

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral**

*WORKER'S MENTAL HEALTH: Mental and behavior disorders related to work that can be, in some way, linked to laboral suicide*

Lenir Rodrigues Minghetti<sup>1</sup>

Lilia Aparecida Kanan<sup>2</sup>

Gilson Rocha<sup>3</sup>

Recebido: 31 dez. 2013

Aprovado: 15 set. 2014

**Resumo:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no que diz respeito a óbitos por suicídio, o Brasil ocupa a 10ª posição; é um dos maiores índices registrados de suicídios. A cada dia, no mundo, 1.000 pessoas tentam o suicídio. Em Santa Catarina, entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7.471 suicídios. Desses, 6.077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4.535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva). O suicídio é um problema de saúde pública por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo. É a terceira maior causa de morte entre os adolescentes e contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários. O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiu na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. O suicídio laboral apresenta índices preocupantes em países industrializados. Na França, aproximadamente, 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio laboral no interior de empresas da França. No Japão, entre os anos de 2005 e 2006 aconteceram

---

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade do Planalto Catarinense- UNIPLAC, Lages/SC (2006-2010). Concluinte da Pós - Graduação em Gestão de Recursos Humanos, curso de Especialização da Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL. Tubarão/SC (2011-2012). Cursando Pós - Graduação curso de Especialização em Metodologia de Ensino de Filosofia e Sociologia pela UNIASSELVI- EaD- (2012-2013). Cursando Licenciatura Plena em Sociologia pela UNIASSELVI- EaD- (2012-2014). Residente na Rua Hermínio de Menezes, 1003, Bairro Monte Castelo, Tubarão SC, CEP-88702-430, *e-mail*: lenir.minghettipsi@gmail.com.

<sup>2</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (1983), Mestrado em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de SC (2008) e Pós Doutorado Instituto de Psicologia da Universidade de Lisboa (2012-2013); docente e pesquisadora da Universidade do Planalto Catarinense. Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bairro Universitário Caixa Postal 525 - Lages - Santa Catarina. CEP: 88509900. *E-mail*: lak@uniplac.net.

<sup>3</sup> Licenciado em Química pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983), Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Professor titular e Assistente de Pesquisa do Campus Universitário de Tubarão, da Universidade do Sul de Santa Catarina. Endereço: Avenida José Acácio Moreira, 787 Dehon 88704-900 - Tubarao, SC - Brasil - Caixa-postal: 070. <http://cienciapesquisa.blogspot.com>.

32.552 suicídios, desses 34.427 cometidos por homens, e 6.354, por mulheres. Essa instigante realidade gerou o interesse em desvelar quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho e associados ao suicídio laboral e caracterizar as ações do RH na prevenção desses incidentes. O método utilizado para este estudo foi delineado como uma revisão bibliográfica. Esta pesquisa identificou o alcoolismo como doença mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pelo não controle do consumo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Suicídio Laboral. QVT. RH.

**Abstract:** According to the World Health Organization (WHO), in respect of deaths by suicide Brazil occupies the 10th position, is one of the highest rates of recorded suicides. Each day, around the world, 1.000 people attempt suicide. In Santa Catarina between the years 1996 to 2012 suicides occurred 7471. Of these 6.077 committed by men and 1.394 for women. Another worrying fact is that suicides were 4.535 people aged 20-54 (working age). Suicide is a public health problem, being responsible for 0.4 to 0.9% of all deaths in the world, is the third leading cause of death among adolescents and accounts for 30% of deaths among college students. Suicide and suicide attempts in the workplace is a phenomenon that has short historical record: originated in France in the last 13 years, however there are reports that the first investigations were made in Belgium, on the assembly lines of German automobiles. The work presents suicide rates are alarming in industrialized countries. In France about 11 000 people killed themselves in 2000, which equates to a suicide per hour. About 300 to 400 workers committed suicide employment within companies of France. In Japan, between 2005 and 2006 occurred 32,552 suicides committed by these 34,427 men and 6354 for women. This exciting reality has generated interest in uncovering what mental disorders and behavior related to work and employment associated with suicide and to characterize the actions of HR in preventing these incidents. The method used for this study was designed as a literature review. This study identified alcoholism as a disease most aggravating labor to suicide; difficult for non-intervention control consumption.

**Keywords:** Mental Health. Suicide Labor. QVT. RH.

## INTRODUÇÃO

Em uma classificação mundial, em óbitos por suicídio, o Brasil ocupa a 10ª posição, sendo um dos maiores índices de suicídios. Em 2004, por exemplo, o total de suicídios chegou a 7.987 casos e, pressupõe-se que, até 2020 mais de 1,5 milhões de pessoas cometerão suicídio, o que faz desse fenômeno uma questão de saúde pública. Em Santa Catarina, entre os anos de 1996 a 2012 aconteceram 7471 suicídios. Destes, 6077 cometidos por homens e 1.394 por mulheres. Outro dado preocupante é que 4535 suicídios foram de pessoas em idade entre 20-54 (idade produtiva) (MINGHETTI e KANAN, 2010).

Para Amaral, Amaral e Amaral (2010, p.3), outro fator importante de morte por suicídio é que, no mundo, a cada 30 segundos, 20 pessoas tentam o suicídio sem sucesso, o que

corresponde a uma tentativa a cada segundo e meio. Para os referidos autores (loc.cit), nos últimos 50 anos, o suicídio no mundo aumentou 60%, sobretudo, nos países em desenvolvimento: “e, no Brasil, atingindo mais fortemente pessoas acima dos 60 anos, sendo uma das três principais causas de morte entre a população economicamente ativa, principalmente na faixa etária que vai dos 15 aos 34 anos”.

A cada dia, no mundo, 1000 pessoas tentam o suicídio. Lara, Xavier e Gonçalves (2009) relatam que o suicídio é um problema de saúde pública por ser responsável por 0,4 a 0,9% do total de mortes no mundo e a terceira maior causa de morte entre os adolescentes. O suicídio contribui com 30% das mortes entre os estudantes universitários. Amaral et.al (2010, p.3) pontuam que o Japão, um país altamente industrializado, apresenta os maiores índices de suicídios por ano. O número de suicídios nesse país, em 2005, foi de 32.552 pessoas, superando a marca dos 30 mil pelo oitavo ano consecutivo. Já os números relativos a 2006 chegam a 32.155 suicídios, mostrando uma queda muito pequena em relação a 2005. A Agência Nacional de Polícia do Japão informou que, nos oito primeiros meses de 2009, já haviam sido registrados 22 mil suicídios, um crescimento de 4,5% em relação aos índices de 2008. Outro fator importante, no Japão, é que os suicídios cometidos por homens somam 34.427, contra 6.354 cometido por mulheres. “Acredita-se que o aumento tenha relação com a deterioração das condições econômicas do Japão” (AMARAL et.al, 2010, p.03).

Outro país com números expressivos em suicídio relacionados ao trabalho é a França, aproximadamente 11 mil pessoas se suicidaram em 2000, o que equivale a um suicídio por hora. Amaral et.al (2010, p.3) relata que, em 1995, a morte por suicídio atingiu também a maior central sindical do país, a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), “que apresentou 8 casos de suicídios entre trabalhadores de empresas terceirizadas que trabalhavam na manutenção da central nuclear de Chinon”.

O que merece ênfase é que cerca de 300 a 400 trabalhadores cometeram suicídio no interior de empresas na França. “Pesquisadores franceses esclarecem que os casos de suicídios dentro das empresas são sintomas de estresse profissional, portanto, um tipo de distúrbio, de ordem psicológica, ocasionado ou potencializado pelo trabalho” (AMARAL et.al, 2010, p.4). No que se refere aos suicídios cometidos pelos trabalhadores na França, Amaral et.al (2010, p.4) expõem que:

[...] um dos episódios que mobilizaram a sociedade francesa foi a série de suicídios envolvendo funcionários da maior montadora de veículos do país, a Renault, entre os anos de 2004 e 2007. Foram 04 suicídios, no período, sendo que os 03 últimos num período inferior a 04 meses. O suicídio de 2004 pareceu um caso isolado, no entanto, entre outubro de 2006 e fevereiro de 2007, os outros 03 casos chamaram a atenção da opinião pública, sobretudo porque alguns deles ocorreram dentro da empresa. Entre as causas apontadas estariam a intensificação do trabalho e a pressão para atingir metas cada vez mais intangíveis.

Amaral et.al (2010, p.04) explicam que: “além da Renault, outra onda de suicídios, só que agora de funcionários do grupo PSA, que reúne as montadoras Peugeot-Citroën, ameaça colocar em xeque as condições de trabalho nas empresas privadas da França”.

No início do ano de 2007, seis funcionários da PSA, cinco deles da mesma unidade, a Mulhouse, em Haut-Rhin, suicidaram-se, sendo que no último suicídio ocorrido, o empregado enforcou-se nas dependências da própria fábrica. A investigação policial concluiu, segundo os jornais "Le Monde" e "Le Figaro", que se tratou de um suicídio motivado por "questões pessoais". No entanto, no primeiro caso registrado naquele ano e relacionado a PSA, o funcionário que se matou deixou uma carta denunciando a "pressão moral" a que era submetido no trabalho. Ele trabalhava numa unidade da PSA denominada Charleville-Mézières, em Ardennes (AMARAL et.al, 2010, p.4).

Em 2009, a operadora francesa France Telecom substituiu seu vice-presidente, Louis-Pierre Wenes, após uma onda de 24 suicídios de trabalhadores, verificados no interior da empresa nos últimos 10 meses. Segundo Netto (2009), os suicídios ocorreram devido ao plano de modernização que envolveu mudanças nas funções dos trabalhadores, além da cobrança de novas metas.

Além desses dados, o suicídio apresenta outros aspectos alarmantes: cada suicida deixa no mínimo seis pessoas próximas com dificuldades econômicas, emocionais e sociais (Minghetti e Kanan, 2010). Muitos tentam o suicídio ou se autoagridem com tal gravidade a ponto de precisarem de cuidados médicos. Em consequência desses fatores, as tentativas de suicídio acarretam gastos de bilhões de dólares aos cofres públicos (WERLANG e BOTEGA, 2004).

De acordo com Gerschenfeld (2010, p. 02), os fatores que são motivadores aos suicídios cometidos no contexto laboral encontram-se relacionados a três ferramentas de gestão organizacional, que formaram a base da transformação radical do sistema de produção do Século XX: “a avaliação individual do desempenho, a exigência de qualidade total e o outsourcing - Este fenômeno gerou doenças mentais ligadas ao trabalho”.

Para Dejours (apud, Gerschenfeld, 2010, p.02) no que se refere à saúde mental do

trabalhador, vários fatores corroboram para o surgimento de patologias decorrentes do trabalho, como o sofrimento e o esgotamento, mas, principalmente, a realização pessoal. Para o autor: “Não há trabalho vivo sem sofrimento, sem afeto, sem envolvimento pessoal, explicou. É o sofrimento que mobiliza a inteligência e guia a intuição no trabalho; que permite chegar à solução que se procura”.

O suicídio e tentativas de suicídio no local de trabalho é um fenômeno que tem curto registro histórico: surgiram na França nos últimos 13 anos, porém há registros de que as primeiras investigações foram feitas na Bélgica, nas linhas de montagem de automóveis alemães. Conforme expõe Dejours (apud, Gerschenfeld, 2010, p.02):

O fato de as pessoas irem suicidar-se no local de trabalho tem obviamente um significado. É uma mensagem extremamente brutal, a pior do que se possa imaginar – mas não é uma chantagem, porque essas pessoas não ganham nada com o seu suicídio. É dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, ao chefe, aos subalternos, à empresa. Toda a questão reside em descodificar essa mensagem.

Não obstante o volume de bibliografias e de autores que descreveram a morte por suicídio, no que se refere ao suicídio laboral ainda é inexpressivo a quantidade de estudos, pesquisas ou obras publicadas. A razão da insipiência de pesquisa nesta área pode estar associada ao fato de que este fenômeno ainda é algo complexo na relação entre o homem e a consciência de sua existência.

Na busca por uma maior visibilidade à inquietante questão do suicídio no contexto laboral, este artigo monográfico procurou responder a uma questão socialmente importante: Quais os transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral?

Nesse sentido, primeiro, a escolha pelo tema é resultado de recomendação anterior, observada no TCC da Graduação em Psicologia, quando se julgou ainda existir um campo fecundo para a pesquisa desse tema e, por segundo, os suicídios relacionados ao trabalho apresentam dados preocupantes em vários países, onde existem alguns estudos significativos, contudo não é essa a realidade brasileira, onde os suicídios laborais apresentam dados preocupantes e poucos são os estudos realizados e informações disponíveis sobre o tema, o que pode fazer dessa matéria, algo relevante para a nossa comunidade científica.

De acordo com o Martins (2009, p. 65) o Suicídio Laboral “é a morte funcional, o

desespero, o jogar tudo para cima dos trabalhadores que, não suportando mais as opressões do dia-a-dia, decidem pôr fim em suas carreiras”.

O desejo de morte no trabalho é tão forte que o suicida consegue vencer todos os seus medos e preocupações. Já não importa se o seu salário será menor em outra empresa ou se a idade é avançada. Por mais contraditório que possa parecer, esse desejo de morte no trabalho é, em verdade, um desejo de vida. O suicida laboral vê nessa ruptura um novo horizonte, de paz e longe das tolices do poder ditatorial. Livrar-se desses ditadores é sinônimo de renovação (MARTINS, 2009, p. 69).

Rodrigues e Xavier (apud Santos, Siqueira e Mendes, 2010) relatam sobre a sequência de suicídios de trabalhadores bancários na década de 1990, atribuindo-os, em larga medida, às reestruturações produtivas em curso. “Suicídios recentes entre bancários demonstram que, aparentemente, o problema não esteve circunscrito apenas ao contexto da década passada, mas poderia se tornar um fenômeno endêmico” (SANTOS et.al, 2010, p. 926).

Em 2008 um operador de pregão de um grande banco, lotado na bolsa de valores, atira contra o próprio peito durante o expediente. Conta-se que o homem, na casa dos 40 anos e pai de duas crianças, temia a sorte da família caso fosse demitido, pois o conglomerado financeiro que trabalhava estava em processo de fusão. Dias depois, uma bancária comete suicídio, também no local de trabalho, mediante uso de arma de fogo: exatamente o mesmo destino que tivera o administrador de outra agência bancária meses antes. Em 2009 um bancário se atira da janela de seu escritório, localizado no sexto andar; a empresa negociava sua incorporação por outro banco (SANTOS et.al, 2010, p. 926).

De acordo com Santos et.al. (2010, p. 926), o suicídio cometido no local de trabalho ou suicídio laboral apresenta-se como um elemento importante para compreensão das consequências de práticas administrativas empregadas nas organizações contemporâneas e sobre a subjetividade na qual se insere o trabalhador, fornecendo pistas significativas para a humanização das relações de trabalho e denuncia métodos empresariais que culminam na degradação humana.

Santos et.al. (2010, p. 926) asseveram que o “suicídio de trabalhadores personifica o extremo do sofrimento, abaixo do qual estão inúmeras outras patologias, físicas e mentais, desenvolvidas como reação às violências do contexto ocupacional do trabalhador”. Diante desses elementos, parece ser pertinente questionar: quais as possíveis ações do RH para minimizar o sofrimento psíquico dos colaboradores a priori para evitar o suicídio a posteriori? Diante dessas indagações, o Gestor de RH deve buscar via estudos científicos, métodos e técnicas que visem esclarecer os problemas apresentados por essa temática.

O método utilizado nesta pesquisa monográfica foi uma revisão bibliográfica. Os principais autores referenciados foram: AMARAL et.al (2010); Dejours (1992); 2009);SANTOS et.al, (2010); Dossier (2009; Maximiano (2000); Heloani e Capitão (2003); Cabral e Nick (1979); Rodrigues (2010); Ministério da Saúde (2001). O tempo utilizado para a realização desta pesquisa foi entre os meses de agosto (2012) a fevereiro (2013). Artigos utilizados foram publicados entre 2003 e 2012.

### **SUICÍDIO E TRABALHO: RELAÇÕES POSSÍVEIS?**

Da Revolução Industrial à hodiernidade, os trabalhadores sofrem com ritmo de trabalho intenso ou monótono; sofrem com as jornadas de trabalho, aceitando poucas pausas para o lazer e alimentação. São submetidos a lugares insalubres e a turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando ainda na madrugada, labutam no ritmo imposto pelas máquinas e sob o qual não tem controle, sofrendo a pressão dos supervisores ou chefes por mais produtividade. Todos esses fatores, segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001), causam transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho; doenças essas que corroboram para o suicídio laboral (DEJOURS, 2009).

Quando do sofrimento e da insatisfação dos trabalhadores, o suicídio e o trabalho apresentam relações afins, que se manifestam não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e fora do período de trabalho. De acordo Dejours (2009), falar de saúde é sempre difícil, porém evocar o sofrimento e a doença é mais fácil; todo mundo o faz. Todavia, explicar o sofrimento mental resultante da organização do trabalho é uma tarefa complexa.

O suicídio laboral também pode ocorrer pelo assédio moral, como ocorreu com os trabalhadores da France Telecom, que mostra as condições insalubres a que os trabalhadores eram submetidos, incluindo transferências arbitrárias, penalizações e pressão excessiva e constante, com o objetivo de provocar a saída de 22 mil trabalhadores. Essa ação resultou em 40 tentativas de suicídio, 25 das quais consumadas em apenas 18 meses: “Nos cinco anos decorridos desde a privatização, a France Telecom demitiu 30 mil trabalhadores e fechou um terço das sedes no território francês” (DOSSIER, 2009, p. 1 ). O relato dos trabalhadores recolhido pelo jornal Le Monde corrobora o clima de terror instalado:

[...] Eu não falo nem das reestruturações, nem da supressão de postos de trabalho, mas sim do ambiente e da gestão do dia a dia. É uma gestão pelo terror. Somos obrigados a pedir autorização ao nosso chefe para ir à casa de banho. Se a pausa ultrapassa um minuto, devemos fornecer uma explicação por escrito. Os pedidos de feriado permanecem sem resposta. (DOSSIER, 2009, p. 2).

A tabela 1 apresenta para Santa Catarina o número de suicídio que pode estar associado ao trabalho entre 1996 e 2012.

**Tabela 1:** Distribuição de Óbito por Acidente Trabalho segundo Suicídios entre 1996-2012.

<b>Suicídios</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
<b>Suicídio por enforcamento, estrang e sufocação</b>	1	922	176	1.099
<b>Suicídio por arma de fogo</b>	0	224	41	265
<b>Suicídio por intoxicação por pesticidas</b>	0	28	3	31
<b>Suicídio por intoxicação por medicamentos, drogas</b>	0	34	12	46
<b>Suicídio por intoxicação por outr prod quim NE</b>	0	11	2	13
<b>Suicídio por afogamento submersão</b>	1	48	7	56
<b>Suicídio por precipitação lugar elevado</b>	0	17	7	24
<b>Suicídio por objeto cortante penetrante</b>	0	17	4	21
<b>Suicídio por fumaça, fogo e chamas</b>	0	11	4	15
<b>Suicídio por outros meios especificados</b>	0	11	7	18
<b>Suicídio por por meios não especificados</b>	0	6	6	12
<b>TOTAL</b>	2	1.329	269	1.600

**Fonte:** Sistema de Informações de Mortalidade (2013).

A tabela 1 apresenta dois suicídios registrados no contexto laboral, todavia os registros dos óbitos por suicídios cometidos no local de trabalho são catalogados, muitas das vezes, como acidentes de trabalho para que os familiares possam receber os direitos trabalhistas; outro dado que requer atenção é o fato de alguns empresários registrarem os acidentes de trabalho como suicídio para não terem gastos trabalhistas

Corroborando com essa afirmativa, Dossier (2009, p. 2) expõe que suicídios ocorridos na empresa France Telecom beneficiou a empresa, segundo o autor: “os dirigentes da empresa acabavam por ser os principais beneficiados dos suicídios”, pois não precisavam pagar indenização aos familiares trabalhistas; um lucro extra entre 15% a 40% do salário do suicida.

Em 2011, outro fator desperta a atenção nos noticiários em Pequim: um trabalhador da gigante tecnológica FOXCONN, fabricante do iPad e do iPhone da Apple, cometeu suicídio na cidade chinesa de Chengdu; o segundo caso desse tipo no ano depois do registro de 14 suicídios similares em 2010 e três tentativas frustradas.

Freitas (2011) expõe que no Brasil os suicídios laborais divulgados são de bancários, visto totalizar 253 mortes entre os anos de 1993 e 2005, todavia, no que se refere a suicídios de outras classes trabalhistas não existem dados divulgados. O trabalho causa doenças mentais e de comportamento e estas causam suicídios laborais, porém nem todos os suicídios são originários de doenças mentais, mas de elementos do clima organizacional, contidos na cultura da empresa. Dejours (1999) relata que o sofrimento pode surgir quando o trabalhador não se adequa às regras, normas, ideologia, entre outros elementos presentes na cultura organizacional.

Maximiano (2000) expõe que o sofrimento originado do contexto laboral tem como fonte de elementos como o trabalho, salário, comportamento do chefe, colegas, insatisfações físicas. O clima organizacional é produto dos sentimentos individuais e grupais criado, sendo alterado pelas formas de comportamento das pessoas que podem se constituir ou não em um “estopim” para o suicídio laboral.

O clima organizacional reflete o tipo de funcionário que a organização recruta, o processo de trabalho, a modalidade de comunicação adotada, no que, em geral, acaba por refletir a forma de administração de quem exerce a autoridade máxima dentro da organização. Silva (2001, p.425) corrobora afirmando que o clima organizacional “é a atmosfera psicológica resultante dos comportamentos, dos modelos de gestão, das políticas empresariais, refletida nos relacionamentos interpessoais”.

Cada organização tem seu próprio clima originado de elementos internos e externos, que alteram a satisfação dos colaboradores, tais como: comunicação; objetivos; responsabilidade; benefícios; participação; liderança; motivação; reconhecimento; padrões de qualidade, entre outros. Para Silva (2001), por meio do levantamento desses elementos é possível identificar as causas das insatisfações, angústias e frustrações, tensões e ansiedades (expectativas) que brotam no ambiente interno das organizações. Tais fatores podem causar doença mental e, se não tratados, podem predispor ao suicídio.

O clima é representado pelos conceitos e sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização, e que afetam de maneira positiva ou negativa, sua satisfação e motivação para o trabalho. Estudar o clima é necessário para entender se a organização e suas práticas administrativas favorecem ou não o interesse e o rendimento das pessoas. (MAXIMIANO, 2000, p. 107).

Um fator importante que pode produzir a insatisfação no trabalho é o processo de comunicação. O Ministério da Saúde (MS, 2001) expõe que comunicação de uma organização

é moldada pela cultura organizacional e é se constitui em um fator importante na determinação da saúde mental. “Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbio mental” (MS, 2001, p. 161).

O que aconteceu com o trabalho que tem levado pessoas a acabarem com suas vidas dentro das organizações? Sobre esse tema, Freitas (2011, p.55) pontua que:

[...] nos últimos anos tem crescido o número de pessoas que cometem suicídio dentro do ambiente de trabalho, esse fato traz duas novidades para a questão: a) são pessoas com emprego, inclusive altamente qualificadas; e b) o lugar escolhido para o ato é o local de trabalho. Isso nos leva a refletir sobre algumas transformações recentes na organização do trabalho e suas consequências.

Dejours (1999, p. 35) expõe que todas as pessoas criam expectativas relacionadas ao trabalho, porém nem todo o reconhecimento é satisfatório. Esse sentimento é resultado de vários fatores que causam não apenas o sofrimento enquanto gerador de patologias mentais ou de esgotamentos, mas, sobretudo, enquanto base para a realização pessoal. “Portanto é de se esperar que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas. Foi para analisá-las e inventariá-las que se realizaram estudos clínicos denominados psicopatologia do trabalho” (p.35).

Por trás da vitrina, há o sofrimento dos que trabalham [...] os que assumem tarefas arriscadas para a saúde: os operários da construção cível, de firmas de serviços de manutenção nuclear; de firmas de limpeza; de montadoras de automóveis; de matadouros industriais [...]. Enfim, por trás das vitrinas, há sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho (DEJOURS, 1999, 27-28).

Segundo o MS (2001), em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, quer seja pelo rendimento econômico ou pela esfera cultural, apresentando assim importância fundamental na construção da subjetividade e no modo de vida, determinando a saúde física e mental das pessoas.

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis a livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores tem sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças (MS, 2001, p.161).

Desse modo, os trabalhadores desprovidos de suporte social, de relacionamentos inter

e intrapessoal e de significações profícuas em relação ao trabalho, podem sentir os efeitos do sofrimento psíquico que, por sua vez, influencia a satisfação com o trabalho. Esse pode ser influenciado pela cultura, refletindo no clima organizacional, que podem causar transtornos mentais e de comportamento corroborando com o suicídio laboral.

## **SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR**

De acordo com o MS (2001), a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública, que tem como objeto o estudo, a intervenção das relações do trabalho e a saúde ocupacional. O objetivo é a promoção e a proteção da saúde mental do trabalhador através de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e as condições de trabalho para a reabilitação do trabalhador, recebendo toda a assistência possível, desde o diagnóstico até o tratamento de forma gratuita no SUS (Sistema Único de Saúde).

Sobre a saúde mental do Trabalhador, Heloani e Capitão (2003, p.101) destacam que as condições e as exigências do mercado de trabalho neste mundo globalizado criam uma rotina e amortecem o sentido da vida dos trabalhadores, “deixando no corpo as marcas do sofrimento, que se manifestam nas mais variadas doenças classificadas como ocupacionais, além de atentar contra a saúde mental”. Nem todas as pessoas ficam doentes por causa do trabalho. Tal fato vai depender da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolveu desde o início da sua vida, como expõe Dejours (1992, p.122):

Contrariando ao que se poderia imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas. Não existem psicoses de trabalho, nem neuroses do trabalho. Até os maiores e mais ferrenhos críticos da nosologia psiquiátrica não conseguiram provar a existência de uma patologia mental decorrente do trabalho. Apenas algumas interpretações simplistas atribuem à sociedade a causa de todas as doenças mentais. Isso significa que a organização do trabalho não tem nenhuma importância nas doenças mentais?

Para algumas pessoas, o trabalho significa realização profissional, conquistas pessoais, conquistas financeiras, entre outros atributos gratificantes. Mas, para outras pessoas, o trabalho causa sofrimento. Dejours (1992, p.122) destaca que se devem considerar três componentes da relação homem-organização de trabalho:

- 1) A fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade;
- 2) O sistema de frustração- agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional;
- 3) A organização de trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa,

que se opõe aos investimentos das pulsões e das sublimações.

Há que se destacar que, “o defeito crônico de uma vida mental sem saída, mantido pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas”, essas terminam com o suicídio laboral (DEJOURS, 1992, p.122). Para Heloani e Capitão (2003), o mundo do trabalho poderia ajudar e auxiliar o trabalhador em sua qualidade de vida, no entanto vem se transformado em algo monstruoso, não o faz, mas avassala o trabalhador em todos os seus aspectos; os trabalhadores são absorvidos, exigidos, sugados. Enquanto alguns poucos são alçados a postos de poder, outros, por assim dizer, alguns milhões, são jogados como uma escória, cuja água benta do emprego, da possibilidade do trabalho não veio a salvar.

As doenças mentais relacionadas ao trabalho, segundo Dejours e Bégue, (2010) são: a depressão, o estresse, a drogadição, o burnout (estar esgotado), o karoshi (KARO= excesso de trabalho e SHI = Morte, morte súbita no local de trabalho), e o suicídio laboral. São patologias que tem sido relacionadas com o sofrimento psíquico excessivo vivenciado no trabalho.

Todavia, quando as ações no trabalho são criativas, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrios psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde e a doença e o sofrimento, criador ou patogênico. Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder (HELOANI e CAPITÃO, 2003, p.107).

O MS (2001) expõe que os transtornos mentais menores decorrentes do trabalho acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, segundo informações do INSS, a autorização de benefícios previdenciários de auxílio-doença, “por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências” (MEDINA, apud OMS, 2001, p.161). De acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 01), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de:

[...] situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição á determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos á organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.

Para que o trabalhador receba o auxílio doença, ou a aposentadoria pelo INSS, ele deve se submeter a uma avaliação médica e, ao fazer isso, o órgão responsável pela saúde desse trabalhador emite um laudo. Após, deve ser preenchida a Ficha de Investigação, na qual as informações são cadastradas no SINAN- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Esse órgão notifica os responsáveis pela Vigilância da Saúde do Trabalhador do município, para que tomem providências, fazendo cumprir o que determina a Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.

Através dessa Ficha de Investigação, são estipuladas ações para melhorar as condições de trabalho e, em algumas situações, as empresas são notificadas, pagam multas ou ainda podem ser fechadas no caso de risco de vida dos trabalhadores. Ações como essas podem melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho, diminuindo o risco do suicídio laboral.

**Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral.**

As doenças mentais e de comportamento relacionada com trabalho se associam a dados preocupantes, fato que fez com que o MS (2001) criasse o Manual de procedimentos para os serviços de saúde: DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO, para auxiliar órgãos responsáveis pelo cuidado com a saúde do trabalhador. A seguir, apresentar-se-ão as doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999, Grupo V da CID-10 (Código de Identificação de Doença). Para fazer o diagnóstico das doenças excluídas (causas não ocupacionais), elas são incluídas no Grupo I da Classificação de Schilling<sup>4</sup> (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. O suicídio laboral não faz parte da lista de doenças da Portaria n.º 1.339/GM/99.

**Demência (CID-10, F02. 8)**

A demência, segundo o MS (2001), caracteriza-se como síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica. É uma síndrome de caráter adquirido, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, incluindo: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e

---

<sup>4</sup> Grupo I da Classificação de Schilling (1984): O trabalho é causa necessária: doenças profissionais propriamente ditas.

juízo. Para Bertolote (apud MS, 2001), o trabalhador com demência não sofre alterações, as deficiências cognitivas são acompanhadas e, ocasionalmente, precedidas por deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação.

A demência pode estar associada a inúmeras doenças, que atingem primária ou secundariamente o cérebro, tais como:

Epilepsia, alcoolismo, degeneração hepatolenticular, hipotireoidismo adquirido, lúpus eritematoso sistêmico, tripanossomíase, intoxicações, doenças pelo HIV, doença de Huntington g, doença de Parkinson g, ocorrência de infartos múltiplos, outras doenças vasculares cerebrais isquêmicas e contusões cerebrais repetidas, como as sofridas pelos boxeadores (MS, 2001, p. 164).

Cabral e Nick (1979) pontuam que a demência é uma grave deterioração mental, caracterizada pelo declínio patológico das capacidades orgânicas ou funcionais. A demência relacionada à causa ocupacional pode ter origem em drogas e toxinas, todavia, segundo a OMS (2001, p.164), outros quadros têm sido encontrados, como trauma crânio-encefálico (TCE) e pelos efeitos da exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de demência relacionada ao trabalho, excluindo outras causas não ocupacionais, deve ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2011).

Segundo informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2012), entre os anos de 1996 e 2012, em Santa Catarina, aconteceram 502 suicídios por intoxicação de substâncias químicas, tais como drogas, pesticidas, produtos tóxicos, entre outros. Nessa situação, é importante relatar que o trabalhador que tenha ideação suicida e trabalha com produtos químicos, deles fará uso para pôr fim a sua vida.

Os gestores devem observar o trabalhador para identificar comportamentos diferentes em sua rotina diária e de suas capacidades cognitivas. “As interferências no desempenho de papéis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida não devem ser utilizadas como única diretriz ou critério diagnóstico” (MS, 2001, p.165).

Critérios diagnósticos: comprometimento ou incapacidade manifestada pelo declínio das funções cognitivas (corticais superiores), como: capacidade de aprendizagem, memória, atenção, concentração, linguagem, nível de inteligência, capacidade de resolver problemas, juízo crítico e comportamento social adequado; comprometimento ou incapacidade pessoal para as atividades da vida diária (MS,

2001, p.165).

A prevenção da demência relacionada ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor, ao observar que o trabalhador apresenta quadros de demência, deve encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador, aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

### **Delirium (F05.0)**

O MS (2001, p.166) definiu o Delirium como uma síndrome caracterizada por rebaixamento do nível de consciência, com distúrbio da orientação (no tempo e no espaço) e da atenção (hipovigilância e hipotenacidade), associada ao comprometimento global das funções cognitivas. Podem “ocorrer alterações do humor (irritabilidade), da percepção (ilusões e/ou alucinações especialmente visuais), do pensamento (ideação delirante) e do comportamento (reações de medo e agitação psicomotora)”.

Geralmente, o paciente apresenta uma inversão característica do ritmo vigília-sono com sonolência diurna e agitação noturna. Podem vir acompanhada de sintomas neurológicos como tremor, asterixis, nistagmo, incoordenação 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 (MS, 2001, p.166).

A síndrome do delirium pode ocorrer no curso de uma demência, podendo evoluir para demência, para recuperação completa ou para a morte. A gravidade do delirium é classificada em: leve, moderado a muito grave. Para o MS (2001) os quadros de delirium têm sido encontrados em trabalhadores com exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias, o diagnóstico de delirium relacionado ao trabalho, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling (1984), em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Para o MS (2001), o delirium, enquanto quadro agudo ou subagudo, caracteriza-se como uma emergência médica, e o primeiro objetivo do tratamento é controlar a condição ou o fator que o está causando. O trabalhador deve ser afastado de seu trabalho, receber atendimento médico

e farmacológico, pois corre risco de vida, visto que muitas tentativas de suicídio ocorrem em pessoas com quadros de delírios, causados por substâncias psicoativas.

No caso da exposição ocupacional a agentes tóxicos para o sistema nervoso central, o afastamento do paciente/trabalhador do ambiente de trabalho é a primeira conduta a ser tomada. Prover suporte físico (evitar acidentes: os pacientes podem se machucar devido à desorientação e alterações psicomotoras), sensorial e ambiental (controle do nível de estímulos do ambiente: nem pouco nem muito, manter referências conhecidas pelo paciente e pessoas calmas e familiares por perto) (MS, 2001, p. 167).

Cabral e Nick (1979, p. 82) expõem que o delirium é um estado mental confuso, associado a graves disfunções cerebrais, que se caracteriza por distúrbios na consciência e no sistema sensorial, tais como: “desorientação, alucinação, ilusão, inquietação, desilusão e, por vezes, acentuada agitação”. Para os referidos autores, o delirium acontece com maior frequência nos estados de intoxicação natural (febres) ou artificiais (narcóticos, álcool, etc.). Nesses casos, o gestor de recursos humanos deve observar os seguintes sintomas no trabalhador e encaminhá-lo para atendimento médico com urgência:

- **Rebaixamento do nível da consciência** – traduzido pela redução da clareza da consciência em relação ao ambiente, com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- **Alterações na cognição:** como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução;
- **Perturbação:** se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia;
- **Existência de evidências a partir da história,** exames físicos ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho (MS, 2001, p.167).

Para o MS (2001) A prevenção do delirium, não-sobreposto à demência, relacionado ao trabalho, consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde; ações que podem ser realizadas pelo RH da empresa proporcionando melhor Qualidade de Vida no Trabalho.

### **Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)**

O Transtorno cognitivo leve (TCL) “é um distúrbio caracterizado por alterações da memória, por dificuldades de aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos” (MS, 2001, p.169). Os sintomas frequentes são fortes sensações de fadiga mental. Quando o indivíduo tenta executar tarefas mentais, as quais exigem um novo aprendizado, percebe-as subjetivamente difícil. Esses sintomas interferem na estrutura

cognitiva e no esquema cognitivo da pessoa.

Cabral e Nick (1979, p. 61) expõem que a Estrutura Cognitiva de uma pessoa dá-se na forma como a pessoa vê o mundo físico e o social, “incluindo todos os seus fatos, conceitos, crenças e expectativas, assim como o padrão de suas relações mútuas”. O Esquema Cognitivo é um complexo padrão “que foi gravado na estrutura do organismo pela experiência e que combina com as propriedades do atual estímulo ou da atual ideia, para determinar como o objeto ou a ideia vai ser percebido e conceptualizado” (CABRAL e NICK, 1979, p. 61).

De acordo com o MS (2001), quadros de transtorno cognitivo leve têm sido diagnosticados em trabalhadores que realizam atividades em que ficam expostos a substâncias químicas tóxicas e agentes físicos. A principal manifestação do transtorno é um declínio no desempenho cognitivo que inclui queixas de comprometimento da memória, dificuldades de aprendizado ou de concentração. A utilização de Testes psicológicos pode ser útil para o diagnóstico, mas devem ser interpretados com cuidado, dada sua inespecificidade e a confusão com outras causas ligadas às condições de vida.

A prevenção do transtorno cognitivo leve relacionado ao trabalho consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O gestor ao, observar alguns dos sintomas citados, deve providenciar o afastamento do trabalhador e encaminhá-lo para atendimento multiprofissional de saúde, com abordagem interdisciplinar, capacitado a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho (MS, 2001).

Para o MS (2001) a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é importante para a implantação de ações corretivas e de promoção da saúde que envolvam modificações na organização do trabalho.

### **Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0)**

A personalidade, para Cabral e Nick (1979, p. 61), possui diferentes interpretações e definições. Para uns, a personalidade é o “temperamento” da pessoa, para outros, são as características próprias da pessoa. A seguir serão apresentados oito teóricos e as suas definições psicológicas sobre personalidade:

**Gordon Willard Allport (1897–1967):** a organização dinâmica, no indivíduo,

daqueles sistemas psicofísicos que determinam o seu pensamento e comportamento característicos a sua adaptação típica ao meio social;

**Raymond Bernard Cattell (1905–1998):** o que permite uma predição do que uma pessoa fará numa dada situação;

**Henry Murray (1893 –1988):** a continuidade de formas e forças funcionais que se manifestam através de sequências de processos organizados e comportamentos manifestos, do nascimento até á morte;

**Richard S. Lazarus (1922 – 2002):** a organização de estruturas psicofísicas, relativamente estáveis, em virtude da qual uma pessoa age de determinada maneira e não de outra, tal como se inferiu do seu comportamento;

**SAWREY, James M. & TELFORD , Charles W:** a organização única de características e tendências de estímulos e respostas do indivíduo, na medida em que elas estão dinamicamente envolvidas em situações sociais;

**Sigmund Freud (1856-1939):** a integração do id, ego e superego;

**Alfred Adler, (1870–1937):** o estilo de vida do indivíduo, ou a maneira característica de reagir aos problemas da vida, incluído as metas vitais;

**Carl Gustav Jung (1875 – 1961):** a integração do ego, do inconsciente pessoal e coletivo, dos complexos, dos arquétipos, da pessoa e anima.

Nesse prisma, quando ocorre alguma alteração no desenvolvimento da personalidade, surge um transtorno de personalidade, que pode ser originado por fator orgânico, psicológico, social, físico, entre outros. Para o MS (2001), o Transtorno orgânico de personalidade é a alteração da personalidade e do comportamento, surgindo como um transtorno concomitante ou residual de uma doença, lesão ou disfunção cerebral.

Caracteriza-se por uma alteração significativa dos padrões habituais de comportamento pré-mórbido, particularmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos. As funções cognitivas podem estar comprometidas de modo particular ou mesmo exclusivo nas áreas de planejamento e antecipação das prováveis consequências pessoais e sociais, como na chamada síndrome do lobo frontal, que pode ocorrer não apenas associada à lesão no lobo frontal, mas também a lesões de outras áreas cerebrais circunscritas. (MS, 2001, p.171).

Os trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas podem desenvolver o transtorno orgânico de personalidade. O diagnóstico dá-se com uma análise histórica do trabalhador e, depois de eliminadas todas as possibilidades, o transtorno pode ser incluído na Classificação I de Schilling. O MS (2001, p. 171) destaca que ao ser evidenciada a doença ou ainda a disfunção cerebral, um diagnóstico definitivo requer a presença de dois ou mais dos seguintes aspectos:

- Capacidade consistentemente reduzida de perseverar em atividades com fins determinados, especialmente aquelas envolvendo períodos de tempo mais prolongados e gratificação postergada;
- Comportamento emocional alterado, caracterizado por labilidade emocional, alegria superficial e imotivada (euforia, jocosidade inadequada) e mudança fácil para irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia;

- Expressão de necessidades e impulsos sem considerar as consequências ou convenções sociais (roubo, propostas sexuais inadequadas, comer vorazmente ou mostrar descaso pela higiene pessoal);
- Perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranoide e/ou preocupação excessiva com um tema único, usualmente abstrato (por exemplo: religião, certo e errado);
- Alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem com aspectos, tais como circunstancialidade, prolixidade, viscosidade e hipergrafia;
- Comportamento sexual alterado.

O tratamento do trabalhador objetiva a reabilitação social para diminuir os prejuízos advindos do comportamento pessoal e social alterado, inclui tratamento farmacológico, é sintomático, geralmente há a indicação de aposentadoria por invalidez e de medidas de reabilitação dirigidas para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

A prevenção do transtorno orgânico de personalidade relacionado ao trabalho, segundo o MS (2001, p. 172), consiste na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. Inclui uma ação associada e articulada entre os setores assistenciais e de vigilância: “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”. O MS (2001, p. 172) recomenda que a intervenção sobre as condições de trabalho seja baseada em uma análise ergonômica do trabalho real ou da atividade, buscando conhecer fatores que podem contribuir para o adoecimento. O gestor deve ficar atento a todas as evidências do aparecimento da doença, evitando o agravamento e um possível caso de suicídio laboral.

### **Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não- Especificado (F09.)**

Para Holmes (1997), os Transtornos Mentais Orgânicos abrangem problemas fisiológicos no cérebro, como a deterioração, morte ou mau funcionamento de células cerebrais. Os sintomas envolvem a perda de funções cognitivas, como memória e a perda de controle muscular. Holmes (1997) expõe que o sintoma mais importante associado aos transtornos mentais orgânicos é a demência. A demência divide-se em duas: a demência primária: refere-se a um declínio no funcionamento intelectual devido a um distúrbio orgânico no cérebro; já a demência secundária refere-se a um declínio no funcionamento intelectual decorrente de algum outro transtorno.

O grupo de doenças do F09 inclui também a “demência na doença de Alzheimer g, a

demência vascular, a síndrome amnésica orgânica (não induzida por álcool ou psicotrópicos) e outros transtornos orgânicos (alucinação, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a síndrome pós-encefalite e pós-traumática, incluindo, também, a psicose orgânica e a psicose sintomática” (MS, 2001, p.173). Em trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de transtorno mental orgânico ou sintomático, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser enquadrado na classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária (MS, 2001).

O gestor, ao observar alguma alteração no trabalhador, deve afastá-lo de suas atividades e encaminhá-lo para atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, como recomenda a Portaria n.1.339/GM/99. O tratamento farmacológico é recomendado para a doença. Geralmente, há a indicação de aposentadoria por invalidez, com as medidas de reabilitação, dirigindo-se mais para a socialização do paciente na família e na comunidade (MS, 2001).

### **Alcoolismo Crônico Relacionado ao Trabalho (F10.2)**

Vieira, Serafim e Saffi, (2007) relatam que 10 a 20% dos brasileiros são alcoolistas. Segundo os autores, em um estudo epidemiológico, no Brasil, os resultados apresentaram que a prevalência de 11,2% de dependentes de álcool, sendo 17,1% entre os homens e 5,7% entre as mulheres. No Brasil, o cigarro e o álcool juntos são responsáveis por 8,1% dos problemas de saúde e, em muitas situações, devido ao uso e abuso de álcool, indivíduos se suicidam ou por falta ou por excesso de bebida alcoólica, tornando-se uma questão de saúde pública (OMS, 2010).

Nardi (2006) ressalva que o alcoolismo crônico e excessivo resulta em problemas físicos, psiquiátricos, ocupacionais e familiares. Por ser uma droga lícita, tem livre comércio e livre acesso para compra por todos. O alcoolismo crônico causa descontrole no indivíduo por ser considerado uma droga psicotrópica, pois atua diretamente no Sistema Nervoso Central, causando alterações de humor, cognição, comportamento e de suas atividades laborais.

Segundo o MS (2001, p.175), a síndrome de dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. A Sociedade Americana das Dependências, em 1990, “considerou o alcoolismo como uma doença crônica primária, que tem seu desenvolvimento e

manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, frequentemente progressiva e fatal”.

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico. O consumo coletivo de bebidas alcoólicas associadas a situações de trabalho pode ser decorrente de 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 (MS, 2001, p.175).

Segundo o MS (2001, p.175), a frequência maior de casos (individuais) de alcoolismo tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente naquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e determinantes de certa rejeição tais como:

- Como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães;
- Atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil);
- De grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais);
- De trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias);
- Situações de trabalho que envolve afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração).

O alcoolismo crônico é a doença que mais atinge os trabalhadores, segundo o MS (2001, p. 175), existindo 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<sup>5</sup>.

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 um nexos 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 (MS, 2001, p. 175).

O MS (2001, p.176) destaca que os critérios para o “diagnósticos podem ser adaptados daqueles previstos para a caracterização das demais síndromes de dependência, segundo os

---

<sup>5</sup> Grupo II: Doenças em que o Trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas por todas as doenças “comuns”, o nexos causal é de natureza eminentemente epidemiológica.

quais três ou mais manifestações devem ter ocorrido, conjuntamente, por pelo menos um mês ou, se persistentes, por períodos menores do que um mês”. As manifestações da síndrome nos trabalhadores devem ocorrer juntas, de forma repetida, durante um período de 12 meses, devendo ser explicitada a relação da ocorrência com a situação de trabalho:

- Um forte desejo ou compulsão de consumir álcool em situações de forte tensão presente ou gerada pelo trabalho;
- Comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância – em termos de início, término ou níveis – evidenciado pelo uso da substância em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou por esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o seu uso;
- Um estado fisiológico de abstinência quando o uso do álcool é reduzido ou interrompido;
- Evidência de tolerância aos efeitos da substância de forma que haja uma necessidade de quantidades crescentes da substância para obter o efeito desejado;
- Preocupação com o uso da substância, manifestada pela redução ou abandono de importantes prazeres ou interesses alternativos por causa de seu uso ou pelo gasto de uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias para obter, consumir ou recuperar-se dos efeitos da ingestão da substância;
- Uso persistente da substância, a despeito das evidências das suas consequências nocivas e da consciência do indivíduo a respeito do problema. (MS, 2001, p. 176).

O alcoolismo crônico, ou síndrome de dependência do álcool, está associado ao desenvolvimento de outros transtornos mentais. “Ações de prevenção do alcoolismo que se limita a realizar cursos e palestras, com a finalidade de procurar transmitir conhecimentos científicos e, aconselhamento sobre as ações prejudiciais do álcool no organismo, são frequentemente inócuos” (MS, 2001, p. 176).

O tratamento do alcoolismo crônico engloba múltiplas estratégias terapêuticas que implicam, muitas vezes, em mudanças na situação de trabalho. O gestor da empresa deve ficar atento a qualquer alteração de comportamento do trabalhador, seguir as recomendações do MS (2001), evitando, desse modo, um acidente de trabalho ou ainda um suicídio laboral.

### **Episódios Depressivos (F32);**

Porto (2005) relata que a depressão é, atualmente, a quarta causa de incapacidade social no mundo e estima-se que, em 2020, a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacitação, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Nesse prisma, o MS (2001, p.178) descreve os episódios depressivos por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. O trabalhador pode se

queixar de “dificuldade de concentração, pode apresentar baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos suicidas”.

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. (OMS e OPAS, 2001, p. 6).

O trabalhador pode ter seu sono alterado e frequentemente perturbado, geralmente por insônia; tem diminuição do apetite com perda de peso sensível. Sintomas de ansiedade são muito frequentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. “As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. Pode haver lentificação do pensamento. Os episódios depressivos devem ser classificados nas modalidades: leve, moderada, grave sem sintomas psicóticos, grave com sintomas psicóticos” (MS, 2001, p.178).

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. Alguns estudos comparativos controlados têm mostrado prevalências maiores de depressão em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas, advogados, educadores especiais e consultores (MS, 2001, p.178).

Episódios depressivos estão associados à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas tóxicas. O MS (2001) assevera que em trabalhadores expostos a essas substâncias entre outras 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 associado 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 (MS, 2001, 179).

Para que o diagnóstico de episódio depressivo seja coeso, ele requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas por um período de, no mínimo, duas semanas, tais como: humor triste ou diminuição do interesse ou prazer, além de:

- Marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- Diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês);
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Fadiga ou perda da energia;
- Sentimentos de desesperança e culpa excessiva ou inadequada;
- Diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes de morte (sem ser apenas medo de morrer);
- Ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio (MS, 2001, p.).

Harrison e Lloyd (2007) expõem que dentro das doenças mentais relacionadas ao suicídio, a depressão é o diagnóstico mais associado com o comportamento suicida, sendo a principal doença causadora de morte por apresentar um percentual de 50 a 75% para os casos de suicídio efetivados no período em que o indivíduo está sofrendo dessa patologia.

A depressão, como o suicídio, pode produzir uma boa dose de culpa na família da pessoa deprimida. Pode ser vista também como um grito pedindo socorro. “Olhe! Não consigo mais aguentar sozinho!” Contudo, se quisermos ajudar a pessoa deprimida, isso não deve ser feito nos colocando como apoios enquanto sua negatividade subjacente é deixada de lado (LOWEN,1983, p.67).

Bahls e Botega (2007) expõem que a mortalidade por suicídio dessa população é de aproximadamente 20% em transtornos bipolares; para os transtornos por uso de álcool, o percentual é de 2 a 18%; e, quanto à depressão unipolar, o percentual é de 15%; 10% na esquizofrenia; e, 5 a 10% nas personalidades borderline ou antissocial. Para essa classificação de pacientes, o período após a alta hospitalar é o mais crítico e preocupante nos quadros psiquiátricos de possíveis suicidas, quando 10 a 15% das mortes por suicídio, ocorreram no período de quatro semanas após a alta hospitalar psiquiátrica.

A prevenção dos episódios depressivos relacionados ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. O MS (2001, p.180) expõe que a ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e da vigilância, atendimento de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, possibilita suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção

nos ambientes de trabalho, evitando a incapacitação e o suicídio laboral.

### **Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1)**

O Ministério da Saúde (2001) expõe que o estado de estresse pós-traumático caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou posterior a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) e, de natureza, infelizmente, ameaçadora ou catastrófica. Essa doença causa extrema angústia em qualquer pessoa.

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. Fatores predisponentes tais como traços de personalidade ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar sua ocorrência (MS, 2001, p.181).

O Ministério da Saúde (2001, p.181) assevera que o risco de desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho (TEPT) está vinculado aos “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”. Essa narrativa pode explicar, em partes, por que, dentre as profissões, os médicos são os que mais se suicidam.

O transtorno de estresse pós-traumático é comum em trabalhadores jovens ou adultos jovens, mas pode surgir em qualquer idade devido à natureza das situações desencadeadoras. O transtorno acomete mais solteiros, divorciados, viúvos e pessoas prejudicadas social ou economicamente. Além de situações potencialmente traumáticas, Kapczinski e Margis (2003, p. 3) consideram outros fatores que devem estar presentes na caracterização do trauma: estão envolvidos na sintomatologia do TEPT, tais como: “a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação desse frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros”.

Dorigo e Lima (2007, p.13) realizaram um estudo de caso clínico de um paciente com TEPT, no que refere ao suicídio na ocasião do diagnóstico, o paciente relatou não ter mais ideias suicidas, mas afirmou que, em certas ocasiões, não conseguia ver outra saída para seus problemas. “Houve também momentos em que parecia profundamente deprimido e outros em que manifestava sintomas graves, típicos da psicose, tais como delírios e alucinações”.

De acordo com a OMS (2001) o estresse pós-traumático causado em vítimas de Violência Doméstica, principalmente nas mulheres, aumenta o número de transtornos é um coadjuvante nas tentativas de suicídio. Resultados preliminares indicam uma relação altamente significativa entre essa violência e a ideia de suicídio (Tabela 2).

**Tabela 2:** Relação entre violência doméstica e intenção de suicídios

<b>Relação entre violência doméstica e intenções suicidas</b>								
<b>Porcentagem de mulheres que já pensaram em suicidar-se ( p&lt;0,001)</b>								
<b>Experiência de violência física por parceiro íntimo</b>	<b>Brasil<sup>1</sup> (n=940)</b>	<b>Chile<sup>2</sup> (n=631)</b>	<b>Egito<sup>2</sup> (n=631)</b>	<b>Índia<sup>2</sup> (n=6327)</b>	<b>Indonésia<sup>3</sup> (n=765)</b>	<b>Filipinas<sup>2</sup> (n=1001)</b>	<b>Peru<sup>1</sup> (n=1088)</b>	<b>Tailândia<sup>1</sup> (n=2073)</b>
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Já ocorreu	48	36	61	64	11	28	40	41

**Fonte:** (OMS e OPAS, 2001, p. 57).

A tabela 2 apresenta dados significativos sobre as consequências do agravamento do estresse pós-traumático; se a pessoa não recebe atendimento adequado está sujeito a desenvolver outros transtornos e ideias suicidas. No contexto laboral, o diagnóstico de estado de estresse pós-traumático pode ser feito em trabalhadores que apresentem quadros inicialmente de até 6 meses após um evento ou período de estresse traumático. O trabalhador apresenta características, tais como:

- Evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, aos qual o paciente foi exposto, em uma situação de trabalho ou relacionada ao trabalho;
- Rememorações ou revivências persistentes e recorrentes do evento estressor em imagens, pensamentos, percepções ou memórias vívidas e/ou pesadelos e/ou agir ou sentir como se o evento traumático estivesse acontecendo de novo (incluindo a sensação de reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios dissociativos de flashback, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado) e/ou angústia quando da exposição a indícios internos ou externos que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático e/ou reação fisiológica exacerbada a indícios internos ou externos que simbolizem ou lembrem um aspecto do evento traumático;
- Atitude persistente de evitar circunstâncias semelhantes ou associadas ao evento estressor (ausente antes do trauma) indicado por: Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma; esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que tragam lembranças do trauma; incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;
- Interesse ou participação significativamente diminuída em atividades importantes; sentimentos de distanciamento ou estranhamento dos outros; distanciamento afetivo (por exemplo, incapacidade de ter sentimentos amorosos);

sentimento de futuro curto (por exemplo, não espera mais ter uma carreira, casamento, filhos, uma expectativa de vida normal)

- Sintomas persistentes de estado de alerta exacerbado; dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo; irritabilidade ou explosões de raiva; dificuldade de concentração; hipervigilância; resposta exagerada a susto. (MS, 2001, p.182).

O gestor de RH pode atuar na prevenção de casos de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho envolvendo uma complexa rede de medidas de prevenção de acidentes, segurança e promoção de condições no trabalho, incluindo condições organizacionais do trabalho que respeitem a subjetividade dos trabalhadores. O gestor ao perceber algo de diferente no trabalhador deve encaminhá-lo para atendimento médico integrado, com vigilância epidemiológica, “sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho”, como informa o MS (2001, p. 183).

### **Neurastenia (Inclui Síndrome de Fadiga) (F48.0)**

O ministério da Saúde (2001) expõe que a característica mais marcante da síndrome de fadiga relacionada ao trabalho é a presença de fadiga constante, acumulada ao longo de meses ou anos em situações de trabalho, quando não existe a possibilidades de se obter descanso necessário e suficiente. O trabalhador já acorda cansado e apresenta sintomas como:

[...] Má qualidade do sono, dificuldade de aprofundar o sono, despertares frequentes durante a noite, especificamente insônia inicial, dificuldade para adormecer ou “a cabeça não consegue desligar”, irritabilidade ou falta de paciência e desânimo. Outros sintomas que podem fazer parte da síndrome são: dores de cabeça, dores musculares (geralmente nos músculos mais utilizados no trabalho), perda do apetite e mal-estar geral (MS, 2001, p.184).

De acordo com Rodrigues (2010), a fadiga causa alterações no organismo que, em conjunto, acarreta uma sensação generalizada de cansaço e uma redução das capacidades física e mental do trabalhador. De acordo como referido autor, as perspectivas a cerca da fadiga relacionada ao trabalho são:

- **Fadiga Física:** exprime-se pela falta de força muscular, por um estado de sonolência e uma grande necessidade de descanso;
- **Fadiga Mental:** marcada por falta de concentração, lapsos de linguagem e, por vezes, problemas de visão;
- **Fadiga Generalizada:** reflete-se num estado de cansaço enfadonho, ao qual se junta à preguiça, uma elevada apatia e também falta de motivação para realizar

- quaisquer tarefas;
- **Fadiga Muscular:** caracterizada por uma sensação aguda e dolorosa, em que a capacidade dos músculos diminui devido a excesso de carga muscular localizada e ao stress provocado por esforços físicos intensos;
  - **Fadiga Emocional:** principalmente ligada a pessoas que trabalham com vítimas de acontecimentos traumáticos, sendo por isso um tipo de fadiga com uma forte componente emocional;
  - **Fadiga Visual:** caso de fadiga que se revela através de vários sintomas incômodos como dores de cabeça, contração dos músculos da face, posições incorretas do corpo e uma visão encoberta (RODRIGUES, 2010, p.7-9).

Rodrigues (2010, p.11) expõe que a fadiga classifica-se em:

- **Fadiga Aguda:** é o tipo de fadiga mais comum, que desaparece ao fim de certo tempo de repouso, ou com a troca de tarefa, ou então com um abrandamento do ritmo de execução da tarefa em questão;
- **Fadiga Prolongada:** trata-se do tipo de fadiga que vai mais ao extremo, visto que esta não é revertida em curto prazo. Está diretamente ligado às tarefas realizadas, e os mecanismos de compensação referida na fadiga aguda, normalmente são ineficazes.

Para Rodrigues (2010, p. 14), as causas da fadiga decorrente do trabalho são muitas e dos mais variados tipos, tais como: “falta de horas de sono; esforço físico elevado; trabalho intelectual intenso; trabalho estressante; estado de doença; temperaturas extremas (desconforto térmico); ambiente saturado (falhas de oxigênio, fumo); monotonia do trabalho; refeições pesadas; duração do trabalho”.

O MS (2001) expõe que trabalhadores expostos a algumas substâncias químicas podem desenvolver fadiga. As causas mais comuns que ocasionam a fadiga no trabalho são muitas e dos mais variados tipos: “trabalho em posições incorretas; deficiências visuais; falta de períodos de recuperação; trabalho por turnos; sedentarismo; ruído; iluminação insuficiente; alimentação deficiente; grande responsabilidade; conflitos” (RODRIGUES, 2010, p. 15).

O diagnóstico de síndrome de fadiga relacionada ao trabalho é feito a partir da anamnese ocupacional e da história de trabalho. Segundo o MS (2001), no roteiro de perguntas da anamnese devem-se incluir perguntas sobre: duração da jornada de trabalho; condições de trabalho; descanso durante a jornada; ritmo de trabalho; condições do processo laboral (presença de ruído e outros agressores); pressão no trabalho; condições de vida e habitacionais, condições de descanso e lazer do trabalhador. “Não esquecer que a síndrome de fadiga relacionada ao trabalho pode ser encontrada em trabalhadores desempregados, pois pode ter sido adquirida durante o trabalho anterior” (MS, 2001, p. 185).

O gestor de RH, ao observar diferença de comportamento do trabalhador, pode encaminhá-lo para atendimento médico e pode programar algumas ações de QVT na empresa para minimizar o impacto dessa demanda, tais como: a “implementação de medidas de higiene e segurança; criação de pequenos grupos de trabalho semiautônomos; existência de flexibilidade de horários; introdução de pausas durante o horário laboral; iniciação ao trabalho por turnos, mas de curta duração”. (RODRIGUES, 2010, p.22).

### **Outros Transtornos Neuróticos Especificados (Inclui Neurose Profissional) (F48.8)**

O MS (2001) expõe que o grupo outros transtornos neuróticos especificados inclui transtornos mistos de comportamento, crenças e emoções que pode estar vinculada com uma determinada cultura. Aubert (apud, MS, 2001, p.186) definiu a neurose profissional como “uma afecção psicógena persistente, na qual os sintomas são expressão simbólica de um conflito psíquico, cujo desenvolvimento encontra-se vinculado a uma determinada situação organizacional ou profissional”. A neurose profissional apresenta três formas clínicas, disponíveis no quadro 1:

#### **Quadro 1:** Formas clínicas da neurose profissional.

---

<b>Neurose profissional atual</b>	Neurose traumática reativa a um trauma atual;
<b>Psiconeurose profissional</b>	Quando uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente;
<b>Neurose de excelência</b>	Desenvolvida a partir de certas situações organizacionais que conduzem a processos de estafa ( <i>burnout</i> ) pessoas que investem intensamente seus esforços e ideais em determinada atividade.

---

**Fonte:** MS (2001, p. 187) (quadro adaptado para este estudo).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a categoria neurose profissional inclui os quadros psiquiátricos relacionados ao trabalho, em que aspectos subjetivos e características pessoais, aliadas às condições organizacionais do trabalho, causam sofrimento psíquico. “Geralmente, são quadros de evolução crônica que tendem a se definir como um padrão de comportamento. A organização do trabalho desempenha papel determinante no desenvolvimento desses padrões de comportamento, ao incentivar e explorar essas características pessoais”. (MS, 2001, p. 187).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças- CID-10, as seções Z55- e Z65 apresentam outros quadros inclusos no grupo da neurose profissional. Com o trabalho poderá estar vinculada a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, entre elas:

[...] Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego (Z56); desemprego (Z56.0); mudança de emprego (Z56.1); ameaça de perda de emprego (Z56.2); ritmo de trabalho penoso (Z56.3); má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) (Z56.5); outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6). (MS, 2001, p. 187).

O Ministério da Saúde (2001) alerta que ao fazer um levantamento epidemiológico de excesso de prevalência desses transtornos em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, deixando de fazer parte do Grupo I da Classificação de Schilling, para ser incluído no Grupo II da Classificação de Schilling, em que o trabalho pode ser considerado como fator de risco para o surgimento da doença.

O trabalhador apresenta sintomas como: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva), entre outros sintomas. O diagnóstico pode ser realizado com entrevistas nas quais o trabalhador expõe suas queixas, sintomas, sua história de trabalho e, como expõe, a sua situação no trabalho. O MS (2001) destaca que a neurose de excelência e os valores pessoais caracterizados pelo alto nível de exigência articulado com a cultura organizacional são determinantes para o desenvolvimento da síndrome.

Como sugestão para os Gestores de RH, o MS (2001) relata que a prevenção das neuroses profissionais relacionadas ao trabalho “envolve mudanças na cultura da organização do trabalho, como o estabelecimento de restrições à exploração do desempenho individual, procurando metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um”. Recomenda ainda a participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é essencial para a implementação das medidas corretivas e de promoção da saúde que envolve modificações na organização do trabalho.

### **Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)**

O transtorno do ciclo vigília-sono, devido a fatores não-orgânicos, é definido como uma perda de sincronia entre o ciclo vigília-sono do indivíduo e o ciclo normal do sono. Quando o ciclo é alterado por fatores psicológicos, psicossociais ou orgânicos, surge à insônia,

interrupção precoce do sono ou de sonolência excessiva. O transtorno do ciclo vigília-sono surge 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 (MS, 2001).

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 (MS, 2001, p.189).

A relação do transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos com o trabalho poderá estar vinculada aos fatores que influenciam o estado de saúde com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais, inclusos na Seção Z55- e Z65 da CID-10 ou aos fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade inclusos na Seção Y90- e Y98 da CID-10.(MS, 2001).

Os trabalhadores, com essa doença, podem ser enquadrados no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária, ou, em casos particulares de trabalhadores, podem, eventualmente, desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling. Os sintomas observáveis nos trabalhadores são:

[...] Dificuldades para adormecer, interrupções frequentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília e percepção de sono de má qualidade, devem ser submetidos a exame diagnóstico diferencial (polissonografia) para confirmar a ausência de distúrbios de sono não relacionados com a organização do trabalho (MS, 2001, p. 189).

O MS (2001) recomenda que a participação dos trabalhadores e a sensibilização dos níveis gerenciais são importantes para a criação de medidas que envolvem modificações na organização do trabalho. Ações do QVT, práticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, ações de educação e melhora nos esquemas de turnos podem minimizar os danos causados à saúde do trabalhador. “Devem ser aplicadas, prioritariamente, mudanças organizacionais para reduzir o número de turnos noturnos e/ou o número de dias de trabalho em horários irregulares e o número de pessoas expostas aos conflitos dos sincronizadores biológicos e sociais”. (MS, 2001, p.191).

### **Síndrome de Burnout (Síndrome do Esgotamento Profissional) (Z73.0)**

Seligmann- Silva (apud MS, 2001, p 162) caracteriza a síndrome de burnout como exaustão emocional, despersonalização e autodepreciação. Segundo o autor, está relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência às pessoas, especialmente, em situações economicamente críticas e de carência. As profissões mais vulneráveis a essa doença são as que “envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos, de alta complexidade e determinação, fora do alcance do trabalhador, como dor, sofrimento, injustiça, miséria”.

Nesse prisma, Maslach et.al (apud, Batista, Carlotto, Coutinho e Augusto, 2010, p. 02) destaca as profissões que predisõem a síndrome;

[...] um fenômeno psicossocial que surge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho, que acomete profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, como professores, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, policiais, bombeiros etc.

O MS (2001, p. 162) alerta que “altos 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, fadiga e esgotamento profissional ou burnout”. Segundo Maslach et.al (apud MS, 2001, p. ), a síndrome de esgotamento profissional é composta por 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 do paciente;
- **Diminuição do envolvimento pessoal no trabalho:** sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho.

O Ministério da Saúde (2001) recomenda que, ao realizar o diagnóstico, deva-se fazer uma diferenciação entre o burnout, que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse.

A síndrome de burnout 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 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. (MS, 2001, p. 192).

A relação do trabalho como causador da síndrome, coligado a outros fatores, podem estar presentes, com a associação da suscetibilidade aumentada para doenças físicas, como no caso do uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio), que podem levar ao suicídio. Nos dias atuais, têm sido descritos aumentos de prevalência de síndrome de esgotamento profissional, em trabalhadores de empresas passaram por transformações organizacionais, “como dispensas temporárias do trabalho, diminuição da semana de trabalho, não reposição de substitutos, e enxugamento (downsizing) na chamada reestruturação produtiva”. (MS, 2001, 192).

Conforme recomendação do MS (2001, p. 192), a relação da síndrome de burnout com o trabalho, segundo o CID-10, poderá estar vinculada aos “fatores que influenciam o estado de saúde: [...] riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Seção Z55-Z65 da CID-10)”. [...] “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”.

Ao ser realizado o diagnóstico, alguns sintomas inespecíficos associados podem estar presentes, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa. A prevenção da síndrome inclui mudanças na cultura organizacional, ações para diminuir a exploração do desempenho individual, diminuição da intensidade de trabalho, diminuição da competitividade, busca de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um (MS, 2001).

## **AÇÕES DO RH NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO LABORAL**

De acordo com o MS (2001, p. 162), as ações organizacionais para prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, baseiam-se em procedimentos da vigilância dos agravos à saúde e, dos ambientes e condições de trabalho. “Utiliza conhecimentos médicos-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas”.

O MS (2001, p.162) pontua que as ações direcionadas à valorização do ambiente de trabalho baseiam-se na percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a sua saúde. Essas ações envolvem:

- Reconhecimento prévio das atividades e locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente causadores de doença;
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados;
- Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos trabalhadores;
- Educação e informação aos trabalhadores e empregadores.

O gestor de RH deve incluir a participação dos trabalhadores nas decisões que os envolvam, inclusive os dos níveis gerenciais: política essencial para a implantação de medidas corretivas e de promoção da saúde, que envolvam modificações na organização do trabalho (MS, 2001); deve fazer uma análise completa do local de trabalho, avaliar os fatores biopsicossociais, para compreender as razões pelas quais um determinado funcionário poderia desenvolver uma doença mental relacionada ao trabalho, conquanto outro ou outros, submetido às mesmas condições, não apresentasse esse potencial de risco.

Outro fator, absolutamente, importante a ser considerado pelo Gestor de RH é o recrutamento e seleção de pessoal, além de avaliar fatores ligados ao relacionamento interpessoal e intrapessoal. Muito embora não possa prever acontecimentos futuros, redundantes das características individuais, dos traços de personalidade, da história de vida, e do modo de os indivíduos lidarem com acontecimentos rotineiros no ambiente de trabalho, todo o processo de recrutamento deve ser tangenciado por medidas cautelares, assentadas na descrição de função de cada novo funcionário.

O gestor, ao suspeitar ou confirmar a relação da doença com o trabalho, deve:

- Informar ao trabalhador;
- Examinar os expostos, visando a identificar outros casos;
- Notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria;
- Providenciar a emissão da CAT caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social;
- Orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco. (MS, 2001, p.162).

O diagnóstico de uma doença mental relacionada ao trabalho não é uma tarefa simples, uma vez que exige uma avaliação multidisciplinar em saúde e a capacidade de investigar detalhadamente a história de vida do paciente para identificar os fatores que corroboraram no processo de adoecimento. É muito importante que o Gestor de RH tenha auxílio de um

psicólogo no processo de diagnóstico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao término desta pesquisa, através dos dados obtidos com o levantamento bibliográfico, foi possível expor minimamente as doenças mentais e do comportamento relacionados ao trabalho que podem, em alguma medida, estar associados ao suicídio laboral. Identificou-se que algumas doenças originárias do trabalho podem estar associadas aos suicídios laborais, todavia nem todos os casos de suicídios são gerados por essas, mas de elementos contidos na cultura organizacional que alteram o clima organizacional de uma organização, causando sofrimento, insatisfação pessoal e profissional. Ou, ainda, somente para aquelas pessoas que têm um ego frágil, ou que são inseguras, ou que não conseguem lidar com ordens de superiores, ou, ainda, aqueles que trabalham em uma determinada atividade sem outra opção de mudança, ou por determinação de terceiros.

Averiguou-se a importância de ações por parte da organização com uma equipe multidisciplinar para atender os trabalhadores acometidos de doenças relacionadas ao trabalho. Notou-se que, dentre as doenças mentais relacionadas ao trabalho, o alcoolismo é a mais agravante ao suicídio laboral; de difícil intervenção pela não controle do consumo.

Cabe ressaltar, ainda, que as doenças mentais e do comportamento podem ser prevenidas (ou amenizadas) através da adoção de uma série de medidas nos contextos de trabalho com atendimento ao trabalhador e suporte psicológico para amenizar os danos causados pelo trauma, podendo, dessa forma, evitar-se o suicídio laboral. Sob esse enfoque, é importante relatar a responsabilidade dos empregadores e das empresas, independente do ramo de atuação e, da infração das legislações ambientais, sanitárias e trabalhistas para aqueles que não criam incentivos ou não investam na prevenção dos agravos a saúde do trabalhador. (MS, 2005).

No Brasil, com o aumento do desemprego aumentou o número de trabalho informal, que fogem à legislação e ao controle dos órgãos públicos, tornando-se fonte de intenso sofrimento para os trabalhadores que se submetem a qualquer tipo de trabalho, pois o desemprego ocasiona a falta de possibilidades de novas inserções profissionais, alterando a saúde mental dos trabalhadores. Esse novo perfil ocupacional no Brasil passa a gerar situações

de pobreza e miséria, [...] considerado, nessa circunstância, como um coadjuvante de casos de suicídios. (MS, 2005).

É imperativo frisar a importância da participação dos trabalhadores junto aos sindicatos, segmentos da sociedade e à direção da empresa, elaborando ações para a promoção e prevenção de doenças sócio profissionais, com o RH podendo mediar as reivindicações junto à classe patronal. O RH pode contribuir realizando avaliações de desempenho, treinamentos, pesquisas de clima periodicamente para identificar, permanentemente, os níveis de satisfação e insatisfação dos trabalhadores e, assim, propor ações para melhorar o clima organizacional, ou até mesmo a implantação do QVT.

Cabe ao trabalhador denunciar, junto aos órgãos responsáveis pela vigilância e saúde do trabalhador, quaisquer formas de trabalhos quer sejam dolosos, insalubres ou de princípio escravo a que são submetidos. Ressalte-se ainda a importância das denúncias, pois só assim é possível cumprir o que preconiza a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), elaborada pelos Ministérios do Emprego e do Trabalho: “trabalhar sim, adoecer, não”!

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Carlos Eduardo Vizzaccaro, AMARAL, André Luís Vizzaccaro, AMARAL, Sergio Augusto Vizzaccaro. **Agravos à Saúde Física e Mental do Trabalhador: o assédio moral indireto e os desafios para o trabalhador no século XXI**. 2010. Disponível em: <[www.estudosdotrabalho.org/02RevistaRET7.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/02RevistaRET7.pdf)>. Acesso em 18 de julho de 2012.

BAHLS, Saint-Clair; BOTEGA, Neury José. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007, p.151-172.

BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; CARLOTTO, Mary Sandra; COUTINHO, Antônio Souto and AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Rev. bras. epidemiol.** 2010, vol.13, n.3, pp. 502-512.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.252, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252> Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM, N.º 1.339/1999**. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**, 3ª CNST: trabalhar, sim, adoecer, não, coletânea de textos. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. 2001. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. **RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO. Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. 2001. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf) Acesso em 21 de janeiro de 2013.

BRASIL, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). **Perfil epidemiológico dos Suicídios de Santa Catarina**. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim\\_causas\\_externas.def](http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim_causas_externas.def). Acesso em 19 de março de 2012.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário Técnico de Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1979.

**CID-10-Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em: <http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

DEJOURS, C, BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 55-73, jun. 2007.

FREITAS, Maria Ester de. **Suicídio, um problema Organizacional**, 2011. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/54-57.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

GERSCHENFELD Ana. “Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal”. **Entrevista a Christophe de Dejours**. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST. 2010. Disponível em: [http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal\\_1420732](http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732). Acesso em 13 de maio de 2012.

HARRISON, G.; LLOYD, K. Suicide and undetermined injuries: the case for a public health target. *International Review of Psychiatry*, v.12, p. 5-6, 2000. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de; KOHN, Roberto. **Epidemiologia da Saúde Mental no**

**Brasil.** São Paulo: Artmed, 2007.

HELOANI, José Roberto and CAPITAO, Cláudio Garcia. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo Perspe. 2003, vol.17, n.2, pp. 102-108.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LARA, Eduardo Martins; XAVIER, Marcelo Souza; GONÇALVES, Márcia. Psiquiatria na Prática Médica: Perfil dos pacientes envolvidos em tentativas de suicídio por intoxicação exógena no pronto socorro de Taubaté. **Psychiatry on line Brasil.** Setembro de 2009, vol.14-n9.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão:** as bases biológicas da fé e da realidade. São Paulo: Summus, 1983.

MARTINS, Cleber Donizeti. **Suicídio Laboral:** Um caso real de Assédio Moral. 2019. Disponível em: [www.assediomoral.org/.../Suicidio\\_Laboral\\_-\\_Um\\_Caso\\_Real\\_de\\_A...](http://www.assediomoral.org/.../Suicidio_Laboral_-_Um_Caso_Real_de_A...) Acesso em 13 de maio de 2012.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à administração.** 5. ed. rev. São Paulo: Atlas, 2000.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida (Dr<sup>a</sup>). **Interfaces da Psicologia Com o Risco de Suicídio.** Lages: Ed. do Autor, 2010. 162 p. Número de Chamada: 150 M663i. Universidade do Planalto Catarinense-UNIPAC.

NARDI, Antonio Egidio. **Questões atuais sobre depressão.** São Paulo: Lemos editorial, 2006.

PORTO, José Alberto Del; **Depressões:** ASPEN-Saúde Mental. EPM: Editora de Projetos Médicos. São Paulo-SP, 2005.

RODRIGUES, Bruno Daniel Almeida. **A fadiga no trabalho.** 2010. Disponível em: [http://prof.santana-e-silva.pt/EGI\\_grh/trabalhos\\_10\\_11/Fadiga%20no%20Trabalho.pdf](http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_10_11/Fadiga%20no%20Trabalho.pdf). Acesso em 21 de janeiro de 2013.

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi; Siqueira, Marcus Vinícius Soares; MENDES, Ana Magnólia. Tentativas de Suicídio de Bancários no Contexto das Reestruturações Produtivas. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 5, pp. 925-938, Set./Out. 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac> Acesso em 30 de março de 2012.

SCHILLING, R.S. **Emeritus Professor of Occupational Health,** University of London-1984

SILVA, Reinaldo Oliveira da. **Teorias da administração.** 2001, São Paulo: Pioneira Thomson.

VIEIRA, Rosa Maria Tedeschi; SERAFIM, Antonio de Pádua and SAFFI, Fabiana. Prejuízos neurocognitivos na dependência alcoólica: um estudo de caso. **Rev. psiquiatr. clín.** 2007,

vol.34, n.5, pp. 246-250.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.