



ESTUDO DIRIGIDO PSI

CURSO PREPARATÓRIO TRE 2017

PSICOPATOLOGIAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Prof.ª: Camilla M. de Oliveira



PSICOPATOLOGIAS RELACIONADAS AO TRABALHO

O objetivo dessa apostila é abordar o tema “psicopatologias relacionadas ao trabalho” e tratar de conteúdos relevantes dessa temática e que tem sido cobrado em concursos públicos para psicólogos nos últimos anos.

1. Psicopatologia do Trabalho: Campo de Estudos

O campo da psicopatologia do trabalho tem origem nos anos 50, no período do pós guerra, quando o mundo passa por um intenso processo de industrialização e o indivíduo é colocado num processo ininterrupto de adaptação e readaptação aos sistemas produtivos que muitas vezes apresentam condições precárias contribuindo para o aparecimento ou agravamento de diversas patologias.

Alguns pesquisadores começam a articular os adoecimentos de ordem psíquica com o tipo e/ou condições de trabalho aos quais os adoecidos estavam expostos e não somente a fatores orgânicos. No começo dessas pesquisas a principal preocupação era elencar possíveis afecções mentais que poderiam ser desencadeadas pelo trabalho. Paul Sivadon e Louis Le Guillant, com perspectivas diferentes, são os dois maiores expoentes nesse campo e mais tarde Cristophe Dejours.

Paul Sivadon foi quem empregou pela primeira vez o termo **psicopatologia do trabalho** e buscou explicar o surgimento de doenças mentais a partir de fatores orgânicos, sociais e psíquicos. Ele foi um dos primeiros pesquisadores a pensar no papel do trabalho na gênese da doença mental ao constatar o potencial patogênico de certas formas de organização do trabalho. Esse autor estudou o trabalho como fonte de desenvolvimento e realização e também como fonte de pressões e conflitos insuperáveis que favoreciam a ocorrência de adoecimentos de ordem psíquica (Lima, 1998).

Louis Le Guillant defende uma teoria diferente, buscando **compreender principalmente o papel do ambiente no desenvolvimento de afecções mentais. Com base em correntes marxistas**, esse autor entende as transformações sócio históricas como elementos essenciais para compreender a gênese das doenças mentais. Assim, ele desenvolve uma abordagem psicossociológica da doença mental, na qual o trabalho estaria no centro da realidade social (Lima, 1998).

Para estudo do potencial patogênico do trabalho, Le Guillant propõe um método que tenta articular aspectos sociais, condições de trabalho e fatos clínicos, reconhecendo a relação entre certos distúrbios psíquicos e certas situações de trabalho, apesar da grande dificuldade de observar de modo concreto a articulação entre a situação vivida e o adoecimento. É uma abordagem preocupada em **delinear as relações de causalidade e marcada pelo modelo biomédico**.

Nos **anos 70**, em parte como consequência dos eventos de Maio de 68 na França, emerge lentamente um novo campo de estudo da psicopatologia do trabalho. Tendo como principal pesquisador **Cristophe Dejours**, esse novo campo passa a questionar porque algumas pessoas adoecem e outras não mesmo submetidas às mesmas condições degradantes de trabalho. **Nessa perspectiva, o principal objeto de pesquisa não é mais a doença desencadeada pelo trabalho, mas sim o sofrimento produzido na relação entre o trabalhador e o seu trabalho e as defesas desenvolvidas para evitar o adoecimento e permanecer trabalhando dentro de uma suposta normalidade** (Dejours e Abdoucheli, 1994; Lima, 1998).

Além disso, essa nova abordagem da psicopatologia renuncia as explicações causalistas dos adoecimentos, entendendo que **as psicopatologias não estão vinculadas a uma causa única e específica, mas a uma série de elementos interligados**, sendo impossível esquematizar uma relação de causa e efeito única e linear.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), a relação entre sujeito e trabalho produz uma série de conflitos uma vez que o sujeito possui uma história singular que é anterior a sua inserção na organização e que a situação de trabalho apresenta características que independem da vontade do sujeito. Esse encontro tem o potencial de mudar tanto o sujeito quanto o trabalho. Assim, esse novo campo da psicopatologia do trabalho tem por **objetivo examinar de forma dinâmica os processos psíquicos envolvidos na relação do sujeito com a sua realidade de trabalho e como esse contexto afeta a saúde mental dos trabalhadores**.

Em seus estudos, Dejours (2007) sinaliza que todo trabalho é produtor de sofrimento, o qual poder ser amenizado ou transformado, mas nunca eliminado. Ele é vivido, muitas vezes de forma inconsciente, através de experiências dolorosas traduzidas em sentimentos de angústia, medo, impotência e frustração (Ferreira, 2009). O sofrimento não é patológico em si, porém quando não há um espaço favorável para sua elaboração, essa experiência pode ser de caráter redutor e mortificante. **Quando isso acontece, o sujeito pode ser levado ao adoecimento** (Dejours, 2007). **Organizações que não oferecem esse espaço e adotam posturas rígidas e controladoras criam um ambiente fértil para o desenvolvimento de psicopatologias e outras patologias**.

2. Patologias e Trabalho

A partir do entendimento de que **o trabalho ocupa um papel central no processo saúde-doença**, em 2001, o Ministério da Saúde publicou um manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho tendo como base as políticas públicas já existentes no campo da saúde do trabalhador e a Classificação Internacional de doenças em sua décima revisão (CID-10). Esse manual tem o objetivo de orientar os profissionais de saúde no que se refere aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores, além de possibilitar a caracterização das relações da doença com o trabalho ou ocupação, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Nesse documento, a classificação das patologias relacionadas ao trabalho baseia-se na proposta de Schilling que as distingue em três grupos conforme tabela a seguir:

Grupo 1	Trabalho como causa necessária	Quando o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais ¹ e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
Grupo 2	Trabalho como fator contributivo, mas não necessário.	Quando o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário. Doenças comuns mais frequentes ou	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer

¹ Doenças profissionais são as patologias que possuem ligação direta com o tipo de trabalho realizado.



		mais precoces em determinados grupos ocupacionais.	Varizes dos membros inferiores Hipertensão arterial
Grupo 3	Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida.	Quando o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa.	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

Um ponto que merece destaque no estudo das psicopatologias do trabalho é o nexos causal. Para que uma doença ou dano à saúde seja associado a uma situação ou condição de trabalho é fundamental que seja estabelecida uma relação causal entre a doença e o trabalho exercido. Estabelecer esse nexos causal é uma tarefa multidisciplinar, porém a responsabilidade final é do médico. As ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde só podem ser implementadas a partir dessa definição. Em se tratando de patologias de ordem psíquica, estabelecer essa relação de causalidade não é nada fácil.

3. Psicopatologias do Trabalho

O manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde tem um capítulo dedicado apenas aos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São listados os seguintes transtornos de acordo com a portaria/MS n.º 1.339/1999:

- **Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais**
- **Delirium, não-sobreposto à demência, como descrita**
- **Transtorno cognitivo leve (F06.7)**
- **Transtorno orgânico de personalidade**
- **Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado**
- **Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)**
- **Episódios depressivos**
- **Estado de estresse pós-traumático**
- **Neurastenia (inclui síndrome de fadiga)**
- **Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional)**
- **Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos**
- **Sensação de estar acabado (síndrome de burn-out, síndrome do esgotamento profissional)**

A descrição clínica desses transtornos é baseada no Código Internacional das Doenças em sua décima revisão (CID – 10). Nas próximas sessões iremos descrever essas psicopatologias tendo como referência teórica o manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde.



3.1. Demência

A demência é uma síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica, de caráter adquirido, na qual diversas funções cerebrais são afetadas, tais como: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento. Soma-se à essas deficiências cognitivas uma deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação. Segundo Camargo e Neves (2004), há um gradativo declínio das capacidades para execução de tarefas cotidianas como alimentação e higiene pessoal por exemplo.

Esse quadro pode estar ligado a inúmeras doenças que atingem primária ou secundariamente o cérebro, entre elas, epilepsia, alcoolismo, hipotireoidismo adquirido, tripanossomíase, intoxicações, doenças pelo HIV, doença de Huntington, doença de Parkinson, ocorrência de infartos múltiplos, entre outras.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença são variados, não havendo dados disponíveis a respeito da real contribuição do trabalho ou da ocupação. Segundo o manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (2001) a exposição a certas substâncias tóxicas pode levar ao quadro de demência, são elas:

- Substâncias asfíxiantes: monóxido de carbono (CO), sulfeto de hidrogênio (H₂S);
- Sulfeto de carbono;
- Metais pesados (manganês, mercúrio, chumbo e arsênio);
- Derivados organometálicos (chumbo tetraetil e organoestanhos).

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, o diagnóstico de demência relacionada ao trabalho, excluídas outras causas não-ocupacionais, deve ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.2. Delirium, não-sobreposto à demência, como descrita.

Essa síndrome é caracterizada por uma série de distúrbios que diminuem o nível da consciência e que trazem perturbações da cognição caracterizadas por alucinações, alterações da memória, do pensamento (com ou sem delírios) e desorientação espacial e/ou temporal. Também afeta as funções da atenção, do comportamento psicomotor (com hipo ou hiperatividade), da emoção (podendo haver depressão, ansiedade, euforia, etc.) e do ciclo vigília-sono (podendo haver insônia, agitação noturna e/ou sonolência diurna).

Também podem ocorrer sintomas neurológicos como tremor, falta de coordenação motora e incontinência urinária. Geralmente, o delirium tem um início súbito (em horas ou dias), um curso breve e flutuante e uma melhora rápida assim que o fator causador é identificado e corrigido. O delirium pode ocorrer no curso de uma demência, pode evoluir para demência, para recuperação completa ou para a morte. Apresenta distintos níveis de gravidade, de formas leves a muito graves.

Segundo o manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (2001) a exposição a certas substâncias tóxicas ou determinadas situações pode levar ao quadro de delirium, são elas:

- Substâncias asfíxiantes: monóxido de carbono (CO), dissulfeto de hidrogênio (H₂S);
- Sulfeto de carbono;



- Metais pesados (manganês, mercúrio, chumbo e arsênio);
- Derivados organometálicos (chumbo tetraetila e organoestanhosos).
- Trauma crânio-encefálico (TCE)

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, o diagnóstico de delírium relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Deve ser afastada a possibilidade de uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

3.3. Transtorno cognitivo leve

O transtorno cognitivo leve é caracterizado principalmente pelo declínio das funções cognitivas, havendo o comprometimento da memória, da orientação, do aprendizado e da concentração. O sujeito com esse transtorno costuma queixar-se de **fadiga mental intensa** e percebe o **processo de aprender coisas novas como uma tarefa bastante difícil**. Esses sintomas podem manifestar-se de forma associada a diversos quadros de infecções (inclusive por HIV) ou de distúrbios físicos, sem que haja evidências diretas de comprometimento cerebral.

Segundo o manual de procedimentos para serviços de saúde no que diz respeito a doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (2001) a exposição a certas substâncias tóxicas e/ou agentes físicos pode levar ao quadro de transtorno leve cognitivo, são elas:

- Brometo de metila;
- Chumbo e seus compostos tóxicos;
- Manganês e seus compostos tóxicos;
- Mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Sulfeto de carbono;
- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- Tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- Outros solventes orgânicos neurotóxicos;
- Níveis elevados de ruído.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de transtorno cognitivo leve relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.4. Transtorno orgânico de personalidade

O transtorno orgânico de personalidade é entendido como uma alteração da personalidade e do comportamento que perturba principalmente a expressão das emoções, necessidades e impulsos podendo afetar também as funções cognitivas. Segundo Camargo e Neves (2004) as principais características desse transtorno são: dificuldade de persistir em atividades, instabilidade emocional, alegria superficial, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, atitudes antissociais, ideação paranoide, mudanças no comportamento sexual.



Quadros de transtorno orgânico de personalidade têm sido encontrados entre os efeitos da exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- Brometo de metila;
- Chumbo e seus compostos tóxicos;
- Manganês e seus compostos tóxicos;
- Mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Sulfeto de carbono;
- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- Tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- Outros solventes orgânicos neurotóxicos;

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de transtorno orgânico de personalidade, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.5. Transtorno mental orgânico ou sintomático não-especificado

Corresponde a um grupo de transtornos mentais que têm em comum uma **doença cerebral de etiologia demonstrável, uma lesão cerebral ou outro dano que leva a uma disfunção que pode ser primária, isto é que afeta diretamente o cérebro ou secundária, que afeta múltiplos órgãos, sendo o cérebro um deles.** Fazem parte desse grupo a demência na doença de Alzheimer, a demência vascular, a síndrome amnésica orgânica (não-induzida por álcool ou psicotrópicos) e vários outros transtornos orgânicos (alucinose, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a síndrome pós-encefalite e pós-traumática, incluindo, também, a psicose orgânica e a psicose sintomática

Quadros de transtorno orgânico de personalidade têm sido encontrados entre os efeitos da exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- Brometo de metila;
- Chumbo e seus compostos tóxicos;
- Manganês e seus compostos tóxicos;
- Mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Sulfeto de carbono;
- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- Tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- Outros solventes orgânicos neurotóxicos;

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de transtorno orgânico de personalidade, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.6. Alcoolismo crônico relacionado ao trabalho

Camargo e Neves (2004) apontam que **a síndrome da dependência caracteriza-se pelo desejo mandatório e irresistível de consumir drogas psicoativas, nesse caso a bebida**



alcoólica. O quadro de alcoolismo está associado a um modo crônico e continuado de consumo de bebidas alcoólicas, com descontrole contínuo ou periódico da ingestão ou padrão de consumo de álcool com episódios frequentes de intoxicação, apesar das consequências adversas desse comportamento para a vida e a saúde do sujeito. São características dessa síndrome distorções do pensamento, como a negação, isto é, o bebedor alcoólico tende a não reconhecer que faz uso abusivo do álcool.

O desenvolvimento do alcoolismo crônico é influenciado por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, sendo o trabalho considerado como um dos fatores psicossociais de risco. Situações de consumo excessivo de álcool podem ser encontradas como uma forma que o sujeito encontra para lidar com a organização do trabalho, por exemplo, o consumo coletivo de bebidas alcoólicas no trabalho pode estar relacionado à prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. Entretanto, essas situações não são suficientes para caracterizar o uso patológico de bebidas alcoólicas.

Determinadas ocupações têm revelado maior incidência desses casos, tais como:

- Ocupações com menor prestígio social ou que causam certa rejeição como as que envolvem contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães;
- Ocupações que envolvem tensão permanente devido a perigos externos como transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil.
- Ocupações de grande densidade de atividade mental como repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais.
- Ocupações que envolvem trabalho monótono e tedioso
- Ocupações que implicam no isolamento do convívio humano como vigias.
- Ocupações que demandam afastamento prolongado do lar como em plataformas marítimas e zonas de mineração.

Portanto, havendo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência de alcoolismo crônico em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling. O trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados à etiologia multicausal do alcoolismo crônico. Trata-se, portanto, de umnexo epidemiológico, de natureza probabilística, principalmente quando as informações sobre as condições de trabalho forem consistentes com as evidências epidemiológicas disponíveis. Em casos particulares de trabalhadores previamente alcoolistas, circunstâncias como as acima descritas pela CID-10 poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling

3.7. Episódios depressivos

Os episódios depressivos são caracterizados pela perda da vontade, perda do interesse, humor triste, dificuldade de sentir prazer em quaisquer atividades e fadiga aumentada. Sintomas de ansiedade também são muito frequentes. Pode haver dificuldade de concentração, baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideação ou atos suicidas. O sono também é afetado seja por episódios de insônia ou sonolência excessiva. Há também alterações do apetite, geralmente com perda de



peso sensível. Pode haver lentificação do pensamento. Os episódios depressivos são classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos.

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. Situações como decepções sucessivas, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho, excesso de competição, constante ameaça de perda do emprego ou cargo podem determinar depressões mais ou menos graves.

Além desses fatores relacionados à organização do trabalho e seus modos de gestão, episódios depressivos também têm sido encontrados entre os efeitos da exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- Brometo de metila;
- Chumbo e seus compostos tóxicos;
- Manganês e seus compostos tóxicos;
- Mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Sulfeto de carbono;
- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- Tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- Outros solventes orgânicos neurotóxicos;

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, o diagnóstico de episódios depressivos, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

A sintomatologia depressiva nestes casos geralmente não constitui o quadro primário, estando geralmente associada aos transtornos mentais orgânicos induzidos por essas substâncias, como a demência, o delírium, o transtorno cognitivo leve, o transtorno orgânico de personalidade, o transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado, conforme descritos nos itens específicos. Assim, sempre que ficar caracterizada uma síndrome depressiva e houver história ocupacional de exposição a substâncias tóxicas, deve-se investigar a coexistência de um transtorno mental orgânico, ou seja, indicativo de disfunção ou lesão cerebral.

3.8. Estado de estresse pós-traumático

O estado de estresse pós-traumático caracteriza-se como uma resposta tardia a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. São exemplos: os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, testemunho de morte violenta ou ser vítima de tortura, estupro, terrorismo ou qualquer outro crime.

Em situações de estresse pós-traumático observam-se episódios de repetidas revivências do trauma sob a forma de memórias intrusas. Há uma sensação constante de entorpecimento ou embotamento emocional, diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca, rejeição a atividades e situações que lembram o episódio traumático. Podem ocorrer também sintomas ansiosos e depressivos, bem como ideação suicida. Podem ocorrer episódios dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressividade, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e/ou revivescência súbita do trauma ou da reação original a ele.



O início do quadro segue-se ao trauma, com um período de latência que pode variar de poucas semanas a meses (raramente excede a 6 meses). O curso é flutuante, mas a recuperação pode ser esperada na maioria dos casos. Em uma pequena proporção dos casos, a condição pode evoluir cronicamente por muitos anos, transformando-se em uma alteração permanente da personalidade.

Não estão disponíveis dados epidemiológicos referentes às ocupações e profissões que representam risco para eventos suficientemente ameaçadores para desencadear o transtorno, porém o risco para manifestação do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho parece estar associado a trabalhos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, o trabalho dos bombeiros, etc.

Em trabalhadores que sofreram situações assim, em circunstâncias de trabalho, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.9. Neurastenia (Inclui Síndrome de Fadiga)

A neurastenia (neuro: cérebro / astenia: fraqueza) tem como característica principal a constante astenia física e mental caracterizada por uma fadiga constante, acumulada ao longo de meses ou anos em situações de trabalho em que não há possibilidade de descanso satisfatório. O sujeito já acorda com sensação de cansaço físico e mental.

A qualidade do sono também é afetada, havendo dificuldade de aprofundar o sono, despertares frequentes durante a noite, dificuldade para adormecer. O sujeito tem dificuldade de se desligar, pode haver sintomas de irritabilidade ou falta de paciência, desânimo, dores de cabeça, dores musculares (geralmente nos músculos mais utilizados no trabalho), perda do apetite e mal-estar. Trata-se, em geral, de um quadro crônico.

Neves e Camargo (2004) colocam que o CID-10 divide a neurastenia em dois grupos. O primeiro diz respeito a uma sensação de fadiga aumentada após esforço mental acompanhada de dificuldade de concentração e diminuição do desempenho ocupacional e em tarefas diárias. O segundo grupo caracteriza-se principalmente pela sensação de fraqueza e exaustão corporal após esforços mínimos com dores musculares e dificuldade para relaxar.

Os fatores de risco de natureza ocupacional que influenciam a manifestação da fadiga patológica são: ritmos de trabalho acelerados, sem pausas ou com pausas sem as devidas condições para repousar e relaxar; jornadas de trabalho prolongadas (excesso de horas extras, tempo de transporte de casa para o trabalho e do trabalho para casa muito longo, dupla jornada de trabalho para complementar a renda familiar) e jornada de trabalho em turnos alternados. A interação desses fatores e outros elementos patogênicos ao longo de meses ou anos parecem desencadear o quadro da fadiga patológica.

Além desses fatores relacionados à organização do trabalho e seus modos de gestão, essas manifestações também têm sido associadas à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas, entre elas:

- Brometo de metila;
- Chumbo e seus compostos tóxicos;
- Manganês e seus compostos tóxicos;
- Mercúrio e seus compostos tóxicos;
- Sulfeto de carbono;



- Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- Tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- Outros solventes orgânicos neurotóxicos;

Em trabalhadores expostos às situações de trabalho descritas acima, o diagnóstico da síndrome de fadiga pode ser incluído no Grupo I da Classificação de Schilling, ou seja, o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

3.10. Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui Neurose Profissional)

Esse grupo inclui transtornos mistos de comportamento, crenças e emoções com uma associação estreita com determinada cultura. Segundo a CID-10, a neurose ocupacional, está incluída neste grupo. Essa categoria pode ser definida como uma afecção cujos sintomas representam de forma simbólica um conflito psíquico oriundo de uma determinada situação organizacional ou profissional.

A neurose profissional apresenta três formas clínicas:

- **NEUROSE PROFISSIONAL ATUAL:** neurose traumática, reativa a um trauma atual;
- **PSICONEUROSE PROFISSIONAL:** quando uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente;
- **NEUROSE DE EXCELÊNCIA:** desenvolvida a partir de certas situações organizacionais que conduzem a processos de estafa (burn-out) pessoas que investem intensamente seus esforços e ideais em determinada atividade.

Os sintomas apresentados são, muitas vezes, inespecíficos: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva), etc. Muitas vezes, é a inibição para o trabalho que surge como primeiro sintoma indicando a presença de uma neurose profissional: a pessoa que antes trabalhava bem disposta e com dedicação não consegue mais trabalhar, sente-se cansada, mas não consegue explicar os motivos exato.

O desenvolvimento da neurose profissional ocorre quando os aspectos subjetivos e características pessoais do sujeito somados às condições organizacionais do trabalho determinam sofrimento psíquico. Assim, a organização do trabalho desempenha papel crucial no desenvolvimento desses padrões de comportamento, ao incentivar e explorar essas características pessoais no sentido do adoecimento.

Segundo a CID-10 (seção Z55- e Z65), os quadros que estão dentro do grupo da neurose profissional, estão vinculados a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, entre elas:

- Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego
- Mudança de emprego
- Ameaça de perda de emprego
- Ritmo de trabalho penoso
- Má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho)
- Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho

Assim, havendo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência desses transtornos, em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling, em que o trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados com a etiologia multicausal da doença. Em alguns casos, as circunstâncias em que o trabalho é



realizado poderiam desencadear ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling

3.11. Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos

O transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos diz respeito à perda de sincronia entre o ciclo vigília sono do indivíduo e o ciclo vigília sono socialmente estabelecido, o que desencadeia episódios de insônia, interrupção precoce do sono ou sonolência excessiva. O transtorno do ciclo vigília-sono relacionado ao trabalho é determinado pela jornada de trabalho à noite em regime fixo ou pela alternância de horários diurnos, vespertinos e/ou noturnos, em regime de revezamento de turnos.

O trabalho em turnos é uma forma de organização do trabalho, na qual equipes de trabalhadores se revezam para garantir a realização de uma mesma atividade num esquema de horários que diferem sensivelmente da jornada de trabalho normal da média da população. Considera-se jornada de trabalho normal diurna a divisão do tempo de trabalho no horário entre 6 e 18 horas, com base na semana de seis dias e nas quarenta e quatro horas semanais. No trabalho em turnos, os trabalhadores exercem suas atividades modificando seus horários de trabalho durante a semana, o mês (turnos alternantes) ou permanecem em horários fixos matutinos, vespertinos ou noturnos. Também são considerados os esquemas de trabalho em turnos e horários irregulares de entrada e saída no trabalho, a cada dia, semana ou mês

Em trabalhadores que exercem suas atividades em turnos alternantes e/ou em trabalho noturno, com dificuldades de adaptação, o diagnóstico de transtorno do ciclo vigília-sono relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Em casos particulares de trabalhadores previamente lábeis ou hipersusceptíveis, circunstâncias como as acima descritas pela CID-10 poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling.

3.12. Sensação de estar acabado (síndrome de burn-out ou síndrome do esgotamento profissional)

A sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia.

Parece haver uma perda do sentido do trabalho acompanhada de um desinteresse e sensação profunda de inutilidade. A síndrome de esgotamento profissional é descrita a partir de três elementos centrais:

- **Exaustão emocional** (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo);
- **Despersonalização** (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados);
- **Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho** (sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho).

É importante diferenciar o burn-out de outras formas de resposta ao estresse. A síndrome de burn-out, que é uma resposta ao estresse laboral crônico, envolve atitudes e



condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e para a organização. O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho.

Estudos revelam que essa síndrome afeta principalmente profissionais da área de serviços ou cuidadores, quando em contato direto com os usuários, como os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, professores, entre outros. Ultimamente, têm sido descritos aumentos de prevalência de síndrome de esgotamento profissional em trabalhadores provenientes de ambientes de trabalho que passam por transformações organizacionais, como dispensas temporárias do trabalho diminuição da semana de trabalho, sem reposição de substitutos, e enxugamento (downsizing) na chamada reestruturação produtiva. O risco da síndrome de esgotamento profissional é maior para todos aqueles que vivem a ameaça de mudanças compulsórias na jornada de trabalho e declínio significativo na situação econômica. Todos os fatores de insegurança social e econômica aumentam o risco (incidência) de esgotamento profissional em todos os grupos etários. Em geral, os fatores de risco estão mais fortemente relacionados ao trabalho em si do que com os fatores biográficos ou pessoais. Os fatores predisponentes mais importantes são: papel conflitante, perda de controle ou autonomia e ausência de suporte social.

Havendo evidências epidemiológicas da incidência da síndrome em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling. O trabalho pode ser considerado fator de risco no conjunto de fatores de risco associados com a **etiologia multicausal** desta doença. Trata-se de um nexos epidemiológico, de natureza probabilística, principalmente quando as informações sobre as condições de trabalho, adequadamente investigadas, forem consistentes com as evidências epidemiológicas disponíveis.

4. Sobre a prática e os diagnósticos

Certamente, a listagem e orientações produzidas pelo Ministério da saúde e outros órgãos acerca das psicopatologias relacionadas ao trabalho representam um avanço no reconhecimento da centralidade do trabalho nos processos de saúde e doença. Contudo, ainda existem muitos obstáculos nessa prática. Um deles, é que ainda hoje muitos profissionais responsáveis pela elaboração do diagnóstico não enxergam o trabalho como aspecto relevante no desenvolvimento da doença, por isso desconsideram as condições e organização do trabalho no diagnóstico.

Além disso, os quadros diagnósticos ainda não são suficientes para abarcar todos os casos de sofrimento e adoecimentos relacionados ao trabalho que não se encaixam nas classificações existentes. Trata-se de um problema conceitual que traz consequências à saúde do trabalhador, dificultando ações de tratamento, prevenção e promoção da saúde.

5. Outras psicopatologias

As psicopatologias citadas nas sessões anteriores fazem parte de uma classificação a fim de caracterizar as doenças de ordem psíquica relacionadas ao trabalho e orientar os profissionais dos campos das ciências do trabalho. **Contudo, existem outros quadros de adoecimento que não se inserem nessas classificações, mas nem por isso são secundários ou menos graves.**

A contemporaneidade e seus novos modelos produtivos têm se revelado bastante problemáticos no que diz respeito à saúde mental dos trabalhadores fazendo crescer patologias já existentes, modificando outras e trazendo novas patologias.

As psicopatologias do trabalho, muitas vezes, são decorrentes de relações mal sucedidas entre os sujeitos e seus contextos de trabalho, em que os trabalhadores não encontram espaço para gerenciar o sofrimento produzido nessa relação. **Segundo Dejours (2007) todo trabalho gera sofrimento, a questão não é eliminar esse sofrimento, mas sim gerenciá-lo para que ele possa ser transformado.** Ambientes que oferecem espaços para discutir os processos de trabalho e os sentimentos associados a eles e possibilidades de mudança, são ambientes que favorecem a promoção da saúde. Contudo, **quando a organização do trabalho não oferece esse espaço, os trabalhadores veem-se impossibilitados de gerenciar as adversidades de forma autônoma e criativa, tendo seu sofrimento silenciado ou negado, o que pode levar ao desenvolvimento de adoecimentos e diversas psicopatologias.**

Dejours (2000) sinaliza a **aparição de transtornos cognitivos que estão relacionados com a racionalidade econômica.** Esses transtornos se manifestam em situações de contradições em relação à organização do trabalho e trazem prejuízos para a capacidade de pensar e para a memória. Há uma dificuldade em distinguir o que é bom ou ruim, justo ou injusto, verdadeiro ou falso.

Dejours (2007b) e Ferreira (2009), inspirados por estudos recentes da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho, apontam para o crescimento de certas patologias sociais que se relacionam com o trabalho agrupando-as em grupos específicos de patologias. Ferreira (2009) destaca as patologias da sobrecarga no trabalho, da violência (ou da solidão) e da servidão voluntária. Dejours (2007), por sua vez, fala de quatro categorias: patologias da sobrecarga, patologias pós-traumáticas, patologias do assédio (ou da solidão) e patologias referentes a depressão e suicídios. Apesar de usarem algumas nomenclaturas diferentes as propostas desses dois autores podem ser articuladas e pensadas em conjunto. Como já tratamos do estado de estresse pós-traumático e de episódios depressivos, listaremos a seguir os demais grupos.

5.1. Sobrecarga no Trabalho

Essa patologia social é resultante de uma carga de trabalho que vai além das possibilidades do trabalhador. Os modos de gestão presentes nos atuais contextos de trabalho são marcados pela precarização do emprego e enxugamento de pessoal, além disso, o discurso da excelência e do desempenho determina que o reconhecimento no trabalho somente seja obtido quando os trabalhadores vão além de suas capacidades (Ferreira, 2009).

Dentro desse quadro estão as psicopatologias do burnout, já citada em sessões anteriores e o Karoshi, definido como uma patologia que leva a morte súbita por excesso de trabalho, frequentemente por acidente vascular cerebral e por vezes cardíaco em pessoas com nenhum antecedente cardiovascular. Esse quadro clínico ocorre predominantemente no Japão (Dejours, 2000).

5.2. Servidão Voluntária

A servidão voluntária é resultante de um contexto de trabalho profundamente atravessado pela ideologia da excelência e do desempenho, onde os fins justificam os meios. Esses modos de gestão incrementam o individualismo, a competitividade, o conformismo e enfraquecem a confiança e os coletivos de trabalho (Ferreira, 2009).

Dejours (2007) coloca que os novos modos de organização do trabalho, os quais requerem engajamento dos trabalhadores, estimulam o desenvolvimento da **normopatía**, termo usado por alguns psicopatologistas para caracterizar sujeitos que revelam demasiado conformismo em relação às normas do comportamento social e profissional, uma espécie de sobreadaptação, independente dos prejuízos que eles trazem. É uma psicopatologia caracterizada pela baixa

imaginação, redução da capacidade de pensar por si próprio e da capacidade de criação acompanhadas de ausência de culpa e compaixão. A normopatía pode ser desenvolvida na relação com o trabalho ou com outros campos da vida do sujeito.

5.3. Violência, patologias do assédio ou patologias da solidão

Ferreira (2009) discute o assédio moral a partir da violência, compreendendo que a violência no trabalho em suas diversas manifestações é um dos maiores desafios para as ciências do trabalho na atualidade. Há uma crescente naturalização da violência a partir do discurso da competência e da excelência. A busca desenfreada por resultados cria um ambiente de tolerância ao próprio sofrimento e ao sofrimento do outro. Em nome, dos resultados, da utilidade e da produtividade, o sofrimento é mascarado.

Apesar de oficialmente condenar a violência no trabalho, as organizações adotam modos de gestão que podem levar a degradação das relações de trabalho acompanhadas de situações de desrespeito, desqualificações e violência psicológica. Dessa maneira as organizações, embora incitem situações de desrespeito e violência, ficam isentas de responsabilidade jurídica, uma vez que oficialmente condenam essas situações, e a responsabilidade recai sobre quem comete e/ou sofre a violência (Ferreira, 2009).

Segundo Ferreira (2009, p.55), a violência no trabalho se manifesta das seguintes formas:

“agressão física, interferência nos trabalhos, ameaça, intimidação, **assédio moral** (incluindo sexual ou racial), mensagem agressiva, ofensa, comportamento hostil, isolamento, perseguição por grupos (*bullying*), estupro, extorsão, postura agressiva, gesto rude, provocação (*mobbing*), xingamento, entre outros.”

5.3.1. Assédio Moral

Para Ferreira (2009), o assédio moral é uma patologia da solidão e representa uma forma de violência com alto risco psicossocial. Situações de assédio podem desencadear adoecimentos e outras situações de sofrimento.

Embora o fenômeno do assédio não seja algo novo, os estudos acerca desse tema são recentes. As primeiras pesquisas sobre essa temática foram realizadas pelo sueco Heinz Leymann que utilizou o termo *mobbing*. Nos Estados Unidos foram usados os termos *bullying* e *harassment* e na Espanha *psicoterror* ou *acoso moral*. Esses termos só foram empregados depois da segunda metade do século XX. No Brasil a expressão assédio moral surge em 1999 no âmbito do direito administrativo, quando é criado o Projeto de Lei sobre Assédio Moral da Câmara de São Paulo inspirado na pesquisa de Hirigoyen.

Hirigoyen (2006, p.17) define o assédio moral como: “qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”. Os objetivos do assédio de modo geral são desestabilizar e prejudicar a vítima em sua vida pessoal e profissional com o intuito de demonstrar poder e fortalecer a própria autoestima e autopreservação.

O assédio moral pode acontecer em quaisquer relações de trabalho, sendo mais comum em situações de assimetria de poder entre assediador e assediado, principalmente estando o assediador num nível hierárquico superior. **Ao testemunhar o assédio, os demais trabalhadores tendem a não se manifestar** e costumam agir como se fosse algo natural, muitas vezes, por medo de ter que enfrentar a mesma situação. Dessa forma as vítimas costumam se isolar e engolir seu sofrimento em silêncio.

Vemos uma forte tendência das organizações em atribuir o assédio moral a questões



individuais, com a ideia de que existem perfis de personalidade naturalmente assediadoras. Entretanto, **todo assédio tem origem na organização do trabalho**, sendo influenciado pelo contexto laboral e estrutura organizacional. Revela-se como uma grave disfunção da organização do trabalho e muitas vezes faz parte da estratégia organizacional (Ferreira, 2009).

QUESTÕES

1) Banca: Consulplan

Prova: MAPA, 2014 – Psicólogo.

Em relação ao desenvolvimento humano e à interação social do ponto de vista psicológico, “a pressão subjetiva exercida pelo atual sistema de trabalho origina efeito danoso à saúde do trabalhador, designando algum tipo de sofrimento físico ou psíquico, agravando o desgaste provocado pelo trabalho.” (Bock, 2008.) Relacione as síndromes, lesões e distúrbios desenvolvidos no ambiente de trabalho às respectivas definições.

1. Lesão da Ler.
2. Distúrbio Dort.
3. Síndrome Burnout.

() Causado(a) por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.
() Geralmente, causado(a) pelo esforço repetitivo.
() Refere-se ao esgotamento nervoso, em geral produzido(a) pelo stress, que leva a depressão, apatia e dificuldade de se manter na situação de trabalho. A sequência está correta em

- a) 3, 2, 1.
- b) 2, 1, 3.
- c) 2, 3, 1.
- d) 1, 2, 3.

2) Banca: Consulplan

Prova: TRF/2 região, 2017 – Analista Judiciário (Psicologia).

Segundo Hirigoyen (2002, p. 17), o “assédio moral no trabalho é definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”. Sobre o assunto, é INCORRETO afirmar que:

- a) Somente na última década do século XX foram usados os termos *bullying* (Adams, 1992) e *mobbing* (Leymann, 1990) para descrever o fenômeno da agressão de forma repetitiva no local de trabalho.
- b) Trata-se, portanto, da exposição do trabalhador a situações de constrangimento e humilhações, feitas de maneira repetitiva e prolongada durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções.



- c) Freitas (2001) registra que o assédio moral está ligado ao esforço repetitivo de desqualificação de uma pessoa por outra. As agressões cotidianas levam a um processo inconsciente de destruição psicológica constituído de procedimentos hostis, evidentes ou escondidos, de um ou vários indivíduos sobre o outro, na forma de palavras insignificantes, alusões, sugestões e não ditos, que podem desestabilizar alguém ou mesmo destruí-lo, sem que os que o cercam intervenham.
- d) As diferentes formas de poder são possíveis fontes para um desequilíbrio das relações de poder, mas o assédio moral no trabalho é limitado à agressão vertical de supervisores sobre subordinados. O desequilíbrio nas relações de poder não pode ser consequência de outras características individuais, situacionais ou sociais, ou seja, as diferenças nas relações de poder requeridas para o assédio moral no trabalho também podem ocorrer entre pares e, em alguns casos, alguns subordinados, especialmente agindo dentro de um grupo, podem assediar um supervisor (*Cleveland; Kerst, 1993*).

3) Banca: Consulplan

Prova: Prefeitura de Cantagalo, 2014 – Psicólogo.

Sobre o controle da subjetividade nas relações de trabalho e o adoecimento do trabalhador, novos tipos de desgaste são produzidos, inclusive o esgotamento nervoso, em geral produzido pelo stress, que leva a depressão, apatia, dificuldade de se manter na situação de trabalho. Em geral, o trabalhador não identifica o que está acontecendo com ele, e há uma tendência a atribuir o problema, erroneamente, às suas características de personalidade.”

A afirmativa anterior refere-se ao desgaste produzido, atualmente, nas relações de trabalho denominado:

- a) Assédio moral.
- b) Assédio sexual.
- c) Síndrome de Burnout.
- d) Lesão por Esforço Repetitivo (LER).
- e) Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort).

4) Banca: Cespe

Prova: TJ AC, 2012 – Analista Judiciário (Psicologia).

Acerca de saúde do trabalhador, julgue os itens subsequentes.

A impossibilidade, decorrente da organização do trabalho, de nomeação pelos trabalhadores de seu sofrimento propicia o desenvolvimento de patologias associadas ao trabalho.

- a) Certo
- b) Errado

5) Banca: Cespe**Prova: EBC, 2011 – Analista (Psicologia).**

No que concerne a psicodinâmica do trabalho, julgue os itens a seguir.

Em alguns casos, pode-se entender a depressão, o alcoolismo e até o suicídio como patologias sociais ligadas ao contexto do trabalho.

a) Certo

b) Errado

6) Banca: Cespe**Prova: Polícia Federal, 2014 – Psicólogo.**

As abordagens da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho, em relação à saúde mental do trabalhador encontram-se inseridas em uma organização do trabalho muitas vezes marcada pela relação dominação/resistência, resultante da lógica produtivista. A respeito desse assunto, julgue os itens a seguir.

A normopatía e as compulsões são patologias sociais provocadas pelos modos de organização dos trabalhos perversos e podem produzir sintomas como a violência moral.

a) Certo

b) Errado

7) Banca: Cespe**Prova: TRT - 17ª Região (ES) – Analista Judiciário (Psicologia)**

Em uma cultura organizacional marcada pela inexistência de espaço para a redefinição das regras e normas de conduta dos indivíduos, são reduzidas as oportunidades para a discussão das condições, da organização e das relações de trabalho, que, quando precárias, rígidas e insatisfatórias, podem causar processos de adoecimento na equipe. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

Uma cultura organizacional estabelecida com base em atitudes rígidas e controladoras serve aos interesses da racionalidade econômica e favorece o desenvolvimento de patologias do comportamento nos membros da equipe de trabalho.

a) Certo

b) Errado

**8) Banca: FCC****Prova: TRF - 2ª REGIÃO, 2012 – Analista Judiciário (Psicologia).**

Christophe Dejours ocupa-se de questões relativas à relação entre saúde mental e o trabalho e aponta patologias decorrentes das novas formas de trabalho, dentre elas, as que fazem com que, em situações relativas à organização do trabalho, o adulto não consiga mais distinguir aquilo que é bom do que é ruim, o que é justo do que é injusto, e mesmo aquilo que é verdade daquilo que é falso na própria natureza do trabalho. Tal descrição corresponde aos transtornos de:

- a) Sobrecarga
- b) Contexto
- c) Emoção
- d) Cognição
- e) Percepção

9) Banca: ACEP**Prova: Prefeitura de Quixadá - CE, 2010 – Psicólogo.**

Conforme a nomenclatura oficial aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2001 assinale a alternativa que apresenta os distúrbios previstos na legislação previdenciária brasileira e classificados no grupo de patologias causadas necessariamente, pelo trabalho.

- a) Estresse pós-traumático, neurastenia e demência.
- b) Episódios depressivos, Síndrome de Burnout e transtorno orgânico de personalidade.
- c) Transtorno cognitivo leve, síndrome de esgotamento profissional e transtorno pós-traumático.
- d) Demência, *delirium*, transtorno cognitivo leve, transtorno orgânico de personalidade, transtorno mental orgânico, episódios depressivos e neurastenia.

10) Banca: IF-PA**Prova: IF-PA, 2015 – Professor de psicologia.**

São exemplos de doenças cujo trabalho atua como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida. (Manual das doenças relacionadas ao trabalho, editado pelo Ministério da Saúde, 2001)

- a) Bronquite crônica e Doenças mentais.
- b) Doenças do aparelho locomotor e Varizes dos membros inferiores
- c) Intoxicação por chumbo e Silicose
- d) Doença coronariana e Silicose
- e) Câncer e intoxicação por chumbo

GABARITO**1) B 2) D 3) C 4) A 5) A 6) B 7) A 8) D 9) D 10) A**



REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf
- Camargo, D. A., Neves, S. N. H. (2004). Transtornos mentais, saúde mental e trabalho. In: Guimarães, L. A. M., Grubits, S. (Orgs.) *Série Saúde mental e trabalho* (3) (pp. 23-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dejours, C. (2007). *Banalização da Injustiça Social* (7 Ed). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2007b). A Psicodinâmica do Trabalho na Pós Modernidade. In: Mendes, A.M., Cruz Lima, S.C. & Facas, E. *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. Entrevista com Cristophe Déjours (2000). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, IV, (3), pp.158-163. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v4n3/1415-4714-rlpf-4-3-0158.pdf>
- Dejous, C., Abdoucheli, E. (1994). Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C (Orgs). *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 119-145). São Paulo: Atlas.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mal estar no trabalho: redefinindo o assédio moral* (3 ed). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Ferreira, J.B. (2009). *Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: Violência, Assédio Moral e servidão voluntária no trabalho*. Rio de Janeiro: 7Letras.
- Lima, M. E. A. (1998). A Psicopatologia do trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 10-15. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v18n2/03.pdf>