhador sofra transformações qualitativas que criem condições de realização máxima de capital. Assim, o aumento da dependência em relação às multinacionais de equipamentos e medicamentos, aliados à uma estratégia de desospitalização crescente da assistência à saúde mental, faz com que o setor público se afaste paulatinamente das suas reais obrigações determinadas pela Constituição Federal e Estadual ao mesmo tempo, que a nível das próprias unidades da rede pública, torna-se mais comum a compra de serviços de limpeza, manutenção, vigilância e alimentação, que tradicionalmente eram realizados pelo setor público, encarecendo ainda mais a assistência prestada e obstaculizando os mecanismos de controle administrativo.

A compra de serviços médicos ao setor privado agrava a crônica desorganização do sistema, acentuando as distorções, com a ruptura

entre as práticas preventivas e curativas. Com o tipo de assalariamento que estabelece, o sistema de saúde mental do trabalhador torna-se mais desigual e irracional, com as ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde desintegradas artificialmente entre as instituições ditas de "Saúde Pública" (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) e a Previdência Social, através do Sistema Único de Saúde. Numa ótica imediatista, atendo-se aos problemas conjunturais da cidade do Rio de Janeiro, verificamos que os indicadores sócio-econômicos, apresentam o mesmo perfil de distribuição de renda observados no resto do país, com 70% da população economicamente ativa ganhando de um a dois salários mínimos.

Agravando essa situação, os fluxos migratórios dos empregos e sem terra, que multiplicaram nas favelas, trazem repercussões graves sobre a estrutura de serviços já deficitária das áreas urbanas.

A necessidade da saúde mental da população, se esbarram em situações que vão desde a inexistência ou ociosidade dos serviços, passando pelos vergonhosos e escandalosos casos de fraudes, trazendo à famigerada indústria da doença.

Em contrapartida foi aprovado no Senado, e sancionado pelo Presidente da República com texto totalmente alterado, o projeto lei do deputado Paulo Delgado (PT – MG), que extingue, progressivamente, os asilos para doentes mentais. O projeto original foi atenuado pelo relator, senador Sebastião Rocha (PDT – AP), atendendo ao lobbie da Federação Brasileira dos Hospitais. Os hospitais psiquiátricos não serão fechados, mas só terão acesso a recursos públicos quando não existir rede social alternativa; enquanto o governo fica obrigado a criar centros de atendimento que não envolvam a internação. Antes de qualquer tratamento, o paciente deverá ser formalmente notificado de seus direitos, que incluem presença médica a qualquer tempo, sigilo nas informações prestadas, serviços de assistência social psicológica, ocupacional e de lazer. O Ministério Público terá que ser comunicado da internação e da alta do paciente, tendo poderes para impedir ambos os procedimentos.

5 – Bibliografia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA(1986). "Preparação do Médico em Geral, reexame e perspectivas". Rio de Janeiro, ABEM. 97p. (Série Documentos da ABEM, nº 11).

BULLOOURGH,B. (1972)."Poverty Ethnic Identity and Preventive Health Care". J. Hilt. Soc. Beachav. 13:347, 359.

CID-10 e seus Derivados. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

CHACEL. J. (1989). "A Higidez da Força de Trabalho e o Desenvolvimento Econômico e Social". InL: Forum Nacional sobre Política de Saúde. Rio de Janeiro, Academia Nacional de medicina p.61-77.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (1998) . "Legislação dos Conselhos de Medicina" Rio de Janeiro, 1988. 36p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8.1986.BRASÍLIA). "Relatório Final". Brasília: Ministério da Saúde - Centro de Documentação.

FASSLER, C. (1978). "Salud y Trabajo, Salud Problema UAMX". 2:3-7.

FOCAULT, M. "História de La Medicalizacion". Ed. Méd. Salud 11:6-4.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. & GREBB, J. A. – Compêndio de Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

MARCONDES, E . (1987). "Educação Médica". I: Forum Nacional de Política de Saúde, Rio de Janeiro, Academia Nacional de Medicina. P. 185-198.

OMS – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organização Mundial da Saúde, trad. Dorival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

ORELLANA, H.S. & SALLATO, A. – Sistema Nervoso (Doenças Neurológicas e Comportamentais Ocupacionais). In: MENDES, R (Ed.) – Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro, Artheneu, 1995. P. 269-286.

REY, L. – Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1999.

SAÚDE MENTAL Debate - EDITORIAL - Abril 1996 - Nº 1 Publicação do Instituto Brasileiro de Psico Neuro Ciência.

SELIGMANN-SILVA, E. – Psicopatologia e Psicodinâmica no Trabalho. In: MENDES, R. (Ed.)- Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro, Artheneu, 1995. P. 287-310.