



18º Congresso Brasileiro de Sociologia  
26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)  
Grupo de Trabalho: Sociologia Clínica

De acidente de trabalho à doença mental: o social do psíquico?  
Marcello Cavalcanti Barra  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília –  
PPGSOL/UnB

## **De acidente de trabalho à doença mental: o social do psíquico?**

Marcello Cavalcanti Barra

Um acidente de trabalho leva à doença mental? É possível observar um acidente de trabalho que leva a um transtorno mental como a incidência do fenômeno social na psique humana? O texto faz parte das pesquisas do projeto de Tese do autor e traz questões da investigação. Apesar de usar dados primários coletados no campo e outros dados secundários, como de revisão bibliográfica, a natureza do artigo é ensaística, pois ainda não há quantidade de dados suficiente para garantir a base empírica da pesquisa. Objetiva-se discutir a influência do social no psiquismo humano, trazendo elementos para a reflexão sobre a relação entre o social e o psíquico.

Busca-se pôr luz na relação entre acidentes de trabalho e adoecimentos mentais, tema bastante invisibilizado. Fazem-se observações, em maior parte – mas não exclusivamente –, tendo como objeto médicas e médicos. Essa é uma categoria de trabalho em que há considerável desconhecimento público dos transtornos psíquicos por que passam e das condições de trabalho.

Dados de pesquisa referente ao estado de São Paulo indicam que 64% das/os médicas/os já sofreram ou conhecem colega que passou por agressão no trabalho, seja por parte de paciente, acompanhante ou familiar (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015). Aquele percentual assim se decompõe: 5% das médicas e médicos foram pessoalmente agredidas e agredidos (sendo jovens e mulheres mais afetadas), 12% em conjunto com colega e 47% ocorreram com colega de profissão (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015, p. 6). Outra pesquisa informa que médicas e médicos têm taxas de suicídios maiores do que a população em geral, assim como entre estudantes de medicina é maior do que em outras áreas acadêmicas (GROTMOL; GUDE; MOUM; VAGLUM; TYSSSEN, 2013; HAWTON; SIMKIN, 2004; KAMSKI; FRANK; WENZEL, 2012; MARTINAC; SAKIC; SKOBIC, 2003 apud SANTA; CANTILINO, 2016). O índice na carreira médica chega a ser até cinco vezes maior<sup>1</sup> do que na população em geral, de acordo com pesquisa realizada na Alemanha (KLAMSI; FRANK; WENZEL, 2012 apud SANTA; CANTILINO, 2016). Sobre as razões das taxas superiores de suicídios

entre médicos, médicas e estudantes de medicina, recente revisão de literatura sobre suicídios, chegou à seguinte conclusão:

As principais causas apontadas nos estudos foram maior incidência de transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico relacionados a vivências específicas da profissão, como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações (SANTA e CANTINILINO, 2016).

Outro estudo vai ao encontro disso. A alta taxa de adoecimento psiquiátrico de médicos e médicas está associada à característica de constituir-se como uma “profissão em si estafante”, na relação descrita pelos médicos e professores de medicina Munir Massud e Genário Alves Barbosa (2007, p. 184). Mesmo assim, ainda são poucos os estudos sobre essa categoria profissional no Brasil (MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 184). Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBTD) – repositório de dissertações e teses construído e mantido pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - IBICT (2017) – não se conseguiu localizar sequer um trabalho que tenha médicos e médicas como objeto.

### **Controvérsias em saúde mental**

Corriqueiramente usada, a palavra doença traz certa dose biologizante, que remete à naturalização, enquanto a expressão transtorno denotaria algo que atrapalha a ação humana, portanto, mais sociológica. Há o reconhecimento de setor médico – no caso coletado, da psiquiatria – de que o melhor é deixar de ver quadros clínicos exclusivamente como patológicos (doentios) e biológicos. No entanto, a criação de novos males na lista de doenças – chamada de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde ou Código Internacional de Doenças, na 10ª revisão (CID-10) – aponta para a “doentização” (“patologização”).

Na CID-10, a chamada Tensão Pré-Menstrual (TPM) foi tornada doença<sup>ii</sup> e a infância passou a ser corriqueiramente medicalizada com “Ritalina” (nome comercial da substância química “Metilfenidato”), diante do chamado Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Naquela linha, o setor médico citado propõe a

problemática como se fosse um fio: ao mesmo tempo em que não se deveria buscar patologizar, também não se pode desprezar que a pessoa pode estar doente. Um caminho que encontra adesão nessa narrativa diz respeito aos determinantes sociais da doença.

Uma questão associada é em torno da relação entre indivíduo e sociedade: até onde se tem a pessoa e onde começa o social?<sup>iii</sup> Haveria dúvidas sobre o que vem do individual e qual a responsabilidade do social. Existe mesmo a indagação do que é humano e o que é natureza – em torno do problema do inconsciente.

Dilemas esses que se colocam tanto para os acidentes de trabalho, quanto para a saúde mental. Enquanto no geral do senso comum, imputa-se a responsabilidade pelo acidente individualmente à trabalhadora e ao trabalhador, no padecimento psíquico, fala-se como se fosse “coisa da cabeça da pessoa” – tão individual, que não se consegue enxergar o mal<sup>iv</sup>.

Enquanto as pesquisas em genética praticamente levam de imediato à responsabilização do indivíduo, quando se acompanha o processo entre o biológico e o real da vida concreta, verifica-se que ocorre uma transformação. Essa é operada pelo social. Entre a determinação biológica e a vida real há o social. Pode-se mesmo operar a hipótese: quando se observam os cruzamentos que resultam em determinado DNA, constata-se que não ocorreram absolutamente ao acaso, mas estão também sob condições humanas e sociais. A uma raiz inata, como o inconsciente, com uma base biológica, quando chega à vida, com as relações concretas, já é social.

Um pomo da discórdia entre o movimento pela saúde mental e a indústria farmacêutica é sobre o que é, ou não, patológico. Enquanto esse segundo ator diz que algo é doença, o movimento social, junto com um setor médico minoritário, responde que a indústria trata como doença o que é inerente à vida social e humana (FRANCE, 2014; GILSON, 2016; MILLER, 2011). Os transtornos psíquicos não serem diagnosticados e diagnosticáveis por exames é um trunfo que tem o movimento contra a patologização.

Há reconhecimento do setor médico minoritário de que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) foi muito além do que deveria na última atualização, a quinta. A indústria, para ocultar a ação auto-interessada, teria

criado a expressão “psicofobia” para o movimento, como se esse não reconhecesse a existência de doença psíquica. Nota-se que tal movimento é um caudal da luta de algumas décadas contra a existência de manicômios, que pode ser remontada a uma expoente histórica no Brasil, a psiquiatra Nise da Silveira.

A saúde mental tornou-se tema público com a luta antimanicomial. Isso aconteceu, no Brasil, a partir do final dos anos 1970, com o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), e que levou ao II Congresso da categoria (1987), quando se começou a construir a Carta de Bauru, um marco no processo. O tema do acidente de trabalho torna-se uma questão pública com a mobilização e organização da classe trabalhadora, diante da tragédia corriqueiramente vista na industrialização desde o século XIX. Em período mais recente no Brasil, isso ocorreu pelo prejuízo causado às e aos capitalistas, pois têm de arcar com indenizações. Esse custo leva a se tornar mais público o assunto, paralelamente às tremendas perdas pessoais de quem sofre o acidente, respectivos familiares e círculo de amizades. Por sua vez, foi na década de 1970 – durante a ditadura civil-militar – que o Brasil recebeu o título de campeão mundial de acidentes de trabalho, quando organiza a reação pela classe trabalhadora. Como se observa, tal década foi crucial para a reorganização da classe: tanto no combate a acidentes de trabalho, como na defesa da saúde mental, ambas emergiram nos anos de 1970.

### **Acidentes de trabalho no Brasil**

O Brasil é atualmente um dos líderes mundiais em número de acidentes de trabalho, em quarto lugar<sup>v</sup>, e o primeiro no continente latino-americano. O acidente de trabalho tem desde um modo tradicionalmente reconhecido no país, como a queda da pessoa de um andaime na construção civil, até outras formas que vêm sendo também acolhidas como tal. Esse é o caso de um trabalhador, no Rio Grande do Sul, que sofreu humilhações da chefia em uma reunião e ficou mudo, perdendo a voz. O Poder Judiciário reconheceu o caso, então, como sendo de acidente de trabalho<sup>vi</sup>. Assim escreveram Jacques e Jacques:

Depois de recuperar a fala e ter seu caso reconhecido como acidente de trabalho, ele explica que ao ser destrutado, 'quis chorar, um nó foi crescendo

na garganta e ficou mudo' (Zero Hora, 18 mar. 1994, p. 8 apud JACQUES e JACQUES, 2009, p. 147).

Os Correios são uma organização com alta incidência de acidentes de trabalho e lideram a ocorrência de acidentes típicos no Brasil, com 88,02 a cada mil vínculos (DIEESE, 2016, p. 175). Além disso, como inúmeras municipalidades não têm agências bancárias, os Correios são o único meio em que se fazem operações bancárias, por meio do chamado Banco Postal. No entanto, essas agências não têm os recursos de segurança exigidos legalmente de um banco, sendo então acometidas por inúmeros assaltos. Uma pesquisa na cidade de São Paulo também revelou a suspeita de transtornos psiquiátricos comuns em 40,2% da amostra de carteiros e carteiros, coletada em quatro Centros de Entregas de Encomendas (CEE) (WATANABE, 2015, p. 103). Assim a autora escreveu:

Desses trabalhadores, 72,9% referiram que tiveram acidente de trabalho e, dentre as causas dos acidentes, 40,7% deles relataram no questionário terem sido assaltados várias vezes (8, 11, 16 e até 22 vezes). Dois trabalhadores mencionaram nos problemas de saúde referidos o estresse e problemas psicológicos (medo, ansiedade, momentos de raiva) (WATANABE, 2015, p. 103).

Há organizações recorrentes em acidentes. O Estado reconheceu então as diferenças entre elas e estabeleceu uma tipologia com três faixas de incidência, com implicações na diferenciação de participação em fundo público para cobrir as indenizações a acidentes de trabalho. O ônus da empresa empregadora em provar que não foi dela a responsabilidade por acidente ocorrido com trabalhador/a – que é o hipossuficiente na situação e na relação – e o estabelecimento do chamado Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) tornaram-se possível a partir da tese de Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira (2008), na Faculdade de Saúde da UnB (OLIVEIRA, 2008, p.127).

Referente ao ano de 2016, a Tabela I apresenta a ocorrência de transtornos mentais em decorrência de acidente de trabalho.

Tabela I – Transtornos psíquicos e quantidade de Auxílios-Doenças (concedidos pela Previdência Social) devidos a acidentes de trabalho, em 2016.

<b>Transtornos psíquicos</b>	<b>Nº</b>
Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física – F06	18
Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral – F07	12
Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado – F09	2
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – F10	135
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos – F11	1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides – F12	2
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	19
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis – F18	1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – F19	82
Esquizofrenia – F20	38
Transtorno esquizotípico – F21	2
Transtornos delirantes persistentes – F22	10
Transtornos psicóticos agudos e transitórios – F23	35
Transtornos esquizoafetivos – F25	14
Outros transtornos psicóticos não-orgânicos – F28	1
Psicose não-orgânica não especificada – F29	63
Episódio maníaco – F30	11
Transtorno afetivo bipolar – F31	400
Episódios depressivos – F 32	2.546
Transtorno depressivo recorrente – F33	900
Transtornos de humor [afetivos] persistentes – F34	26
Outros transtornos do humor [afetivos] – F38	6
Transtorno do humor [afetivo] não especificado – F39	13
Transtornos fóbico-ansiosos – F40	135
Outros transtornos ansiosos – F41	2.394
Transtorno obsessivo-compulsivo – F42	25
"Reações ao ""stress"" grave e transtornos de adaptação" – F43	3.614
Transtornos dissociativos [de conversão] – F44	23
Transtornos somatoformes – F45	22
Outros transtornos neuróticos – F48	18
Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais – F51	1
Transtornos específicos da personalidade – F60	8
Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral – F62	1
Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto – F68	1
Retardo mental moderado – F71	1
Transtornos hipercinéticos – F90	1
Distúrbios de conduta – F91	1
Transtornos mistos de conduta e das emoções – F92	2
Transtorno mental não especificado em outra parte – F99	4
<b>Total</b>	<b>10.588</b>

Fonte: “Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais” (Ministério da Fazenda, 2017), que contém o Código F da CID-10.

Obs.: A CID-10 traz códigos de F00 até F99. Aqueles códigos que não aparecem na Tabela I não tiveram nenhum/a trabalhador/a a que tenha sido concedido o benefício em 2016.

Certamente o número de trabalhadoras/es acometidas/os pelos transtornos psíquicos em decorrência do trabalho é muito maior do que aqueles apresentados na Tabela I. O acolhimento, pelo Estado, tende a ser objeto de longas e duras disputas jurídicas a cada passo do processo no Poder Judiciário e mesmo na esfera administrativa. Empresas constituem advogados/as para contestarem o que o/a trabalhador/a acidentado/a argumenta. Contudo, são expressivos tais números que mostram milhares de pessoas reconhecidamente afetadas na psique por conta de acidentes de trabalho, mesmo sem o cômputo de dados de aposentadoria e óbitos.

Tabela II – Auxílios-Doença por Acidente de Trabalho e Previdenciário em 2016

	<b>Acidentes de Trabalho</b>	<b>Previdenciário</b>
Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação – F43	3.614	8.212
Episódios depressivos – F 32	2.546	49.75

Fonte: “Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais” (Ministério da Fazenda, 2017a; 2017b).

Mesmo que os dados apresentados na Tabela 2 sejam apenas referentes ao ano de 2016, ao se compararem os números de concessão de Auxílio-Doença por acidentes de trabalho e por causas não-acidentais (previdenciárias<sup>vii</sup>), verifica-se que o trabalho está mais relacionado ao “stress” do que à depressão – o que pode ser constatado na citada tabela. Portanto, à luz da regulamentação do Estado na seguridade social, pode-se dizer que há alguns transtornos mentais mais relacionados à atividade laboral do que outros. Além disso, não apenas o trabalho se conecta a tais transtornos. Desigualmente se relacionam os diversos padecimentos mentais com a atividade trabalhista.

### **Uma hipótese sobre condição de trabalho médico e o Sujeito**

Ao contrário do que pode parecer, a profissão de médico e médica como sendo bem-sucedida é algo recente na história humana e, basicamente, ocorre apenas no século XX (MACHADO; REGO; OLIVEIRA; LOZANA; PEREIRA; PINTO; CAMPOS; SERTÃ; BRAGA; BARCELLOS, 1997, p. 32-33). A partir desse período há um reconhecimento social, com retornos financeiros equivalentes à alta aprovação e aceitação, com atração para a carreira e conferência de status social.



Esse processo se deu: por um lado, paralelamente ao avanço científico e tecnológico – materializado na forma de mercadorias, sejam drogas legalizadas (medicamentos) pelas indústrias farmacêutica, sejam equipamentos pela indústria correspondente –, por outro lado, com a monopolização do exercício da prática médica, a partir do reconhecimento pelo Estado.

Médicos e médicas fazem prescrições e se configuram praticamente como correias de transmissão na produção da indústria para o mercado, na forma de medicamentos, exames e cirurgia. O que são hoje é, em alguma medida, uma criação para escoar tal produção. Nessa perspectiva, o reconhecimento de médicos e médicas resulta do avanço da produção capitalista e fechamento (monopolização) do mercado pelo poder estatal, ambos sob o peso econômico e influência da indústria farmacêutica.

A partir dos anos 1990, cresce uma nova intermediação nos serviços de saúde<sup>viii</sup>, com os chamados Planos de saúde, que são, na realidade, “seguros privados de assistência à saúde”. Apesar de afetarem a remuneração de médicas e médicos, não há na categoria uma maior insatisfação contra a atuação desses planos. Essa intermediação acaba sendo um problema a mais, dentre outros (GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, p. 36-37), que representa uma forma de ingerência da financeirização na prática médica, em realidade.

O século XXI vive, desde a primeira década dele, uma grande crise do sistema econômico. A atividade médica também encontra-se em crise. Esse contexto acentua a crise na associação entre médicas/os, indústria e Estado, forjada no século passado.

A jornada de trabalho na medicina tem uma carga horária muito acima do regulado para o geral das ocupações. Há quem compare a atividade ao sacerdócio (pela entrega), o qual as/os médicas/os teriam sucedido, na contemporaneidade, a religiosas/os de outros períodos históricos. Há um ethos próprio a cada ocupação profissional (DUBAR; 2005), que deve ser ponderado no método de análise da categoria em tela. Seria, o da categoria médica, uma composição entre virilidade e racionalização?

É recorrente o discurso de que as e os profissionais de medicina ganham muito. Contudo, respondem que não, que trabalham muito, em longas jornadas em

inúmeros locais de trabalho. Há também uma significativa distinção etária na carreira da medicina, ao lado da diferenciação por especialização médica. A distinção por idade é globalmente mais determinante nas condições de trabalho e remuneração, mas a especialização tem também um peso significativo na análise da atividade de médicas e médicos.

Quanto mais jovem é a/o médica/o, maior a sujeição a piores condições de trabalho (cargas horárias muito longas, residências de até 60-80 horas semanais, médicos e médicas intensivistas em plantões com até 90 horas) e mais adoecimento.

“A medicina se impôs como uma das atividades mais importantes da economia dos Estado Unidos” (MACHADO; REGO; OLIVEIRA; LOZANA; PEREIRA; PINTO; CAMPOS; SERTÃ; BRAGA; BARCELLOS, 1997, p. 25), quando médicas e médicos estão associadas/os a isso, por exemplo, na remuneração. No entanto, quando se alcança o cume, não há como avançar. Ao ponto mais alto, segue-se uma queda. É a partir desse momento que começa a crise da profissão médica. Quando atingem o máximo de autonomia financeira perante o capital e o Estado, começam a perceber o abuso da indústria na classificação de novas doenças, para se ampliar a vendagem de medicamentos. Como escreve o médico e professor Gilson Dantas, a respeito da abordagem da medicina no Brasil, sob a influência da medicina dos EUA “a transformação de problemas cotidianos ou perturbações do humor, da subjetividade em doença mental – e daí indicar tratamentos duvidosos e/ou de risco – é rotina nessa abordagem médica” (DANTAS, 2016).

Médicas e médicos começam a criar uma resistência crítica à ação da indústria. Que fazem, então, as empresas? Passam a atuar diretamente sobre o consumo, estimulando consumidoras/es de medicamentos. Usam os mais diversos recursos de “marketing”, como novos canais de venda (por exemplo, internet e supermercados) e canais de promoção de medicamentos, via mídia, com filmes, TV, internet, revistas, jornais, mas também diretamente com profissionais que podem indicar transtornos (sem prescrever), como psicólogas/os e educadoras/es, entre outras/os. Com tudo isso, pacientes chegam, então, à clínica já com nome de medicamentos que desejam ver prescritas, quando alegam já saberem sobre as doenças e as drogas, sem a consulta clínica.

Médicos e médicas logo identificam a internet como alvo da crítica. Nesse

sentido, o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) jogaria um papel para a violência que sofrem médicos e médicas.

É pelo corte etário – cuja linha divisória é a da formação efetiva (real) de médicos e médicas, chegando até aos vinte anos no total, com a formação acadêmica e experiência profissional – que se verificam as condições mais precárias de trabalho: intensificação do trabalho, desemprego, elevação do grau educacional, fraqueza sindical, novos métodos de administração.

Em busca principalmente de experiência – tão cara ao modelo em voga de prática médica –, mas também para receberem rendimentos pecuniários, que as/os médicas/os se desdobram em inúmeras atividades nos primeiros anos de formação, em diferentes locais de trabalho<sup>ix</sup>. Localizadamente, médicas e médicos atuam em hospitais públicos e privados, clínicas, laboratórios, postos de atendimento, repartições públicas, empresas privadas e públicas, órgãos públicos, instituições de ensino. A diferença organizacional é central para os riscos muito diferenciados para a ocorrência de acidentes de trabalho.

Os valores que percebem médicos e médicas lhes possibilita uma autonomia maior, o que permite um grau de independência em relação às indústrias médicas e também ao Estado. Isso aparece quando um ou uma profissional toma decisões que contrariam tanto os interesses empresariais, quanto estatais. Portanto, ao mesmo tempo em que o reconhecimento do e da profissional de medicina se deu estruturalmente com a força da indústria farmacêutica, e suportado pelo Estado, esse médico ou médica ganha uma margem de autonomia – em última instância, por tratar-se da luta pela vida das pessoas. Essa seria uma autonomia, acima de tudo, da experiência, com conhecimentos de diferentes naturezas, tanto tácitos e práticos, como científicos, tecnológicos e teóricos. É quando se pode supor que nos interstícios das estruturas pode emergir o Sujeito.

Esses/as médicas/os, contudo, sujeitam-se à concorrência com pares – daí que, recém-formadas/os, se submetem a condições precárias de trabalho. Com isso, organizações que comprem serviços de saúde, sejam estatais ou privadas, entendem assim a trabalhadora e o trabalhador: “médico[a] é igual a 'sal' (branco, abundante e barato)” (MACHADO; REGO; OLIVEIRA; LOZANA; PEREIRA; PINTO; CAMPOS; SERTÃ; BRAGA; BARCELLOS, 1997, p. 203).

Assumida a persona de profissional liberal, junto à questão de reconhecimento e posição na hierarquia social, nas relações laborais há também uma intensa competição com outras categorias. Com a psicologia e odontologia, por exemplo, a proposta da legislação chamada de “Ato Médico” sintetizou os pontos mais importantes, cujo fulcro era o monopólio da prescrição de medicamentos, mas também passa por solicitação de exames e internação. O Projeto de Lei, contudo, não vingou nos temas controversos.

Portanto, mesmo sob a proteção monopolista do Estado, as médicas e os médicos estão sob uma competição externa, de outras categorias, que tentam ampliar os recursos delas, rumo ao espaço do habitus de médicas/os. Dois casos para ilustrar: no primeiro, na cabeceira da cama cirúrgica de paciente aparece a questão de “quem controla a cabeça do/a paciente?” No segundo, haveria dois restaurantes separados em hospital privado de Brasília: um para médicas/os e outro para enfermeiras/os. Ainda, com a posição que ocupam, médicas/os são determinantes e centrais para a política de saúde, quando controlam o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **A formação em medicina e o mercado**

Quem é estudante de medicina geralmente foi o ou a de melhor desempenho na escola do Ensino Médio. Para passar nessa faculdade, o funil é estreito. Quando entram, convivem com tantos e tantas melhores estudantes. O médico e a médica carregam a marca de profissional liberal, ao par de bachareis do direito. Disputam, assim, um mercado aberto entre pares. Estudaram em um ambiente competitivo em que superestudantes das escolas no Ensino Médio tornam-se apenas mais uma e um estudante na escola de medicina. É nesse contexto que estudam e se formam as/os profissionais da área, que têm por missão o cuidado com a saúde humana, sob as condições que têm. A formação de médico e médica confere a habilitação para a prática da medicina conforme o padrão do mercado que receberá o e a profissional. A escola é também relevante do ponto de vista da competição para se buscar compreender a categoria.

De modo esquemático, até o Ensino Médio, futuros/as médicos/as têm uma

reserva de mercado dada pela família de que advém, geralmente de classe média e alta. A posição de classe não é afetada na faculdade de medicina, que foi pouco alterada pelas cotas raciais e classistas, regidas descentralizadamente pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Quando se formam, ex-estudantes se separam nos nichos das especialidades médicas; portanto, não mais competirão diretamente. Já na faculdade há uma competição mais aberta e direta. Nesse sentido, os primeiros anos seriam os mais críticos. Contudo, os casos de tentativas de suicídios e, possivelmente, de maior incidência de drogas ocorrem no quarto ano, um dos anos mais puxados, em que além das aulas, há o chamado internato hospitalar, quando as médicas e os médicos ficam nos hospitais. Nesse internato, precisam cumprir 35% da carga horária do curso de medicina.

“No Brasil, até março de 2016, havia 268 escolas médicas em atividade (...)[,] sendo 146 particulares. (...) De 2000 a 2015, foram criadas 142 escolas médicas: 51 públicas e 91 particulares” (WIKIPEDIA, 2017). A expansão maior da rede privada teria contribuído para rebaixar tanto a qualidade da formação de médicos/as, quanto o reconhecimento dos/as professores/as. Esse processo de rebaixamento do ensino da medicina, no contexto da crise generalizada da sociedade, teria desqualificado também a universidade pública, quando podem ser observados docência e estudantado desmotivados. Nesse cenário, o mérito cederia lugar ao apadrinhamento do “quem indica”.

Em suma, a qualidade da formação em medicina caiu e deixou a desejar em termos propriamente técnicos, mas também científicos e humanos. Haveria também falta de preparo para as relações interpessoais, quando médicas/os críticas/os argumentam que se deveria trabalhar a paciência, lidar com a controvérsia, o conflito e o compromisso humano e humanista da medicina. À luz dessa última perspectiva, veria-se mais o aspecto financeiro (“cifrões”) do que propriamente a pessoa do outro lado. Nos EUA, que dirigem o modelo de medicina em voga no Brasil, por exemplo, 42% da população não confiam nos médicos e médicas (International Social Survey Programme, 2013 apud BLENDON; BENSON; HERO, 2014). Ao mesmo tempo, nesse mesmo país, há indicações de uma epidemia de suicídios de médicas e médicos, em torno de 300 e 400 por ano, com 29% de residentes portando sintomas de depressão (MATA; RAMOS; BANSAL; KHAN; GUILLE; ANGELATONIO; SEM,

2015 apud Graham, 2016). Isso mostra crises na medicina e escola sediadas nos Estados Unidos.

Condições de trabalho, com extensas e conturbadas jornadas de trabalho (que podem envolver brigas, consumo de drogas e prática sexual), com violências no ambiente de trabalho, quantidades de vínculos empregatícios, infraestrutura débil e a formação em medicina são questões a serem discutidas na possibilidade de uma Reforma da medicina, com retomada de princípios.

### **Acidente e adoecimento**

Por que ocorre um acidente no trabalho? O acidente é o evento não-corriqueiro, não-cotidiano. Portanto, é o que foge à rotina. Colocado de outra maneira, se há um equilíbrio nas condições, se há estados, o acidente será um momento de ruptura, que descompensa; é o momento em que não se tem mais controle, perdeu-se o controle da situação. Guarda um paralelo com a definição da doença como sendo a perda da liberdade – descobre-se isso quando ocorre o acidente. Doença e acidente representam uma dupla perda que resultam em outras perdas: de capacidades, habilidades, emprego e relações sociais.

No entanto, se o acidente é a ruptura, existe um processo até ele – há uma construção social do acidente. A observação das condições de vida e trabalho de médica e médico ajuda a compreender o acidente de trabalho.

Como e por que profissionais de medicina adoecem? Com profundo conhecimento do corpo e saúde humanos, por que médicas e médicos adoecem? Só de se ter um corpo humano se está sujeito ao adoecimento. Seria essa uma condição humana? No entanto, a saúde e a doença não podem ser naturalizadas, existem condições sociais para elas. O transtorno mental, por sua vez, tem especificidades em relação ao adoecimento físico.

Resistir a adoecer é uma fuga – mas que tem limites –, cuja doença pode reaparecer de outras formas. Posterga-se um problema, como um recalque, ao não reconhecê-lo e tratá-lo. E quando o evento traumático ocorre, tal qual um acidente, como a pessoa reage a isso? Uma tendência é a de se isolar – como se fosse um problema individual; no entanto, o tratamento envolve relacionar-se com a

coletividade. O isolamento é um comportamento que denota a gravidade da situação, posteriormente ao evento traumático – ao mesmo tempo em que a escuta e a interação são partes da profissão médica (que se dá de modo desigual dentro da atividade profissional, ainda mais com a tecnificação cada vez mais acelerada). A caracterização do acidente de trabalho como problemática coletiva passa, além de pela descrição do contexto em que ocorre, pela história de vida pessoal e coletiva, sob a biografia de médico ou médica.

### **Considerações finais**

O transtorno mental de um indivíduo tem uma história, isto é, não é a-histórico. No caso do acidente de trabalho, o social é condição para o adoecimento psíquico.

Em síntese, um acidente de trabalho pode levar ao adoecimento mental. Há o reconhecimento desse fato pelo Estado, quando caracteriza uma doença ou transtorno mental como acidental, o que ocorre desde as perícias médicas do INSS até a concessão do benefício Auxílio-Doença, por exemplo. Apesar da possibilidade de nexos epidemiológicos já estar oficialmente estabelecida, resta transcender o diagnóstico pontual e resgatar as biografias de médicas/os acidentadas/os – tarefa para futuras investigações.

Na tensão entre indivíduo e sociedade e da batalha para fazer prevalecer o interesse coletivo comum pode surgir o sujeito, que é aquele que luta por liderar o rumo pelo destino de si próprio e pode reivindicar, nas próprias mãos, a batalha pelo futuro. Seria, no entanto, a tragédia de médicas e médicos uma tragédia mezinha? Por mais que ela não tenha as dimensões das tragédias de guerra e das ocupações profissionais mais abertamente vitimizadas em acidentes de trabalho, a categoria médica é a terceira em números absolutos e relativos que sofrem com acidente de trabalho pela exposição a material biológico (DIEESE, 2016, p. 198-199), está entre as dez com maior quantidade absoluta de vínculos empregatícios e entre as duas com maior proporção desses vínculos (DIEESE, 2016, p. 92-93), que são indicadores de trabalho precário. Existe uma realidade desigual entre as ocupações profissionais, mas que se combinam desigualmente em um todo, cuja resultante é a luta pela emergência do sujeito.

## Bibliografia

- BLENDON, Robert J; BENSON, John M.; HERO, Joachim O. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. Boston: Massachusetts Medical Society, 2014. *The New England Journal of Medicine*, v. 371, p. 1570-72, 23 out. 2014. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1407373>>. Acesso em: 31 maio 2017.
- CARNEIRO, Mauro Brandão; BARBOSA, Genário Alves. Formação Profissional e Mercado de Trabalho. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. 64% dos médicos já vivenciaram ou conhecem colega que sofreu violência. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, 4 jan. 2016. Edição 332, dez. 2015, p. 6. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>>. Acesso em: 31 maio 2017.
- DANTAS, Gilson. Psiquiatria: vendedores de ilusões perigosas? Esquerda Diário, Brasília, quinta-feira, 29 set. 2016. Disponível em: <<http://www.esquerdadiario.com.br/Psiquiatria-vendedores-de-ilusoes-perigosas>>. Acesso em: 31 maio 2017.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – DIEESE. *Anuário da Saúde do trabalhador, 2015*. São Paulo, DIEESE, 2016.
- DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FRANCE, Allen. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. In: FRANCE, Allen; M. P. O. Entrevista – Allen Frances. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. Catedrático emérito da Universidade Duke comandou a redação da ‘bíblia’ dos psiquiatras. Madri: *El País*, Madri, 27 set. 201, 01h24. Brasil/Sociedade. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295\\_336861.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html)>. Acesso em: 05 jun. 2017.
- GOUVEIA, Valdiney Veloso; BARBOSA, Genário Alves; MASSUD, Munir. Bem-estar e saúde mental. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. Disponível em: <[http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Saude\\_Med\\_Brasil\\_CFM\\_2007.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Saude_Med_Brasil_CFM_2007.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2017.
- GRAHAM, Judith. Why are doctors plagued by depression and suicide? A crisis comes into focus. STAT, Boston, Boston Globe Media, 21 jul. 2016. Disponível em: <<https://www.statnews.com/2016/07/21/depression-suicide-physicians/>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- GROTMOL, Kjersti Støen; GUDE, Tore; MOUM, Torbjørn; VAGLUM, Per; TYSSEN,



Reidar. Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *Journal of Affective Disorders*, v. 146, n. 1, p. 106-11, 20 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017539>>. Acesso em: 31 maio 2017.

GUEDES, Nuno. Médicos: 25% estão deprimidos e 40% exaustos emocionalmente. TSF Rádio Notícias. Lisboa, Rádio Notícias – Produções e Publicidade S/A, Publicações da Global Notícias – Media Group S.A., 30 de junho de 2016 – 06:52. Disponível em: <<http://www.tsf.pt/sociedade/saude/interior/medicos-25-estao-deprimidos-e-40-exaustos-emocionalmente-5257758.html>>. Acesso em: 31 maio 2017.

HAWTON, Keith; MALMBERG, Aslög; SIMKIN, Sue. Suicide in doctors: A psychological autopsy study. *Journal of psychosomatic research*, v. 57, n. 1, p. 1-4, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA (IBICT). Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Brasília: IBICT, 2017. Disponível em: <<http://bdt.d.ibict.br/vufind/>>. Acesso em: 13 jun. 2017

INTERNATIONAL SOCIAL SURVEY PROGRAMME SURVEY (ISSP). Opinion Poll on Public Trust in Physicians. March 2011 through April 2013. International Social Survey Programme Research Group. Health and Health Care – ISSP 2011. Cologne, Germany: *GESIS Data Archive*, 2013.

JACQUES, Maria da Graça; JACQUES, Camila Corrêa. Acidentes de trabalho e implicações psicossociais: uma discussão introdutória. São João del-Rei, *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 3, n. 2, mar. 2009.

KAMSKI, L.; FRANK, E.; WENZEL, Volker. Suicide in medical students: case series. *Anaesthetist*, v. 61, n. 11, p. 984-8, Nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23135770>>. Acesso em: 1 jun. 2017.

LATOURE, Bruno. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.

MACHADO, Maria Helena (Coord.); REGO, Sérgio; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; LOZANA, José de Azevedo; PEREIRA, Sandra Rosa; PINTO, Luiz Felipe; CAMPOS, Monica; SERTÃ, Fernando; BRAGA, Marcelo Levy dos Santos; BARCELLOS, Eduardo Rocha. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

MARTINAC M, SAKIĆ M, SKOBIĆ HJM. Suicidal ideation and medical profession: from medical students to hospital physicians. *Psychiatria Danubina*. 2003; 15(3-4), p. 185-8.

MASSUD, Munir; BARBOSA, Genário Alves. O contexto atual da saúde dos médicos. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. Disponível em: <[http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Saude\\_Med\\_Brasil\\_CFM\\_2007.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/temp/Saude_Med_Brasil_CFM_2007.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2017.

MATA, Douglas A.; RAMOS, Marco A.; BANSAL, Narinder; KHAN, Rida; GUILLE, Constance; ANGELANTONIO, Emanuele Di; SEM, Srijan. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. V. 314, n. 22, p. 2373-83, 8 dez. 2015. Chicago, Illinois: American Medical Association; JAMA Network Medical Education Website.

Disponível em: < <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474424>>. Acesso em: 16 jun. de 2017.

MILLER, Judith. Judith Miller: 'Cada um de nós tem seu grão de loucura'. *O Globo*, Rio de Janeiro, 2011. 04/06/2011 08:45. Disponível em: <<http://blogs.oglobo.globo.com/prosa/post/judith-miller-cada-um-de-nos-tem-seu-grao-de-loucura-384367.html>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentário Concedidos Segundo os Códigos da CID-10 – Janeiro a Dezembro de 2016. Brasília, Secretaria da Previdência, 30 jan. 2017. 2017a. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/B91\\_2016\\_Completo\\_CID.xlsx](http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/B91_2016_Completo_CID.xlsx)>. Acesso em: 06 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentário Concedidos Segundo os Códigos da CID-10 – Janeiro a Dezembro de 2016. Brasília, Secretaria da Previdência, 30 jan. 2017. 2017b. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/B31\\_2016\\_Completo\\_CID.xlsx](http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/B31_2016_Completo_CID.xlsx)>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MOLINIER, Pascale. *Les enjeux psychiques du travail*. Introduction à la psychodynamique du travail. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2008.

OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque de. *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um Novo Olhar Sobre a Saúde do Trabalhador*. Brasília: UnB, 2008. (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde). Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5303/1/2008\\_PauloRogerioAdeOliveira\\_orig.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5303/1/2008_PauloRogerioAdeOliveira_orig.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2017.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online], vol. 40, n. 4, p. 772-80, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>>. Acesso em: 31 maio 2017.

WATANABE, Emilia Maria Bongiovanni. *Aspectos psicossociais de risco no trabalho e a saúde mental dos carteiros da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, 2015. Dissertação (Mestrado em Trabalho, Saúde e Ambiente). Disponível em: <[http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/download/AcervoDigital/209/DISSERT\\_EMILIA\\_WATANABE\\_CARTEIROS\\_20160112104922-pdf](http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/download/AcervoDigital/209/DISSERT_EMILIA_WATANABE_CARTEIROS_20160112104922-pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

WIKIPEDIA. Faculdades de Medicina do Brasil. São Francisco/Los Angeles: Wikipedia, 2017. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Faculdades\\_de\\_Medicina\\_do\\_Brasil](https://pt.wikipedia.org/wiki/Faculdades_de_Medicina_do_Brasil)>. Acesso em: 31 maio 2017.

- 
- <sup>i</sup> A citada pesquisa mostra que o índice de suicídios de médicas e médicos está entre três e cinco vezes maior do que o todo da população.
- <sup>ii</sup> A Tensão Pré-Menstrual recebeu o título de Síndrome de Tensão Pré-Menstrual, com o código de N94.3, no CID-10.
- <sup>iii</sup> Para não se cair em uma pura abstração, há consequências legais e jurídicas em torno dessa caracterização, e que não param na letra da lei. As políticas públicas e a própria política acabam sendo impactadas por essa compreensão e definição, o que confere relevância o tema.

- 
- iv Caudatário de uma visão positivista, quando o que não é visto e observável pelos olhos, não existiria. O desenvolvimento dos mais diversos instrumentos para se ver o invisível a olho nu advém dessa visão de mundo. Foucault observa e critica essa visão (1999, p. 318; 387; 384; 370-372)
  - v Os países que estão à frente do Brasil no “ranking” de acidentes de trabalho são China, Índia e Indonésia.
  - vi Outro caso documentado é o de condutores e condutoras de metrô em Paris, que atropelam suicidas nos trilhos do veículo (Molinier, 2006, p. 221-223) e que sofrem transtornos psíquicos por conta disso.
  - vii A concessão de Auxílio-Doença por motivo previdenciário é constituída por razão não imediatamente relacionada ao trabalho.
  - viii Apesar de essa tendência já se mostrar nos anos 1980 (Machado; Rego; Oliveira; Lozana; Pereira; Pinto; Campos; Sertã; Braga; Barcellos, 1997, p. 12; Carneiro; Barbosa, 2007, p. 124).
  - ix Pesquisa em Portugal mostra que a divisão etária/geracional das condições de trabalho, operada na categoria médica, apresenta a mesma conformação que no Brasil – bem como a maior incidência de transtornos mentais entre as mulheres (Guedes, 2016).