



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

CARLA DE OLIVEIRA BRITO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL
NO PERÍODO DE 2006 A 2012**

Feira de Santana
2014

CARLA DE OLIVEIRA BRITO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL
NO PERÍODO DE 2006 A 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como critério de avaliação final para aprovação no Mestrado Acadêmico. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientadora: Prof. Dr^a. Tânia Maria de Araújo

Feira de Santana
2014

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Brito, Carla de Oliveira
B875t Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil no período de
2006 a 2012 / Carla de Oliveira Brito. – Feira de Santana, 2014.
95 f. : il.

Orientador: Tânia Maria de Araújo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

1. Transtornos mentais – Trabalho – Brasil. 2. Saúde do trabalhador.
I. Araújo, Tânia Maria de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de
Santana. III. Título.

CDU: 616.89

CARLA DE OLIVEIRA BRITO

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL NO
PERÍODO DE 2006 A 2012

Data da defesa: 20 de março de 2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como critério de avaliação parcial para aprovação no Mestrado Acadêmico. Área de concentração: Epidemiologia. Linha de pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Feira de Santana-BA,

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Tânia Maria de Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Profa. Dr^ª Norma Suely Souto Souza
Fundação Baiana de Medicina/ INSS
(Examinadora)

Prof^ª Dr^ª Leticia Coelho da Costa Nobre
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
(Examinadora)

Feira de Santana
2014

A meu filho Rafael, que ainda no ventre, trouxe-me forças para lutar.

Agradecimentos

A Deus, por conceder-me a oportunidade de ingressar no mestrado e de confortar-me nos momentos de inquietudes e incertezas.

A meus pais e irmão por toda torcida e incentivo que me permitiram chegar até o final.

À minha orientadora, Dra Tânia Araújo, por depositar sua confiança em mim e fazer-me amadurecer enquanto pesquisadora e na formação docente.

A todos (as) colegas e professores do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) pelas grandes contribuições e trocas nos meandros da epidemiologia.

A todos professores e membros do colegiado do Mestrado Acadêmico por prezar pela qualidade do curso.

À Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) no Ministério da Saúde, pela disponibilização do banco de dados.

A Dr^a Norma Souto e Dr^a Letícia Nobre por todo apoio técnico, indo muito além de suas competências como examinadoras da banca.

A todos (as) colegas de mestrado por tornar este momento tão leve e prazeroso em especial a Daiene, Liziane, Ionara, Luciana, Mariana e Morgana.

A Thalles que nunca me deixou sentir-me sozinha e todo o apoio na organização dos bancos de dados.

A Ms. Kionna por compartilhar do seus conhecimentos e acreditar no meu trabalho.

Às bolsistas do NEPI Pricila e Ludimila pelo apoio técnico nos bancos de dados.

A minha amiga e coordenadora, Dayse Rosa, por carregar-me no colo nos momentos de fragilidade.

A Maykon Barreto, pelo amor, companheirismo, incentivo e por ter me dado o melhor presente de fim de mestrado, o nosso filho.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores) por regiões, ano de registro e fonte dos dados. Brasil, 2006-2012.....68
- Tabela 2** - Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho por unidades de notificação e ano de registro. Brasil, 2006-2012.....69
- Tabela 3** – Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho segundo características sociodemográficas e ano de registro. Brasil, 2006-2012.....70
- Tabela 4** – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores) segundo ano de registro, sexo e raça-cor. Brasil, 2006-2012.....72
- Tabela 5** – Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho por grupos de diagnósticos e sexo. Brasil, 2006-2012.....73
- Tabela 6** - Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho segundo ramo de atividade econômica e grupo de diagnóstico. Brasil, 2006-2012.....74
- Tabela 7** – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) por ramos de atividade econômica e ano de registro. Brasil, 2006- 2012.....75
- Tabela 8** – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000 trabalhadores), segundo ramo de atividade econômica, sexo e ano de registro. Brasil, 2006-2012.....76

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados a trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) no SINAN, por regiões e ano. Brasil, 2006-2011.....77
- Figura 2** – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados a trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) no INSS, por regiões e ano. Brasil, 2006-2011.....78
- Figura 3** - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados a trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) no SINAN, por faixa etária e sexo. Brasil, 2006-2011.....79
- Figura 4** – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados a trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) no SINAN, segundo unidade de federação e ano. Brasil, 2006-2011.....80
- Figura 5** - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados a trabalho (x 1.000.000 trabalhadores) no INSS, segundo unidade de federação e ano. Brasil, 2006-2011.....81

LISTA DE ABREVIATURAS

CID	Código Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNES	Código do Estabelecimento de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
DRT	Doenças Relacionadas ao Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	09
2	OBJETIVOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	Trabalho e adoecimento	12
3.1.1	Trabalho e adoecimento mental.....	15
3.2	Políticas em Vigilância em Saúde do Trabalhador	18
3.3	O Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN)no campo daVISAT	22
3.4	Estudos de agregados no campo da saúde do trabalhador	26
3.4.1	Facilidades e dificuldades em estudos ecológicos exploratórios.....	28
4.	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Local do estudo	29
4.3	População e período de referência	29
4.4	Fonte de coleta de dados	30
4.4.1	Fonte de dados para os casos de TMRT.....	30
4.4.2	Fonte de dados para os potenciais expostos aos TMRT.....	30
4.5	Variáveis de estudo	31
4.5.1	Desfecho: casos de TMRT.....	31
4.5.2	Variáveis descritoras.....	32
4.6	Análise dos dados	36
4.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO – Artigo	38
	Resumo.....	39
	<i>Abstract</i>	40
	Introdução.....	41
	Metodologia.....	44
	Resultados.....	46
	Discussão.....	53
	Conclusão.....	63
	Referências.....	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERENCIAS.....	84

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho assume uma dimensão essencial e caracterizadora dos seres humanos. Com base no trabalho, cria-se a identidade e a autoconfiança, proporcionando sentimento de pertencimento social (SELIGMANN-SILVA, 2013). Portanto, o trabalho assume um papel central no simbólico humano, é carregado de sentidos e significados que extrapolam o mero exercício do ofício e contribui para o equilíbrio psíquico do indivíduo (BAHIA, 2013).

As características do trabalho vão se alterando ao longo do tempo com base, sobretudo, no desenvolvimento das sociedades e de seus modos de produzir. Nas últimas décadas, os processos de trabalho tem-se modificado intensamente sob forte influência da globalização e dos novos modos de organização do trabalho. A flexibilização e a precarização do trabalho, agregado às inovações tecnológicas, vem tornando as relações laborais conflituosas e proporcionando intenso desgaste físico e psíquico. As características da organização e das condições de trabalho têm sido apontadas como elementos determinantes do desgaste observado e de seus efeitos negativos sobre a saúde e a qualidade de vida. Registra-se, no entanto, que a exclusão do mundo do trabalho, representada pelo desemprego, também é desencadeadora de sofrimento (SELIGAMANN-SILVA, 2013; TOLFO; PICHCHIANINI, 2007).

Para Dejours (1987), o sofrimento começa quando o trabalhador já utilizou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação; ou seja, todos os seus mecanismos de defesa na tentativa de modificar uma organização do trabalho perturbadora. Embora os fatores psicossociais sejam mais valorizados como fatores de risco para o adoecimento mental, outras situações como a exposição a agentes químicos, físicos e mesmo os traumatismos assumem importância em alguns ramos de atividade (SELIGAMANN-SILVA, 2013).

Dados do Instituto Nacional da Seguro Social (INSS) têm demonstrado que os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) vem assumido o terceiro lugar em concessão de benefícios acidentários nos últimos anos no Brasil, perdendo apenas para os acidentes e doenças osteomusculares (BRASIL, 2013). Segundo Santana e Santana (2011) os transtornos mentais (TM) também assumiram o terceiro lugar na concessão de benefícios previdenciários no setor da indústria, sendo que do total de 333.905 benefícios, 35.698 (10,7%) foram por este diagnóstico. Do total de licenças, a proporção de TM entre as mulheres foi de 15,8%, contra 10,7% nos homens. Os transtornos mentais somaram 4.252.310 dias perdidos de trabalho nesse ano (SANTANA, SANTANA, 2011).

Para Seligmann-Silva (2013), os custos proporcionados pelos dias perdidos de trabalho por transtornos mentais são diretos e indiretos e recaem sobre o setor público, as empresas e a sociedade. Dentre os custos diretos pode-se elencar os gastos em reabilitação e indenizações; entre os gastos indiretos pode-se incluir a perda de produtividade, da qualidade da produção e dos investimentos em treinamento, dentre outros incontáveis.

Os transtornos mentais se conformam na atualidade como um importante problema de saúde pública e muitas dificuldades vêm sendo enfrentadas no campo da vigilância em saúde do trabalhador no enfrentamento desse problema que envolve desde a sua prevenção até o diagnóstico da doença e reabilitação. Uma importante estratégia que vem sendo implementada nos últimos anos no Brasil é a notificação obrigatória dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Esta medida é de extrema importância uma vez que instaura um sistema de notificação obrigatória desse evento, permitindo avaliação de sua dimensão no país e de sua distribuição segundo diferentes aspectos (perfil dos acometidos, áreas e setores ocupacionais de maior acometimento, dentre inúmeros outros fatores).

Neste estudo, pretende-se analisar os dados de casos de Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho (TMRT) registrados no SINAN. A realização deste estudo pode configurar-se como elemento relevante na abordagem desta temática, pois trata-se de um trabalho inédito, que permitirá a construção de estimativas dos TMRT no Brasil a partir de dados produzidos no SINAN. Dessa forma, este estudo poderá contribuir para a implementação de políticas de saúde do trabalhador, com foco na saúde mental, e possíveis reorientações das práticas dos trabalhadores em prol da promoção da saúde, como também poderá sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância das notificações deste tipo de doença tanto no aspecto quantitativo, quanto no qualitativo e, por fim, este estudo, poderá servir como subsídio teórico para futuros estudos sobre a saúde dos trabalhadores buscando a melhoria das suas condições de trabalho e saúde.

2 OBJETIVOS

Geral: Estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espaciais no período de 2006 a 2012.

Específicos:

- Descrever os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo:
a) variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade) e b) ramo de atividade econômica e c) tipo de diagnóstico específico no período de 2006 a 2012.
- Estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo características de distribuição espacial no período de 2006 a 2012, considerando as regiões brasileiras e unidades federativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura teve como objetivo contextualizar o tema do estudo. Desse modo, os assuntos abordados nesta seção foram delimitações dos conceitos sobre a relação entre o trabalho e o adoecimento mental, vigilância em saúde do trabalhador e a saúde mental, políticas em saúde do trabalhador e serviços de vigilância em saúde do trabalhador.

3.1 Trabalho e adoecimento

Em 1.700, o médico Bernadino Ramazzini percebendo a relação entre trabalho e adoecimento estudou doenças relacionadas a 54 profissões artesanais que foi publicado na obra: *De morbis artificum diatriba*, obra que foi considerada um marco para a medicina do trabalho e a saúde pública. A partir de seus estudos, Ramazzini sugeriu que fosse utilizada durante as consultas médicas a seguinte pergunta: “qual a sua ocupação?” (PENA; GOMES, 2011; BRASIL, 2001). No período pós-revolução industrial, meados do século XIX, a efervescência dos movimentos populares na Europa que reivindicavam melhores condições de vida e trabalho, foi um marco importante para estruturação da atenção à saúde dos trabalhadores. Despertou-se então, no meio acadêmico, o interesse pelo estudo das repercussões dos fatores de natureza social e sua associação com a saúde. A teoria das epidemias defendida por Virchow, em 1951, foi de grande impacto no período, pois conseguiu estabelecer que as doenças epidêmicas sofriam influência direta dos desajustes sociais e culturais, dentre esses, as condições de trabalho. Assim, contribuiu para dar visibilidade à multicausalidade do processo saúde-doença, rompendo com antigas concepções reducionistas (POSSAS, 1989).

O processo de produção capitalista, sustentado pela exploração da força de trabalho para a obtenção de lucro (produção de mais-valia), foi colocado por muitos estudiosos como gerador de diversas desigualdades sociais. Assim, através da análise da estrutura ocupacional se poderia elaborar o perfil epidemiológico de uma população, visto que os padrões de morbidade e mortalidade estavam associados à inserção socioeconômica na qual estava inserida a população economicamente ativa (POSSAS, 1989).

Logo, o trabalho passou a assumir um dos grandes pilares para a explicação social do processo saúde-doença nas populações. Nesta concepção, a causalidade biológica passou a ser subordinada à causalidade socioeconômica, o que é ratificado por Possas (1989), quando afirma que é a inserção da população numa atividade econômica que determina a morbidade e exposição a diferentes tipos de riscos nos processos de trabalho. Laurell e Noriega (1989)

alinham-se à defesa desses pressupostos quando afirmam que o processo de trabalho é que define a inserção social, as condições ambientais e os esteriótipos de adaptação denominados de “modos de andar a vida”.

O processo de trabalho pode ser definido como uma “atividade em que o homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre qual atua por meio do instrumento de trabalho” (MARX, 2011, p. 214). Sob a visão marxista, Araújo (2004) acrescenta que processos de trabalho compreendem formas específicas de conceber e executar as tarefas, envolvendo operações diversas orientadas à produção de produtos ou de prestação de serviços e complementa que somente por meio da análise do processo de trabalho pode-se identificar as relações que estruturam e organizam o cotidiano das pessoas no trabalho e as percepções dos riscos à saúde.

O processo de trabalho é constituído por três elementos: a força de trabalho, que é o próprio trabalho, o objeto de trabalho, que é a matéria prima-prima, e os meios de trabalho que são os instrumentos de trabalho. Na obra de Marx “O capital”, o autor dedicou-se, com base no materialismo histórico, a explicar o processo de obtenção do capital, chegando à conclusão de que, nesse modelo, toda riqueza é construída às custas da exploração da força de trabalho, através do trabalho alienado e também pela apropriação de parte do tempo de trabalho, o qual denomina de mais-valia (MARX, 2011).

A necessidade de intensificação do trabalho, a fim de proporcionar a expansão do capital, durante a revolução industrial, no século XVIII, trouxe consigo o desenvolvimento de novas teorias gerenciais, também denominadas de organização científica do trabalho, a exemplo do taylorismo e fordismo. Estas teorias tinham por objetivo elevar a produtividade do trabalhador, expandindo a forma de apropriação do capital. Possuem como características: a separação do trabalho intelectual e braçal, divisão das tarefas, metas de produtividade, expropriação da criatividade e conhecimento da arte de produção, apropriação do produto final pelo capitalista e pagamento de salários mínimos aos trabalhadores (SATO; BERNARDO, 2005; ANTUNES, 1998; MORAES NETO, 1991).

A teoria marxista defende que o modo de produção capitalista transformou o trabalhador em força de trabalho, ou seja, um simples instrumento do capital num processo incessante e contínuo de obtenção de lucro que, não raro, viola as condições humanas de trabalho. Desse modo percebe-se que o mundo da produção é estruturado com a finalidade de acumulação de capital e lucro, o que descaracteriza a razão social do trabalho e faz aumentar, continuamente, a apropriação privada da riqueza socialmente gerada e dos elementos da natureza. Assim, o mercado se torna o eixo estruturador da sociedade, onde os trabalhadores

são utilizados como apêndices da produção; suas faculdades críticas, inteligentes e inventivas passam a ser consideradas uma ameaça ao capital (MARX, 2011; FRANCO et al, 2010; BRAVERMAN, 1987).

Mediante esses conceitos torna-se clara a compreensão de que a estrutura econômica hegemônica, pautada no capitalismo, é que determina os processos de trabalho vigentes e, conseqüentemente, os perfis de morbi-mortalidade da população trabalhadora.

Laurell e Noriega (1989) destacam que para se conhecer o nexos biopsíquico humano é necessário conhecimento de seus processos. Nesta concepção, compreende-se que o corpo humano possui capacidade de responder, com plasticidade, diante das condições específicas de exposição a cargas. Contudo, a constante exposição leva o corpo a adaptar-se de forma a se constituir um processo destrutivo que é denominado de desgaste. Portanto, diante da exposição a estímulos constantes, a estrutura biopsíquica tende a adaptar-se como um meio de sobrevivência, acabando por determinar processos de desgaste e definindo um perfil patológico específico.

O desgaste biopsíquico é determinado pelas chamadas cargas de trabalho. Segundo defende Laurell e Noriega (1989), para cada exposição a um tipo específico de carga há uma expressão peculiar de desgaste. O desgaste é definido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica e as cargas são compreendidas como exposições durante o processo dinâmico de trabalho.

É válido ressaltar que a terminologia carga ao invés de risco é utilizada por Laurell e Noriega (1989), visto que esta última se baseia na probabilidade da ocorrência de um evento, tratando-se de conceito oriundo do modelo uniaxial que foi adotado pela medicina do trabalho, reificando uma visão reducionista de que os agentes nocivos isolados são responsáveis pela doença. Logo, o conceito de carga não trabalha com a probabilidade de uma exposição, mas de uma exposição contínua, de naturezas diversas, que são assim estruturadas pela lógica de organização do modelo de produção (no caso, capitalista), visando seu principal fim que é o capital.

As cargas de trabalho são de diversas naturezas e variam conforme a ocupação e processo de trabalho. Diversos tipos de cargas já foram apontados ao longo do desenvolvimento dos estudos de saúde do trabalhador e seus acréscimos veem surgindo na medida em que vão sendo realizadas pesquisas na área, especialmente aquelas que se dedicam a compreender o processo de trabalho através da própria experiência do trabalhador.

Laurell e Noriega (1989) apresentam as seguintes cargas: físicas, aquelas que podem ser detectadas e medidas a exemplo do calor e ruído; químicas, a constar as poeiras fumaças,

fibras, vapores e líquidos; biológicas, representadas por microorganismos; mecânicas, aquelas que provocam lesões; as cargas fisiológicas que podem incluir esforços físicos pesados, posições incômodas, alternância de turnos e psíquicas que, diferentemente das demais, são aquelas que não têm uma materialidade externa visível ao corpo.

As cargas psíquicas são classificadas como de tensão prolongada, sendo desencadeadas pelas características do processo de trabalho capitalista como: atenção permanente, supervisão com tensão, consciência da periculosidade e ritmos de trabalho acelerado. Estes aspectos são inerentes ao modelo gerencial taylorista que instituiu estas medidas visando ao aumento da produtividade, com base no controle efetivo da força de trabalho. Esse modelo, como evidenciam inúmeros estudos, geraram novas formas de adoecimento social como os transtornos mentais relacionados ao trabalho (LAURELL e NORIEGA, 1989). A subcarga psíquica também contribui neste sentido visto que o trabalhador sofre com a perda do controle sobre o seu trabalho uma vez que se torna apêndice da máquina; há uma desqualificação do trabalho resultante da separação entre a concepção e execução das tarefas e a fragmentação do trabalho que contribui para a monotonia e repetitividade.

3.1.1 Trabalho e adoecimento mental

Múltiplas abordagens e métodos foram criados para estudar a relação entre trabalho e saúde mental, contudo nenhum método sozinho é capaz de dar conta de todos os aspectos envolvidos. Apesar dos avanços ocorridos nos últimos 20 anos, ainda existem lacunas na compreensão das relações entre trabalho e saúde mental e isto vem dificultando o trabalho dos profissionais de saúde a exemplo do estabelecimento donexo causal, que dificulta o diagnóstico e o trabalho das equipes das unidades básicas de saúde, hospitais, ambulatórios e até mesmo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (MERLO, 2011).

As primeiras observações no intuito de estabelecer a relação entre trabalho e psicopatologia foram realizadas por Le Guillant, em 1956, quando identificou, em telefonistas de Paris, um distúrbio que denominou de síndrome geral da fadiga nervosa que incluía os seguintes sintomas: alterações do humor e de caráter, modificação do sono, e manifestações somáticas variáveis (angústia, palpitações, sensações de aperto torácico e de “bola” no estômago). O conhecimento das repercussões da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico foi inovado pelos estudos de Christophe Dejours com a publicação da obra “A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho”, publicada em 1980, que foi traduzida para o português em 1987 (MERLO, 2011).

Para Dejours (1987), a “pré-história” da saúde dos trabalhadores emergiu da palavra de ordem: “redução da jornada de trabalho” que perdurou por todo o século XIX. No entanto, foi durante o período pós-guerra que o movimento operário adquiriu bases sólidas e ganhou força política, pois devido à escassez de mão-de-obra no setor produtivo, ocasionada pelas mortes nas batalhas, os trabalhadores perceberam naquele momento uma oportunidade para a exigência de melhores condições de trabalho. Desde então nasceu um vasto programa para a proteção do corpo dos trabalhadores - esta preocupação se deu por conta do desempenho exigido pelo modelo taylorista que gerava exigências fisiológicas até então desconhecidas, levando os trabalhadores ao esgotamento físico. A saúde psíquica também foi profundamente afetada. A separação radical do trabalho intelectual do trabalho manual do sistema taylorista neutralizava a atividade mental dos operários. Contudo vale ressaltar que:

não é o aparelho psíquico que aparece como a primeira vítima do sistema, sobretudo o corpo dócil e disciplinado, entregue, sem obstáculos, à injunção da organização do trabalho [...] corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação de seu protetor natural que é o aparelho mental (DEJOURS, 1987, p. 18).

O segundo momento das reivindicações operárias do pós-guerra foi marcada pela palavra de ordem “melhoria das condições de trabalho” que, dentre outras, incluía as lutas de proteção da saúde mental, até que, em maio de 1968, eclodiu na Europa um importante movimento popular que se posicionava contra a sociedade de consumo e alienação do trabalho (DEJOURS, 1987).

Baseados nos fatos históricos de insatisfação e de luta da classe trabalhadora, muitos esforços foram despendidos por Dejours a fim de responder: “o que no trabalho é fonte específica de nocividade para a vida mental?”. Logo o mesmo conclui que o sofrimento mental é resultante da organização do trabalho e não das condições de trabalho como até então se pensava, sendo as condições de trabalho entendidas como o ambiente físico, biológico, as condições de higiene e segurança, e as condições antropométricas do posto de trabalho. A organização do trabalho diz respeito ao conteúdo da tarefa, a forma como o trabalho é dividido, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1987).

Estudos epidemiológicos, no campo da saúde do trabalhador, têm demonstrado que as características da organização do trabalho estão associadas aos transtornos mentais; contudo, os aspectos subjetivos que o envolvem tornam difícil o seu diagnóstico. Deste modo, torna-se

difícil estabelecer parâmetros que orientem a quantidade de trabalhadores na execução de uma determinada tarefa, o limite de sanções que o empregador pode exercer sobre seus subordinados, a meta adequada de produção, dentre outros aspectos que possam vir a colaborar com a produção de doenças (BERNARDO e GARBIN, 2011).

Para facilitar o diagnóstico dos transtornos mentais e comportamentais, o Ministério da Saúde estabeleceu quatro grupos de parâmetros para balizar a avaliação: as limitações das atividades da vida diária, dificuldades no exercício de funções sociais, dificuldades de concentração e deterioração ou descompensação no trabalho (BRASIL, 2001).

No que tange ao estabelecimento donexo causal entre trabalho e doença, o Ministério da Saúde traz, no manual de normas e procedimentos técnicos para as doenças relacionadas ao trabalho, três categorias adaptadas de Schilling (1984). No Schilling I, o trabalho é definido como causa necessária; no âmbito do adoecimento mental tem-se os transtornos mentais pós-traumáticos, os distúrbios cognitivos e transtornos decorrentes da exposição a substâncias químicas. No Schilling II, o trabalho é concebido como um fator contributivo para uma doença de etiologia multicausal, a exemplo da síndrome de burnout e, por fim, o Schilling III, que considera o trabalho como provocador de uma doença já estabelecida, a exemplo do alcoolismo e transtornos neuróticos específicos (BERNARDO; GARBIN, 2011; BRASIL, 2001).

Athayde (2011) embora corrobore com os postulados de Dejours, questiona a relação entre os transtornos mentais e o impacto da reestruturação produtiva capitalista. Argumenta que a vida cotidiana em si já carrega consigo nocividade suficiente para a geração de transtornos; logo, a causalidade deste pode estar diretamente relacionada à compreensão do viver. Essa linha de raciocínio pode reduzir a compreensão dos transtornos mentais relacionados ao trabalho ao classificar esses transtornos como doenças comuns.

O movimento crítico em oposição ao reducionismo causal na compreensão dos processos de saúde-doença mental criou novos métodos a fim de enfrentar a fragmentação e as condições teóricas incapazes de considerar a multiplicidade e complexidade na formação e estruturação do ser humano e do seu psiquismo. Neste ponto de vista tem havido debates quanto ao papel do trabalho e a causalidade dos transtornos mentais. Algumas correntes o vêm como determinantes, estabelecendo o trabalho como estruturador do adoecimento, enquanto outras o colocam como desencadeante, ou seja, porta de entrada para a doença (ARAÚJO, 2011).

O debate acerca do nexocausal entre trabalho e adoecimento mental embora venha apresentando divergências quanto a sua concepção, há uma confluência a partir do ponto de

vista em que a própria dinâmica da vida é determinada, em muitos aspectos, pelo processo de trabalho e inserção no mercado de trabalho, afinal, a humanidade depende do trabalho para sua sobrevivência, seja através da venda ou da exploração da força de trabalho.

3.2 Políticas em vigilância em saúde do trabalhador

Na primeira metade do século XIX, durante a revolução industrial, foi instituído o primeiro serviço de medicina do trabalho na Inglaterra, cujo objetivo foi promover assistência médica tradicional. Assim, a atenção à saúde do trabalhador emergiu com base em uma visão eminentemente biológica, individual e de relação unicausal, ou seja, para cada doença deveria haver um agente etiológico específico, sendo as ações direcionadas à medicalização, conforme a apresentação de seus sinais e sintomas. Nesta mesma época, os movimentos trabalhistas contribuíram para que o governo pudesse intervir na saúde dos trabalhadores através das inspetorias de fábricas (SANTANA 2011a; SANTANA, 2009; GOMES e COSTA, 1997).

Mais tarde a Saúde Ocupacional tentou avançar numa proposta interdisciplinar que buscasse relacionar as condições do ambiente de trabalho e a situação do corpo do trabalhador. Essa concepção incorporou a teoria da multicausalidade, que apoiou-se na premissa de que um conjunto de fatores poderia contribuir para a produção da doença. Contudo, tal modelo não incluiu as demandas geradas pelo processo de trabalho, visto que, até então, as medidas eram pontuais e sem impactos coletivos. A saúde do trabalhador, então, foi criada como uma estratégia de promover a saúde do trabalhador num plano mais amplo, incorporando medidas de prevenção, promoção e tratamento. Entretanto, muitas vezes, as medidas propostas acabavam indo de encontro aos pressupostos da produção e gerando conflitos entre empresários e Estado (SANTANA, 2009).

No Brasil, as primeiras iniciativas de políticas voltadas à saúde do trabalhador foram estabelecidas sob influência dos trabalhadores oriundos da imigração italiana na década de 20, quando se estruturaram os primeiros sindicatos. Neste momento, o crescimento industrial e a necessidade de garantia de produtividade pelos empresários, juntamente com as reivindicações dos trabalhadores, deu origem às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, assegurada pela lei Eloy Chaves, cujo objetivo era prover atenção médica e conceder benefícios securitários (SANTANA, 2009).

Na década de 30, o presidente Getúlio Vargas, através de sua política centralizadora, transformou as CAPs em institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) passando à organização por categorias profissionais ao invés de empresas e nomeando pessoas de sua confiança para

presidi-los, o que acabou por fragmentar a estrutura sindical brasileira (SANTANA, 2009; SILVEIRA, 2006).

Em 1943, Vargas aprovou a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), criando mecanismos para garantia à saúde e segurança no trabalho, obrigatórios nas empresas de grande porte. Estas ações transpareceram como dádivas do governo e do estado e não como uma conquista dos trabalhadores, uma vez que seu fundamento era manter o movimento trabalhista contido nas forças do estado. Contudo, em 1954, das 3.001 fábricas brasileiras, apenas 4,1% contavam com serviço Médico na empresa (NOGUEIRA, 1984).

Devido ao grande número de contribuintes dos IAPs, não foi mais possível beneficiar a todos os trabalhadores com os atendimentos médicos. Deste modo, o governo militar, em 1974, optou por contratar serviços médicos privados e criar uma estrutura própria para a saúde, chamando-a de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que teve o comando de um Ministério Federal. Os fundos arrecadados anualmente pelo INAMPS chegaram a se aproximar do orçamento da união, logo, o governo militar, com sua política econômica liberal-privatista, passou a utilizar estes recursos para a construção de obras faraônicas e financiamento do setor privado para a assistência à saúde. Portanto, verificou-se, neste momento, uma desresponsabilização do Estado perante a saúde dos trabalhadores.

O sistema de saúde do INAMPS entrou em crise juntamente com os demais setores públicos em consequência da crise econômica da década de 60. Desse modo, o setor médico privado, sendo mal remunerado, optou por limitar seus contratos com o governo para dar início à atenção médica supletiva que seriam os convênios. Assim, os trabalhadores e a população civil em geral ficaram desassistidos, no que dizia respeito à saúde, até o final do regime militar.

Com a retomada do período republicano e do ideal democrático, organizaram-se no Brasil, diversos movimentos sociais e sindicais que lançaram as bases para a promulgação da constituição de 1988 e da reforma sanitária, dando início ao Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a partir do surgimento do SUS, a saúde pública deixou de ser exclusividade dos trabalhadores e passou a ser um direito de todo cidadão, independente de sua contribuição à previdência social ou da posse de carteira de trabalho assinada. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram criadas bases legais para a estruturação da vigilância em saúde do trabalhador e estabelecida a comissão organizadora da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que aconteceu em dezembro do mesmo ano. Desta resultou a incorporação da

saúde dos trabalhadores como uma prática de saúde pública no então chamado Programa de Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2013; GOMES e LACAZ, 2005).

A saúde do trabalhador teve três grandes momentos que foram marcados pela realização da I, II e III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. A primeira conferência, em 1986, incluiu a saúde do trabalhador como uma prática de saúde pública, sendo lançados os programas de saúde pública do trabalhador, garantido o direito do controle social desses programas, o que incluía a atuação dos sindicatos dos trabalhadores. No meados da década de 80 foram criados os primeiros programas e centros de referência em saúde do trabalhador em alguns municípios a constar: São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Campinas, Santo André e Santos (LACAZ, 2013; GOMES e LACAZ, 2005). Como função desses centros, estabeleceu-se que:

Os CERESTs desempenham o papel de suporte técnico e científico, de polos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças e, ainda, lócus de articulação inter e intra-setorial das ações de saúde do trabalhador no seu território de abrangência (BRASIL, 2006, p. 40).

Na segunda Conferência de Saúde do Trabalhador, em 1994, houve a implementação de planos de ação visando o processo de municipalização da saúde, bem como da co-responsabilização das três esferas de governo que deveriam receber o apoio dos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho em prol de ações que envolvessem: pesquisa, vigilância, assistência e reabilitação dos trabalhadores (LACAZ, 2013; GOMES; LACAZ, 2005).

Em setembro de 2002 foi instituída a portaria 1.679 do Ministério da Saúde que dispôs sobre a criação da Rede Nacional de Atenção Integral de Atenção à Saúde do trabalhador (RENAST) (BRASIL, 2002). Esta rede foi fundada com base na experiência dos centros de referência, cujo papel era romper com a dicotomia entre vigilância e assistência à saúde do trabalhador. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 17), “a RENAST representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS”.

A partir da criação da RENAST fez-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador que tivesse por objetivo:

promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no

que refere às questões específicas de saúde do trabalhador dando visibilidade à questão; viabilizar a pactuação intra e intersetorial; e fomentar a participação e o controle social (BRASIL, 2006, p. 21).

Uma crítica contundente com relação às ações da RENAST refere-se à sua ênfase no caráter assistencialista, como incorporado na sua portaria de origem, uma vez que carrega resquícios do modelo médico hegemônico; conseqüentemente, acaba por constituir-se num modelo compartimentalizado e sem integralidade das ações em saúde do trabalhador. Portanto, deve-se resgatar a principal premissa da RENAST que é a inclusão da saúde do trabalhador no espectro de atuação do SUS (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

As políticas em Saúde do trabalhador fazem emergir, como um dos seus principais instrumentos, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como um conjunto de ações na proteção da saúde dos trabalhadores, uma vez que já é sabido que os agravos e acidentes de trabalho são em sua maioria evitáveis (PINHEIRO et al., 2013). A VISAT é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no SUS e é definida pela Portaria Federal MS/GMn. 3.120 de 1998 como:

atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre estes aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998).

A VISAT se constitui como um processo social contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num determinado território, visando a promoção, proteção e assistência às pessoas que trabalham (LACAZ, 2003). Para tanto são necessárias algumas ações como: conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população, avaliar os impactos das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisão de órgãos competentes do governo e estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador (LACAZ, 2013).

As ações da VISAT articulam-se em torno de conflitos visto que ela atua na relação entre o capital e o trabalho em sociedades capitalistas; logo, vigiar os agravos e origens dos agravos representa atuar num espaço conflitivo de relações de poder. Neste aspecto, o Estado, no seu papel de regulador, representado pela VISAT, necessita intervir no processo de produção, o que significa modificar indiretamente as esferas de reprodução social gerando uma zona de embate (SANTANA; FERRITE, 2013; PINHEIRO et al., 2013).

Outro grande conflito da VISAT diz respeito à abordagem intersetorial entre saúde, trabalho e previdência, visto que suas ações são caracterizadas ainda como fragmentadas e pouco articuladas. A previdência se atém, prioritariamente, às concessões de benefícios, enquanto o setor saúde à assistência, vigilância e reabilitação biopsíquica e o Ministério do Trabalho e Emprego à fiscalização das condições de trabalho. Adicionalmente a estas dificuldades para execução da VISAT ainda soma-se o despreparo técnico das equipes de saúde do trabalhador, uma vez que se observa que os CERESTacabam por constituir porta de entrada para os trabalhadores já adoecidos e não como um serviço de referência. Sendo assim, os profissionais restringem as suas ações para a assistência e desenvolvem muito pouco as ações de vigilância que, na sua concepção, deveria ser a prioridade do serviço (PINHEIRO et al., 2013;FACCHINI et al, 2005).

Outros desafios que a VISAT vem enfrentando é a falta de mobilização e articulação dos próprios trabalhadores através dos seus sindicatos. A passividade dos trabalhadores se dá por conta de uma postura defensiva consequente do desemprego estrutural que é típico do sistema capitalista, ou seja, o medo do desemprego seria uma forma de controlar as manifestações e também proporcionar mínimos salários aos trabalhadores. Outras dificuldades para as ações da VISAT são o crescente número de empregos informais e o déficit de equipes para vigilâncias dos ambientes e processos de trabalho. Deste modo, muitas vezes as equipes se restringem a realizar estas vigilâncias apenas nos locais solicitados por demandas dos trabalhadores e sindicatos.

As portarias do Ministério da Saúde de n. 3.120 (BRASIL, 1998) e 3.908 (BRASIL, 1998) contribuíram para a organização da vigilância em saúde do trabalhador contemplando como atribuições dos profissionais de saúde o campo da saúde do trabalhador e esclarecendo algumas terminologias da área. Com o intuito de melhorar a qualidade do registro de doenças relacionadas ao trabalho foi publicada a portaria MS de n. 1.339 (BRASIL, 1999) que especificou os diagnósticos de doenças e agravos relacionados ao trabalho conforme seu agente causador, contudo esta portaria não estabelecia a obrigatoriedade da notificação dessas doenças (SANTANA, 2009).

3.3 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no campo da VISAT

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado de forma gradual a partir de 1993, porém de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios e apresentava muitas lacunas quanto à coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde.

Em 1998 foi aprovada a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, definindo procedimentos básicos para o desenvolvimento de ações, legitimando a liberdade dos estados e municípios de incorporar procedimentos mínimos em suas práticas, através da Portaria Federal MS/GM n. 3.120/98 (BRASIL, 1998). Em 1997, o estado da Bahia estabeleceu uma lista estadual constando oito Agravos Relacionados ao Trabalho (ARTs), de notificação compulsória, através da publicação da portaria n. 2.867 (BAHIA, 1997), constando os seguintes agravos: Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Ósteo-Muscular Relacionada ao Trabalho (DORT), Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR), intoxicação por agrotóxico, intoxicação por benzeno, intoxicação por chumbo, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses e acidentes de trabalho com óbito. Através da portaria da Funasa/MS n. 073/1998, elaborada pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), foram desenvolvidos instrumentos e fluxos de investigação, bem como a elaboração de um software para alimentação regular do SINAN (BRASIL, 2007), que passou a ser gerido pelo DATASUS.

No âmbito nacional, as ARTs só foram incluídas no SINAN a partir da portaria n. 777, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um importante marco regulatório nas políticas de Vigilância à Saúde do Trabalhador, uma vez que determinou que 11 ARTs deveriam ser de notificação compulsória a listar: acidentes de trabalho fatais, acidentes de trabalho com mutilações, com exposição a material biológico, acidentes de trabalho de qualquer tipo em crianças e adolescentes, dermatoses ocupacionais, perda auditiva induzida pelo ruído, intoxicações exógenas por substâncias químicas (agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), lesões por esforços repetitivos/ distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho, pneumoconioses (silicose e asbestose), transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer.

Vale ressaltar que esta portaria somente passou a ser operacionalizada em 2006 quando se deu início às primeiras notificações de ARTs em âmbito nacional. Uma característica das notificações das ARTs é que estas não devem ser notificadas em todos os estabelecimentos de saúde, como exemplo das doenças não ocupacionais listadas na portaria do Ministério da Saúde n. 2.325 (BRASIL, 2003), mas, apenas para unidades de saúde componentes de uma Rede Sentinela.

As unidades sentinelas são unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contemplando uma equipe de saúde treinada para a realização de notificação e investigação de agravos relacionados à saúde do trabalhador que deverá desenvolver ações de vigilância, prevenção e intervenção na sua área de abrangência.

As Diretorias Regionais de Saúde são as responsáveis pela identificação das unidades sentinelas, bem como pela capacitação das equipes de saúde, em conjunto com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BAHIA, 2009).

Desse modo, podem fazer parte da rede sentinela: os CERESTs, unidades de urgência e emergência, laboratórios especializados, serviços de atendimento ambulatorial especializado, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e Ambulatórios Médicos de Sindicato (BAHIA, 2009).

A finalidade do SINAN é tornar possível a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (BRASIL, 2007).

O SINAN tem um importante papel no sistema de informação em saúde do trabalhador, uma vez que, diferentemente do sistema de informação da Previdência Social, inclui não apenas os trabalhadores formais, como também os informais, os empregados domésticos, os cooperativados e terceirizados (BAHIA, 2009).

O uso descentralizado e sistemático do SINAN permite que todos os profissionais tenham acesso às informações, tornando-as disponíveis para a comunidade. Portanto, é um importante instrumento para o planejamento em saúde, visto que possibilita a definição de prioridades de intervenção e a avaliação do impacto de tais intervenções. A ficha do SINAN pode ser preenchida nos estabelecimentos de saúde por qualquer membro da equipe multidisciplinar. Após o preenchimento da ficha do SINAN, esta deve ser repassada aos serviços de Vigilância Epidemiológica do município que as transmitem, por meio do SINAN net, às secretarias estaduais de saúde semanalmente (BRASIL, 2007).

A comunicação das Secretarias Estaduais de Saúde para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pelo SUS no início de cada ano. Caso não ocorram notificações nas unidades de saúde, deve ser preenchido o formulário de notificação negativa com especificação dos prazos dos envios das notificações. O não envio das notificações por dois meses consecutivos ocasiona a suspensão do repasse dos recursos do Piso de Assistência Básica (PAB), conforme estabelecido pela Portaria GM/MS n. 1882/1997. Assim, essa medida funciona como uma estratégia para evitar a subnotificação e estimular uma maior adesão ao preenchimento das fichas (BRASIL, 2007).

Nos últimos anos ainda foram publicadas as portarias do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, GM/MS n. 3.252 (Brasil, 2009) que aprovou as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a portaria GM/MS n. 201 (Brasil, 2010), designando os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde. A mais recente Portaria Federal foi a GM/MS n. 104 (Brasil, 2011) que acrescentou agravos de notificação compulsória, definiu terminologias, incorporou outros agravos relacionados ao trabalho e reforçou aos estados e municípios a necessidade de acréscimos de agravos importantes no âmbito local.

Algumas dificuldades enfrentadas nos estudos no campo da saúde do trabalhador que utiliza o SINAN como fonte de dados é que este ainda é um sistema em expansão, logo não permite construir prevalências representativas, fato que limita as pesquisas epidemiológicas para a estimação desse indicador; o sistema ainda não cobre toda a população em termos de acesso geográfico; também percebe-se um grande subregistro de campos como ocupação e atividade econômica e uma baixa qualidade das informações.

Há que se ressaltar também que muitos trabalhadores que sofrem de transtornos mentais buscam apoio nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de Atenção Primária à Saúde, cujos profissionais nem sempre estão preparados para fazer a correlação entre o trabalho e o adoecimento psíquico, o que pode ser explicado pela formação ainda voltada ao modelo biomédico, curativista e de pouca amplitude nos determinantes sociais que envolvem o processo saúde e doença (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Atrelado a estes problemas, ainda pode-se destacar a alta demanda de trabalho dos profissionais de saúde e as dificuldades da notificação por conta da complexidade e extensão das fichas de investigação de agravos, logo, a exigência da obrigatoriedade do registro torna-se uma questão a ser discutida, pois envolve o melhor conhecimento das condições e do processo de trabalho aos quais estes trabalhadores estão expostos (FACCHINI et al, 2005).

Percebe-se ainda que muitos serviços de saúde privado não estão cadastrados nas secretarias de saúde. Assim, esses serviços deixam de notificar os agravos compulsórios, e como estas entidades não dependem do repasse de recursos públicos, torna-se mais difícil sua adesão. Apesar de todas as dificuldades citadas, uma grande vantagem no uso dos dados do SINAN é a possibilidade de cobertura dos trabalhadores formais e informais, uma vez que o SUS possui a universalidade como princípio. Contudo, faz-se necessária a exploração e

análise dos dados produzidos por este sistema de informação a fim de avaliar as ações e auxiliar no planejamento de políticas públicas de saúde.

3.4 Estudos de agregados no campo da Saúde do Trabalhador

Para a realização de estudos populacionais no campo da saúde do trabalhador é comum a utilização do registro da População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO), tomando-a como a população potencialmente exposta à doença ou agravo ao qual se pretende estudar quando se considera as exposições e adoecimento relacionados ao trabalho. A PEAO é definida pelo IBGE como aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho, mas, não trabalharam a exemplo das pessoas em período de férias (IBGE, 2013a).

As pessoas ocupadas podem ser classificadas em empregadas, trabalhadores por conta própria, empregadores e trabalhadores não remunerados. As empregadas são pessoas que trabalham para um empregador ou mais, cumprindo uma jornada de trabalho, recebendo, em contrapartida, remuneração em dinheiro ou outra forma de pagamento como: moradia, alimentação, vestuário, entre outros; os trabalhadores por conta própria são os que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício e não possuem empregados; os empregadores são pessoas que exploram uma atividade econômica ou exercem uma profissão ou ofício, com auxílio de um ou mais empregados e por fim, os trabalhadores não remunerados, que são aquelas pessoas que exercem uma ocupação econômica, sem remuneração, pelo menos 15 horas na semana, em ajuda a membro da unidade domiciliar em sua atividade econômica, ou em ajuda a instituições religiosas, beneficentes ou de cooperativismo, ou, ainda, como aprendiz ou estagiário (IBGE, 2013a).

Para a realização de estudos em epidemiologia é necessária a definição do foco da pesquisa a fim de se compreender as múltiplas determinações do processo saúde-doença. Desta forma, as pesquisas podem adotar abordagens metodológicas desde o nível individual a exemplo dos processos biológicos e estilo de vida, até os populacionais que abarcam as relações sociais e históricas (AQUINO et al., 2011).

Os estudos de agregados são estudos populacionais que na epidemiologia também são denominados de estudos ecológicos e têm por unidade de análise uma população ou um grupo de pessoas que geralmente pertence a uma área geográfica definida como um país, um município, ou um setor censitário e buscam avaliar de que forma o contexto social e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Portanto, o objetivo desse tipo de estudo é avaliar a distribuição de um evento considerando conjuntos de indivíduos

(agregados) e gerar hipóteses etiológicas a respeito da ocorrência de uma determinada doença, avaliar a efetividade de intervenções na população e testar hipóteses etiológicas. Esse tipo de estudo é realizado combinando-se base de dados referentes a grandes populações e suas dimensões (MEDRONHO, 2011).

Quanto às suas dimensões podem ser classificados em exploratórios, nos quais não existe uma variável de exposição específica de interesse como no caso desta pesquisa, e em estudos analíticos que inclui esta variável (MEDRONHO, 2011).

Quanto ao tipo de desenho, os estudos ecológicos são classificados em três categorias: o primeiro denomina-se desenho de múltiplos grupos ou de análise espacial que tem o objetivo de descrever e comparar taxas de doenças ou agravos à saúde entre diversas áreas geográficas. A análise dos dados, em estudos exploratórios, pode ser feita através de mapeamento (construção de mapas ou uso de ferramentas de geoprocessamento para facilitar a visualização e comparações espaciais das medidas) (MEDRONHO, 2011).

O segundo tipo de estudo ecológico é o desenho de série temporal cujo objetivo é comparar, em uma população geograficamente definida, as taxas de morbidade e de mortalidade ou outro indicador de saúde através do tempo. O terceiro desenho é denominado de misto, e caracteriza-se pela combinação do desenho de série temporal e de múltiplos grupos ou espacial e seu objetivo é descrever ou prever tendências temporais nas taxas de morbimortalidade em diversos grupos populacionais (MEDRONHO, 2011).

Uma característica peculiar dos estudos ecológicos é que todas as variáveis são medidas de modo agrupado, ou seja, não é possível saber se foram os expostos que adoeceram; apenas se conhece a distribuição marginal de cada variável como o total de indivíduos expostos e não expostos e o total de casos e não casos. As variáveis utilizadas podem ser de três tipos: as medidas agregadas, que sintetizam as características individuais dentro de cada grupo como sexo, idade, escolaridade, entre outros; medidas ambientais, que se referem às características físicas do lugar onde os membros de cada grupo vivem ou trabalham, a exemplo do nível de poluição do ar; e por fim, as medidas globais que dizem respeito a atributos de grupos, organizações ou lugares a exemplo da densidade demográfica, nível de desorganização social, dentre outros (AQUINO et al., 2011).

3.4.1 Facilidades e dificuldades em estudos ecológicos exploratórios

Os estudos ecológicos permitem o estudo de grandes populações e geraram comparações até mesmo ao nível internacional de taxas de prevalência de doenças e

mortalidade, bem como hábitos e estilos de vida. Ainda possuem a vantagem de serem rápidos, baratos, de fácil análise e capazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo, diferentemente dos estudos individuais (MEDRONHO, 2011).

Os estudos com desenho de grupos (agregados) possuem o risco de apresentar uma alta correlação espacial, onde áreas geográficas adjacentes têm alta probabilidade de apresentar certa similaridade nas taxas de adoecimento. Nos estudos de série temporal há o problema da autocorrelação temporal que é verificada quando observações oriundas de uma população de uma área sucessivamente no tempo dificilmente são independentes umas das outras, como é percebido em fenômenos sazonais de saúde-doença (AQUINO et al., 2011).

Outros problemas frequentes são a falta de disponibilidade de informações relevantes como exemplo das subnotificações de sistemas de informação, a falta de cobertura de serviços e a dificuldade de acesso à base de dados populacionais. A falácia ecológica é o maior e mais discutido problema dos estudos ecológicos e é definido como a impossibilidade de se realizar inferências individuais a partir do que é observado no nível de agregado (AQUINO et al, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo exploratório utilizando-se desenho misto. A série temporal trabalhada foi entre o período entre 2006 e 2012 e a na análise espacial, foram feitas estimativas dos coeficientes de prevalência de TMRT segundo unidades federativas do Brasil e nas cinco regiões considerando-se o período entre 2006 e 2011.

4.2 Local de estudo

O campo de estudo deste trabalho foi o Brasil, país continental, situado na América do Sul com 8.514.876,599 Km², composto por cinco grandes Regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), vinte e seis estados e um distrito federal, com uma população de 190.755.799 habitantes constatado pelo Censo 2010, sendo que 84,4% residem na zona urbana e 15,6% na zona rural. Possui a sexta economia do mundo e vivencia grandes contrastes sociais, no qual sobressai a concentração de renda: 10% da população de dez ou mais anos de idade com os maiores rendimentos detém 44,5% do total de rendimentos e o contingente formado pelos 50% com os menores rendimentos obtém 17,7 % do total de rendimentos (IBGE, 2013b).

Nos últimos anos o país vivenciou um grande crescimento econômico, sofrendo apenas pequenos impactos devido à crise econômica internacional. Ainda assim, o país continua a manter saldos anuais positivos de emprego. Entre os anos de 2003 e 2010, o Brasil partiu de um saldo de 861.014 para 2.860.809 novos empregos, nos respectivos anos, com destaque para os setores de serviços, comércio e indústria de transformação, segundo o Relatório Anual de Informações Sociais de 2010 (BRASIL, 2012a).

4.3 População e período de referência

Para a identificação dos casos, a população do presente estudo foi constituída de todos os trabalhadores que foram diagnosticados e notificados como caso de transtorno mental relacionado ao trabalho no Brasil entre 2006 e 2012 notificados pelo SINAN. A população potencialmente exposta aos TMRT foi composta pela População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) para cada ano, cujas fontes de dados foram o Censo Demográfico de 2010 e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), cujos dados foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.4 Fonte de coleta de dados

4.4.1. Fonte de dados para os casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

- **SINAN**

Os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível no SINANnet. O SINAN tem o objetivo de agrupar todas as notificações e investigações das doenças e agravos de notificação compulsória em todo o país. Uma grande vantagem do uso do SINAN é que abrange os trabalhadores formais e os informais, visto que vigilância em saúde é uma das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem a universalidade da atenção com um de seus princípios.

- **Instituto Nacional de Previdência Social (INSS)**

O número de benefícios concedidos por transtornos mentais relacionados ao trabalho denominado pelo INSS como auxílio-doença acidentário, espécie B 91, também foi utilizado para dar uma dimensão da subestimação dos dados do SINAN. Os trabalhadores que entram nesta estatística são os denominados formais, incluindo-se neste grupo os contribuintes da Previdência Social e que tem direito ao Seguro Acidente de Trabalho (SAT), que correspondem aos empregados, trabalhadores avulsos e segurados especiais com 10 anos ou mais de idade (BRASL, 2013a).

4.4.2 Fonte de dados para os potenciais expostos aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Para fins deste estudo foram utilizados, como denominadores, para a construção dos coeficientes de prevalência de transtornos mentais, a População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) do Brasil. Segundo o IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) corresponde ao potencial de mão de obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, pessoas aptas para o trabalho estando estas ocupadas ou não no período de referência.

A PEAO compreende a mão de obra que, num determinado período de referência, trabalhou ou tinha trabalho mas, não trabalhou por algum motivo como por exemplo nas férias (IBGE, 2013a). Os indicadores provenientes da PEA são utilizados em pesquisas de vigilância em saúde do trabalhador como sustentação da premissa de que o trabalho possui relação com o adoecimento do trabalhador, portanto considera-se a PEAO como fonte dos potenciais expostos às injúrias do trabalho.

De acordo com o último censo realizado em 2010 pelo IBGE, a PEAO para o este ano correspondeu a 86.353.839 trabalhadores dentre os formais e informais, correspondendo a 49.823.312 para o sexo masculino e 36.530.527 para o sexo feminino (IBGE, 2013b).

- **Censo populacional demográfico**

O censo nacional deve ser realizado a cada dez anos. As informações geradas pelo censo objetivam caracterizar a população quanto às condições de vida, moradia, escolaridade, renda, idade, trabalho, distribuição geográfica dentre diversos outros aspectos (IBGE, 2013 a).

Portanto, a partir dos dados produzidos pelo censo torna-se possível conhecer a população economicamente ativa e ocupada, incluindo trabalhadores formais e informais, bem como as características dessa população trabalhadora com base em um censo (incluindo todos os residentes no país) e não em amostragens populacionais.

- **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), implantada no Brasil a partir de 1967, realiza investigações anuais permanentes no que diz respeito às características gerais da população, incluindo dados sobre educação, trabalho, rendimento, habitação, dentre outras. Possui periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o País (IBGE, 2013c)

A PNAD é realizada nas grandes regiões metropolitanas do país: Belo Horizonte, Distrito Federal, Salvador, São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre e Recife e geralmente é realizada nos anos em que não há censo populacional (IBGE, 2013c). A partir de seus resultados, o IBGE, através se do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), realiza projeções populacionais para o todo o país, incluindo estimativas da população trabalhadora.

4.5 Variáveis de estudo

4.5.1 Desfecho: Casos de TMRT

Os dados da pesquisa foram obtidos a partir da ficha de investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) do SINAN (Anexo A). As fichas são preenchidas por profissionais da equipe multidisciplinar de saúde nos serviços de referência em saúde do trabalhador após constatação do caso de TMRT diagnosticado pelo médico.

O instrumento consta de cinquenta e sete variáveis que são organizadas em seis blocos: 1º bloco: dados gerais que trazem dados da unidade notificadora e data de diagnóstico e de identificação; 2º bloco: dados da notificação individual como nome do paciente, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, nome da mãe e número do cartão SUS; 3º bloco: dados da residência; 4º bloco: antecedentes epidemiológicos que incluem ocupação, CNAE, situação de trabalho e dados da empresa Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), endereço da empresa/ empregador e telefone; 5º bloco: transtornos mentais, que abrange o tempo de exposição ao agente de risco, tipo de tratamento, diagnóstico específico do CID 10, hábitos de vida (uso de álcool, drogas, psicofármacos e fumo) e 6º bloco: conclusão do caso, que contempla dados como encaminhamentos, evolução do caso, preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e condutas no trabalho após o diagnóstico.

4.5.2 Variáveis descritoras

Sexo

Gênero é a denominação mais adequada para tratar dos diferentes padrões sociais que são atribuídos ao fato do indivíduo pertencer ao sexo feminino ou masculino. Portanto o termo gênero já é utilizado no campo das Ciências Sociais a partir dos anos 70, ficando a terminologia sexo apenas utilizada para uma caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos. O modelo hierarquizado de determinação social advoga que a variável sexo (tomada como característica biológica) explica uma pequena parcela da morbidade e mortalidade uma vez que ela não determina nenhuma das outras variáveis explicativas a exemplo da escolaridade, renda, realização de atividade física se detendo em maior parte às doenças de origem genética (OLINTO, 1998).

Em praticamente todas as sociedades, a mortalidade em homens expressa-se maior que entre as mulheres. Essa assimetria ratifica a divisão social do trabalho e da construção social e cultural do masculino e feminino que ocorre de forma tácita na sociedade e que acaba determinando as relações de gênero. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) demonstram que o estado de saúde varia entre homens e mulheres independente das condições de renda, idade e escolaridade (BARATA e WERNECK, 2011).

No mercado de trabalho percebe-se que as mulheres estão em constante ascensão, contudo os salários pagos aos homens são frequentemente maiores que o das mulheres para o exercício da mesma função. Em 2009, por exemplo, segundo o Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS) houve um crescimento de 7,28% da mão de obra feminina, que foi superior ao registrado para os homens (6,7%), o que demonstra a expansão da força de

trabalho feminina. Os dados para trabalhadores formais apontam que, em 2010, o ganho real de homens superou o obtido pelas mulheres, ressaltando que a elevação real do rendimento dos homens foi resultante da passagem do valor médio de R\$ 1.828, 71 em 2009, para R\$ 1.876,58 em 2010, e, no caso das mulheres, foi derivada da expansão de R\$ 1.514,99 para R\$ 1.553,44, nos respectivos anos (BRASIL, 2012).

Os estudos que tratam de gênero e transtornos mentais já evidenciaram também que este tipo de transtorno é mais frequente em mulheres e isso pode ser explicado como uma consequência das diversas demandas que se sobrepõe ao papel feminino a exemplo do trabalho doméstico, cuidado com a família e trabalho fora de casa.

Idade

A idade é uma informação imprescindível para os estudos em vigilância em saúde do trabalhador, visto que irá dizer em que momento os trabalhadores estão mais expostos a doenças e acidentes de trabalho. Esta variável é um dos principais determinantes do estado de saúde e do perfil de morbimortalidade de uma população, sendo que, do ponto de vista biológico, a idade se correlaciona tanto com a probabilidade de ocorrência das doenças, quanto de sua gravidade. Do ponto de vista social percebe-se que, nas diferentes etapas da vida, as atividades cotidianas proporcionam diferentes experiências de vida que podem representar probabilidades maiores ou menores de exposição a riscos e, deste modo, conformar um perfil patológico típico (BARATA e WERNECK, 2011).

Num estudo realizado com médicos intensivistas em Salvador- Bahia, foi encontrada uma prevalência de burnout quase duas vezes maior em médicos com idade inferior ou igual a 33 anos (TIRONI et al., 2009). Portanto, estudos com avaliação da faixa etária podem subsidiar a exploração de fatores que estão possivelmente relacionados com a idade, por exemplo, o trabalhador jovem pode vivenciar a insegurança de “não saber fazer”, o medo de errar e também pode está exposto a trabalhos mais perigosos; já o trabalhador com mais idade pode vivenciar situação de cansaço e desgaste físico e mental que também podem proporcionar transtornos mentais em consequência da exposição a cargas psíquicas.

Raça/cor

A raça/cor é uma variável que vem sendo muito estudada nos últimos anos e isso é decorrente do fato de que os estudos de morbidade e mortalidade relacionadas ao trabalho apresentarem associações com esta variável, sendo reconhecida como um fator determinante de desigualdades sociais e de exposição social ao risco de adoecimento e morte. Tal relação se

dá por conta do preconceito racial que permeia a sociedade e faz negros e brancos se inserirem diferentemente no mercado de trabalho. Os negros assumem postos de trabalho mais marginalizados e de maior risco à saúde. Portanto, a inserção social de negros e brancos determina padrões de adoecimento e de mortalidade diferentes, além de explicar as maiores concentrações de negros nas classes sociais mais baixas e de brancos nas mais altas (ARAÚJO et al., 2009).

Os estudos que tratam de desigualdades sociais apontam evidências de que há relação entre etnia e saúde, entretanto muitos destes não conseguem separar adequadamente os efeitos decorrentes da posição social de aspectos oriundos da discriminação e do racismo (BARATA e WERNECK, 2011).

A composição étnica da sociedade brasileira é variada decorrente da miscigenação entre negros que vieram escravizados no período colonial, de brancos europeus que colonizaram o país e de índios, que já habitavam o país. Outras origens também aqui adentraram como os asiáticos. Sendo assim, devido às variadas origens étnicas, o IBGE classifica as seguintes variações de raça/cor: branco, pardo, negro, indígena e amarelo. Neste estudo serão tomadas essas categorias de análise para a variável raça/cor auto-referida registrada nos sistemas de informação.

Escolaridade

O tempo de anos de estudo é uma importante variável a ser estudada no campo da saúde do trabalhador, visto que as ocupações no mercado de trabalho são determinadas, muitas vezes, pelo grau de escolaridade do trabalhador. Deste modo, pode-se depreender que o perfil de morbidade pode ser determinado pela escolaridade.

Quanto à saúde mental, os trabalhadores que exercem ocupações que exigem maior tempo de estudo estão mais vulneráveis a desenvolver síndromes como burnout, a exemplo do ramo de atividade de educação e saúde. Já os trabalhadores com menor tempo de estudo, geralmente ocupam trabalhos menos prestigiados socialmente e com alta demanda física, monotonia e de exposição a substâncias químicas a exemplo dos trabalhadores do ramo das indústrias, logo são mais vulneráveis ao desenvolvimento do alcoolismo e transtornos cognitivos (BRASIL, 2001).

Ramo de atividade econômica

A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) é a classificação oficialmente adotada pelo Sistema Estatístico Nacional na produção de estatísticas por tipo de atividade econômica, e pela Administração Pública, na identificação da atividade econômica em cadastros e registros de pessoa jurídica.

A CNAE é um instrumento fundamental na produção de informações socioeconômicas no país. Há dois subtipos de CNAE, a fiscal e a domiciliar, sendo a primeira um detalhamento das classes da CNAE para uso na administração pública tributária, como por exemplo no registro do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e contempla 21 grandes grupos. Já a CNAE domiciliar é resultado de um agrupamento da CNAE fiscal foi desenvolvida para ser utilizada no censo demográfico e em outras pesquisas domiciliares, esta contempla, portanto, treze ramos de atividade econômica a contar no anexo B (IBGE,2013d).

Conduta do empregador após diagnóstico de TMRT

É responsabilidade do empregador proteger a saúde do trabalhador e prevenir acidentes. Portanto, mediante o estabelecimento donexo causal entre a doença e o trabalho cabe ao empregador responsabilizar-se pelo mesmo e emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que deverá ser destinada à autoridade sanitária (CEREST, Vigilância Epidemiológica e Sanitária), Previdência Social, ao sindicato da classe trabalhadora, à Superintendência Regional do Trabalho e Emprego e ao Ministério do Trabalho e Emprego. A CAT é emitida apenas para trabalhadores formais (celetistas), já os trabalhadores estatutários (concursados municipais, estaduais e federais) devem procurar a instância governamental correspondente e os trabalhadores informais são excluídos de qualquer benefício, logo não se emite CAT para estes trabalhadores (BRASIL, 2001).

Independentemente do vínculo de trabalho, o trabalhador que é acometido por alguma doença relacionada ao trabalho deve ser encaminhado ao serviço de saúde para tratamento e reabilitação, contudo, são necessárias mudanças nos processos, organização e ambiente de trabalho a fim de evitar que o trabalhador seja novamente exposto às cargas de trabalho. Quanto às condutas adotadas pelo empregador após diagnóstico de TMRT foram investigadas as variáveis contempladas na ficha de notificação do SINAN a constar: afastamento da situação de desgaste mental, adoção de proteção individual, adoção de mudanças na organização do trabalho, adoção de proteção coletiva, afastamento do local de trabalho ou nenhuma medida.

Diagnósticos específicos de TMRT da Classificação Internacional de Trabalho (CID10)

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde é a última de uma série que se iniciou em 1893 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. A atualização da classificação agrupou as afecções deixando-as mais adequadas aos objetivos de estudos epidemiológicos gerais e para a avaliação de assistência à saúde (BRASIL, 2013b). O capítulo V da CID10 corresponde aos transtornos mentais e comportamentais, sendo composto por 99 diagnósticos gerais que foram agrupados em 12 famílias.

O Ministério da Saúde estabelece doze diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho pela Portaria Federal MS/GM n. 1.339/1999, que são classificadas de acordo com o nexos causal em: Schilling I, II ou III a depender do entendimento da sua relação para o desenvolvimento da doença. Na classificação Schilling I o trabalho é tido como causa necessária da doença e contempla os seguintes diagnósticos: (F02.8) Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais, (F05.0) Delirium, (F06.7) Transtorno cognitivo leve, (F07.0) transtorno orgânico de personalidade; (F09.0) Transtorno mental orgânico não especificado, (F32.0) Episódios depressivos, (F43.1) Estado de estresse pós-traumático, (F48.0) Neurastenia (inclui síndrome da fadiga), (F51.2) e Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos. Já o Schilling II tem trabalho como fator de risco desenvolvimento da doença e abrange: (F48.8) Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional), (F10.2) Alcoolismo crônico, (Z73.0) Síndrome de burn-out.

4.6 Análise dos dados

1ª etapa: Organização do banco de dados do SINAN

Nesta etapa foram realizados os seguintes procedimentos: 1) pesquisa da CNAE fiscal da empresa por meio da variável CNPJ através do site da Receita Federal; 2) Transformação da CNAE-fiscal em CNAE-domiciliar após agrupamento das mesmas; 3) pesquisa do tipo de unidade notificadora através do site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

2ª etapa: Descrição dos casos de TMRT notificados no SINAN. Para tanto, foi realizado o cálculo das frequências das variáveis e elaboração de gráficos e tabelas das casuísticas.

3ª etapa: Cálculo dos coeficientes de prevalência de TMRT x 1.000.000 trabalhadores

Numerador: casos de TMRT por ano no Brasil segundo a variável de interesse

Denominador: PEAO por ano no Brasil segundo a variável de interesse

4ª etapa: Cálculo da Variação Proporcional Percentual

Esta foi obtida pela diferença da prevalência de TMRT entre o ano correspondente e a de seu ano anterior, dividido pela prevalência de TMRT do ano anterior, multiplicado por 100.

5ª etapa: Análise da distribuição espacial dos TMRT no período de 2006 a 2012

A grande variabilidade das prevalências espaciais tanto a nível regional quanto das unidades federativas dificultou criar pontos de corte. Logo, as prevalências foram agrupadas em tercís. Para o tercil mais alto foi atribuída a cor mais escura nos mapas e a cor mais clara o mais baixo, já a cor branca representou ausência de casos de TMRT, o que não permitiu a construção de prevalências.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Por tratar-se de um estudo com banco de dados de fonte secundária de domínio público não houve a necessidade de submissão do projeto para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS.

5 RESULTADOS

ARTIGO:

Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil no período de 2006 a 2012

Mental Disorders Associated to Work in Brazil between 2006 and 2012

Carla de Oliveira Brito¹, Tânia Maria de Araújo²

Endereço para correspondência:

Carla de Oliveira Brito
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
Feira de Santana, Bahia, Brasil
Avenida Transnordestina, S/N
Bairro: Novo Horizonte
CEP: 44.036-900
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Núcleo de Epidemiologia- NEPI

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia.

² Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia.

Resumo

Objetivos: Geral: Estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espaciais no período de 2006 a 2012. **Específicos:** Descrever os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo: a) variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade), b) ramo de atividades econômica, c) tipo de diagnóstico específico no período de 2006 a 2012 e estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo características de distribuição espacial no período de 2006 a 2012, considerando as regiões brasileiras e unidades federativas.

Métodos: Foi realizado um estudo exploratório com desenho misto, incluindo análise de série temporal e área geográfica. Os dados de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho foram obtidos do SINAN e os trabalhadores potencialmente expostos foi obtida a partir da população economicamente ativa e ocupada (PEAO) no período de referência obtida no IBGE. A medida de ocorrência foi o coeficiente de prevalência de TMRT x 1.000.000 trabalhadores. A Variação Percentual Proporcional (VPP) foi utilizada para verificação de variação dos coeficientes.

Resultados: verificou-se um grande subregistro das notificações de TMRT no SINAN no período, com uma razão de 38,5 benefícios concedidos pelo INSS para cada caso notificado no SINAN. O maior coeficiente de TMRT no SINAN foi em 2011 (7,5 a cada 1.000.000 de trabalhadores). A maior proporção foi em mulheres brancas, jovens e com nível médio de escolaridade. O ramo de atividade com maior prevalência foi administração pública. As regiões Nordeste e Sudeste foram as que mais notificaram casos da doença.

Conclusão: os resultados apontam que há uma grande subnotificação dos TMRT no SINAN em todas as regiões do Brasil, o que dificulta a adoção de medidas de controle da doença. Contudo, as estimativas de prevalência indicam direções a ser priorizadas pela VISAT.

Palavras-Chave: Transtorno mental. SINAN. Ramos de atividade econômica.

Abstract

Objectives: General: estimating the prevalence of mental disorders related to work in Brazil according to sociodemographic, occupational and spatial variables in the period 2006-2012.

Specifics: Describe cases of work-related mental disorders in Brazil according to: a) sociodemographic variables (gender, age, education) and b) branch of economic activity) and c) type specific diagnosis in the period 2006-2012 and estimate the prevalence of mental disorders related to work in Brazil, according to characteristics of spatial distribution in the period 2006-2012, considering the Brazilian federative units and regions. **Methods:** this is a exploratory study was conducted with drawing mixed and temporal series. The cases of work-related mental disorders were obtained in the SINAN and exposed workers was economically active and busy population during the reference period obtained from the IBGE. The occurrence measure was the prevalence rate of TMRT x 1.000.000. The Proportionate Percentage Change (PPV) was used to check the coefficients of variation.

Results: there was a large undercount notifications of TMRT SINAN in the period, with each notification SINAN INSS gave 38,5 sickness benefits for workers with the disease. The largest coefficient in TMRT SINAN was in 2011 (7,5 to 1.000.000 workers). The highest proportion was white, young and average level of education women. The hive of activity with highest prevalence was public administration. The Northeast and Southeast regions were the most reported cases of the disease.

Conclusion: The results indicate that there is a large underreporting of TMRT the SINAN, however, the prevalence estimates indicate directions to be prioritized by VISAT.

Keywords: Mental disorder. SINAN. Branches of economic activity .

Introdução

Na visão marxista, o trabalho é concebido como uma atividade orientada para transformar um determinado objeto em produto final visando saciar as necessidades do ser humano e proporcionar o seu sustento. Portanto, o trabalho desempenha uma série de significados na vida humana assumindo nesta um papel central, capaz de proporcionar sentido à vida, satisfação e pertença social. Contudo, a relação entre homem e trabalho vem se tornando cada vez mais complexa com as mudanças do processo produtivo ao longo dos tempos e modificando os determinantes do processo saúde-doença o que também abrange o processo de adoecimento mental (BAHIA, 2013).

As características do trabalho atual, no modo de produção capitalista, transformou o trabalhador em uma força de trabalho, ou seja, um simples instrumento do capital num processo incessante e contínuo que frequentemente, viola as condições humanas de trabalho. Desse modo, percebe-se que o mundo da produção é estruturado com o fim de acumulação de capital e lucro, o que descaracteriza a razão social do trabalho e faz aumentar continuamente a apropriação privada da riqueza socialmente gerada e dos elementos da natureza. Assim, o mercado se torna o eixo estruturador da sociedade, onde os trabalhadores são simplesmente utilizados como apêndices da produção; suas faculdades críticas, inteligentes e inventivas passam a ser consideradas uma ameaça ao capital (MARX, 2011; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; BRAVERMAN, 1987).

A exposição a fatores neuropsíquicos e psicossociais são os principais exemplos dessa degradação do trabalho. Os fatores neuropsíquicos abrangem a exposição a agentes tóxicos, ruído excessivo e traumas físicos, já os fatores psicossociais englobam as cargas de trabalho, organização do trabalho, conflitos interpessoais (SELIGMANN-SILVA, 2013). Mediante a estas situações vivenciadas no mundo do trabalho é que a Vigilância em Saúde do Trabalhador vem desempenhando um importante papel no que tange a vigilância dos processos e ambientes de trabalho bem como na assistência aos trabalhadores que sofrem com doenças e agravos oriundos do trabalho.

O relatório de saúde mental e desenvolvimento, publicado em 2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que cerca de 400 milhões de pessoas no mundo sofram de transtornos mentais, estando 23 milhões destas no Brasil. A ocorrência da doença está associada a altas taxas de desemprego, o que evidencia sua associação com o trabalho. Estima-se também que os transtornos mentais sejam responsáveis por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidades no mundo (OMS, 2010). Os transtornos mentais estão entre as

principais causas de concessão de benefícios por incapacidade para o trabalho no mundo e são responsáveis por um terço das pensões em países europeus, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, México, Japão e Coréia (MYKLETUN et al., 2006).

O Ministério da Previdência Social registrou 14.089 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho em 2012 no Brasil, sendo que 11.597 (82,3%) destes resultaram em afastamentos e aposentadorias por invalidez. Os transtornos mentais representou o diagnóstico com segundo maior gasto previdenciário neste ano, representando um gasto de 231.470.322,23 milhões de reais para os cofres públicos, o que demonstra a magnitude do problema (BRASIL, 2013 a). Nos Estados Unidos, o custo do tratamento das doenças mentais corresponde a cerca de 1 a 2% do total de custos em saúde e as consequências econômicas para o setor produtivo são muito negativas, excedendo o valor do tratamento da doença (Hu, TTV, 2006).

Estudos epidemiológicos, no campo da saúde do trabalhador, têm demonstrado que as características da organização do trabalho estão associadas aos transtornos mentais, contudo os aspectos subjetivos que o envolvem, dificultam o seu diagnóstico. Deste modo, torna-se difícil estabelecer parâmetros que orientem a quantidade de trabalhadores na execução de uma determinada tarefa, o limite de sanções que o empregador pode exercer sobre seus subordinados, a meta adequada de produção, dentro outros aspectos que possam vir a colaborar com a produção de doenças (BERNARDO; GARBIN, 2011).

O Ministério da Saúde estabelece quatro grupos de parâmetros para facilitar a avaliação de incapacidade proporcionada pelos transtornos mentais e comportamentais a constar: as limitações nas atividades da vida diária, dificuldade no exercício de funções sociais, dificuldades de concentração e a deterioração ou descompensação no trabalho (BRASIL, 2001). Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) são definidos pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde como:

aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agrotóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento de pessoas, assédio moral no trabalho e a estatura hierárquica organizacional (BRASIL, 2005, p. 1).

A Vigilância em Saúde do trabalhador (VISAT) se constitui como um processo social contínuo que articula saberes e práticas de controle sanitário num determinado território, visando a promoção, proteção e assistência às pessoas que trabalham. Para tanto são

necessárias algumas ações como: conhecer a realidade da população trabalhadora, intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população, avaliar os impactos das medidas adotadas, subsidiar a tomada de decisão de órgãos competentes do governo e estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador (LACAZ, 2013).

As ações da VISAT articulam-se em torno de diversos conflitos visto que ela atua na relação entre o capital e o trabalho em sociedades capitalistas; logo, vigiar os agravos e origens dos agravos representa atuar num espaço conflitivo de relações de poder. Neste aspecto, o Estado, no seu papel de regulador, representado pela VISAT, necessita intervir no processo de produção, o que significa modificar indiretamente as esferas de reprodução social gerando uma zona de embate (SANTANA; FERRITE, 2013; PINHEIRO et al., 2013).

No âmbito nacional os agravos relacionados ao trabalho (ART) só foram incluídas na VISAT a partir da Portaria Federal MS/GM nº 777/2004, a contar: acidente de trabalho fatal; acidentes de trabalho com mutilações; acidentes com exposição a material biológico; acidentes do trabalho em crianças e adolescentes; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas; lesões por esforços repetitivos (LER); distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); pneumoconioses; perda auditiva induzida por ruído (PAIR); transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho (Brasil, 2004). Portanto esta portaria representou um marco regulatório nas políticas de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

A ficha de notificação é um importante instrumento para o planejamento em saúde, visto que possibilita a definição de prioridades de intervenção e a avaliação do impacto de tais intervenções. Esta pode ser preenchida nos estabelecimentos de saúde por qualquer membro da equipe multidisciplinar. Após seu preenchimento, esta deve ser repassada aos serviços de Vigilância Epidemiológica do município que as transmitem, por meio do SINAN net, às secretarias estaduais de saúde, semanalmente, e quinzenalmente ao ministério da Saúde. (BRASIL, 2007).

Apesar dessas ações que incluem as ARTs nos sistemas de informações oficiais, ainda são escassas, no Brasil, estatísticas oficiais que forneçam o quadro real da situação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, possibilitando seu adequado dimensionamento. Assim, com o intuito de contribuir para a produção de dados sobre esse problema, este estudo tem como objetivo geral: estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espaciais no período de 2006 a 2012. Os objetivos específicos são: descrever os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo: a) variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade) e b) ramo de atividades econômica e c) tipo de diagnóstico específico no período

de 2006 a 2012 e estimar a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo características de distribuição espacial no período de 2006 a 2012, considerando as regiões brasileiras e unidades federativas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil no período entre 2006 e 2012. Foi utilizado o desenho misto incluindo análise de série temporal e área geográfica (regiões brasileira e unidades federativas) a partir de fonte de dados secundários.

Os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Estes dados foram disponibilizados pela Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT), órgão responsável pela Vigilância em Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde. O instrumento utilizado para alimentar o banco de dados do SINAN é a ficha de notificação e investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho que são preenchidas por profissionais de saúde das unidades sentinelas em todo o país. Estas unidades caracterizam-se por serem referência para diagnóstico, notificação e investigação de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Além dos casos de TMRT registrados no SINAN também foram utilizados registros de concessão de benefícios tipo auxílio doença acidentário para esta doença foram obtidos no site do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2013a). Estes se referem aos casos de transtornos mentais que possuem associação com o trabalho, cujo nexó é estabelecido pelo médico perito do Instituto Nacional da Previdência Social (INSS). Os trabalhadores que possuem direito a este benefício são todos os contribuintes do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), excluindo os contribuintes individuais e os empregados domésticos que não são cobertos pelo Seguro por Acidente de Trabalho (SAT).

A medida de ocorrência utilizada foi o coeficiente de prevalência anual de TMRT, calculado pela razão entre o total de casos de TMRT e a população potencialmente exposta por 1.000.000. Para os casos do SINAN, a população exposta utilizada foi a População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) do Brasil em cada ano de estudo. Já para os casos do INSS a população exposta foi constituída apenas de trabalhadores contribuintes do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) que possuem direito ao Seguro Acidente de Trabalho

(SAT), excluindo assim os contribuintes individuais e os empregados domésticos que não são cobertos pelo Seguro por Acidente de Trabalho (SAT).

Os dados da População Economicamente Ativa e Ocupada (PEAO) a partir dos 10 anos de idade foram extraídos do Sistema de Dados de Recuperação Automática (SIDRA) disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este banco realiza projeções populacionais a partir das pesquisas do censo e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para os anos em que não há censo. Portanto, a PEAO para os anos de 2006, 2007, 2008, 2009, 2011 e 2012 foi obtida dos dados da PNAD. Para o ano de 2010 foram utilizados dados do censo de 2010 (IBGE, 2013).

A Variação Percentual Proporcional (VPP) foi utilizada para verificação de variação dos coeficientes. Esta foi obtida pela diferença da prevalência de TMRT entre o ano correspondente e a de seu ano anterior e dividido pela prevalência de TMRT do ano anterior, multiplicado por 100.

As variáveis relacionadas ao diagnóstico de TMRT exploradas foram: os grupos de diagnósticos, a conduta adotada pela empresa, a evolução dos casos e o tipo de unidade notificadora. Os dados da unidade notificadora do TMRT presentes no banco do SINAN foram disponibilizados em códigos da Classificação Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo necessária a obtenção desses dados através da busca individual dos códigos no site do CNES.

Os transtornos mentais correspondem aos diagnósticos do Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID 10^a revisão), que inclui as famílias de F00 a F99 e outras doenças. Estas são agrupadas em: F00-F99: transtornos mentais orgânicos, F10-F19: transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, F20-F29: esquizofrenia e transtornos delirantes, F30-F39: e transtornos do humor, F40-F48: transtornos neuróticos, F50-F59: Síndromes comportamentais, F60-F69: transtornos de personalidade e comportamento, F70-F79: retardo mental, F80-F89: transtornos de desenvolvimento psicológico, F90-F98: transtornos do comportamento e emocionais, F99: transtornos mentais não específicos (BRASIL, 2013b).

As variáveis sociodemográficas utilizadas para descrição dos casos foram: sexo, idade, raça/cor e escolaridade. As variáveis espaciais foram as cinco grandes regiões do Brasil e as 27 Unidades Federativas. Dentre as variáveis ocupacionais foram incluídas: tipo de vínculo e o ramo de atividade econômica. Devido ao baixo registro da variável Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) no SINAN (32,3%), somente foi possível obter a mesma a partir do CNPJ da empresa, pesquisado no site da Receita Federal. As CNAE obtidas pela

Receita Federal foram do tipo fiscal que agrega alguns ramos de atividade de forma diferente da CNAE domiciliar. Logo foi necessário realizar a desagregação destes e realizar novo reagrupamento a fim de permitir o cálculo de taxas de prevalência, uma vez que os denominadores utilizados neste estudo utilizavam a CNAE domiciliar. A CNAE domiciliar versão 2.0 abrange os seguintes ramos: 1- agricultura, pecuária, silvicultura, pesca, aquicultura e atividades relacionadas; 2- Indústria de transformação; 3- indústrias extrativistas e captação, tratamento e distribuição de água; 4- Construção; 5- Comércio e reparação; 6- Alojamento e Alimentação; 7- Transporte, armazenagem e comunicação; 8- administração pública; 9- educação, saúde e serviços sociais; 10- outros serviços coletivos, sociais e pessoais, que inclui atividades associativas, recreativas, de limpeza urbana e esgoto dentre outros serviços pessoais; 11- serviços domésticos e 12- outras atividades, que inclui atividades financeiras, de seguros, imobiliárias, locação, informática, serviços prestados a empresas e organismos internacionais.

Os dados foram processados no pacote estatístico SPSS, versão 17.0 for Windows e Excel, versão 2007. Para os dados espaciais, além destes, foi utilizado o pacote estatístico Quantum Gis versão 2.0 para a construção dos mapas. O esquema de cores utilizados nos mapas representam tercis e foi assim analisado devido a grande variabilidade das prevalências espaciais o que dificultou a criação de pontos de corte. Por tratar-se de dados secundários de domínio públicos não foi necessário o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Resultados

Notificações de TMRT no Brasil

A partir da obrigatoriedade das notificações das doenças relacionadas ao trabalho estabelecido pela Portaria 777 de 25 de janeiro de 2004, Brasil (2004), a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), iniciou uma nova fase no sentido de divulgar e capacitar profissionais de saúde de todo o Brasil para as notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em meio a esta fase de transição, as notificações dos agravos e doenças relacionados ao trabalho somente começaram a ser realizadas a partir de 2006 e, até o ano de 2011, foi verificado um aumento expressivo, com uma média de aumento de 142% ao ano, com destaque para o período entre 2006 e 2007, com 480% de aumento. Entre 2011 e 2012 verificou-se uma queda de 8% no número de casos no Brasil (Tabela 1).

As estimativas de coeficientes de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho, calculados a partir da população economicamente ativa e ocupada no país, ano a ano, indicaram que todas as regiões do Brasil apresentaram crescimento dos coeficientes, sendo o maior deles em 2011 com 7,5 casos por 1.000.000 de trabalhadores. Os benefícios auxílio-doença acidentários concedidos para os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INSS) também foram analisados neste artigo com o propósito de dar uma maior comparabilidade aos dados do SINAN. Nota-se que, enquanto o SINAN notificou 2.444 casos de TMRT entre 2006 e 2012, o INSS registrou a concessão de 94.061 benefícios para o mesmo diagnóstico no mesmo período, o que correspondeu a 38,5 vezes mais em frequência de notificações (Tabela 1).

A menor prevalência de TMRT no Brasil, segundo o INSS, foi registrada em 2006 com 161,8 concessões de benefícios auxílio-doença acidentários por 1.000.000 trabalhadores contribuintes (4.530 casos), e ainda assim, representou 21 vezes maior do que no SINAN no ano de 2011. Assim como no SINAN, o maior aumento de coeficiente no INSS foi entre 2006 e 2007, com acréscimo de 133% (Tabela 1).

Unidade notificadora

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram os principais responsáveis pelas notificações dos casos de TMRT no SINAN no Brasil, respondendo a 71% das notificações entre 2006 e 2012. As primeiras notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho só começaram a ser realizadas a partir de 2006, sendo que neste primeiro ano os CERESTs foram responsáveis por 95% das mesmas, realizando 20 do total de 21 notificações neste ano (Tabela 2).

A partir de 2007 outras unidades de saúde iniciaram as notificações de forma discreta, ficando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em segunda posição com 8,4%, seguido dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com 6,2%. As Unidades de Saúde da Família (USF), que funcionam como porta de entrada dos trabalhadores no SUS, expressou valores muito baixos, assumindo a sexta posição com 1,4%, embora tenha apresentado crescimento gradativo de notificações ao longo dos anos. Entre as notificações realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) destaca-se a atuação das vigilâncias epidemiológicas e da saúde do trabalhador. Os hospitais e ambulatórios psiquiátricos e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) somaram 1,4% das notificações (Tabela 2).

Características sociodemográficas e situação no mercado de trabalho

Quanto às características sociodemográficas dos trabalhadores doentes foi verificado maior proporção dos casos de TMRT entre 2006 e 2012 nas mulheres correspondendo a 57% dos registros (1.400 casos), com pequena queda em 2007, quando os homens representaram 53,3% do total. A raça/cor branca apresentou os maiores percentuais de casos e foi a mais notificada em todos os anos, sendo a maior proporção em 2006 com 72,2% dos casos e a menor em 2008 com 53,9%. Os pardos ocuparam a segunda posição acumulando 32,7% dos casos durante o período. Quanto à escolaridade foram observados casos nos diversos níveis, com destaque para os de maior escolaridade, sendo o nível médio aquele com a maior proporção dos casos, correspondendo a 48,6% entre 2006 e 2012; o nível superior obteve segunda posição, com 29,6% no mesmo período. A menor proporção foi entre os analfabetos com apenas nove casos, representando 0,5% dos casos (Tabela 3).

O trabalhador mais novo com TMRT tinha nove anos, o mais velho setenta e um, a média de idade foi de 28 anos, foram desconsiderados cinco casos em crianças de dois anos ou menos de idade, por possível erro de registro. Quanto à faixa etária verificou-se que entre 18 a 39 anos concentrou-se a maior proporção dos casos em todos os anos, totalizando 53,6% no período. A faixa entre 40 e 59 anos assumiu a segunda posição com 44,5%. Os casos em trabalhadores com 60 anos ou mais somaram apenas 0,6% no período, com registros iniciais observados a partir de 2009. Destaca-se a faixa entre nove e dezessete anos com 10 casos de TMRT notificados, dado atípico por se tratar de crianças e adolescentes. Destaca-se um percentual elevado de ausência de registro da variável raça/cor nas notificações do SINAN com 60,6% de dados ignorados ou ausentes e em menor proporção, mas com percentual elevado a variável escolaridade, com 20,3% de dados subregistrados (Tabela 3).

Os empregados com carteira de trabalho registrada apresentaram maior proporção de casos de TMRT em todos os anos em estudo, porém com uma redução progressiva. Registra-se que estes trabalhadores representaram 72,1% em todo o período. Sendo que em 2006 este percentual foi de 89,5% e em 2012 caiu para 72,6%, indicando o registro de casos em outras situações ocupacionais. Observou-se que 91,2% dos trabalhadores possuíam vínculo de trabalho estável a exemplo dos empregados registrados, servidores públicos estatutários, servidores públicos celetistas e empregadores. Apenas 2,9% dos trabalhadores possuíam vínculo precário, a constar os empregados não registrados, autônomos, trabalhadores temporários, cooperativados e trabalhadores avulsos. A presença da doença também foi

verificada em trabalhadores desempregados (5%) e em aposentados (0,9%) e não houve registro de TMRT em empregadores (Tabela 3).

Houve maior prevalência de TMRT em mulheres tanto entre negros, como em não negros. Entre 2006 e 2012 houve 21% mais casos entre as mulheres negras do que entre os homens negros, com destaque para o ano de 2010 cuja diferença foi de 63%. Já entre os não negros houve 142% mais entre as mulheres. Pode-se destacar o ano de 2006 onde a diferença foi de 598% a mais nas mulheres. Entre os negros, a prevalência masculina foi mais elevada nos anos de 2006, 2007 e 2008 (Tabela 4).

Quanto aos hábitos de vida, foi encontrado que os homens com TMRT consumiam bebida alcoólica cinco vezes mais do que as mulheres e fumavam cerca de duas vezes mais. Já as mulheres se sobressaíram apenas pelo uso de psicofármacos, obtendo uma pequena diferença percentual de 1,4% a mais que os homens.

Diagnóstico específico de TMRT

Dos 2.444 casos de TMRT registrados no SINAN, entre 2006 e 2012, 7,3% não tinham registro de diagnósticos específicos; contudo, do total de diagnósticos registrados, 96,4% faziam parte do capítulo V da Classificação Internacional de doenças CID 10, que se refere aos transtornos mentais e comportamentais e 1,7% referiam-se à Síndrome Burnout. Um achado curioso foi a proporção de 3,6% de registros que apontavam diagnósticos específicos não relacionados a doenças mentais. Os transtornos neuróticos e do humor apresentaram a maior proporção dos casos, com 56,4% e 30,4% respectivamente. Na distribuição por sexo, as mulheres tiveram maior proporção de transtornos neuróticos do que os homens com 60,7 contra 53,3% respectivamente. Os transtornos do humor foram mais frequentes entre os homens, correspondendo a 35,4 para estes e 23,5% entre as mulheres. As síndromes comportamentais foram verificadas apenas entre as mulheres com 0,8% (tabela 5).

Os TMRT e ramos de atividade econômica

Na maioria dos ramos de atividade econômica predominou o nível médio de escolaridade. O ramo da administração pública foi o único que apresentou predomínio do nível superior com 50% dos casos. Os ramos de educação e saúde e outras atividades, embora com predomínio do nível médio, apresentaram altas proporções de TMRT no nível superior com 38,9% e 42,7% dos casos respectivamente. Os analfabetos representaram o menor

percentual de trabalhadores em todos os ramos de atividade econômica com maior proporção na indústria de transformação, com 4,5%.

Quanto à distribuição de grupos de diagnósticos de TMRT segundo os ramos de atividade econômica, foi verificado que os transtornos neuróticos e do humor também assumiram as primeiras posições na maioria dos ramos de atividade com exceção do ramo agrícola cuja segunda posição com 14,3% foi assumida pela esquizofrenia e transtornos delirantes; nenhum outro ramo apresentou proporções tão altas deste grupo diagnóstico (Tabela 6).

A maioria dos ramos de atividade econômica apresentou aumento contínuo dos coeficientes de prevalência. O ramo “outras atividades” obteve as maiores prevalências nos anos 2006, 2008 e 2009, com 1,7; 11,0 e 12,5 a cada 1.000.000 trabalhadores (Tabela 7). As atividades mais frequentes deste ramo foram as de teleatendimento e atividades bancárias. Nos anos de 2007 e 2010 o ramo de transporte ocupou o primeiro lugar, com 4,6 e 13,6 a cada 1.000.000 trabalhadores deste setor. A administração pública também obteve destaque nos anos de 2011 e 2012, com 31,7 e 25,1 por 1.000.000 trabalhadores sendo estas as maiores prevalências no período de estudo. Estes três ramos de atividades revezaram entre as três primeiras posições durante os sete anos de estudo. Muitos estabelecimentos públicos da saúde e educação foram cadastrados na Classificação Nacional de Atividade Econômica como parte do setor da administração pública, devido a este fato os ramos de atividade de educação e saúde obtiveram prevalências não tão expressivas como a primeira. Entre 2011 e 2012 os setores de administração pública; serviços coletivos e outras atividades tiveram queda de prevalência de TMRT. Não houve registros de casos de TMRT no setor de serviços domésticos e prevalência muito discreta no ramo agrícola, variando entre 0,1 a 0,3/1.000.000 trabalhadores no período (Tabela7).

Em todos os anos foi verificado maiores prevalências de TMRT no sexo feminino em todos os ramos de atividade econômica (Tabela 8), com exceção do ramo da indústria, onde os homens chegaram a apresentar prevalência 157% maior que as mulheres. No ramo do transporte, as mulheres tiveram maiores prevalência (73% a mais que os homens), mesmo considerando que esta é uma atividade predominantemente masculina. O ramo denominado “outras atividades” obteve destaque pelas maiores prevalências de TMRT em ambos os sexos; contudo, as mulheres apresentaram prevalências bem superiores à dos homens (727% a mais). Este ramo contempla atividades de serviços como: atividades financeiras, teleatendimento e serviços imobiliários (Tabela 8).

Pode-se destacar que no setor saúde e serviços sociais não foram notificados casos em homens nos anos de 2006 e 2008 e em 2010 a prevalência entre os homens foi 11,9% maior que a feminina, com 6,4 e 5,8 respectivamente. O ramo da administração pública obteve prevalência 104% maior no sexo feminino, com destaque para o período entre 2009 e 2010, com 458,3% a mais. Dentre as atividades mais frequentes no ramo da administração pública podemos destacar trabalhadores da saúde, educação e serviços comunitários, portanto os ramos de específicos da educação e saúde podem ter sofrido que no coeficiente de prevalência por haver muitas destes trabalhadores no setor público (Tabela 8).

Conduta adotada

Após o diagnóstico de TMRT, 70,5% dos trabalhadores foram afastados da situação de desgaste mental, sendo esta a principal medida adotada. Em apenas 13,5 % dos casos foram realizadas mudanças na organização do trabalho: em 4% dos casos foram adotadas medidas de proteção coletiva, enquanto 11,4% desenvolveram medidas de proteção individual o que demonstra ainda a ênfase em medidas pontuais desenvolvidas pelos empregadores e sem foco nos aspectos preventivos da doença.

Em 10,5% dos casos não foi registrada nenhuma medida em prol da saúde do trabalhador. Quanto à notificação da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), verificou-se uma emissão em apenas 53,7 % dos casos, o que representa um subregistro da CAT de 21,3% uma vez que somente os trabalhadores com carteira de trabalho registrada têm direito de emissão da mesma e este grupo corresponde a 75% do total de trabalhadores com TMRT notificados no SINAN. Destaca-se também o grande percentual de trabalhadores que não foram encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com total de 25,4%.

Espacialização dos coeficientes de TMRT no Brasil

Embora o registro de TMRT no SINAN evidencie muitas oscilações ao longo do período estudado (2006-2012), observou-se que a região sudeste foi a que manteve maior homogeneidade dos dados, sendo que entre 2010 e 2012 as regiões sudeste e nordeste registraram as maiores prevalências. O sudeste e o centro-oeste foram as únicas regiões a notificarem casos em 2006. As regiões norte e sul do país obtiveram os menores coeficientes entre 2006 e 2010. A partir de 2011, o coeficiente de prevalência TMRT caiu no Brasil em todas as regiões, com destaque para o Nordeste, cuja queda foi de 66% (Figura 1).

O INSS concedeu benefício por auxílio doença acidentário a trabalhadores de todas as regiões do Brasil entre 2006 e 2012, sendo os maiores prevalências na região Sul, seguida do Sudeste durante o período estudado. No geral, as regiões Norte e Nordeste corresponderam as menores prevalências ao longo dos anos estudados. O maior coeficiente foi observado na região Sul, em 2008, com 662,7 e o menor no Norte em 2006 com 88,0 casos em 1.000.000 trabalhadores (Figura 2).

Os estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e São Paulo foram os únicos a notificarem casos de TMRT em 2006, sendo que, em 2007, 50% das unidades federativas já realizavam as notificações em todas as regiões do país, sendo as maiores prevalências concentradas nos estados dos nordeste e centro-oeste. Os estados do Pará, Mato Grosso do Sul, Acre e Goiás que haviam notificado casos em 2009, deixaram de notificar em 2010. O Piauí e Amapá foram os únicos estados que, até 2011, não tinham registro de TMRT (Figura 4). Os dados do INSS demonstram que houve casos de TMRT em todos os estados do país nos anos de referência com exceção do estado do Amapá nos anos de 2006 e 2008. São Paulo e Rio Grande do Sul tiveram destaque pela alta prevalência no período (Figura 5).

Em ambas as faixas etárias as mulheres apresentaram prevalência para TMRT superior à masculina em todas as regiões do Brasil. Na faixa de 10 a 39 anos de idade (Figura 3), as mulheres apresentaram prevalência quase duas vezes maior prevalências do que os homens. Esta faixa etária também concentra as maiores prevalências no nordeste e sudeste, com 4,62 e 6,3 a cada 1.000.000 de trabalhadores, respectivamente. Na faixa etária de 40 anos ou mais de idade a maior prevalência foi nas região norte e centro-oeste com 10,5 e 6,5 respectivamente. Os homens apresentaram as maiores prevalências de TMRT nas regiões Nordeste e Sudeste em ambas as faixas etárias. Destaca-se a região sul que apresentou as menores prevalências em ambos os sexos e faixas etárias (Figura 3). Em síntese, observou-se que a distribuição das prevalências entre homens e mulheres na faixa etária de 10 a 39 anos nas regiões brasileiras foi similar. No entanto, na faixa etária de 40 anos ou mais encontrou-se diferenças entre: as mulheres a faixa etária mais elevada de prevalência foi registrada no Norte e Centro-Oeste; no caso dos homens, as maiores prevalências encontraram-se nas regiões Sul e Nordeste.

Evolução dos casos

A análise da evolução dos casos de TMRT evidenciou que a incapacidade temporária correspondeu a 78,6% dos casos notificados e as demais incapacidades somaram a 8,2%. Apenas 4,9% evoluíram para cura e 8,1% ainda não tinham cura confirmada. Não houve

registro de óbitos por causa direta da doença; registraram-se dois óbitos que não apresentaram o transtorno mental como causa. Em 29% das notificações não foram registradas a evolução do caso, ou havia menção à possuíam evolução desconhecida.

DISCUSSÃO

As notificações do SINAN

Apesar de o SINAN ser um sistema que cobre tanto os trabalhadores formais quanto os informais, os dados analisados neste estudo mostraram uma alta subnotificação dos TMRT nesse sistema. Este fato foi evidenciado em função da incoerência na frequência de transtornos mentais relacionados ao trabalho quando comparado ao número de benefícios de auxílio-doença acidentário concedidos pelo INSS para transtornos mentais. Foi constatado que o INSS notificou trinta e oito vezes mais casos que o SINAN entre 2006 e 2012. O SINAN apresentou crescimento gradativo do número de notificações, nesse período; ainda assim, em nenhum ano, se aproximou dos dados do INSS, mesmo este registrando apenas os trabalhadores formais. No estudo de Correa; Assunção (2003) foi verificado que, das vinte e nove pensões por morte por acidente de trabalho concedidas pelo INSS, em 1999, em Belo Horizonte, apenas três destes constavam o preenchimento do campo “acidente de trabalho” na declaração de óbito, o que demonstra ainda a baixa cobertura e baixo registro dos sistemas de notificações do SUS. Portanto, o estabelecimento de estratégias e medidas para ampliar a confiabilidade desses sistemas no Brasil permanece um importante desafio.

A subnotificação dos TMRT no SINAN e o aumento expressivo das notificações ao longo dos anos eram esperados por tratar-se de um sistema de informação novo e em fase de implantação nos primeiros anos. Uma explicação razoável seria que a dificuldade de capacitação profissional para atuação na área de vigilância, a falta de acesso imediato desse sistema em todos os municípios brasileiros uma vez que inicialmente o registro estava restrito às unidades sentinelas e aos casos confirmados. Há que se ressaltar que apenas na Bahia, no ano de 2011, é que todas as unidades de saúde deveriam assumir o papel de unidade notificadora de agravos relacionados ao trabalho, retirando assim a exclusividade das unidades sentinelas no que se refere às ações em saúde do trabalhador (BAHIA, 2011). Assim, ao analisar os dados provenientes dessas fontes de dados, deve-se considerar o seu processo ainda recente de implantação.

O subregistro dos dados, entendida como uma notificação com dados faltantes, foi outra dificuldade encontrada especialmente para as variáveis que não eram de preenchimento obrigatório para entrada no SINAN-NET, o que dificultou o conhecimento do perfil dos trabalhadores acometidos por TMRT. Para Facchini et al. (2005), duas situações podem explicar a subnotificação e o subregistro dos dados sistemáticos em saúde: a primeira é a complexidade dos instrumentos e a segunda é a alta sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Contudo, há também que se questionar sobre um possível déficit na formação acadêmica dos profissionais de saúde e na educação permanente dos trabalhadores da saúde; o menosprezo das atividades que fogem do papel direto da assistência e a pouca visibilidade da importância da categoria trabalho como condicionante do processo saúde –doença.

Uma importante contribuição dos estudos em vigilância em saúde do trabalhador nos últimos anos relaciona-se à busca de compreensão sobre a influência do trabalho, nos diferentes ramos de atividade econômica, sobre a saúde humana. Assim a produção deste tipo de conhecimento já é reconhecida por órgãos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde. Diversas estratégias têm sido adotadas nos sistemas de informação em saúde do Brasil, a fim de melhorar a qualidade destes dados, contudo, percebeu-se, neste estudo, que ainda estamos distantes de alcançar essas metas de qualidade de cobertura e de acompanhamento que se aproxime, de fato, da realidade brasileira.

Segundo o manual e orientação para o preenchimento da ficha do SINAN para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) (BRASIL,2007), o campo de Classificação de Atividade Econômica (CNAE) deve ser de preenchimento obrigatório; contudo, o SINAN-net, o software para digitação dos dados, aceita que os casos entrem no sistema sem constar o preenchimento desta variável, diferente de outras variáveis ocupacionais como a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO).

Após grande dificuldade para conseguir os dados de CNAE por meio dos registros do CNPJ da empresa, foi possível a análise desta variável, porém, em função da incompatibilidade da CNAE fiscal, do CNPJ, com a CNAE domiciliar, do IBGE foi necessário proceder-se ao reagrupamento da CNAE do SINAN a fim de que ambas se tornassem compatíveis para o cálculo das prevalências. Essas dificuldades encontradas ao longo da pesquisa são também enfrentada por outros pesquisadores que trabalham com dados secundários em saúde do trabalhador. Esses obstáculos indicam a necessidade de padronização da CNAE nas bases de dados em saúde do trabalhador a fim de que sejam

viabilizados novos estudos de vigilância capazes de abranger a distribuição e taxas, permitindo o entendimento da determinação desses agravos e, conseqüentemente, de intervenção e prevenção considerando as especificidades de diferentes processos de trabalho, o que seria possível com a análise de atividade econômica e ocupacional (FACCHINI et al., 2005; NOBRE, 2003).

Os CEREST desempenharam um importante papel nas notificações dos TMRT no Brasil, mesmo em meio à alta subnotificação de TMRT no Brasil. Contudo, a finalidade principal desses centros é de prestar o suporte técnico às demais unidades de saúde, sejam estas públicas ou privadas, com relação às questões de vigilância em saúde do trabalhador e isto inclui auxílio no estabelecimento de nexos com o trabalho. Contudo, o que se verificou neste estudo é que os CEREST estão praticamente assumindo o papel das notificações no Brasil e pouco tem sido feito pelas demais instituições de saúde do SUS e muito menos ainda pelo setor privado.

A vigilância à saúde do trabalhador ainda parece distante de ser incorporada nas ações em saúde no Brasil, logo faz-se necessária a implementação de políticas para o fortalecimento desta prática. Para Galdino; Santana; Ferrite (2012), a infra-estrutura, a quantidade e a capacitação dos profissionais e o atendimento às demandas externas são fatores que fazem aumentar o número de notificações dos CEREST.

Conhecendo os trabalhadores com TMRT

Devido à escassez de estudos sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil foram utilizadas comparações com estudos que tratam de transtornos mentais comuns em trabalhadores com base em estudos epidemiológicos. Portanto, deve-se levar em consideração os diferentes objetivos estabelecidos neste estudo e os métodos diagnósticos com propósitos outros do que o nexo causal entre trabalho e doença mental. As maiores prevalências de TMC entre as mulheres trabalhadoras corroboram com os resultados de Araújo et al. (2006) com prevalência de 56,8% para mulheres e 34% para homens e Assunção et al. (2013), com proporção de 41,4% para as mulheres e 21,1 para os homens e (RP: 1,96).

Homens e mulheres também assumem ocupações diferentes no mercado de trabalho, logo, estão expostos a distintas condições de trabalho (ROELEN, 2009; SMEB, BRUUSGAARD, CLAUSSEN, 2009). O predomínio de transtornos mentais entre as

mulheres também pode ser explicado pelas múltiplas cargas de trabalho que sobrecarregam sobre as mulheres devido ao seu reconhecido papel social na maternidade e serviços domésticos e aumenta a sobrecarga de trabalho quando estas assumem também um espaço no mercado de trabalho, tornando-se sobrecarregadas (PINHO; ARAÚJO, 2012). Possivelmente por este motivo pelo qual as mulheres com diagnósticos de transtornos mentais apontaram problemas fisiológicos e afetivo-familiares como principal causa, enquanto os homens referem relação com o papel produtivo (SAMPAIO; MESSIAS, 2002).

Chamou atenção a faixa etária de nove a dezessete anos com dez casos (0,4%) da doença durante os sete anos de estudo. Não foram encontrados estudos com resultados similares. Assim, chama a atenção para duas possibilidades: erro do registro ou a presença do trabalho infantil em condições degradantes, uma vez que foge dos critérios de trabalho como menor aprendiz, que só é permitida para faixa de idade entre 14 e 16 anos segundo a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

Outro dado que despertou a atenção foi a grande proporção de TMRT em brancos, uma vez que esperava-se maior proporção de negros visto que estes, muitas vezes, assumem postos de trabalho mais marginalizados e de maior risco à saúde (BARATA; WERNECK, 2011; ARAÚJO et al., 2009). A diferença na inserção social entre negros e brancos é reflexo do preconceito racial que está arraigado na sociedade brasileira e tal inserção determina diferentes padrões de adoecimento e de mortalidade, o que se esperava para o diagnóstico de TMRT supondo que as maiores demandas dos aspectos psicossociais do trabalho poderiam recair sobre os negros. A “invisibilidade” dos negros, neste estudo, possa estar associada à baixa proporção de vínculos informais notificados no SINAN e que possivelmente grande parcela dos informais seja composta de negros. Nos estudos encontrados sobre transtornos mentais em trabalhadores, a variável raça/cor somente foi utilizada para descrever a população (ASSUNÇÃO; SILVA, 2013), ou nem mesmo foi utilizada (DIDÉLIO et al., 2012; ULHÔA et al., 2010; TIRONI et al., 2009; ARAÚJO et al., 2003), o que dificulta a análise e comparação desta associação.

A maior proporção de transtornos mentais nos trabalhadores com maior escolaridade se deu, possivelmente, por uma maior percepção do sofrimento, uma vez que estes tiveram maior acesso a educação, portanto, possuem maior nível de conhecimento sobre os efeitos danosos do trabalho. Outros achados revelam situações de alta exigência geralmente vivenciadas por profissionais de nível superior; nesse caso o trabalhador exerce baixo controle sobre o mesmo, ou então na situação passiva (como baixa demanda e baixo

controle), que pode contribuir para casos em que as capacidades mentais do indivíduo são subestimadas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Doenças mentais específicas

A ficha de notificação e investigação do SINAN define que os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho como:

aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais com exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento de tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID 43.1) (BRASIL, 2005, p. 1).

Este conceito embora amplo torna-se limitado uma vez que dá a entender que apenas os transtornos mentais decorrentes do estresses pós-traumáticos no trabalho poderiam ser notificados. O manual do SINAN (2007) e as orientações da ficha de preenchimento de transtornos mentais do SINAN (BRASIL, 2005), não trazem ressalvas quanto a essa restrição. Todavia, seria plausível levantar a hipótese de que esta restrição serviria como uma forma de fazer entender aos trabalhadores da saúde o que seria uma doença mental relacionada ao trabalho e, desse modo, incentivar as notificações de um grupo específico de adoecimento.

Com base nos documentos oficiais existentes, esperava-se que, ao analisar essas notificações, possivelmente, só haveria notificação de estresse pós traumático, o que seria uma grande limitação neste estudo. Porém, apenas 17,3% dos registros correspondiam a este diagnóstico específico, mas ainda assim, foi o que apresentou maior proporção de notificações. Essa restrição pode ser uma das explicações para a baixa notificação dos TMRT no SINAN, o que se entende como algo que precisa ser redefinido neste sistema de informação, com uma nova definição de TMRT na normatização existente.

Dos doze diagnósticos de transtornos mentais relacionados ao trabalho trazidos no Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), apenas três obtiveram números expressivos nos sete anos de estudo: os episódios depressivos (F32.0) com 38 casos, o estado de estresse pós-traumático (F43.1) com 375 casos e a Síndrome de Burnout (Z 73.0), com 30 casos. Portanto, a maioria dos diagnósticos

específicos registrados no SINAN não fazia parte daqueles listados pelo Manual do Ministério da Saúde, o que faz levantar a hipótese de que existem muitos outros diagnósticos de transtornos mentais cuja relação com o trabalho ainda não é reconhecida. Outra possível explicação seria o erro diagnóstico, uma vez que a competência de diagnosticar estes casos não é apenas do psiquiatra, ou do médico do trabalho, mas de qualquer profissional médico. Contudo, devido a maior parte das notificações do SINAN terem sido feitas em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), entende-se terem sido realizadas por médicos do trabalho.

Neste estudo, os diagnósticos de transtornos mentais foram organizados em doze grupos conforme a Classificação do Código Internacional de Doenças (CID 10). O grupo F40-F48, que corresponde aos transtornos neuróticos, obteve as maiores proporções em todos os ramos de atividade econômica e em ambos os sexos. Neste grupo, o diagnóstico de estresse pós-traumáticos foi o mais frequente. Este transtorno é caracterizado pela sensação de entorpecimento, embotamento emocional, anedonia, episódios repetidos de rememoração e revivescência do trauma, hipervigilância e fuga de situações que relembre o trauma. O registro desse transtorno é comum em bancários vítimas de assalto a mão armada, motoristas de trens metroviários envolvidos em acidentes, trabalhadores de minas subterrâneas, bombeiros e policiais. Porém, qualquer trabalhador de qualquer ramo de atividade pode ser acometido por esse quadro, o que condiz com os resultados deste estudo (SELIGMANN-SILVA, 2013; CAMARGO, 2011).

Os transtornos do humor (F30-39) representaram o segundo grupo diagnóstico mais frequente no SINAN em todos os ramos de atividade econômica com exceção da agricultura, e em ambos os sexos. Neste grupo, destacam-se as síndromes depressivas que estão relacionadas não apenas com vivências do ambiente de trabalho, como também pela ameaça da perda de emprego ou mesmo o desemprego (SELIGMANN-SILVA, 2013). A percepção de violência, injustiça e o assédio moral no trabalho têm sido apontados como fatores relevantes nesta patogênese. Os quadros de depressão típicos são caracterizados por desânimo, lentificação do pensamento e da fala, tristeza, sentimentos de culpa pelos insucessos e falta de perspectivas para o futuro. No entanto, quadros atípicos da doença podem se manifestar numa tentativa de defesa psicológica contra a doença a exemplo da ansiedade e hiperatividade (SELIGMANN-SILVA, 2013).

A Síndrome de Burnout, também frequente nos registros do SINAN, atingiu, sobretudo, setores de administração pública, educação e saúde (setores com maiores

proporções da doença). Esta síndrome designa aquilo que deixou de funcionar, por exaustão de energia, esgotamento físico, psíquico e emocional devido à má adaptação do indivíduo ao trabalho. Este termo foi utilizado pela primeira vez por Brandley, mas tornou-se mais popular a partir dos estudos de Freudenberg em 1974. Aqui no Brasil passou a ser reconhecida pela Previdência Social como doença relacionada ao trabalho a partir do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999 (ANDRADE, 2012; BATISTA et al., 2010).

Distribuição dos transtornos mentais segundo os ramos de atividade econômica no Brasil

As maiores prevalências de TMRT foram identificados nos ramos dos serviços: administração pública, transporte, armazenagem e outras atividades. Esses ramos podem ter se destacado como consequência do desgaste emocional na realização de tarefas que exigem contato direto com o usuário, abrangem atendimento e cuidado de pessoas (LEAKER, 2008). Nestes ramos também se evidencia, além de fatores psicossociais adversos, maior exposição a situações de violência, física, sexual e moral (EUROPEN AGENCY FOR SAFETY AND HEATH AT WORK, 2009). A elevada prevalência de TMRT entre os trabalhadores da administração pública pode ser compreendida em decorrência deste ramo abranger grandes setores que contemplam a educação e a saúde pública. As maiores prevalências entre as mulheres deste ramo pode ser reflexo da representatividade social que os trabalhos voltados para o cuidar tem na vida das mulheres. Em estudos que tratam de condições de trabalho de professores, os transtornos mentais e queixas relacionadas às cargas psicossociais sempre são mencionados pelos trabalhadores (FONTANA; PINHEIRO, 2010; GASPARINI et al., 2005; DELCOR et al., 2004). Também foi encontrada elevada prevalência (44%) de distúrbios psíquicos em professores com maior proporção em trabalhos considerados como de alta exigência e trabalho ativo (PORTO et al., 2006).

Embora os transtornos de humor e neuróticos tenham assumido a maior proporção na administração pública, chama atenção a Síndrome de Burnout que ocupou a terceira posição apenas neste setor. Tal achado confirma a teoria de que esta síndrome está associada a trabalhadores que lidam com o cuidado humano e, portanto, dispendem muita energia pela dedicação excessiva e prolongada no desempenho de suas atividades, proporcionando a exaustão e desgaste mental (ANDRADE, 2012; SELIGMANN-SILVA, 2013). Um estudo de corte transversal sobre Síndrome de Burnout em médicos intensivistas da cidade de Salvador-Bahia encontrou prevalência de 7,4% desta doença com forte associação para os

médicos jovens, com poucos anos de experiência, que não praticavam atividade física, não possuíam hobby e tinham precárias condições de trabalho como baixos salários, alta demanda de trabalho, trabalho em turnos, dentre outras (TIRONI, 2009 et al.). Esta é uma realidade enfrentada por muitos profissionais da área de saúde, o que, possivelmente, pode estar elevando os casos dos demais diagnósticos em saúde mental em trabalhadores da saúde.

O setor de transporte também destacou-se pelo seu elevado coeficiente de prevalência a partir de 2007. Neste ramo de atividade, segundo a CNAE domiciliar, estão inclusos os serviços de transporte, correio e telecomunicações, porém a proporção de trabalhadores deste último seguimento proporções ínfimas deste ramo. A maior prevalência de TMRT entre as mulheres foi um achado importante neste estudo, que indica que as mulheres deste ramo estão expostas a cargas psíquicas bem maiores que os homens; isto talvez decorra do fato de tratar-se de um setor de predominância masculina, onde o preconceito contra as mulheres pode ser mais presente.

As cargas psíquicas provenientes do ambiente de trabalho e da organização do trabalho contribuem de forma significativa para a ocorrência de sofrimento, desgaste e desenvolvimento de transtornos mentais em motoristas e cobradores. Dois tipos de cargas podem ser mencionadas, as externas e as internas. As primeiras podem ser entendidas como as exigências do trânsito, a exemplo das normas do trânsito, congestionamentos, clima e estado de conservação da pista, além de exigências da empresa como supervisão constante e cumprimento dos horários pré-estabelecidos. As internas envolvem conflitos com passageiros, condições ergonômicas desfavoráveis e alto nível de ruído e vibrações. Estas cargas podem culminar em sentimento de medo de algumas situações no trabalho como o medo de acidentes, de assaltos e de ser demitido (ASSUNÇÃO, SILVA, 2013; BATTISTON et al., 2006). Estudos realizados em trabalhadores do ramo do transporte revelaram prevalências de transtornos mentais comuns entre 6,1% em motoristas de caminhão e 23,6% em cobradores e motoristas de ônibus (ASSUNÇÃO, SILVA, 2013; ULHÔA et al., 2010).

O ramo de “outras atividades” também apresentou coeficientes de prevalência bastante expressivos com relação aos demais. Neste grupo, conforme a classificação da CNAE domiciliar, estão os trabalhadores dos ramos de serviços financeiros, imobiliários, informática, pesquisa e serviços prestado às empresas. Deste grande ramo, três atividades econômicas merecem atenção especial pelo excessivo número de casos, a contar as

atividades bancárias, de telemarketing e de segurança, principalmente em se tratando de segurança de transporte de valores. Algumas características em comum destas atividades são a monotonia, a repetição da tarefa, a subordinação e a atenção constante. Os TMRT em operadoras de telemarketing talvez seja um dos primeiros a ser associados á organização do trabalho. Nesse sentido, pode-se destacar os trabalhos de Le Guillant, em 1954, sobre a neurose das telefonistas e Dejours em 1979, em que dedicou um capítulo do seu livro “A loucura do trabalho”, enfocando também as telefonistas.

Em estudo recente utilizando a metodologia da análise ergonômica do trabalho foi observado que os trabalhadores de telemarketing sofreram vigilância cada vez mais sofisticada a exemplo do controle do tempo através de barras luminosas que mudam de cor a depender do tempo dispensado ao atendimento de cada cliente e a gravação e escutas das conversas pelos chefes. Diversos fatores promovem situações que elevam a exposição ao adoecimento psíquico como a cobrança não apenas na quantidade de tempo gasto no atendimento, mas também na qualidade do mesmo, como o tom de voz e o seguimento do “script” preconizado pela empresa. Outra característica marcante da atividade de teleatendimento é a necessidade intensa de auto-controle emocional, uma vez que os clientes, na maioria das vezes, estão insatisfeitos com algum serviço e tendem a descarregar sua fúria sobre esses trabalhadores (VILELA; ASSUNÇÃO, 2004). Outro estudo em empresa de teleatendimento registrou que, entre 1989 e 1997, 37% das aposentadorias concedidas neste período tiveram como causa os distúrbios mentais a exemplo de psicoses, neuroses e alcoolismo (BARRETO, 2001).

A indústria de transformação também ganhou destaque em casos de TMRT. O reconhecimento de doenças do sistema osteomuscular já era reconhecido na literatura neste setor e, e nos últimos anos, vem ganhando força os estudos sobre transtornos mentais. Talvez as atividades realizadas no setor da indústria representem atualmente uma maior aproximação das características do modelo de gerenciamento taylorista/fordista, tendo com características mais marcantes são a divisão da tarefa, a separação do trabalho intelectual do trabalho manual e a pressão do tempo. O trabalho desprovido de criatividade e poder inventivo torna o trabalhador um apêndice da máquina, cujo principal papel é ajudar em uma das etapas de produção; desse modo, o corpo fica sem a proteção de seu aparelho mental, tornando-o susceptível a doenças que, primeiramente, são percebidas na forma física e posteriormente mental, quando se dá a consciência do sofrimento provocado pelo trabalho (DEJOURS, 1987).

Na construção civil, embora os seus coeficientes de prevalência de TMRT estejam abaixo dos demais ramos já citados, é um setor que merece atenção, especialmente por tratar-se de um trabalho que muitas vezes, é realizado em precárias condições ambientais e organização de trabalho rígida, além da grande informalidade destes trabalhadores, uma vez que estes são, em elevados percentuais trabalhadores temporários.

A agricultura, apesar de apresentar baixos coeficientes de TMRT, foi o ramo que apresentou a maior proporção de esquizofrenia e transtornos delirantes. Os trabalhadores deste ramo estão expostos não somente aos fatores psicossociais do trabalho como a apatia e monotonia, mas também a fatores neuropsíquicos decorrentes do uso de agrotóxicos na lida diária. O uso de agrotóxicos e sua relação com a saúde mental dos trabalhadores do campo vêm ganhando força nos últimos anos. Os agrotóxicos vêm sendo usados de forma habitual e indiscriminada e suas repercussões na saúde podem incluir desde impotência sexual, até a depressão e, nas formas mais graves, podem levar ao suicídio (LEVIGARD; ROZENBERG, 2004).

No estudo de Faria et al. (1999), foi verificada prevalência de 38% de transtornos mentais em agricultores: no entanto, o uso de agrotóxicos não apresentou associação significativa com a morbidade psiquiátrica, mas apenas aspectos da organização do trabalho como o uso de ferramentas manuais por mais de vinte dias por mês, estiveram associados aos transtornos. No entanto, os autores não descartam o efeito negativo dos agrotóxicos na saúde mental e assumem problemas metodológicos na aferição da exposição deste componente.

Regiões e Unidades Federativas

O aumento do número de notificações de TMRT no SINAN, nas regiões brasileiras, parece estar associado à implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), uma vez que 95% das notificações deste agravos partiram da iniciativa de profissionais destas unidades. As regiões sudeste e nordeste foram as que obtiveram as maiores prevalências de notificações de TMRT e também os maiores números de CERESTs notificadores, com um total de 80 e 52 unidades respectivamente até o ano de 2011, sendo que os estados da Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul foram os primeiros a implantarem CEREST em suas respectivas regiões e também contribuíram com as notificações mais consistes da doença.

A evolução dos casos de TMRT

As altas proporções de incapacidade e baixa proporção de cura dos transtornos mentais podem ser reais ou então reflexo da limitação do SINAN-NET, que restringe para seis meses o período máximo que os profissionais de saúde tem para implementar ou acrescentar nos registros no SINAN, caso haja mudanças durante a investigação do caso (BRASIL, 2007).

Como não há procedimentos de acompanhamento estabelecidos e normatizados é possível que não haja a investigação destes casos, o que faz contar no sistema apenas dados do momento da notificação. Vale enfatizar que mediante a forte incorporação do modelo biomédico no Brasil, pouca ênfase tem sido dada à vigilância à saúde no país. Correa; Assunção (2012) corroboram neste sentido quando afirmam que os profissionais valorizam mais as investigações de doenças infectocontagiosas, o que contribui para a manutenção da dificuldade de construir informações em saúde do trabalhador mais fidedignas e completas.

Conclusão

Embora a significativagrande subnotificação dos TMRT no Brasil evidenciado no SINAN, a ascensão do número de casos durante o período estudado deixa evidente que trata-se de um importante problema de saúde pública. As estimativas de prevalência de TMRT no Brasil, construídas a partir do SINAN, apontam que este sistema ainda possui limitações no nível operacional e técnico, o que vem dificultando o conhecimento da realidade da saúde mental dos trabalhadores brasileiros quando comparadas às estimativas da Previdência Social. Logo, fazem-se necessárias mudanças políticas que possam fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador no Brasil e as notificações no seu principal sistema de informação, o SINAN.

As ações em vigilância em saúde do trabalhador devem ser reforçadas tanto no âmbito preventivo quanto no assistencial, pois chama a atenção não apenas o número de casos de TMRT, como também o grande percentual de trabalhadores doentes que são privados de qualquer tipo de tratamento a fim de que possa reabilitá-lo. Talvez o maior desafio na mudança deste quadro seja o envolvimento do setor privado, especialmente devido ao fato de que muitas ações preventivas, em prol da saúde do trabalhador, dependem de mudanças estruturais no processo de produção capitalista, o que vai de encontro à lógica de acumulação de lucro e mais-valia.

REFERÊNCIAS

- ANDADE, P. S.; CARDOSO, T. A. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n.1, 2012.
- ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface comunicação saúde educação**, v. 13, n. 31, out./dez. 2009.
- ARAÚJO, T. M. et al. Diferenças de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A, SILVA L. S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2013.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo Saúde Mental e Trabalho** (documento preliminar, 2013).
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Portaria n. 125 de 24 de janeiro de 2011**. Disponível em:
<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/02/05/Portaria%20DNC%20SES.pdf>. Acesso em 11 de novembro de 2012.
- BARATA, R. B.; WERNERCK, G. L. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos: tempo, espaço, indivíduos e populações. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011. Cap. 12.
- BATISTA, J. B. V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, 2010.
- BATTITON, M.; CRUZ, R. M.; HOLFFMANN M. H. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, 2006.
- BERNARDO, M. H, GARBIN, A de C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, 2011.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social(AESP)**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/>>. Acesso em 20 de abril de 2013a.

_____. **Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde- Décima Revisão-CID-10**. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação de Agravos de Notificação- SINAN: normas e rotinas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Ficha de Investigação para doenças relacionadas ao trabalho: transtornos mentais relacionados ao trabalho, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n. 777 de, 29 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em redes de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. Diário oficial da União 2004; 29 abr. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004 / GM/GM-777.htm>>. Acesso em 05 de julho de 2012.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. Tradução de Nathanael C. Caixeto. 3 ed., Rio de Janeiro: GUANABARA, 1987.

CAMARGO, D. A; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho. In: CAMARGO, D. **Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2010.

CORREA, P. R; ASSUNÇÃO, A. A; A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré Editorial, 1987.

DELCOR N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, 2004.

DIDÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, 2012.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. OSH in figures: stress at work-facts and figures. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/ reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work>. Acesso em: 15 jan. 2014.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

FARIA, N. M. X et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 1999.

FONTANA, R. T.; PINHEIRO, D. A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Revista Gaúcha de enfermagem, v. 31, n. 2, 2010.

FRANCO, T; DRUCK, G;SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, 2010.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, 2012.

GASPARINI, S. M.; BAREETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 2, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2013.

LEAKER, D. Sickness absence from work in the UK. **Economic Labour Market Rev**, v.2, 2008.

LEVIGARD, Y. E; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004.

MARX, K. **O processo de produção do capital**. Tradução de Reginaldo Sant Anna. v. 1, 29 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MYKLETUN, A. et al. A Population-Based Cohort of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. **The American Journal Psychiatry**, n. 163, 2006.

Organização Mundial de Saúde-OMS. **Relatório de Saúde mental e desenvolvimento, 2010**. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/index.html. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

PINHEIRO, T. et al. A vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância dos conflitos e os conflitos da vigilância. In: Corrêa M. J. M., PINHEIRO, Tarcísio M. M. e MERLO, Álvaro R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

PINHO, P. S; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, 2012.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, 2006.

ROELEN, C. A. et al. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. **European Journal of Public Health**, v. 19, n. 6, 2009.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho In: JACQUES, M. G; CODO, W. **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Vigilância Epidemiológica em Saúde do trabalhador. In: Corrêa M. J. M., PINHEIRO, T. M. M. e MERLO, A. R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. S. Psicopatologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

SMEB, L.; BRUUSGAARD, D.; CLAUSSEN, B. Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 37, n. 7, 2009.

TIRONI, M. O. S et al. Trabalho e Síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 5, 2009.

ULHÔA, Melissa Araújo et al. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, 2010.

VILELA L. V. O; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 2004.

Tabela 1 - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores) por regiões, ano de registro e fonte dos dados. Brasil, 2006-2012.

Fonte dos dados	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		VPP
	N	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	N	Coef.	n	Coef.	
SINAN															
Brasil	21	0,2	122	1,4	189	2,0	359	4,2	402	4,7	704	7,5	647	6,8	3300
Norte	-	-	4	0,6	1	0,1	6	0,9	17	2,7	55	7,4	25	3,3	-
Nordeste	-	-	9	0,4	51	2,1	129	5,7	82	3,9	190	8,0	181	7,5	-
Sudeste	2	0,1	83	2,2	129	3,3	179	5,0	243	6,4	348	8,6	348	8,5	8400
Sul	-	-	5	0,3	2	0,1	8	0,6	38	2,7	78	5,3	66	4,4	-
Centro-Oeste	19	2,9	21	3,1	6	0,9	37	5,7	22	3,2	33	4,5	27	3,6	24,1
INSS															
Brasil	4530	161,8	11207	376,9	17534	550,8	17482	540,9	15746	459,4	15965	440,6	16978	179,3	10,8
Norte	113	88,0	368	266,3	530	336,5	559	363,5	553	339,9	550	320,5	508	67,1	-23,8
Nordeste	398	92,3	1084	231,2	1848	366,0	2417	466,2	2466	446,5	2778	474,0	3127	130,2	41,7
Sudeste	2815	183,8	6895	427,5	10208	591,6	9730	558,1	9017	491,9	9337	485,6	9918	242,9	32,2
Sul	933	184,0	2339	434,7	3741	662,7	3589	622,8	2880	467,6	2433	371,2	2538	171,1	-7,0
Centro-Oeste	271	134,2	521	241,3	1207	523,0	1187	494,6	830	314,8	867	301,8	887	118,9	-11,4

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD. Ministério da Previdência Social, DATAPREV.

Coef. Coeficiente. VPP. Variação Proporcional Percentual.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho por unidades de notificação e ano de registro. Brasil, 2006-2012.

Unidades de notificação	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Baixa complexidade																
UBS	-	-	9	7,4	1	0,5	22	6,1	24	6,0	98	14	51	7,9	205	8,4
PSF	-	-	-	-	1	0,5	2	0,6	5	1,2	15	2,1	11	1,7	34	1,4
Média e alta complexidade																
CEREST	20	95,2	82	67,2	172	91,0	278	77,4	315	78,4	465	66,3	474	73,6	1806	74,1
UPA	-	-	3	2,5	-	-	1	0,3	2	0,5	2	0,3	4	0,6	12	0,5
CAPS	-	-	11	9,0	4	2,1	21	5,8	28	7,0	51	7,3	36	5,6	151	6,2
Ambulatório	1	4,8	3	2,5	-	-	5	1,4	5	1,2	11	1,6	5	0,8	30	1,2
Hospitais gerais	-	-	2	1,6	3	1,6	3	0,8	6	1,5	26	3,7	24	3,7	64	2,6
CRSO	-	-	8	6,6	6	3,2	26	7,2	14	3,5	11	1,6	24	3,7	89	3,7
SMS	-	-	4	3,3	1	0,5	1	0,3	3	0,7	3	0,4	14	2,2	26	1,1
Hospitais/ambulatórios psiquiátricos	-	-	-	-	1	0,5	-	-	-	-	19	2,7	1	0,2	21	0,9
Total	21	100,0	122	100,0	189	100,0	359	100,0	402	100,0	701	100,0	644	100,0	2438	100,0

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN.

CRSO. Centro de Referência em Saúde Ocupacional. UPA. Unidade de Pronto Atendimento. CAPS. Centro de Atenção Psicossocial. SMS. Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho segundo características sociodemográficas e ano de registro. Brasil, 2006-2012.

Características sociodemográficas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Sexo									
Feminino	71,4	46,7	50,8	63,8	56,2	56,8	58,3	1400	57,3
Masculino	28,6	53,3	49,2	36,2	43,8	43,2	41,7	1044	42,7
Raça/cor									
Branca	72,2	61,0	53,9	56,1	61,5	54,1	61,9	1145	58,3
Preta	5,6	7,0	7,8	8,4	7,7	8,9	7,3	156	8,0
Amarela	-	1,0	-	1,1	0,3	0,9	0,7	14	0,7
Parda	22,2	30,0	37,5	34,0	30,2	35,9	30,1	641	32,7
Indígena	-	1,0	0,8	0,4	0,3	0,2	-	5	0,3
Escolaridade									
Analfabeto	-	2,3	-	-	1,2	0,3	0,2	9	0,5
Fundamental 1	11,8	9,2	5,6	7,9	8,3	7,2	5,1	135	6,9
Fundamental 2	11,8	16,1	16,9	13,2	19,6	13,5	11,9	280	14,4
Ensino médio	47,0	52,9	50,9	48,7	48,2	44,9	51,8	946	48,6
Ensino superior	29,4	19,5	26,6	30,4	22,7	34,1	31,0	577	29,6
Faixa etária (anos)									
09 a 17	-	1,6	0,5	0,3	0,7	0,3	0,2	10	0,4
18 a 39	66,7	50,0	60,0	54,7	56,5	51,1	53,4	1309	53,9
40 a 59	33,3	48,4	39,5	44,4	42,6	46,9	45,2	1088	44,8
Acima de 60	-	-	-	0,6	0,2	1,7	1,2	23	0,9

(continua)

Tabela 3 - Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho segundo características sociodemográficas, vínculo empregatícios e ano de registro. Brasil, 2006-2012. (conclusão).

Características sociodemográficas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	
	%	n	%						
Vínculo empregatício									
Empregado registrado	89,4	74,8	79,2	77,5	73,4	65,1	72,7	1702	72,1
Empregado não registrado	-	1,8	1,6	0,6	1,8	1,0	0,8	26	1,1
Autônomo	-	1,8	-	0,3	1,8	0,7	0,6	19	0,8
Servidor público estatutário	5,3	9,9	10,1	11,2	12,0	19,3	14,4	337	14,3
Servidor público celetista	-	1,8	4,3	3,4	3,3	7,2	4,9	114	4,8
Aposentado	-	2,7	-	0,3	1,3	1,2	0,6	21	0,9
Desempregado	5,3	7,2	4,3	5,2	5,9	4,6	4,7	119	5,0
Trabalho temporário	-	-	0,5	0,9	0,5	0,7	0,9	17	0,7
Cooperativado	-	-	-	0,6	-	0,1	0,2	4	0,2
Trabalhador avulso	-	-	-	-	-	0,1	0,2	2	0,1

Fonte: Ministério da Saúde. SINAN.

Tabela 4 – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores) segundo ano de registro, sexo e raça-cor. Brasil, 2006-2012.

Raça-cor	Negros	Não negros
2006		
Masculino	0,1	0,1
Feminino	0,1	0,5
2007		
Masculino	1,0	1,3
Feminino	0,7	1,5
2008		
Masculino	1,4	1,3
Feminino	1,1	1,8
2009		
Masculino	1,6	2,3
Feminino	4,1	5,1
2010		
Masculino	1,8	3,9
Feminino	4,9	5,8
2011		
Masculino	4,0	4,5
Feminino	6,9	8,9
2012		
Masculino	2,9	5,5
Feminino	6,1	10,1

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD.

Tabela 5 – Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho por grupos de diagnósticos e sexo. Brasil, 2006-2012.

Transtornos mentais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Transtornos mentais orgânicos	7	0,5	11	1,1	18	0,8
Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas	6	0,5	13	1,4	19	0,8
Esquizofrenia e transtornos delirantes	5	0,4	20	2,1	25	1,1
Transtornos do humor	458	35,4	225	23,5	683	30,4
Transtornos neuróticos	689	53,3	581	60,7	1270	56,4
Síndromes comportamentais	-		8	0,8	8	0,4
Transtornos de personalidade e comportamentais	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Retardo mental	1	0,1	2	0,2	3	0,1
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Transtornos do comportamento e emocionais	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Transtorno mental não especificado	55	4,3	45	4,7	100	4,4
Síndrome de Burnout	29	2,2	9	0,9	38	1,7
Outros diagnósticos	39	3,0	41	4,3	80	3,6
Total	1292	100,0	958	100,0	2250	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. SINAN.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho segundo ramo de atividade econômica e grupo de diagnóstico. Brasil, 2006-2012.

Ramo de atividade econômica	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	F99	Z73.0
Agrícola	-	-	14,3	-	57,1	-	-	-	-	-	28,6	-
Indústria extrativista	-	-	-	24,1	65,5	-	-	-	-	-	10,3	-
Indústria de transformação	0,6	0,3	1,2	38,0	55,1	0,9	0,3	-	-	-	3,5	0,3
Construção	5,0	-	-	20,0	70,0	-	-	-	-	-	5,0	-
Comércio e representações	0,9	0,5	0,5	36,1	56,2	-	0,5	-	0,5	-	3,7	1,4
Alojamento e alimentação	-	-	-	37,2	51,2	-	-	2,3	-	-	7,0	2,3
Transporte, armazenagem e comunicação	0,4	-	2,5	22,3	67,8	0,8	-	-	-	0,4	5,4	0,4
Administração pública	1,7	2,7	0,7	27,8	54,8	0,2	-	-	0,2	0,2	7,2	4,2
Educação, saúde e serviços sociais	0,7	-	-	41,9	52,8	-	-	-	-	-	2,1	3,5
Serviços domésticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	-	2,7	-	37,0	54,8	-	-	-	-	-	4,1	1,4
Outras atividades	0,4	0,4	0,8	29,1	64,3	0,4	-	0,2	-	-	3,2	1,3

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN.

(F00- F09) transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos. (F10-F19) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa. F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.(F30-F39) transtornos do humor (afetivos) (F40-F48) transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes. (F50-F59) Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos. (F60-F69) transtornos da personalidade e do comportamento do adulto. (F70-F79) retardo mental. (F80-F89) transtornos de desenvolvimento psicológico. (F90-F98) transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e adolescência. (F99) transtornos mentais não específicos.

Tabela 7 - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores) por ramos de atividade econômica e ano de registro. Brasil, 2012.

Ramo de atividade econômica	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agrícola	0,1	-	-	-	0,3	0,1	0,1
Indústria extrativista	-	0,1	0,1	0,4	1,7	0,6	0,9
Indústria de transformação	0,2	1,2	1,5	4,2	6,1	8,1	9,4
Construção	0,2	-	-	0,6	1,0	0,6	1,2
Comércio e representações	-	0,7	0,6	1,9	3,4	4,5	4,0
Alojamento e alimentação	-	0,6	1,4	2,2	3,3	3,1	2,0
Transporte, armazenagem e comunicação	-	4,6	5,7	12,4	13,6	12,3	10,8
Administração pública	0,7	3,6	6,2	10,8	13,6	31,7	25,1
Educação, saúde e serviços sociais	-	0,5	1,1	3,3	3,6	4,4	5,7
Serviços domésticos	-	-	-	-	-	-	-
Outros Serviços coletivo, sociais e pessoais	0,3	1,6	1,7	3,1	4,6	6,5	4,3
Outras atividades	1,7	3,8	11,0	12,5	11,3	19,7	16,6

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD.

Tabela 8 – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x1.000.000 trabalhadores), segundo ramo de atividade econômica, sexo e ano de registro. Brasil, 2006-2012.

Atividade econômica	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Agrícola	-	0,9	-	-	-	-	-	-	0,6	-	0,2	0,1	0,5	-
Indústria extrativista	-	-	-	0,1	-	0,2	0,2	0,5	-	2,1	-	0,9	0,4	1,2
Indústria de transformação	0,2	0,1	1,9	0,9	1,8	1,3	6,1	3,0	9,8	4,1	10,6	6,6	13,3	7,2
Construção	-	0,2	-	-	-	-	10,4	0,3	-	1,0	9,8	0,4	8,5	1,0
Comércio e representação	-	-	0,8	0,6	0,5	0,7	3,3	1,0	5,6	1,9	7,6	2,3	5,7	2,7
Alojamento e alimentação	-	-	0,5	0,6	2,1	0,6	4,2	-	6,1	-	3,7	2,4	2,8	1,0
Transporte e armazenagem e comunicação	-	-	1,7	5,1	8,0	5,3	24,7	10,5	25,3	12,3	19,6	11,2	22,3	9,1
Administração pública	1,2	0,4	4,1	3,3	8,0	5,1	21,4	3,8	24,0	5,9	54,3	16,2	44,3	11,5
Educação, saúde e serviços sociais	-	-	0,6	-	1,4	-	3,5	2,9	5,8	6,4	4,5	4,0	6,6	2,9
Serviços domésticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros serviços coletivos e sociais	0,4	-	2,3	0,7	2,4	0,6	4,3	1,3	5,8	3,4	7,2	5,3	4,6	3,7
Outras atividades	4,2	0,2	6,4	2,2	16,6	7,4	23,4	4,9	16,2	7,5	26,1	15,5	20,4	14,0

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD.

F. feminino. M. Masculino

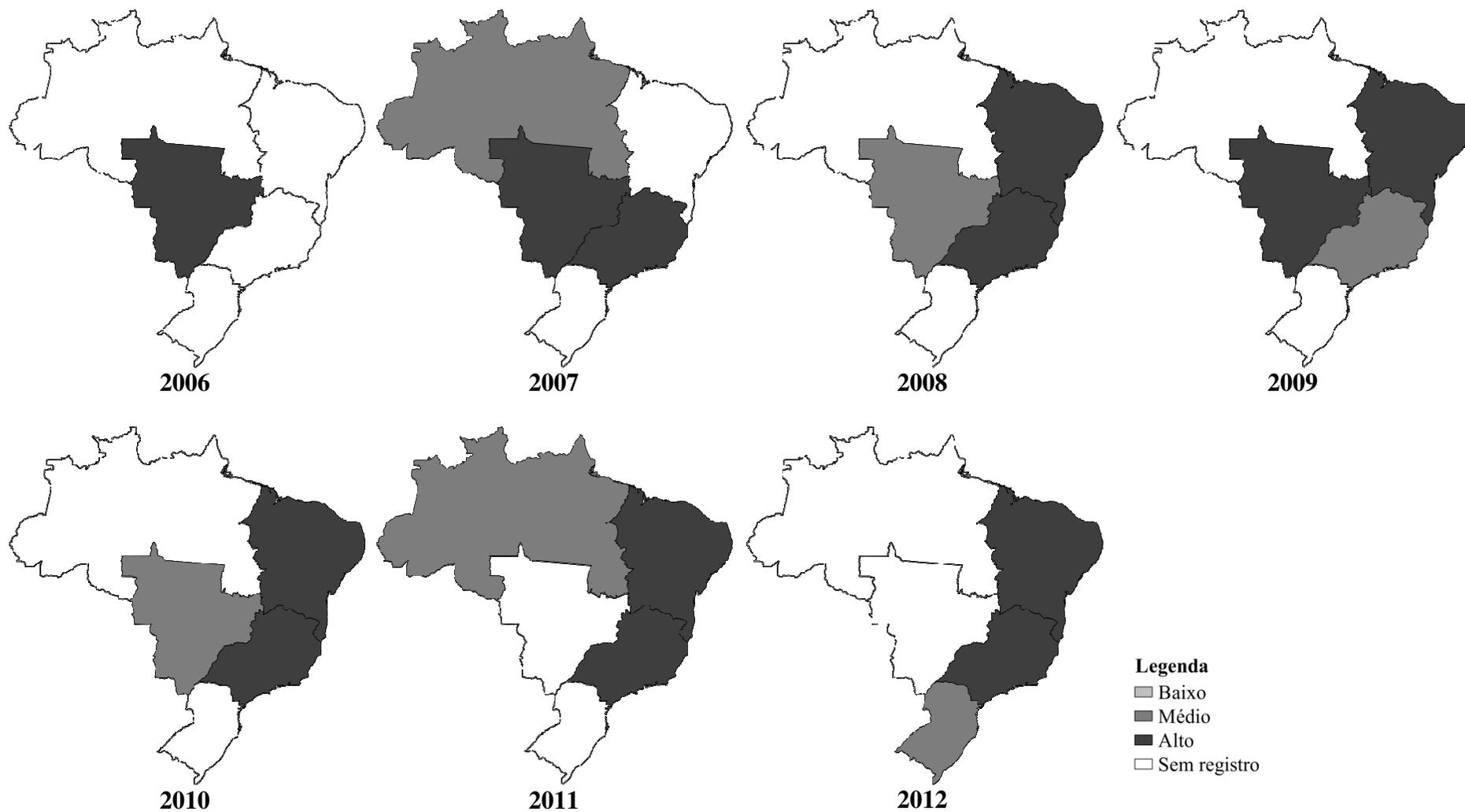


Figura 1 - Coeficiente de prevalência transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000)no SINAN,por regiões e ano. Brasil, 2006-2012.
Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD e censo.

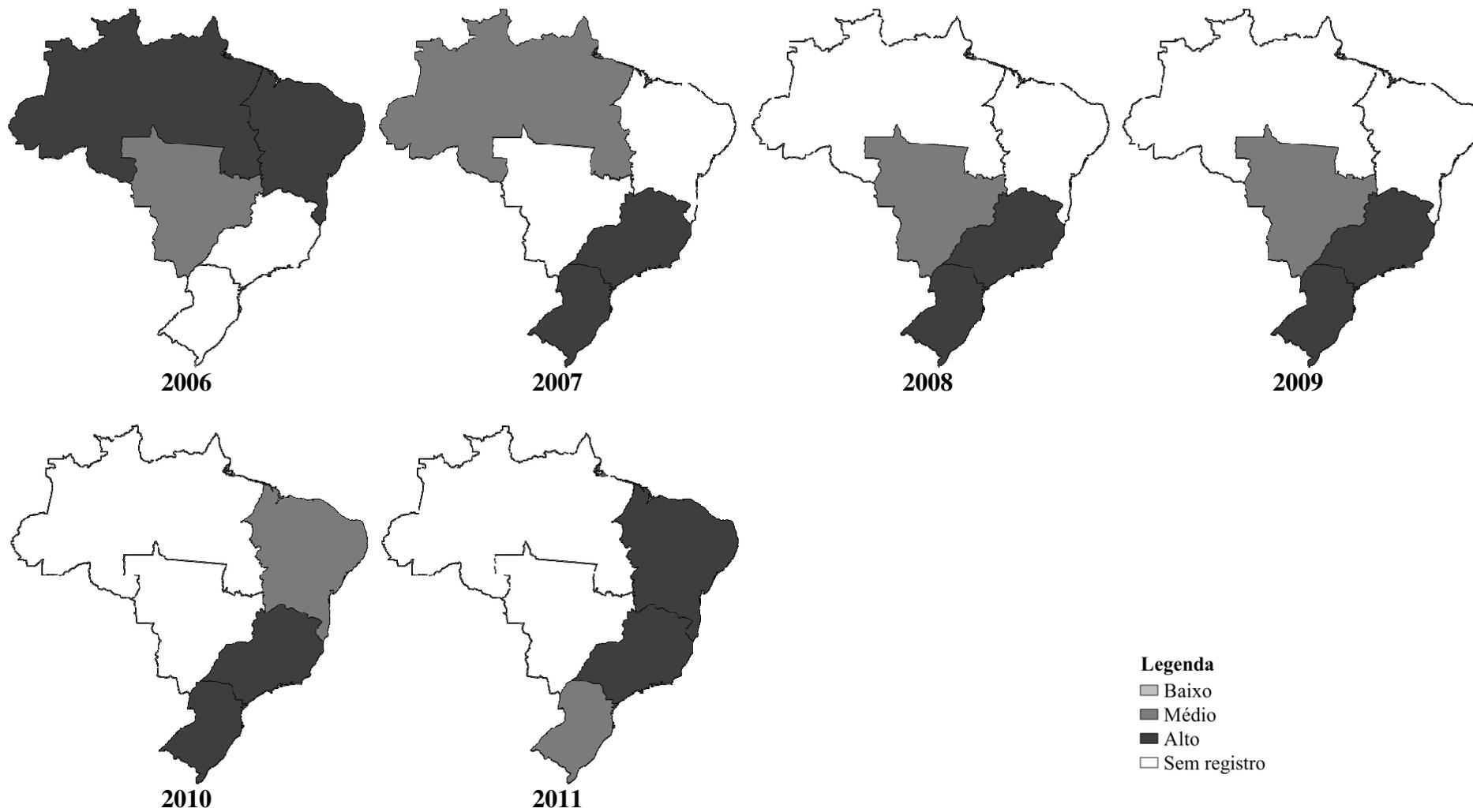


Figura 2 – Coeficiente prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000) no INSS, por regiões e ano. Brasil, 2006-2012.
Fontes: Ministério da Previdência Social, DATAPREV.

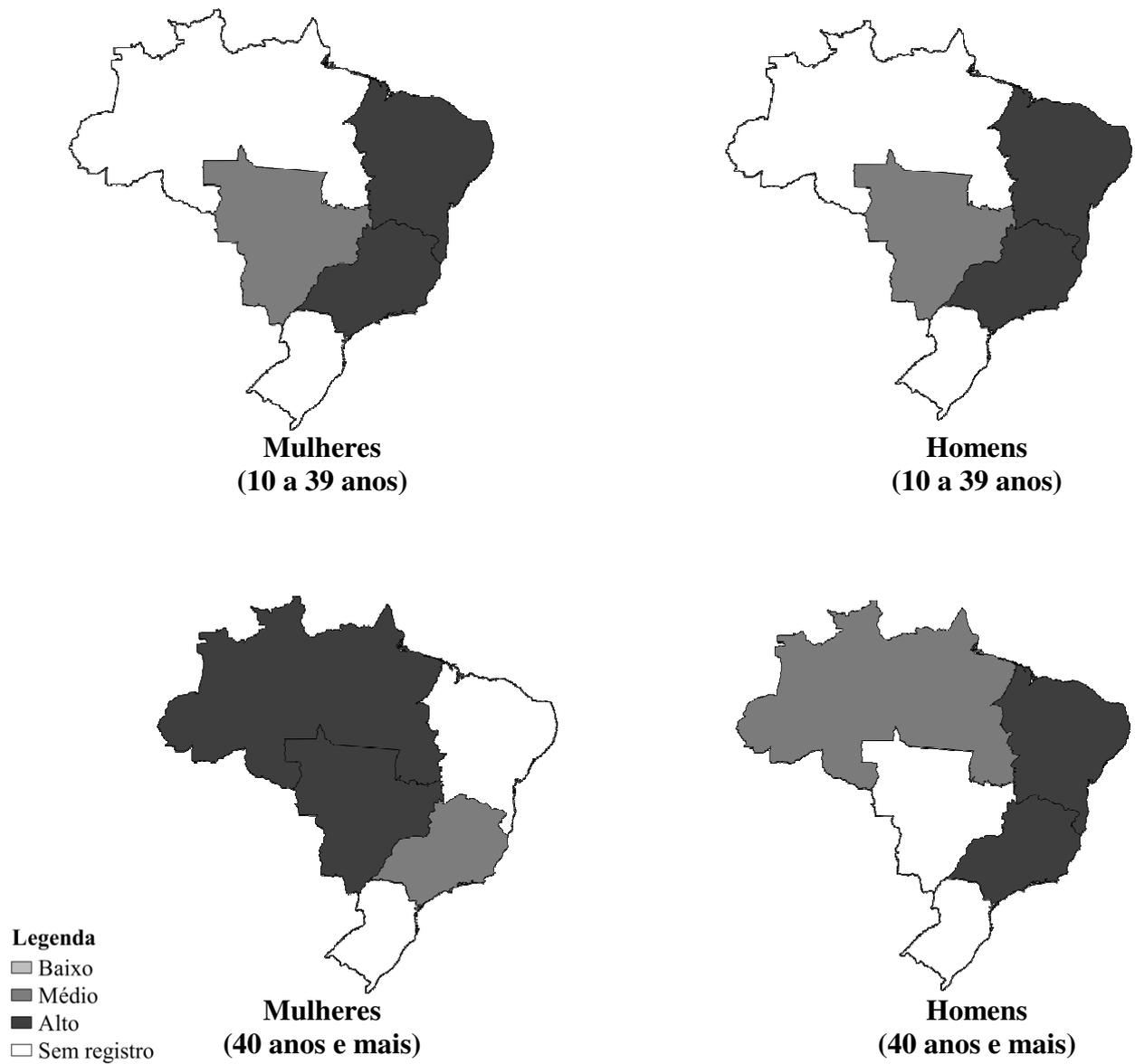


Figura 3 - Coeficiente de prevalência transtornos mentais relacionados ao trabalho ($\times 1.000.000$) no SINAN, por faixa etária e sexo. Brasil, 2006-2012.

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD e censo.

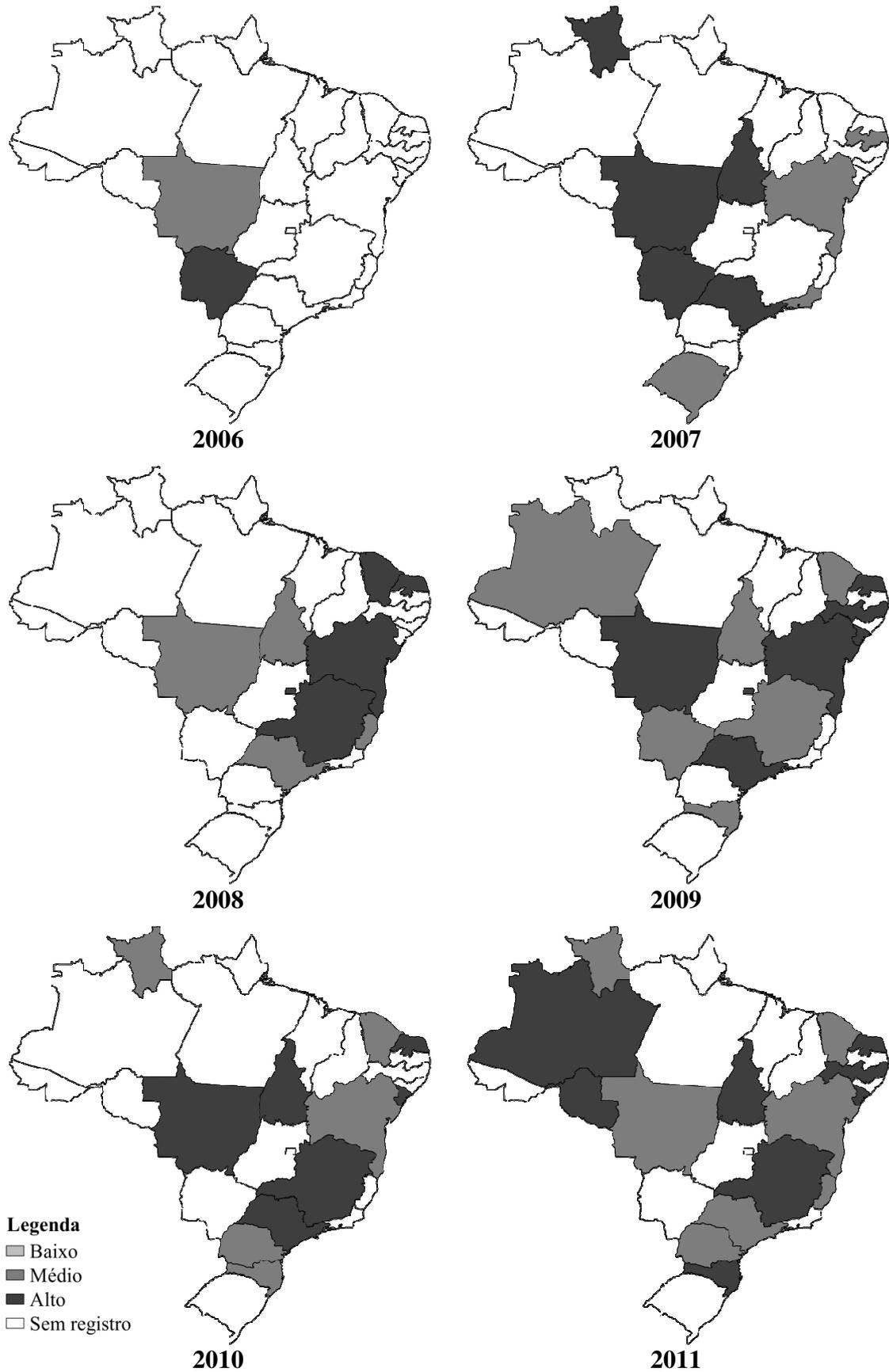


Figura 4 - Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000) no SINAN, segundo unidade de federação e ano. Brasil, 2006-2011.

Fontes: Ministério da Saúde, SINAN. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNAD e censo.

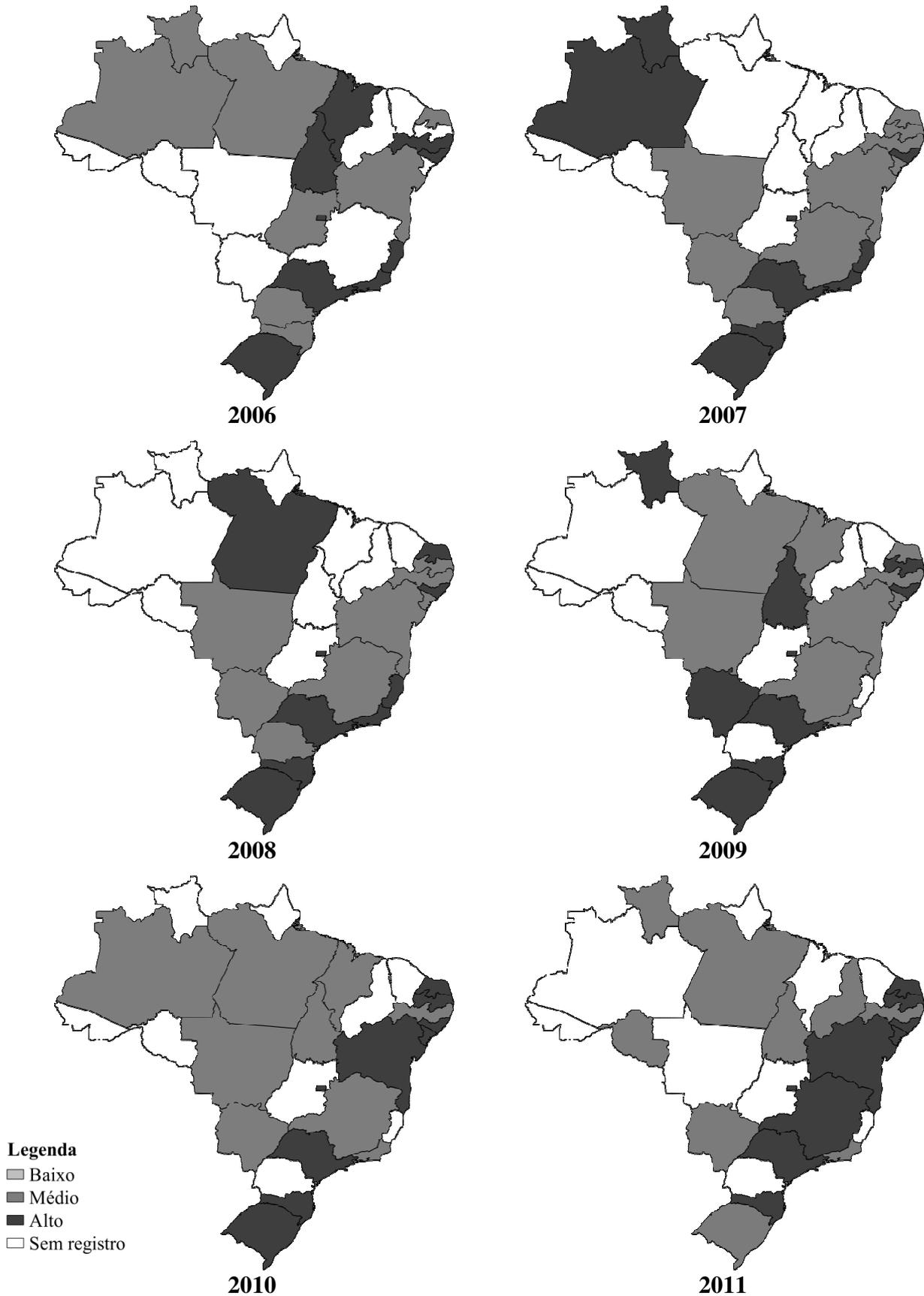


Figura 5 – Coeficiente de prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho (x 1.000.000) no INSS, segundo unidade de federação e ano. Brasil, 2006-2011.
 Fontes: Ministério da Previdência Social, DATAPREV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu o conhecimento do perfil dos trabalhadores acometidos com transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil e, mesmo mediante a constatação da grande subnotificação na fonte dados do SINAN, a maior parte os resultados mostrou conformidade com resultados de outros estudos no que tange às proporções dos casos.

O resultado deste estudo evidenciou que os trabalhadores mais acometidos com transtornos mentais eram mulheres brancas e com nível médio de escolaridade. Quanto às variáveis ocupacionais, destacaram-se os trabalhadores que integravam o ramo dos serviços, a constar os setores da administração pública, transporte e outras atividades também em conformidade com a literatura. Portanto, embora as estimativas de prevalência de TMRT, construídas a partir do SINAN, possam não retratar com fidelidade a realidade brasileira, pelo menos, fornecem agora dados de seus registros, o que pode fortalecer e instrumentalizar as ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil com relação à saúde mental, bem como estimular os sindicatos os trabalhadores em geral a observarem com maior cuidado o acometimento crescente dos trabalhadores por esses eventos.

Quanto à espacialização dos casos de TMRT no Brasil, deve-se considerar que a subnotificação seja resultado de um sistema de vigilância em saúde do trabalhador ainda incipiente em algumas regiões e estados, além de outros fatores relacionados ao próprio trabalhador da saúde. A constatação do subregistro dos dados de TMRT no SINAN foi possível observar em função da análise comparativa com os dados de concessão de benefícios do INSS. A observação dessa subnotificação já foi apontada em outros estudos que utilizaram dados secundários da saúde pública. A baixa incorporação do trabalho como fator desencadeante de adoecimento e que deve ser considerado na análise do diagnóstico que é feito pelos profissionais de saúde contribuem também para o subregistro. Concorre ainda para essa situação a postura do próprio trabalhador que se interessa mais em procurar um serviço quando isto envolve garantia de uma compensação financeira, como ocorre no caso do INSS.

Grandes dificuldades foram vivenciadas na trajetória de construção deste estudo especialmente no que compete a baixa qualidade dos dados encontrados e lacunas e dados incompletos. Tal fato reforça o fato de que não apenas as subnotificações, mas também o subregistro representa um grande problema nos estudos que tratam de vigilância em saúde do trabalhador com base na utilização de fontes de dados secundários.

Com o intuito de proporcionar continuidade aos estudos que explorem as fontes de dados secundários sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho, sugerimos o

investimento em estudos que analisem a variável ocupação, bem como as unidades notificadoras no intuito de compreender os fatores que estão associados ao adoecimento mental e à baixa notificação pelos profissionais de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P. S.; CARDOSO, T. A. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n.1, 2012.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 5 ed., São Paulo: CORTEZ EDITORA, 1998.
- AQUINO, R. et al. Estudos Ecológicos: desenho de dados agregados. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. (Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011.
- ARAÚJO, T. M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: GOMES, M.C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface comunicação saúde educação**, v. 13, n. 31, out./dez. 2009.
- ARAÚJO, T. M. et al. Diferenças de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.
- ARAÚJO, T. M. O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas: um estudo com trabalhadores em telecomunicações. In: SAMPAIO J. R.(Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social- Estudos Contemporâneos II**. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2004.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A. SILVA L. S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2013.
- ATHAYDE, M. Saúde ‘mental’ e trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. In: GOMES, M.C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo Saúde Mental e Trabalho** (documento preliminar, 2013).
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Portaria n. 125 de 24 de janeiro de 2011**. Disponível em:
<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/02/05/Portaria%20DNC%20SES.pdf>. Acesso em 11 de novembro de 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN-saúde do trabalhador/** organizadores: SOUZA, N. S.; EVANGELISTA FILHO, D; SILVA, M. C. Salvador: CESAT, 2009.

_____. **Portaria n. 2.867, de 05 de agosto de 1997.** Atualiza a listagem das doenças/agravos de notificação compulsória no Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado, Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 15 de ago. de 1997.

BARATA, R. B.; WERNERCK, G. L. Observação e registro dos fenômenos epidemiológicos: tempo, espaço, indivíduos e populações. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011. Cap. 12.

BATISTA, J. B. V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, 2010.

BATTISTON, M; CRUZ, R. M.; HOLFFMANN M. H. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 3, 2006.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; GARBIN, Andréia de Conto. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, 2011.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social(AESP)**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/>>. Acesso em 20 de abril de 2013a.

_____. **Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde- Décima Revisão-CID-10.** Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2013 b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS)**. Disponível em:<<http://portal.mte.gov.br/rais/>> Acesso em: 05 de dezembro de 2012.

_____. **Portaria GM/MS, n. 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005(RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 05 de julho de 2012.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n. 201, de 03 de novembro de 2010.** Estabelece os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do SINAN e do SIM para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde.Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/svs/106063-201.html> 2010 >. Acesso em 05 de julho de 2012.

_____. **Portaria GM/MS, n. 3252, de 22 de dezembro de 2009.** Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em 05 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação de Agravos de Notificação- SINAN: normas e rotinas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Ficha de Investigação para doenças relacionadas ao trabalho: transtornos mentais relacionados ao trabalho, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): manual de gestão e gerenciamento,** 1 ed., 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n.2325, de 8 de dezembro de 2003.** Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2325.htm>>. Acesso em 05 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em 05 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n. 1.339, de 18 de novembro de 1999.** Institui a lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em 07 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS n. 3.908, de 30 de outubro de 1998.** Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pisast.saude.gov.br:8080/pisast/departamento/material-institucional/saude-do-trabalhador/portaria-gm-no-3.908-de-30-de-outubro-de-1998/view>>. Acesso em 05 de dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n. 3.120 de 01 de julho de 1997.** Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Diário Oficial da União

1998; 2 jul. Disponível em: <[http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria %203.120.pdf](http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf)>. Acesso em 03 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n. 777 de, 29 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em redes de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. Diário oficial da União 2004; 29 abr. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004 / GM/GM-777.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm)>. Acesso em 05 de julho de 2012.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. Tradução de Nathanael C. Caixeto. 3 ed., Rio de Janeiro: GUANABARA, 1987.

CAMARGO, D. A; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. Síndromes Psiquiátricas Orgânicas relacionadas ao trabalho. In: CAMARGO, D. **Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2010.

CORREA, P. R; ASSUNÇÃO, A. A; A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, 2003.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré Editorial, 1987.

DELCOR N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, 2004.

DIDÉLIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, 2012.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. OSH in figures: stress at work-facts and figures. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. Disponível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work>. Acesso em: 15 jan. 2014.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

FARIA, N. M. X et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 1999.

FONTANA, R. T.; PINHEIRO, D. A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Revista Gaúcha de enfermagem, v. 31, n. 2, 2010.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, 2010.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, 2012.

GASPARINI, S. M.; BAREETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 2, 2005.

GOMES, C. M.; LACAZ, F. A. Saúde do trabalhador: novas-velhas-questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

GOMES, C. M.; COSTA, S. M. F.. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2013, 2013a.

_____. **IBGE. Censo demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/>>. Acesso em 06 de janeiro de 2013, 2013b.

_____. **IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2011)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>>. Acesso em 27 de janeiro de 2013c.

_____. **IBGE. Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE 2.0)**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/>>. Acesso em 06 de janeiro de 2013d.

LACAZ, F. A. C. A Vigilância em saúde do trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. In: C. M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C.(Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

LAURELL, A.C.; Noriega, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEÃO, L. H.C; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de O.(Org.) **Saúde Trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma história**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

LEAKER, D. Sickness absence from work in the UK. **Economic Labour Market Rev**, v.2, 2008.

LEVIGARD, Y. E; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004.

MARI, J. J.; et al. Epidemiologia em Saúde mental: panorama geral e contribuição da epidemiologia psiquiátrica brasileira. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011. Cap. 49.

MARX, Karl. **O processo de produção do capital**. Tradução de SANT'ÁNNIA, R. v. 1, 29 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MERLO, A. R. C.. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: GOMES, M.C; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MORAES NETO, B.R. **Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão**. 2 ed., São Paulo: editora brasiliense, 1991.

MYKLETUN, A. et al. A Population-Based Cohort of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. **The American Journal Psychiatry**, n. 163, 2006.

NOBRE, L. C. C. Uso da Ocupação e Ramo de Atividade Econômica nos Sistemas de Informações em Saúde: Potencialidades e Factibilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 158-158, 2003.

NOGUEIRA, D. P. Incorporação da saúde ocupacional na rede primária de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 18, 1984.

Organização Mundial de Saúde-OMS. **Relatório de Saúde mental e desenvolvimento, 2010**. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/index.html. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 161-169, 1998.

PENA, P. G. L; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L.C. F; OLIVEIRA, M. H. B. O. **Saúde Trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma história**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

PINHEIRO, T. et al. A vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância dos conflitos e os conflitos da vigilância. In: Corrêa M. J. M., PINHEIRO, Tarcísio M. M. e MERLO, Álvaro R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

PINHO, P. S; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, 2012.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, 2006.

POSSAS, C. **Epidemiologia e saúde: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

ROELEN, C. A. et al. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, v. 19, n. 6, 2009.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho In: JACQUES, M. G; CODO, W. **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Vigilância Epidemiológica em Saúde do trabalhador. In: Corrêa M. J. M., PINHEIRO, T. M. M. e MERLO, A. R. C. (Org.) **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

SANTANA, V. S.; SANTANA, M. Afastamentos do trabalho por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho: custos e o impacto sobre a produtividade na indústria no Brasil. SESI, Panorama 2009. Brasília, DF, 2011a.

SANTANA, V. S. et al. Modelos básicos de análise epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N. BARRETO. M. L.(Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011b.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Epidemiologia e saúde do trabalhador no Brasil. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L.(Org.) **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2011c.

SANTANA, V.S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no sistema único de saúde: avanços, limites e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise da situação de saúde.(Org.) **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SATO, L. BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. S. Psicopatologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

SILVEIRA, C. H. **Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil**. In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MCHALISZYN, M. S. Saúde Coletiva: um campo em construção. Curitiba: IBPEX, 2006.

SMEB, L.; BRUUSGAARD, D.; CLAUSSEN, B. Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 37, n. 7, 2009.

TIRONI, M. O. S et al. Trabalho e Síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 5, 2009.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v. 1, n. 19, 2007.

ULHÔA, Melissa Araújo et al. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, 2010.

VILELA L. V. O; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 2004.

ANEXO- Composição dos Grupamentos de Atividade Econômica: CNAE domiciliar

Agrícola

Agricultura, pecuária e serviços relacionados com estas atividades

Silvicultura, exploração florestal e serviços relacionados com estas atividades

Pesca, aquicultura e atividades dos serviços relacionados com estas atividades

Indústria

Indústrias de transformação

Fabricação de produtos alimentícios e bebidas

Fabricação de produtos do fumo

Fabricação de produtos têxteis

Confecção de artigos do vestuário e acessórios

Preparação de couros e fabricação de artefatos de couro, artigos de viagem e calçados

Fabricação de produtos de madeira

Fabricação de celulose, papel e produtos de papel

Edição, impressão e reprodução de gravações

Fabricação de coque, refino de petróleo, elaboração de combustíveis nucleares e produção de álcool

Fabricação de produtos químicos

Fabricação de produtos de borracha e plástico

Fabricação de produtos de minerais não metálicos

Metalurgia básica

Fabricação de produtos de metal - exclusive máquinas e equipamentos

Fabricação de máquinas e equipamentos

Fabricação de máquinas para escritório e equipamentos de informática

Fabricação de máquinas, aparelhos e materiais elétricos

Fabricação de material eletrônico e de aparelhos e equipamentos de comunicações

Fabricação de equipamentos de instrumentação médico-hospitalares, instrumentos de precisão e ópticos, equipamentos para automação industrial, cronômetros e relógios

Fabricação e montagem de veículos automotores, reboques e carrocerias

Fabricação de outros equipamentos de transporte

Fabricação de móveis e indústrias diversas

Reciclagem

Outras atividades industriais

Extração de carvão mineral
Extração de petróleo e serviços correlatos
Extração de minerais radioativos
Extração de minerais metálicos
Extração de minerais não metálicos
Eletricidade, gás e água quente
Captação, tratamento e distribuição de água

Construção

Construção

Comércio e reparação

Comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas; e comércio a varejo de combustíveis
Intermediários do comércio, comércio e reparação de objetos pessoais e domésticos

Alojamento e alimentação

Alojamento e alimentação

Transporte, armazenagem e comunicação

Transporte terrestre
Transporte aquaviário
Transporte aéreo
Atividades anexas e auxiliares do transporte e agências de viagem
Correios e telecomunicações

Administração pública

Administração pública, defesa e seguridade social

Educação, saúde e serviços sociais

Educação
Saúde e serviços sociais

Outros serviços coletivos, sociais e pessoais

Limpeza urbana e esgoto; e atividades conexas
Atividades associativas
Atividades recreativas, culturais e desportivas
Serviços pessoais

Serviços domésticos

Serviços domésticos

Outras atividades

Intermediação financeira, exclusive de seguros e previdência privada

Seguros e previdência privada

Atividades auxiliares da intermediação financeira

Atividades imobiliárias

Aluguel de veículos, máquinas e equipamentos sem condutores ou operadores e de objetos pessoais e domésticos

Atividades de informática e conexas

Pesquisa e desenvolvimento

Serviços prestados principalmente às empresas

Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais

Atividades maldefinidas

Atividades maldefinidas