



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia
Brasil

Yamashita Biasi, Evelyn; Rumin, Cassiano Ricardo
Aspectos da Prática Clínica em Psicologia Dirigida à Reabilitação de Trabalhadores
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 35, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 1350-1365
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282043249024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Aspectos da Prática Clínica em Psicologia Dirigida à Reabilitação de Trabalhadores

Aspects of Clinical Practice in Psychology
Focused on Workers' Rehabilitation

Aspectos de la Práctica Clínica en Psicología
Dirigida a la Rehabilitación de Trabajadores

**Evelyn Yamashita Biasi &
Cassiano Ricardo Rumin**

Faculdades Adamantinenses
Integradas

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001922013>



Artigo

Resumo: Este artigo tem por objetivo discutir aspectos da prática clínica em Psicologia, dirigida à reabilitação de trabalhadores. Compreende um estudo de caso sobre a intervenção dirigida a uma trabalhadora que sofreu mutilações em um acidente do trabalho. Os resultados indicaram que a prática clínica possibilitou a elaboração do luto frente às perdas funcionais e os prejuízos à imagem corporal, além de propiciar o acolhimento a diversidade de sentimentos ligados ao acidente. Os aspectos institucionais que inicialmente não se apresentavam integrados à compreensão do acidente foram gradativamente posicionados como determinantes deste evento. Assim, foi possível compreender aspectos da organização do trabalho na ocorrência do acidente. Conclui-se que a intervenção propiciou a compreensão dos sentidos presentes no acidente do trabalho e dos elementos constitutivos do risco na prática laboral.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador. Psicodinâmica. Reabilitação. Acidentes de Trabalho. Psicoterapia Breve.

Abstract: This study discusses the aspects of clinical practice in psychology focused on workers' rehabilitation. A case study was undertaken concerning an intervention oriented toward a worker who was a victim of mutilation during an occupational accident. The results indicate that clinical practice permits the elaboration of mourning in response to functional losses and impaired body image, besides favoring the welcoming of a range of feelings linked to the accident. The institutional aspects that initially were not integrated into the understanding of the accident gradually gained a determining role in this event. Thus, the aspects of work organization could be understood from the occurrence of the accident. In conclusion, the intervention furthered the understanding of the meanings present in the occupational accident and constituent elements of the risk present in the work practice.

Keywords: Occupational Health. Psychodynamics. Rehabilitation. Accidents, Occupational. Psychotherapy, Brief.

Resumen: En este artículo, la finalidad es discutir aspectos de la práctica clínica en psicología dirigida a la rehabilitación de trabajadores. Abarca un estudio de caso sobre la intervención dirigida a una trabajadora víctima de mutilaciones en un accidente de trabajo. Los resultados indicaron que la práctica clínica posibilitó la elaboración del luto ante las pérdidas funcionales y los perjuicios de la imagen corporal, además de propiciar el acogimiento de la diversidad de sentimientos vinculados al accidente. Los aspectos institucionales que inicialmente no se mostraban integrados a la comprensión del accidente fueron gradualmente posicionados como determinantes de este evento. Así, se pudo comprender aspectos de la organización del trabajo en la ocurrencia del accidente. Se concluye que la intervención propició la comprensión de los sentidos presentes en el accidente del trabajo y de los elementos constitutivos del riesgo en la práctica laboral.

Palabras clave: Salud Laboral. Psicodinámica. Rehabilitación. Accidentes de Trabajo. Psicoterapia Breve.

Introdução

As condições precárias de trabalho e as exigências elevadas de produtividade são recorrentes no Brasil (Oenning, Carvalho & Lima, 2012). A ausência de reconhecimento do nexo causal entre processos de adoecimento e trabalho também compõe este cenário destrutivo da exploração do

trabalho (Souza, Santana, Albuquerque-Oliveira & Barbosa-Branco, 2008). Por isso, a vigilância sanitária e epidemiológica voltada para a saúde do trabalhador vem sendo preconizada como modelo de reordenação desse cenário (Santos & Rigotto, 2010), em razão de seus respectivos potenciais para abordar os processos produtivos e reduzir a subnotificação de acidentes de trabalho.

A análise dos acidentes de trabalho é empregada como um elemento de investigação dos processos produtivos e seus efeitos articulada à vigilância sanitária em saúde do trabalhador, em virtude de considerar aspectos da organização da produção, das condições de trabalho e do treinamento em segurança, como fatores importantes para a compreensão das ocorrências de acidentes. Nessa direção, o acidente de trabalho transitaria de um campo particularizado, entre o trabalhador e a empresa, para a coletividade (Vilela, Mendes & Gonçalves, 2007).

Ampliam-se os esforços para reconhecer, compreender e abordar os impactos à saúde mental que emergem dos acidentes de trabalho (Bucasio et al. 2005). Além da situação relativa ao acidente, como determinante da manifestação de sofrimento psíquico, algumas pesquisas já demonstraram como características ligadas à organização do trabalho contribuem para a ocorrência de agravamento da saúde mental (Ferreira, Bonfim & Augusto, 2012; Guimarães, Martins, Grubits & Caetano, 2006; Kirchhof et al. 2009; Schmidt, 2006). Entretanto, ao observar a análise da produção científica em saúde do trabalhador, constata-se a elevada produção de conhecimento conceitual, seguida de estudos específicos nos quais se destacam a relação entre agravamentos à saúde mental e os acidentes de trabalho (Bezerra & Neves, 2010). Mesmo assim, verifica-se uma lacuna relativa às práticas de reabilitação em saúde do trabalhador, tendo em vista as poucas publicações sobre o tema (Paparelli, 2011; Rumin et al., 2011). Esta lacuna é ampliada, especialmente nas situações de reabilitação, em que práticas clínicas em Psicologia são exigidas.

Inicialmente, é importante articular alguns eventos, componentes da ocorrência de um acidente de trabalho, às concepções teóricas de Dejours (2004a) sobre o reconhecimento no trabalho. Isto decorre da necessidade de demonstrar que o impacto do acidente de trabalho à saúde mental está articulado ao reconhecimento coletivo e às vivências de alienação.

A perspectiva dejouriana aplicada ao acidente do trabalho para a compreensão do impacto à saúde mental

As investigações da teoria psicanalítica, relacionadas ao processo laboral, destacam a centralidade dos vínculos estabelecidos no trabalho para a constituição da identidade. Dejours destaca que:

[...] a identidade não pode ser construída, exclusivamente, no espaço privado. A esfera do amor, sozinha não é suficiente. Nenhum ser pode evidenciar completamente sua identidade no campo da economia erótica, pois é situar-se em uma posição de extremo perigo (Dejours, 2004a, p. 314).

O vínculo constituído no trabalho se apresenta também como um mediador entre a singularidade e o campo social. A satisfação das manifestações desejantes pode ser experienciada nas relações de trabalho, por meio da sublimação. Esta permite a valorização de uma atividade pelo seu desdobramento nos espaços de sociabilidade. Conforme destaca Dejours (2004a), a atividade valorizada pelo coletivo é algo que recebeu o julgamento do outro e, como tal, permite a inscrição do sujeito no campo social.

A saúde mental, portanto, também é produzida na relação com a coletividade. Dejours (1992) afirma que o estabelecimento de defesas coletivas, que objetivam tolerar a exploração do sofrimento no trabalho, é uma ferramenta de maior eficiência quando comparada a defesas individuais. Isto porque, o que é coletivo traz a marca do reconhecimento que, para Dejours (2001), não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (o que é classicamente designado em psicologia pela expressão 'motivação no trabalho' (Dejours, 2001 p. 34).

Os prejuízos à estruturação da identidade, à satisfação das relações desejantes e à

manutenção da saúde mental impõem distintos processos de alienação. Para auxiliar a compreensão dos processos de alienação propostos pela Psicodinâmica do Trabalho, é oportuno destacar uma concepção sobre o 'real': "o real se dá a conhecer ao sujeito por um efeito de surpresa desagradável, ou seja, de um modo afetivo. Isso vai desagradá-los ainda mais: é sempre afetivamente que o real do mundo se revela ao sujeito" (Dejours, 2008, p. 39)

Uma vez que o real é tomado, em algum patamar, como referência, uma vez que não haja o reconhecimento por parte de outro, se instaura a alienação social (Dejours, 2004b). Por outro lado, se o reconhecimento pela coletividade é afirmado, mas o contato com o real é prejudicado, desenha-se a alienação cultural. Sintetizando a reflexão dejouriana, a partir do triângulo de Sigaut – ego, real e outro – verifica-se que a alienação mental decorre do prejuízo ao contato com o real associado ao reconhecimento que perpassa apenas o nível individual.

A partir deste aporte da literatura, é possível distinguir etapas que compreendem um acidente do trabalho e analisar as formas de alienação que se vivencia em cada uma delas. As etapas envolveriam a ocorrência, a atenção emergencial, o dimensionamento das lesões, com consequentes cuidados reparadores, e a reabilitação. No momento de sua ocorrência, apesar do contato intenso com o real – representado pela lesão no aparato somático – é frequente a negação da responsabilidade da organização do trabalho pelo acidente. Nesta ordem, a coletividade ligada ao processo produtivo se isenta de responsabilidades e afirma o ato inseguro do trabalhador: a alienação social é vivenciada.

A atenção emergencial envolve outro campo da alienação. Os cuidados emergenciais, que são realizados pela coletividade, envolvem os primeiros socorros e a tentativa de afastar o risco de morte. Assim, a coletividade reconhece o sofrimento e tenta minimizá-lo. Entretanto, o contato do trabalhador com o real é prejudicado pelo risco de morte. Muitas vezes, o trabalhador encontra-se inconsciente.

Por isso, o contato com o real é prejudicado, vivenciando a alienação cultural.

O dimensionamento das lesões e consequentes cuidados envolvem a percepção de que os recursos egoicos não são suficientes para restaurar o quadro geral de saúde. Há um intenso sofrimento marcado por alterações na imagem corporal e nas capacidades funcionais. Notam-se dificuldades para a efetivação de direitos trabalhistas relativos a acidentes e, assim, o sofrimento vivido no nível egoico e a percepção de fragilidade dos amparos previdenciários podem determinar a alienação mental do trabalhador.

Ao experienciar o processo de reabilitação, o trabalhador vislumbra a possibilidade de que sua afetividade seja a referência que baliza os cuidados em saúde. Dejours (2001, p. 29) define a afetividade como "o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo". Estas vivências podem exigir o distanciamento do antigo posto de trabalho e até mesmo da empresa onde ocorreu o acidente. O respeito ao posicionamento do trabalhador é primordial para a atuação em reabilitação; caso não ocorra, a reabilitação resulta em alienação mental. Isso porque o coletivo não reconheceu a afetividade, e o indivíduo fica relegado às suas instâncias egoicas para lidar com o sofrimento.

As ligações entre alienação e reconhecimento ainda não se esgotam. Englobam articulações relacionadas ao trabalho prescrito e ao trabalho real. É frequente, nas organizações de trabalho, que o ato inseguro do trabalhador seja preconizado e o trabalho real seja preterido. O esforço de questionar a visão hegemônica do ato inseguro é ilustrado na pesquisa de Saurin, Grando e Costella (2012) sobre os acidentes de trabalho numa empresa de construção civil. Conforme destacam os autores, mais de 70% dos acidentes não decorreram de erros humanos. Ao preconizar o ato inseguro, evidencia-se a transferência de responsabilidades da organização do trabalho para o trabalhador e, consequentemente, apenas sobre trabalhador recairia a culpa pelo acidente de trabalho ocorrido.

A disseminação do conceito de ato inseguro nas organizações de trabalho, nesta condição de responsabilização individual pelo acidente, contribui para a intensificação do sofrimento psíquico no trabalhador. De acordo com Dejours (1999a, p. 170-171), “o sofrimento está sempre ligado à degradação das condições de discussão e de intercompreensão”. Sem estas duas condições, o real do trabalho não pode ser gerido, em virtude dos prejuízos à compreensão da “regra de trabalho” (Dejours, 1999a), que garante a cooperação. Ao conhecer a regra de trabalho, é possível delimitar: uma regra técnica, pela qual se pode decidir o que convém fazer quanto à eficácia, à qualidade, à segurança. Ao mesmo tempo, uma regra de trabalho é sempre uma regra social sobre o que é bom ou mau para manter a convivência. Uma regra também é sempre ética, ou seja, é relacionada a normas e valores. Finalmente, uma regra de trabalho é sempre uma regra de linguagem. Uma regra é dita, pronunciada, explicada, o que é especialmente importante quando há conflitos ou litígios (Dejours, 1999a p. 82).

Reconstituir os componentes de uma situação de acidente permitiria visualizar as regras de trabalho e a defasagem entre o prescrito e o real, deslocando a discussão inicial em torno da responsabilidade pelo acidente e possibilitando a “demanda por elaboração” (Dejours, 1999a). Esta demanda é um aspecto central da reabilitação de trabalhadores acidentados, uma vez que havendo equidade entre palavra e escuta, na relação terapêutica, o trabalhador pode encontrar soluções e desenvolver autonomia em relação às vivências traumáticas

Falar e ser ouvido parece ser um modo mais poderoso de pensar e, portanto, de refletir sobre a própria experiência, desde que esteja comprometido em uma relação dialógica, intersubjetiva, na qual se acredita que o outro esteja de fato tentando compreender. É ao explicar a outrem o meu sofrimento, a minha relação com o trabalho, que eu, perplexo, me ouço dizer coisas que eu não sabia que sabia, até tê-las dito (Dejours, 1999a, p. 176).

Após as exposições sobre os acidentes de trabalho e aspectos do sofrimento, abordados

pela Psicodinâmica do Trabalho, afirma-se que o presente estudo torna-se relevante em razão das escassas experiências que relatam a reabilitação profissional, especialmente aquelas que envolvem intervenções psicoterápicas. O objetivo deste artigo é discutir aspectos da prática clínica em Psicologia de orientação psicanalítica, dirigida à reabilitação de trabalhadores.

Método

O presente relato de experiência compreende o estudo de caso sobre uma intervenção em saúde mental, dirigida a uma trabalhadora que sofreu mutilações decorrentes de um acidente do trabalho. Foram realizadas 34 sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica em uma clínica-escola de Psicologia. Os atendimentos ocorreram semanalmente e seu término decorreu de alta do tratamento. O profissional responsável pelo atendimento realizava atividades práticas de Pós-Graduação, em um serviço de extensão em Psicologia, denominado Núcleo de Atenção em Saúde do Trabalhador (NAST).

O estudo de caso é um recurso metodológico importante para o desenvolvimento das técnicas de intervenção em saúde mental, pois, de acordo com Turato:

O pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (*setting* de saúde) e mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil (Turato, 2000 p. 96).

Conforme Turato (2000), a prática de pesquisa clínica em saúde, exige de seus profissionais a capacidade de articulação entre conhecimento e afeto na determinação da postura interventiva e na construção dos aportes teóricos. Conforme indicam Zanetti e Kupfer:

Se a experiência fornece as bases da construção teórica, então o relato

do caso – um caso único –, ou seja, os desdobramentos de uma análise e seu acompanhamento pelo analista, são um instrumento na construção do método e da pesquisa em psicanálise (Zanetti & Kupfer, 2006, p. 171).

A realização de um estudo de caso, sobre a intervenção psicoterápica dirigida a uma trabalhadora acidentada, é empreendida para indicar como o processo interpretativo em psicanálise se articulou aos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2004c). Especialmente nas práticas clínicas de orientação psicanalítica, Herrmann (2001) aponta que: “o processo interpretativo converte-se numa série de pequenos estímulos, de variações emocionais, de reversões de posição do sujeito ou de sentido do discurso, que provocam a ruptura de campo dos pressupostos lógico-emocionais que determinavam as representações dominantes do paciente” (Herrmann, 2001, p. 24)

Dimensionar, com o processo interpretativo, como o trabalho afeta a saúde mental e expõe o trabalhador ao risco, possibilita a experiência de “vórtice” (Herrmann, 2001). Nessa experiência, segundo Herrmann:

o mais comum é que a busca de novo campo para as representações faça o paciente mergulhar em si mesmo experimentando e rejeitando diversas formas de ser. Há uma aceleração do tempo do processo analítico e uma circulação mais veloz dos processos emocionais” (Herrmann, 2001, p. 35).

A focalização da ação interpretativa no processo de trabalho, para além de atender os princípios da psicoterapia breve, de orientação psicanalítica (Braier, 2000), vincula o trabalhador como parte de uma instituição e o posiciona numa estrutura que o precede (Käes, 1991). Lhuillier (2011, p. 25-26) aponta que as ações clínicas em Psicologia, dirigidas a trabalhadores, “devem se dedicar a explicar a dinâmica social consubstancial às atividades produtivas. Dinâmica social que está ligada também à realidade das situações de trabalho, às representações de que ela é o objeto”.

Desse modo, o sofrimento extrapola a unicausalidade do desenvolvimento emocional e se instaura como um arranjo vivenciado entre a realidade e a identidade. Herrmann (2001, p. 196) diferencia as duas concepções da seguinte forma: “realidade é apenas tudo o que existe para nós, diante de nós. À representação do desejo, já que tem por característica maior sua pretensão a igualar-se a si mesma, a manter-se constante e identificar o sujeito, cabe o nome identidade”.

A abordagem das formações identitárias, e sua articulação com os campos da realidade, é possível a partir de metáforas que vinculam estas duas instâncias. Assim, também é possibilitada uma prática clínica do trabalho, onde “o recurso à noção de identidade permite justamente problematizar esta tensão entre o que, proveniente do passado, confere a estabilidade, e o que, na atualidade, pode desestabilizar o sujeito ou provocar crises de alteração” (Dejours, 2004b, p. 206).

No caminho traçado pelo acidente de trabalho, a crise solicita a escuta do sofrimento e “colocar-se em posição de ouvir e, eventualmente, de compreender o sofrimento é, necessariamente, engajar-se em relação àquele que fala” (Dejours, 2004b, p. 241).

Resultados e discussão

A trabalhadora possui terceiro grau completo e trabalha em uma instituição de ensino superior, desenvolvendo as funções de orientadora de estágio e responsável-técnica laboratorial. A descrição da rotina de trabalho envolve a jornada de oito horas diárias, nos dias úteis, com a preservação de horário para refeição e descanso. As atividades envolvem a fabricação de comprimidos revestidos e a orientação de tal procedimento aos discentes. Para a fabricação dos comprimidos, emprega-se uma máquina de compressão de 1.500k de potência, com rotação de 28 voltas/minuto.

Ela foi encaminhada ao atendimento psicoterápico após sofrer a mutilação de dedos, em decorrência de um acidente de trabalho. A descrição do ocorrido, dada pela paciente,

se refere a um episódio em que ela estava auxiliando duas alunas na fabricação de comprimidos revestidos. Iniciou a limpeza da máquina de compressão para que pudesse dar início às atividades. Ligou a máquina e, com o auxílio de uma folha de papel sulfite, tentou retirar os resíduos que estavam solidificados no seu interior. Neste momento, a folha de papel foi puxada pela máquina, juntamente com seu jaleco e, conseqüentemente, a mão direita foi tracionada pelo equipamento. A rotação da máquina determinou a tração dos tecidos dos dedos e dos tendões do braço direito. Assim, houve seguidos esmagamentos e tracionamentos. A trabalhadora precisou orientar os discentes em relação ao desligamento do equipamento e solicitação de socorro.

No início do atendimento em psicoterapia, a trabalhadora relatou a presença de insônia terminal, manifestações fóbicas em relação ao contato visual com as lesões de sua mão e também que vivenciava um sentimento de culpa frente às responsabilidades da ocorrência do acidente. A insônia terminal era acompanhada por lembranças do episódio violento e foi indicada prescrição medicamentosa para conter este prejuízo ao ciclo de sono. As manifestações fóbicas em relação à observação da extensão do ferimento ampliavam os desdobramentos da violência sobre sua subjetividade. O sentimento de culpa em relação aos atos que desencadearam o acidente determinava a negação da gravidade das lesões, do respectivo prejuízo funcional e do comprometimento da imagem corporal.

Os afetos presentes na descrição acima podem ser enquadrados como sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Seligmann-Silva (2011) destaca que quando o indivíduo vivencia uma violência que ameaça sua própria vida, ou um evento violento em que terceiros são vítimas, é frequente a ocorrência dos fenômenos de evitação de ambientes ou pessoas que possam lembrar o episódio vivido; o que pode desencadear a rememoração involuntária do episódio ou a vivência de iminência inevitável de repetição do fato traumático, e a hipervigilância e hiperexcitabilidade com estado de alerta, insônia ou interrupções do ciclo de sono.

Vale salientar que a classificação dos sintomas na definição do TEPT não compreende as características psicodinâmicas do sofrimento vivido. O fato é que o acidente de trabalho ocasiona um estado de maior vulnerabilidade psicológica e, quando não respeitado e elaborado, pode propiciar uma via para o sofrimento psíquico. A vulnerabilidade ampliada decorre dos próprios danos físicos sofridos e da necessidade de adaptação frente à condição atual de amputação de membros, bem como, da organização da autoimagem e dos referenciais identitários. Isso porque ocorre uma mudança na maneira pela qual o sujeito se reconhece e é reconhecido pelos demais no local de trabalho (Seligmann-Silva, 2011). Por isso, a análise dos elementos que emergiram no processo psicoterapêutico é importante por permitir que a psicodinâmica do acidente no trabalho possa ser elucidada.

Os primeiros atendimentos psicoterápicos foram permeados pela expressão de raiva no campo transferencial. Esta raiva compreendia o prejuízo à funcionalidade e à imagem corporal, como também, a indefinição relacionada ao processo de cuidado. Esta indefinição compreendeu o discurso médico e o posicionamento do empregador, quanto àquilo que seria oferecido como reparação. Num primeiro atendimento médico, a trabalhadora foi informada que não necessitaria amputar os dedos, apenas realizaria procedimentos cirúrgicos para a recomposição osteomuscular. No entanto, no decorrer dos cuidados médicos, foi observada a necessidade de amputação dos dedos mínimo e anelar, de forma consecutiva. Quanto ao empregador, não havia referência anterior de atenção a trabalhadores mutilados e, em certo grau, materializou a denegação frente à gravidade da situação. A denegação se apoia: “em um mecanismo de defesa social contra um ferimento narcísico, uma ameaça para a identidade de um grupo e dos seus membros por estigmatização; defesa que exige o apagamento simbólico do elemento perturbador e da sua marcação, e pode ir até a negação do doente e o seu isolamento” (Jodelet, 2005 p. 97).

O afastamento prolongado do trabalho produziria este efeito de isolamento. Qualquer trabalhador nesta condição estaria distanciado do suporte social que poderia receber do coletivo de trabalhadores e, estes últimos, também não receberiam informações cotidianas sobre a sua recuperação. Assim, estaria facilitada “uma tentativa de opor uma denegação daquilo que faz sofrer” (Dejours, 2008, p. 50-51).

Os efeitos psicotizantes da denegação são descritos por Kães (2005, p. 170) como efeito das ações de ditaduras militares, e envolve a obrigação dos indivíduos de “guardar o silêncio, para assegurar sua própria vida, a negar toda a informação que poderia dar um significado político ao desaparecimento”. No caso do acidente de trabalho analisado, o silêncio vivido na organização era tomado como uma imposição, em uma tentativa de ocultar o fato e sua gravidade; repudiava-se qualquer tentativa de elaboração coletiva do evento e portava-se, em grau considerável, a ausência de responsabilidade institucional pelo fato. O silêncio impedia que a elaboração coletiva engendrasse alguma inflexão nas ordens alienantes de negação do sofrimento, risco e isolamento no trabalho. Conforme destacam Dejours e Bègue:

No fim, cada qual se encontra só, no meio da multidão, em um ambiente humano e social com características de hostilidade. A solidão e o abatimento se instalam no mundo do trabalho e isso muda radicalmente o cenário, no que diz respeito à relação subjetiva frente ao trabalho e à saúde mental (Dejours & Bègue, 2010, p.46).

O acidente parecia que não produziria efeitos reparatórios na instituição, e estaria impedida a capacidade de compreender o ocorrido, prevalecendo a “causalidade do destino” (Dejours & Bègue, 2010 p. 124). Ao predominar esta compreensão do acidente, nota-se a análise do “agir instrumental” (Dejours, 1999b), que se desdobra apenas na avaliação da eficácia (ou não) de um comportamento. Nessa compreensão, um acidente de trabalho se resume a uma ação “cognitiva-instrumental” que

não foi eficaz. Entretanto, ao considerar que as situações que determinaram sua ocorrência não são abordadas em sua totalidade de fatores, pelo “agir instrumental”, deve-se estender esta análise pelo “agir moral-prático” (Dejours, 1999b).

O agir moral-prático comporta o parâmetro equitativo, “é orientado ao entendimento, suporta o objetivo de viver em conjunto” (Dejours, 1999b, p. 67). É plausível que não seja equitativo abordar a mutilação do corpo de um colega de trabalho apenas por seu julgamento de eficácia. Talvez, seja necessário discutir os riscos que envolvem o processo de trabalho e a ausência da respectiva apresentação clara dos mesmos pela organização de trabalho. O agir moral-prático é “aquilo que interessa essencialmente às questões humanas, o que passa pela deliberação e decisão” (Dejours, 1999b, p. 68). Ao deliberar em torno dos riscos, os trabalhadores podem estabelecer defesas coletivas; mas, se o risco é encoberto, sua ameaça se propaga e violentamente se apresenta nas lesões dos trabalhadores acidentados.

A “ação expressiva” (Dejours, 1999b) deve ser analisada na ocorrência de um acidente do trabalho por compreender “as expectativas em relação à auto-realização, à construção da saúde e ao reconhecimento” (Dejours, 1999b, p. 69). Silenciar frente aos riscos presentes no trabalho propicia uma “representação do eu” desinvestida pela organização de trabalho, restrita à noção de apêndice da máquina. Esta noção destinaria ao trabalhador o posicionamento “a-subjetal”, descrito por Kães (1997) como um “espaço psíquico minimal coisificado, objetivado, submetido a uma causa única e tirânica” (Kães, 1997, p. 101). A tirania da “ação instrumental” (Dejours, 1999b) não comportaria a singularidade e mobilizaria a raiva e a impotência.

No *setting* clínico, o acolhimento à expressão da raiva garantia a escuta dialógica do sofrimento e possibilitava que a “ação expressiva” (Dejours, 1999b) fosse articulada ao processo de adoecer. A compreensão gradual do que seria necessário realizar para o cuidado de sua lesão representava o desafio de redefinição

de sua imagem corporal. Inicialmente, considerava que o prejuízo seria apenas estético e, gradativamente, passou a integrar a perspectiva de que conviveria com prejuízos funcionais da mão.

Outra perspectiva dialógica foi inferida no relato de histórias familiares, no contexto de atendimento. Descrevia a família como um grupo potente que se articulava para efetivar projetos individuais e coletivos, mas que agora era atravessado pela vivência de impotência. Estavam submetidos à espera, em razão das tentativas de implantar tecidos de outras áreas do corpo, para a recomposição das áreas que foram lesionadas. A espera compreendia, ainda, as intercorrências dos procedimentos reparadores e também a dúvida sobre a extensão funcional da lesão. Os sentimentos de impotência passaram a se projetar sobre a temporalidade, denotando que os cuidados reparadores pareciam intermináveis.

A impotência, que se lançou sobre o indivíduo e a família, destituía a potência coletiva vincular. Por outro lado, criava condições para que o indivíduo se percebesse em sua singularidade. A singularidade originada pela expressão entre o que é instituído pela família, e o que é parcela de sua estrutura libidinal, mobiliza a discussão dialógica que gera múltiplos sentidos ao afeto e permite que elementos cindidos sejam integrados no *setting* clínico. Por esta via, foram abordados os afetos que envolveram sua escolha profissional, a história constitutiva de sua graduação e o local de inserção profissional.

A escolha foi marcada pelo abandono de uma profissão idealizada e a orientação pela objetividade relativa ao mercado de trabalho. Esta perspectiva se efetivou já na graduação, quando experienciou o estágio remunerado na área específica de formação, na própria instituição de ensino superior em que se graduou. Passou-se a constituir a história de um investimento na identidade profissional que se solidificava com a probabilidade de vinculação profissional à instituição de ensino superior, logo após a conclusão da graduação.

O dimensionamento desse histórico profissional, frente ao acidente de trabalho, despertava o sentimento de raiva de forma ampla. Expressava a contrariedade de ter investido intensamente seus afetos em algo que lhe permitia apropriações simbólicas, e que posteriormente destituiu a trabalhadora de sua funcionalidade e identidade, a partir de um episódio violento: a apreensão e consequente mutilação dos dedos. Desta forma, a raiva provinha do sentimento de responsabilidade frente às escolhas produzidas e do resultante sentimento de culpa oriundo da situação. A incursão analítica sobre a raiva, mobilizada por esta experiência traumática, foi um destacado operador que possibilitou o distanciamento de um estado melancólico, e um processo de luto pode ser vivenciado.

Kovács (1992) destaca a condição de luto patológico, característico da melancolia, quando o sujeito vivencia a autorrecriação, e uma expectativa de punição que ocasiona empobrecimento das funções egoicas. Enquanto no luto normal, o investimento libidinal ao mundo externo se torna vazio, na melancolia, o próprio ego é desinvestido libidinalmente e procura-se sua punição. O sujeito vivencia sentimentos ambivalentes e de culpa, a partir do ódio que passa a atuar como autopunição, num processo de vingança contra o objeto perdido. Enquanto o sentimento de raiva estiver latente, o sujeito não aceita a perda do objeto, pois se vincula à esperança de seu retorno. Assim, o que se configura como processo de luto saudável é a aceitação da modificação do mundo externo a partir da perspectiva da perda definitiva do objeto, e a consequente modificação do mundo interno e representacional, com a reorganização dos vínculos que permaneceram. Nesse caso, a elaboração do luto só pôde ser definitiva com a redefinição da imagem corporal.

A diminuição dos sentimentos de raiva despertou a expressão de memórias esparsas sobre o acidente no trabalho. Destacou que precisou se controlar para orientar os alunos que testemunharam o ocorrido, a desligar a prensa e auxiliá-la na busca de primeiros socorros. Afirmou que o desespero e a enorme

expressão da dor, no momento da ocorrência, causaram confusão aos alunos, e isto retardou a iniciativa destes de desligar a máquina e solicitar socorro.

Outra memória esparsa envolveu a perspectiva de que não deveria ter operado a máquina, pois, naquele momento, não era atribuída a ela a responsabilidade técnica da prática laboratorial que as discentes executariam. Afirmou também que, se tivesse retardado o deslocamento entre os laboratórios, não teria se exposto ao risco de acidente, pois alguém já teria efetuado a limpeza da prensa. Complementou esta afirmação destacando que, se as pessoas que anteriormente utilizaram a máquina tivessem realizado a limpeza, ela não teria se exposto ao risco; e que se tivesse recebido treinamento, também não teria ocorrido o acidente e, assim, um conjunto de memórias e racionalizações preencheram o *setting* psicoterapêutico.

O movimento fragmentário das memórias relativas ao acidente tentava reordenar elementos que poderiam ter evitado a condição traumática. É relevante enfatizar que, nas situações de reabilitação, tal movimento não se restringe a um processo de racionalização dos fatos, que poderiam ter contido a violência do acidente. Mas que isso, este “trabalho da memória” (Käes, 2005), é o que possibilita a retomada de conteúdos reprimidos e recalçados, ou mesmo o recalque de conteúdos que não podem ser tolerados. Torna-se um trabalho de ressignificação do passado a partir do presente. Nessa ocasião, a expressão da raiva é necessária para que conteúdos possam ser recordados, novos objetos possam ser construídos e, a partir disso, o ego consiga representar elementos que, em outros momentos, não poderiam ser toleráveis. O trabalho da memória possibilitou a compreensão de características da organização do trabalho que contribuíram para o acidente.

Os fatores presentes no ambiente laboral só puderam ser apreendidos a partir do levantamento das deficiências identificadas na organização e condições de trabalho. Envolviam a ausência de treinamento

adequado para o manuseio do equipamento; a ausência de ação primária de prevenção, com o emprego de uma “cortina de luz” infravermelha que impossibilitasse o funcionamento da máquina, quando em contato próximo a um corpo externo e a desconsideração dos riscos potenciais tanto para a trabalhadora da instituição, quanto para os alunos que manuseavam o equipamento, sem restrições de uso. A culpa vivenciada pela trabalhadora pode ser alocada na organização de trabalho anteriormente idealizada, que passa a incorporar características de responsabilidade frente à organização e condições de trabalho, no campo representacional da trabalhadora.

Quando foi encaminhada à atenção em saúde mental, já havia recebido três intervenções cirúrgicas relativas às duas amputações e uma reconstituição da epiderme da mão lesionada. No período destas intervenções, permaneceu com toda a extensão do antebraço direito imobilizada para restringir os movimentos. Ao longo do período de atendimento houve, ainda, outros três procedimentos cirúrgicos para complementar a reconstituição da epiderme da mão. Como destacado anteriormente, a necessidade de cada novo procedimento cirúrgico adicionava sentimentos de impotência frente à possibilidade de reabilitação.

No início, a trabalhadora apresentava ideias maníacas frente ao seu estado, acreditando que voltaria a desempenhar as funções cotidianas e de trabalho, tal como eram feitas antes do acidente. Tais ideias foram desconstruídas ao emergir uma nova imagem corporal e identitária de um corpo barrado. A retirada completa do curativo sinalizava sua deficiência e, desta forma, pôde reclamar seus direitos frente à condição de barramento. Para tanto, as questões referentes à indenização pecuniária foram discutidas no *setting* clínico como meio para o reconhecimento da gravidade do acidente pela instituição. Tal condição – de gravidade – foi confirmada pelo INSS, que prolongou o afastamento de trabalho em dois períodos de seis meses para reabilitação.

Considerando a legislação trabalhista sobre as cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência – Lei nº 8213/91 (Brasil, 1991), a condição da referida trabalhadora possibilitava a posição de sujeito desejado pela organização de trabalho. Esta racionalização sobre a violência do acidente incluiria a trabalhadora como reabilitada e indicaria que a situação crítica teria sido superada.

Dejours e Bègue (2010, p. 123) destacam que “toda evolução na organização do trabalho é o resultado de um compromisso entre a organização prescrita do trabalho – a coordenação – e a organização efetiva do trabalho – a cooperação”. Verifica-se, nesse contexto, o esvaziamento da compreensão do acidente que impedia que ele pudesse originar um sentido coletivo para a situação de violência.

O contexto clínico e a escuta dos trabalhadores

A escuta do trabalhador, nas intervenções clínicas, deve percorrer o trajeto das sobre-determinações institucionais. Isto se dá em razão do propósito de compreender os aspectos convergentes entre o sofrimento singular e os arranjos intersubjetivos presentes nas relações de trabalho. A busca pelas “determinações convergentes” (Käes, 2001) conta com a delimitação de formações intermediárias, definidas como “sistemas, instâncias, processos ou objetos de ligação entre vários elementos em função de algumas características que eles possuem em comum” (Käes, 2001, p. 67).

O sofrimento singular propõe analogias com a instituição de trabalho, e estas analogias impulsionam simbolizações. Entretanto, é necessário contar com “tempos transicionais”, onde haja “uma distância em relação ao que se apresenta como ‘real’, permitir que aquilo que está em jogo possa se reafirmar como representação” (Käes, 1991, p. 175). Na temporalidade transicional é possível apreender como o indivíduo se efetivava e era reconhecido nas relações de trabalho.

Herrmann, Chaves, Lima e Favilli (2002, p. 11) afirmam que “ao interpretar, o analista deixou que algo surgisse à tona, que eventualmente entrará de novo em interpretações futuras”. A ampliação do foco demandante do atendimento clínico (o acidente do trabalho) é produzida pela vinculação deste foco às metáforas constitutivas da identidade do trabalhador. Na compreensão de Herrmann et al. (2002), assim se configura uma “prototeoria da palavra falada”, que é reconhecida nas metáforas. No estudo empreendido, circundou-se a metáfora expressa pela trabalhadora de que um familiar ‘não sabia da extensão e gravidade das lesões’. Metaforicamente, interpretou-se que não era permitido a alguém conhecer o risco à saúde e a dimensão da violência com que o corpo do trabalhador poderia ser atingido. Uma parcela do real do trabalho era silenciada, ilustrando uma prototeoria sobre a denegação na organização de trabalho.

Essa prototeoria, que envolveu o episódio de mutilação dos dedos, foi ampliada pela trabalhadora, ao destacar que outros profissionais e discentes, habitualmente, se expunham a manipular a prensa sem receber treinamento ou informações sobre os riscos decorrentes da atividade. Jodelet (2005, p. 90) destaca que “o hábito traduz então a experiência, pela qual tudo, até o insólito, tornando-se costumeiro acaba por tornar-se banal”. Conforme a interpretação abordou o desenvolvimento do hábito, em relação a algo que desconforta, a trabalhadora apresentou um discurso colhido ao longo de uma perícia previdenciária. Este discurso envolvia seu enquadramento nas cotas de trabalhadores deficientes que a instituição deveria manter. Frente ao prejuízo da imagem corporal e da funcionalidade de seu aparato corporal, deveria se habituar e se beneficiar da oportunidade de enquadramento nas cotas para trabalhadores com deficiências adquiridas.

Depreende-se desta ordem, a banalização do mal, pela qual o “sujeito substitui o pensamento pessoal por um conjunto de fórmulas feitas, que lhe são dadas externamente pela opinião dominante, pelas conversas

informais. Nessa zona, há uma “suspensão da capacidade de julgar” (Dejours, 2001, p. 124). Por isso, o desenvolvimento da capacidade de *insight* – que deve resultar da prática clínica em Psicologia – sustentaria a ruptura com a “retração da consciência intersubjetiva” (Dejours, 2001), e proporia, ao trabalhador acidentado, imaginar o que aquilo que sofreu mobilizaria no cotidiano daqueles com quem trabalha.

Conter a “retração da consciência intersubjetiva” (Dejours, 2001) contribuiria para o estabelecimento de vínculos pelos quais os semelhantes seriam atravessados por situações equivalentes. Assim, a abordagem de metáforas expressas no *setting* clínico atenderia à primeira regra estruturante da situação psicanalítica: “a exigência de dizer”; para que então a fala possa ser “decifrada, traduzida e interpretada” (Käes, 2005, p. 76).

Um segundo critério da situação psicanalítica, aplicado na prática clínica dirigida à reabilitação de trabalhadores, é a presença do fenômeno transferencial. Käes (2005) destaca que a transferência “se inscreve no campo da intersubjetividade como uma condição própria do desejo, sendo também a invenção das vias pelas quais a repetição pode ser elaborada e superada” (Käes, 2005, p. 76). A repetição da violência no trabalho pode então ser considerada em seu desdobramento coletivo.

O terceiro critério da situação psicanalítica é a “consistência da realidade psíquica” (Käes, 2005, p.76), que apresenta estrutura homóloga aos sintomas. O sintoma tomado no acidente de trabalho como um fenômeno individual se sustenta numa realidade psíquica estruturada pela “retração da consciência intersubjetiva” (Dejours, 2001), em que o acidente do trabalho não teria seus determinantes comunicados. A superação desta realidade traria ao grupo a indicação de que pressupostos da instituição ameaçam a saúde dos trabalhadores; não se trata de uma condição particularizada.

O último critério da situação psicanalítica envolve o trabalho da memória, que permite a

“reestruturação recorrente dos acontecimentos anteriores que não puderam ser integrados a formações psíquicas capazes de propor representações de sentidos” (Käes, 2005, p. 77). O trabalho da memória impede que o vivido seja tomado como algo efêmero e, que por tal característica, perca sua relevância.

Considerações finais

No estudo de caso realizado evidencia-se a força destrutiva da denegação como entrave à simbolização dos afetos mobilizados pelo acidente de trabalho. O esforço interpretativo para encontrar formações intermediárias, entre a expressão de sofrimento da trabalhadora e as características da instituição, possibilitou que o silêncio em torno do acidente fosse rompido e os vínculos presentes no ambiente de trabalho fossem dimensionados.

Tomar o acidente de trabalho como campo focal da prática clínica em Psicologia guarda o risco de perder de vista a instituição como precursora do sofrimento. Mas, inicialmente, é de suma importância propiciar uma escuta, a partir da qual o indivíduo possa expressar sua perspectiva dos fatos. As comunicações sobre o que deveria ter sido feito para que o acidente não ocorresse, ou ao menos, para que as lesões fossem menores, são parte da elaboração e proporcionam a desvinculação em relação às vivências de impotência.

O posicionamento dos fatores contributivos do acidente pode expor uma lógica na qual o risco já perambulava. Faltava apenas materializar-se no corpo de um trabalhador que, cotidianamente, circulava pela cadeia de determinantes. A culpa poderia ser inscrita numa perspectiva partilhada e, portanto, plural, de responsabilidades.

Com a prática clínica, o sentimento de culpa, frequentemente presente entre trabalhadores acidentados, pode ser inscrito numa cadeia de determinantes institucionais e historicizadas. A singularidade das escolhas que levaram o trabalhador à função na qual experienciou o acidente é parcela importante da historicização. Pode expressar movimentos do

desejo e, como tal, impulsionar a redefinição da identidade para além da experiência do acidente. Reabilitar envolveria a integração dos eventos relacionados ao acidente em um panorama em que um sentido pudesse ser sustentado coletivamente.

As lesões que marcam o corpo do trabalhador são disparadoras de memórias sobre os riscos e ferimentos de menor gravidade que foram testemunhados no cotidiano do trabalho, mas não disseminaram, entre os trabalhadores, o temor de terem seus corpos destituídos de potencialidades e funcionalidades. A memória destes acidentes compõe campos representacionais, onde circundavam o risco no trabalho e o adoecimento. Talvez, se a palavra tivesse tido a chance de enunciar tais temores, poderia

gerar consensos sobre aquilo que ameaçava a saúde e a integridade dos trabalhadores.

A palavra, no *setting* clínico, fomenta ao menos duas vias necessárias à reabilitação. A primeira envolve a mobilização do desejo em relação à retomada do trabalho. Considerar o retorno ao trabalho é uma alternativa ao barramento que o acidente ocasionou. A segunda via compreende o entendimento de que o risco se estende ao grupamento de trabalhadores. Assim, as marcas do acidente de trabalho não se restringem apenas ao reabilitado: habitam a percepção coletiva por seu caráter violento. Nota-se, então, que a reabilitação ultrapassa a retomada do trabalho. Deve, também, provocar aprendizados sobre a qualidade das relações produtivas e abranger mudanças nos determinantes institucionais.

Referências

- Braier, E. A. (2000). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bezerra, M. L. S. & Neves, E. B. (2010). Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. *Saúde & Sociedade, 19*(2), 384-394.
- Brasil. (1991). *Lei n. 8.213. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm
- Bucasio, E., Vieira, I., Berger, W. Martins, D., Souza, C., Maia, D., Figueira, I., & Jardim, S. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(1), 86-89.
- Dejours, C. (2008). *A avaliação do trabalho submetida à prova do real*. São Paulo, SP: Blücher.
- _____. (2001). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.
- _____. (2004c). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman, & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp.47-104). Brasília, DF: Paralelo 15.
- _____. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo, SP: Cortez.
- _____. (2004b). Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In S. Lancman, & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp.197-241). Brasília, DF: Paralelo 15.
- _____. (1999a). *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo, SP: FUNDAP.
- _____. (2004a). Entre o sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In S. Lancman, & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp.303-316). Brasília, DF: Paralelo 15.
- _____. (1999b). *O fator humano*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.
- Dejours, C., Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília, DF: Paralelo 15.
- Ferreira, D. K. S., Bonfim, C., & Augusto, L. G. S. (2012). Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recife-PE, Brasil. *Saúde & Sociedade, 21*(4), 989-1000.
- Herrmann, F. (2001). *O divã a passeio: à procura da psicanálise onde não aparece estar*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Herrmann, F., Chaves, L. P., Lima, L. T. O., & Favilli, M. P. (2002) Debate: o caso clínico, sua narrativa. *Jornal de Psicanálise, 35*(64-65), 09-27.
- Guimaraes, L. A. M., Martins, D. A., Grubits, S., & Caetano, D. (2006). Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 31*(113), 7-18.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Käes, R. (1991). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- _____. (2001). Introdução: o sujeito da herança. In R. Käes, H. Faimberg, M. Enriquez, & J. J. Baranes. *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (pp.09-25). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- _____. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- _____. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Kirchhof, A. L. C., Magnago, T. S. B. S., Camponogara, S., Griep, R. H., Tavares, J. P., Prestes, F. C., & Paes, L. G. (2009). Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem, 18*(2), 215-223.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lhuillier, D. (2011). Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: P. F. Bendassolli, & L. A. P. Soboll. *Clínicas do trabalho* (pp.22-58). São Paulo, SP: Atlas.

- Oenning, N. S. X., Carvalho, F. M., & Lima, V. M. C. (2012). Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(125), 150-158.
- Paparelli, R. (2011). Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 139-146.
- Rumin, C. R., Barros, Gislaine I. F., Cardozo, W. R., Cavalhero, R., & Atelli, R. (2011). O sofrimento Psíquico no trabalho de vigilância em prisões. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 31(1), 188-199.
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3), 387-406.
- Saurin, T. A., Grando, M. L. & Costella, M. F. (2012). Método para classificação de tipos de erros humanos: estudo de caso em acidentes em canteiros de obras. *Produção*, 22(2), 259-269.
- Schmidt, M. L. G. (2006). Algumas reflexões sobre a influência de aspectos de organização do trabalho na gênese de um acidente de trabalho. *Psicologia para a América Latina*. Recuperado de: <http://psicolatina.org/Siete/acidente.html>
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo, SP: Cortez.
- Souza, N. S. S., Santana, V. S., Albuquerque-Oliveira, P. R., & Barbosa-Branco, A. (2008). Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 630-638.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Vilela, R. A. G., Mendes, R. W. B., & Gonçalves, C. A. (2007). Acidente do trabalho investigado pelo CEREST Piracicaba: confrontando a abordagem tradicional da segurança do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 29-40.
- Zanetti, S. A. S., & Kupfer, M. C. M. (2006). O relato de casos clínicos em Psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185.

Evelyn Yamashita Biasi

Mestranda em Estudos Linguísticos pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, Campo Grande – MS. Brasil. Brasil.
Psicóloga no Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo.
Docente nas Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI, Adamantina – SP. Brasil.
E-mail: evelynbiasi@gmail.com

Cassiano Ricardo Rumin

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP) pela Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP. Brasil.
Docente nas Faculdades Adamantinenses Integradas – FAI, Adamantina – SP. Brasil.
E-mail: cassianorumin@fai.com.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua Esmeralda, 166 - Residencial Eldorado - município: Adamantina (SP).
Cep: 17800-000

Recebido: 09/07/2013, 1ª Reformulação: 14/01/2014, Aprovado: 14/09/2015.