



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

NATÁLIA DO CARMO ARAÚJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO
BRASIL: ESTUDO ECOLÓGICO**

Feira de Santana

2019

NATÁLIA DO CARMO ARAÚJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO
BRASIL: ESTUDO ECOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

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

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de Pesquisa: Saúde, Ambiente e Trabalho

Feira de Santana

2019

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

A69t Araújo, Natália do Carmo

Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil: estudo ecológico / Natália do Carmo Araújo. –, 2019.

89 f. :il.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2019.

1. Transtornos mentais. 2. Saúde do trabalhador. 3. Transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT). I. Araújo, Tânia Maria de orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

NATÁLIA DO CARMO ARAÚJO

**TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL:
ESTUDO ECOLÓGICO**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Tânia Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. Luís Henrique da Costa Leão

Universidade Federal de Mato Grosso

Prof.^a. Dr.^a. Maelí Gomes de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus por essa conquista! Obrigada senhor, muito obrigada por tudo! Toda honra e toda glória a ti.

Aos meus pais Angela Nancy e Lando Araújo por serem exemplos de pais, de amor e por acreditarem sempre em mim.

A minha irmã Tamila, por ser minha companheira em todas as etapas do mestrado, desde a seleção até a concretização da dissertação. São poucos aqueles que têm a oportunidade de ter uma colega de mestrado, que é amiga e irmã. Sou muito abençoada! Essa vitória também é dela.

Ao meu namorado Kayque de Castro pelo companheirismo, cuidado, amor, por sempre me escutar e me proporcionar tranquilidade nos momentos difíceis.

Ao meu cunhado Alan Fraco, pelo apoio e preocupação em me ajudar quando eu mais precisava.

Ao meu cunhado Patrick de Casto, por me auxiliar no uso de programas estatísticos.

Aos meus companheiros de produção, Tarciso Palma e Mariana Cardoso, pelas contribuições e sugestões no processo de construção dos artigos.

A Prof^a. Dr^a Tânia Maria de Araújo por me proporcionar novas oportunidades de crescimento profissional, acreditar em meu potencial e pela parceria.

Aos professores que aceitaram participar de minha banca de qualificação e defesa: Prof. Dr. Carlito Lopes, Prof. Dr. Luís Henrique da Costa e Prof^a. Dr^a. Maelí Gomes. Vocês foram fundamentais para enriquecer minha pesquisa.

Aos meus amigos/as do Núcleo de Epidemiologia.

A Goreth e Jorge pelo apoio durante o processo.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo importante incentivo financeiro de bolsa.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

Objetivos: Analisar a distribuição da ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, descrevendo as características dos casos registrados no período de 2006 a 2017, com base em dados do SINAN; Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) registrados no Brasil, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Previdência Social, no período de 2006-2017, considerando tendência temporal e variáveis espaciais (regiões e estados brasileiros). **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico. Para a coleta de dados utilizou banco de dados secundários extraídos do SINAN, do Anuário Estatísticos de Acidentes de Trabalho da Previdência Social e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram notificados 8.474 casos de TMRT. As maiores prevalências foram em mulheres, na raça/cor da pele amarela, na faixa etária entre 40 a 59 anos, com ensino superior, que trabalhavam no ramo de atividades da Administração Pública. As notificações predominaram nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (74,3%), apresentando vínculo empregatício formal (69,4%), como conduta principal após o diagnóstico encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (60,5%) e com incapacidade temporária (76,2%). A região Sudeste apresentou maiores notificações, e prevalências mais elevadas, exceto no ano de 2014. A região Norte foi aquela de menor notificação e de menores prevalências. A Previdência Social notificou 182.596 casos de TMRT, concentrados na região Sudeste. Esta região apresentou maiores prevalências em todo o período, com exceção dos anos de 2008 e 2009. Na região Norte observaram-se as menores prevalências em 7 anos de análise. **Conclusão:** O estudo evidenciou os grupos mais vulneráveis (sexo feminino, raça/ cor amarela, com ensino superior e faixa etária de 40 a 59 anos) e o importante papel dos CEREST no registro dos casos. Significativos impactos socioeconômicos foram observados, uma vez que mais de 3/4 dos casos implicaram incapacidade temporária e afastamentos do trabalho. Foram evidenciadas diferenças regionais nas notificações dos TMRT, com extremos na região Sudeste (maior número de casos) e Norte (menor registro). A análise realizada pode contribuir para o planejamento de ações para prevenção dos TMRT, e fortalece a necessidade de construção de diretrizes e protocolos nacionais para a sua identificação e manejo no país.

Palavras-Chave: Transtornos Mentais. Saúde do Trabalhador. SINAN.

ABSTRACT

Purpose: Analyzing the distribution of the occurrence of Mental Disorders Related to Work (TMRT) in Brazil, describing the characteristics of the cases reported over the period from 2006 to 2017, based on the Notification of Deterioration Information System (SINAN) data; Estimating the prevalence of Mental Disorders Related to Work (TMRT) reported in Brazil, based on the Notification of Deterioration Information System (SINAN) data and Social Welfare, over the period 2006-2017, considering the time trend and spatial variables (Brazilian regions and states). **Methods:** This is an epidemiological study of the ecological type. For data collection it used secondary database extracted from SINAN, the Statistical Yearbook of Accidents at Work of Social Security and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. 8.474 TMRT cases have been reported. The highest prevalences were in women, yellow race / skin color, aged between 40 and 59 years, with higher education, who worked in the field of Public Administration activities. Notifications predominated in the Reference Centers for Occupational Health (CEREST) (74.3%), with formal employment (69.4%), as the main conduct after diagnosis referral to the Psychosocial Care Centers (CAPS) (60, 5%) and with temporary disability (76.2%). The Southeast region had higher notifications, and higher prevalence, except in 2014. The North region was the one with the lowest notification and lowest prevalence. Social Security reported 182,596 TMRT cases, concentrated in the Southeast region. This region had the highest prevalence throughout the period, except for the years 2008 and 2009. In the North region, the lowest prevalence was observed in 7 years of analysis. **Conclusion:** The study showed the most vulnerable groups (female, race / yellow color, with higher education and age group from 40 to 59 years) and the important role of CEREST in the registration of cases. Significant socioeconomic impacts were observed, as more than 3/4 of the cases implied temporary disability and work leave. Regional differences were evidenced in the TMRT notifications, with extremes in the Southeast (higher number of cases) and North (lower register). The analysis can contribute to the planning of actions for the prevention of TMRT, and strengthens the need to build national guidelines and protocols for their identification and management in the country.

Key words: Mental Disorders. Worker Health. SINAN.

LISTA DE FIGURA

ARTIGO 2

Figura 1- Figura 1- Prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (x1.000.000) no SINAN, por estados brasileiros, 2006-2017.

Figura 2- Número de auxílio-acidentário concedido pela Previdência por TMRT, no Brasil, 2006-2017.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Distribuição dos casos de TMRT segundo características sociodemográficas e ano de registro, Brasil, 2006-2017.

Tabela 2- Prevalência de TMRT (x1.000.000 trabalhadores), segundo características sociodemográficas e ano de registro. Brasil, 2006-2017.

Tabela 3- Coeficiente de prevalência de TMRT (x1.000.000 trabalhadores) segundo ano ramo da atividade econômica (CNAE), 2006 -2017.

Tabela 4- Distribuição dos casos de TMRT, no Brasil, por vínculo empregatício e condutas realizadas após o diagnóstico, 2006 a 2017.

Tabela 5- Distribuição dos casos de TMRT por unidades de notificação e ano de registro. Brasil, 2006-2017.

ARTIGO 2

Tabela 1- Casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, por regiões Brasileiras, registrados pelo SINAN e Previdência Social, no período de 2006 a 2017.

Tabela 2- Prevalência de Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho (x1.000.000 trabalhadores), por regiões brasileiras, segundo o SINAN e a Previdência Social, no período do 2006 a 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCVISAT	Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SUS	Sistema Único de Saúde
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO	9
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3	JUSTICATIVA.....	11
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1	A SAÚDE DO TRABALHADOR EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	12
4.2	TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	15
4.3	TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO	16
4.4	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	21
5	METODOLOGIA.....	25
5.1	TIPO DO ESTUDO.....	25
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	26
5.3	POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO.....	26
5.4	FONTE DE COLETA DE DADOS.....	26
5.4.1	Fonte de dados para os casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.....	26
5.4.1.1	SINAN.....	26
5.4.1.2	Instituto Nacional de Previdência Social (INSS).....	27
5.4.2	Fonte de dados para os expostos aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.....	28
5.4.2.1	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).....	28
5.4.2.1.1	Censo populacional demográfico.....	28
5.4.2.1.2	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).....	28
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	29
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5.7	ASPCTOS ÉTICOS.....	31
6.	RESULTADOS.....	32
6.1	Artigo 1- TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL, 2006-2017.	33
6.2	Artigo 2- PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO.....	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS.....	80
	ANEXO 1	89

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o crescente interesse pelo cuidado à saúde, o processo de adoecimento mental relacionado ao trabalho tem sido objeto de estudos e debates. Registraram-se esforços para compreender as relações que se estabelecem entre o indivíduo, a coletividade o trabalho e o adoecimento, com a finalidade de direcionar o planejamento no cuidado, tratamento, intervenções e construção de políticas, que subsidiem ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (JACQUES, 2003).

A VISAT, componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, é uma das principais iniciativas que busca consolidar a atenção integral a saúde do trabalhador. Caracteriza-se por saberes e práticas que visam à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações articuladas que intervenham nos agravos e seus determinantes, decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de fortalecer as ações da VISAT e consolidar uma estrutura capaz abarcar as atribuições e ações em saúde do trabalhador, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST) aliada aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

Apesar dos avanços no campo da saúde do trabalhador, existem fragilidades de ações em áreas relevantes, como na saúde mental, tanto no que tange a concretização das ações, como nas políticas públicas específicas e construção de instrumentos ou protocolos orientadores (AMAZARRAY; CÂMARA; CARLOTTO, 2014).

Leão e MINAYO-GOMEZ (2014), Conciani e Pignatti (2015) e Cordeiro et al. (2016), evidenciam que a VISAT enfrenta muitas dificuldades, problemas que envolvem da prevenção até o diagnóstico da doença e reabilitação, sendo necessário refletir e discutir sobre os transtornos mentais, e estratégias que possam romper essas barreiras (ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017). Tais fragilidades contribuem para o aumento das prevalências dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT).

Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que um em cada quatro pacientes que visitam um serviço de saúde tem pelo menos um tipo de transtorno mental, mas a maioria dos casos não é diagnosticado e nem tratado. Em 2011, a OMS também estimou que os transtornos mentais menores (ansiedade, depressão, neuroses) acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves (psicoses, manias, esquizofrenias), cerca de 5 a 10% (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

No Brasil, os transtornos mentais representam um dos principais grupos de agravos relacionados ao trabalho. Entre de 2008 - 2009, o número de afastamentos do trabalho em decorrência de transtornos mentais e comportamentais aumentou de 12.818 para 13.478. Em 2010, ocuparam o terceiro lugar na concessão de auxílio-doença por incapacidade. No ano de 2012, foram notificados pela Previdência Social 16.978 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho (BRASIL, 2013).

Segundo a OMS (2017), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo com 9,3% da população atingida (18 657 943 casos) e o quinto em casos de depressão com 5,8% da população atingida (11.548.577) em 2015.

A relevância atual dos transtornos mentais pode se atribuída às mudanças na economia, que repercutem nas relações e estruturas do trabalho ocasionando ao trabalhador: aumento da produtividade, competitividade, intensificação do processo e o ritmo do trabalho, longas jornadas, faltam de poder de decisão nas realizações tarefas, repetitividade, monotonia e excesso de comprometimento como trabalho (BAHIA, 2014).

As mudanças econômicas se tornam ainda mais acentuadas no atual contexto brasileiro, marcado pela crise econômica, que contribuem para o aumento do número de desemprego, assim como, propostas da reforma previdenciária (alteram requisitos para a aposentadoria requerendo mais esforços pelo trabalhador para alcançar seu benefício) e a reforma das leis trabalhistas, no qual retrocedem em vários direitos (MANCEBO, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), o desemprego alcançou o recorde de 13,5 milhões de pessoas atingidas em 2017, ocasionando crescimento do trabalho informal. No Brasil, proteções voltadas ao trabalho como: proteção à saúde, o amparo na doença e no desemprego, reconhecimento e proteção para periculosidade, insalubridade, acidente de trabalho, entre outros, estão atreladas ao modo de inserção do indivíduo ao mercado de trabalho, e a ruptura do vínculo empregatício formal representa na prática, a perda dessas condições (MENDES; CAMPOS, 2004).

A lei Nº 13.467, de 13 de julho de 2017, altera as leis trabalhistas consolidada em 1943, estabelecendo nova legislação para a regulação de trabalho. As novas mudanças incluem: permissão do estabelecimento de horários de trabalho de 12 (doze) horas seguidas de ininterruptas 36 (trinta e seis) horas de descanso, fracionamento das férias, terceirização de qualquer atividade em todos os setores da economia, possibilidades de gestantes permanecerem trabalhando em ambientes insalubres, não obrigatoriedade dos impostos sindicais, dentre outras, que podem ocasionar a sobrecarga de trabalho e enfraquecimento da

representação dos trabalhadores, o que contribuem para maior número de TMRT (BRASIL, 2017).

Tal situação do cenário brasileiro representa aos trabalhadores, exposições acentuadas de sobrecarga de trabalho, no qual Segundo Carvalho e Morais (2011), é decorrente da intensificação do trabalho e associa-se a problemas de saúde psíquicos, como: irritabilidade, fraqueza, nervosismo, medos, ruminação de idéias, exacerbação de atos falhos e obsessivos, angústia e até mesmo a depressão.

Assim, diante de um contexto que propicia aumento dos TMRT, intensifica-se o desafio urgente de ampliar as intervenções de saúde mental no escopo das ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador de forma mais efetiva.

O presente estudo, no intuito de contribuir com as ações da VISAT, se propõe a explorar a ocorrência de transtornos mentais relacionados ao trabalho, com base no seguinte questionamento: qual a prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espaciais no período de 2006 a 2017?

2 OBJETIVO

Neste item serão apresentados o objetivo geral e os específicos desta pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho notificados no Brasil, no período de 2006 a 2017, considerando as variáveis sociodemográficas, laborais e espaciais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a distribuição da ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, descrevendo as características dos casos registrados no período de 2006 a 2017, com base em dados do SINAN.

Estimar a prevalência de TMRT registrados no Brasil, com base em dados do SINAN e da Previdência Social, no período de 2006 a 2017, considerando tendência temporal e variáveis espaciais (regiões e estados brasileiros).

3 JUSTIFICATIVA

Conforme a literatura realista de Machado de Assis: “agora que expliquei o título, passo a escrever o livro. Antes disso, porém digamos os motivos que me põem a pena na mão” (ASSIS, 2006).

A escolha da temática proposta se deu pela minha identificação e prazer em trabalhar com pesquisas voltadas para saúde mental e por ser uma das integrantes da produção do artigo: “Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios”, o que me possibilitou novas reflexões.

O trabalho contemporâneo tem imposto novos desafios à vigilância em saúde, por originar demandas cada vez maiores de sofrimentos ao trabalhador. Estudos voltados para VISAT e saúde mental, como Leão e Minayo-Gomez (2014), Conciani e Pignatti (2015) e Cordeiro et al. (2016), Araújo, Palma, Araújo (2017) apontam a fragilidade e limitações das práticas a cerca da vigilância e da efetivação das ações em saúde do trabalhador, predominando o discurso da culpabilização da vítima, no qual responsabiliza o profissional pela sua condição de saúde.

Segundo Rocha et al. (2010), existe carência de dados sobre a situação de saúde mental em grupos populacionais, indicando a necessidade de novos estudos.

É necessário enfrentar e extrapolar concepções tecnicistas e homogêneas do sofrimento no trabalho. Novos estudos devem ser realizados para fomentar as reflexões, em busca de uma VISAT que avance e promova saúde, especialmente diante das possibilidades de retrocessos de direitos trabalhistas e crise econômica.

Portanto, o presente estudo representa grande relevância social, pois evidenciará em quais regiões, profissões, faixa etária, sexo e escolaridade esses transtornos predominam, além das prevalências. Assim, pode-se dar suporte a possíveis reorientações das práticas dos trabalhadores em prol da promoção da saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A base científica para a produção de uma pesquisa acadêmica é o referencial teórico. Por meio dele que se busca construir o objeto de pesquisa, objetivos, hipóteses, validação e constatação da pesquisa científica. Assim, é fundamental a elaboração de um referencial teórico para compreensão e contextualização da pesquisa (SEVERINO, 2007).

4.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Segundo o pensamento marxista, o trabalho é central nas sociedades humanas, permite a produção de um mundo de objetos úteis materiais (produtos/objetos) e não materiais (serviços), e favorece a interação entre indivíduos envolvidos nas atividades profissionais. Pode-se considerar o trabalho como atividade carregada de significados que tem impacto direto na (re) construção de identidades/papéis e na (re) definição de normas de vida (SABÓIA; COELHO; AQUINO, 2007).

Para compreender o trabalho, é necessário considerar o campo de representações sociais, pois trabalhar significa viver com os outros, e envolve o corpo, a mente e a inteligência do indivíduo (DEJOURS, 1998).

Cardoso (2015) relata que o trabalho é fundamental para se compreender o processo saúde-doença. A posição do indivíduo no mercado de trabalho tem forte influência em suas condições de saúde, pois permite melhor acesso aos serviços de saúde, maior nível educacional, melhores condições de moradia, saneamento, água tratada, dentre outros. O que conseqüentemente implica em melhor qualidade de saúde.

No entanto, o mercado de trabalho inserido no modelo capitalista (no qual privilegia a geração de lucros), estabelece formas de organização de trabalho voltadas para a precarização social do trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Apesar de presente desde a origem do capitalismo, a precarização assume novas formas em conseqüências dos diferentes processos históricos, determinados por diferentes desenvolvimentos econômicos, lutas e avanços dos trabalhadores. No Brasil, a precarização social do trabalho esteve presente desde o período da escravidão até o trabalho assalariado. Apesar das conquistas em diferentes contextos históricos, como a Consolidação das Leis Trabalhistas, ainda permanece a precarização. Porém, hoje, considera-se uma nova precarização, pois possui caráter mais abrangente, decorrente das transformações da organização e gestão do trabalho, da legislação social e trabalhista, entre outros (MONY, 2011).

Essa precarização se configura como um processo social que instabiliza e origina uma permanente insegurança no trabalho, competição entre os trabalhadores, fragiliza os vínculos empregatícios e ocasiona perdas em diversas esferas como na saúde, no direito, dentre outros. Como principais características da precarização destacam-se: atinge todas as regiões brasileiras (desenvolvidas e subdesenvolvidas); está presente tanto em setores mais avançados do país (indústrias) assim como, nos trabalhos informais; atinge tanto trabalhadores muito qualificados quanto os menos qualificados. Portanto, considera-se uma precarização que

atinge a todos indiscriminadamente, porém, seus modos e intensidade se diferem e as formas mais tradicionais de resistência e luta degradam-se e enfraquecem (DRUCK, 2013).

Segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) pode-se identificar cinco grandes tipos de precarização: nas formas de mercantilização da força do trabalho, na organização e nas condições de trabalho, nas condições e segurança do trabalho, no reconhecimento do trabalhador, nas condições de representação e da organização sindical.

Esses eixos caracterizam a precarização social do trabalho como: alto ritmo e intensidade no trabalho, autonomia controlada, metas inalcançáveis, pressão do tempo, extensão da jornada de trabalho, rotatividade, multiexposição a agentes físicos, químicos, ergonômicos e organizacionais, fragilização da segurança do trabalho (treinamentos, medidas preventivas e informações sobre os riscos), desvalorização profissional e descartabilidade do profissional (DRUCK; FRANCO, 2009).

Em 1999, a Organização Internacional do Trabalho define trabalho decente como: trabalho produtivo e adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, sem qualquer forma de discriminação, e capaz de garantir uma vida digna a todos os trabalhadores. A agenda de trabalho decente é dividida em quatro eixos principais: criação de emprego de qualidade, extensão da proteção social, promoção e o fortalecimento do diálogo, e princípios e direitos fundamentais do trabalho (expresso na Declaração dos Direitos). Porém, atualmente prevalece o desrespeito com a dignidade do trabalho, com grande precarização social do trabalho (OIT, 2018).

A precarização social já existente amplia-se ainda mais com a atual conjuntura brasileira, no qual vivencia o desmonte dos direitos sociais previstos na Constituição Federal em 1988, marcado por crescimento do desemprego e ao mesmo tempo pela intensificação da exploração da força de trabalho, o enfraquecimento do trabalhador como sujeito ativo na busca organizada por melhores condições de trabalho, e a uma redução do movimento sindical. Tais fatores resultam em indicadores de acidentes e doenças ocupacionais cada vez mais elevados (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Acredita-se que o aumento da prevalência de doenças e agravos relacionados ao trabalho representa a expressão dos efeitos psicopatológicos na vida das pessoas diante a precarização (LOURENÇO, 2008). Pois, as características atuais do trabalho no qual os trabalhadores são controlados pelo processo de trabalho, ao invés de controlá-lo, expressam um desgaste humano com sérias repercussões de ordem social e emocional, o que não deixa de implicar em debilidades (físico-emocionais) temporárias ou permanentes (BRANT; MINAYO, 2004).

As possíveis intervenções para ruptura da precarização no ambiente de trabalho, não serão dadas pela dinâmica capitalista. As transformações do capitalismo contemporâneo buscam fragilizar os sindicatos e as instituições públicas para que o modelo capitalista organize o trabalho ao seu favor. Nesse sentido, é necessária a participação ativa de atores sociais e de instituições públicas na perspectiva de garantir um trabalho decente para quem necessita vender sua força de trabalho para sobreviver (KREIN, 2013).

4.2 TRABALHO E SOFRIMENTO PSÍQUICO

O trabalho pode ser compreendido como espaço de prazer e de sofrimento. Segundo Dejours (1994) ambos os sentimentos, são inerentes do ser humano e atuam como forças na saúde. Quando os sentimentos estão equilibrados, não há reflexos negativos para o bem-estar do indivíduo. A origem do adoecimento mental ocorre quando há um desequilíbrio emocional e o sofrimento sobrepõe o prazer.

O sofrimento é desencadeado quando trabalhador passa a ser orientado, rotineiramente, pela cultura desenvolvida pela organização econômica, tornando-o um corpo dócil e disciplinado, entregue às dificuldades inerentes à atividade laborativa, um corpo sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental, fazendo do homem uma vítima do seu trabalho (DEJOURS, 1994).

Assim, a inserção no mercado de trabalho, idealizada em felicidade, satisfação pessoal, material, melhores condições de vida e bem estar, muitas vezes se torna para os trabalhadores motivo de frustrações e estresse à suas expectativas iniciais, ao encontrarem trabalho com baixa remuneração, baixo controle, violências, alto ritmo e intensidade, pressão do tempo, dentre outros (RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006).

Segundo Lipp (2000), o estresse consiste em um estado de desequilíbrio, decorrentes de mudanças bruscas e rápidas que ocorrem no ambiente no qual requerem do indivíduo a mobilização de energia física, mental e social, como estratégia de adaptar-se às transformações. Essas adaptações têm como finalidade manter a homeostase corpórea.

A homeostase é compreendida como a “manutenção da estabilidade do meio interno”. O meio interno é constituído pelo sangue e demais fluidos que circundam as células, e consiste no local onde ocorrem as trocas celulares, assim, deve ser mantido sempre em parâmetros adequados para proporcionar a funcionalidade celular, independente dos fatores que possam estar ocorrendo no ambiente externo. A investigação dos efeitos das emoções sobre a resposta fisiológica dos organismos é denominada pela expressão “reação de luta ou

fuga” (fight or flight response), o que representa respostas fisiológicas ao agente estressor em uma situação desafiadora (SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

A resposta fisiológica configura-se em três fases distintas: (1) Alarme ou alerta – resposta rápida e imediata, onde há a um desequilíbrio interno do organismo e a mobilização do mesmo para enfrentar o agente estressor, mediada principalmente pela ativação do sistema nervoso autônomo simpático que promove a liberação de neurotransmissores em diversos órgãos-alvo e também estimula a medula das glândulas adrenais a liberarem os hormônios catecolaminérgicos, adrenalina e noradrenalina; (2) Resistência – as respostas fisiológicas e comportamentais, a fim de restabelecer a homeostase são mantidas, e agora mediadas principalmente pelo cortisol, em resposta a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Nesta fase a eficiência das respostas chega ao seu ponto máximo com melhor desempenho físico e cognitivo do indivíduo, e assim apresenta grandes chances de neutralizar o agente estressor; (3) Exaustão – caso o indivíduo falhe em neutralizar o agente estressor e este se prolongue, o organismo continua respondendo de forma crônica, e as alterações fisiológicas e comportamentais, inicialmente adaptativas, levam a uma sobrecarga energética e exaustão dos sistemas (NELSON, 2000).

Segundo Margis et al. (2003), essa frequência duradoura do agentes estressores, pode gerar irritabilidade, fraqueza, nervosismo, medos, ruminação de idéias, exacerbação de atos falhos e obsessivos, angustia e depressão, e quando relacionados ao trabalho, originar os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

O atual cenário brasileiro, marcado por acentuadas transformações econômicas, requer cada vez novas e mais velozes adaptações dos trabalhadores, o que implica em novos enfrentamento fisiológicos dos agentes estressores e a possibilidade de falhas de enfrentamento, ocasionando maior adoecimento mental.

4.3 TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Distintas situações de trabalho como, pressão, alta demanda, acidente de trabalho, uma mudança de posição (ascensão ou queda), dentre outras, podem determinar quadros psicológicos diversos. A origem dos transtornos mentais está diretamente relacionada com as características do contexto ocupacional e a forma de enfrentamento (respostas individuais) das situações estressantes por esse trabalhador, podendo desencadear desde transtornos leves, até depressão graves e incapacitantes.

A Classificação Internacional de Transtornos mentais e de Comportamento, considerada como transtorno mental, doença com manifestação psicológica associada a um

comprometimento funcional, secundário a disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Pode ser classificada ainda como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993).

São considerados Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho os transtornos resultantes de situações que envolvem o processo ou a organização do trabalho, tais como: divisão das tarefas, políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral, trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Também podem ser provenientes de fatores pontuais, tais como a exposição a determinados agentes tóxicos (BRASIL, 2013). Pode-se dizer que estes transtornos estão incluídos nos quadros de estresse, depressão e ansiedade (MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

O Ministério da Saúde em 1999 pela portaria N.º 1.339, estabeleceu uma listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, classificando dentre elas os Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho e suas categorias de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ANEXO 1).

São considerados Transtornos Mentais Relacionado ao Trabalho: demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); delírium, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0); transtorno cognitivo leve (F06.7); Transtorno orgânico de personalidade (F07.0); transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-); alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); episódios depressivos (F32.-); estado de estresse pós-traumático (F43.1); Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0); outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8); transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2) e Sensação de estar acabado (síndrome de burnout, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0) (BRASIL, 1999)

Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte (F02.8) caracteriza-se como síndrome, comumente crônica e progressiva, secundária a uma patologia encefálica, no qual se pode observar inúmeras deficiências das funções cerebrais (córtex superior), sendo elas: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento (BARLOW, 2016). Como critérios diagnósticos são utilizados declínio das funções cognitivas e comprometimento ou incapacidade pessoal para as atividades da vida diária. Quadros de demência tem sido encontrado em traumas crânio-encefálico e pelos efeitos da exposição ocupacional de substâncias tóxicas. Como indicação médica é necessário o afastamento do trabalhador da exposição ao agente tóxico (BRASIL, 2018).

Delirium, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0) é uma síndrome qualificada por rebaixamento do nível de consciência, com a presença de sintomas de desorientação no tempo e no espaço, associada ao comprometimento completo das funções cognitivas. A síndrome pode vir acompanhada de alterações: do humor (irritabilidade), da percepção (ilusão e alucinação), do pensamento (idéias delirantes), do comportamento (reações de medo e agitação psicomotora) e do sono (sonolência diurna e agitação noturna). Também pode estar relacionada a sintomas e neurológicos como tremores, asterixis (tremor no pulso quando estendido), nistagmo (oscilações rítmicas, repetidas e involuntárias de um ou ambos os olhos), incoordenação motora e incontinência urinária. Sua evolução pode ser para uma demência, morte ou recuperação completa (BRASIL, 2018).

O delirium é considerado como uma emergência médica. O primeiro passo para seu tratamento é controlar ou eliminar a condição ou o fator que o está causando. Portanto, no caso da exposição ocupacional a agentes tóxicos para o sistema nervoso, o afastamento do paciente/trabalhador do ambiente de trabalho é primordial (BARLOW, 2016).

Transtorno cognitivo leve (F06.7) é definido por alterações de memória, capacidade de aprendizagem, de orientação e déficit de concentração, tendo como principal queixa cansaço mental ao executar tarefas e um novo aprendizado. O diagnóstico do transtorno indica a existência de agravos na fisiologia do córtex cerebral. Caso a causa do agravo seja determinado pelo ambiente ocupacional, a principal medida de tratamento é o afastamento do paciente do trabalho (BARLOW, 2016).

Transtorno orgânico de personalidade (F07.0) se caracteriza por alterações na personalidade e no comportamento, principalmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos secundário a uma doença, lesão ou disfunção cerebral. Para o diagnóstico definitivo é necessário a presença de dois ou mais dos seguintes aspectos: capacidade reduzida de perseverar em atividades com fins determinados; comportamento emocional alterado, caracterizado por labilidade emocional, alegria superficial e imotivada (euforia, jocosidade inadequada) e mudança fácil para irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia; expressão de necessidades e impulsos sem considerar as conseqüências ou convenções sociais (roubo, propostas sexuais inadequadas, comer vorazmente ou mostrar descaso pela higiene pessoal); perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranóide e/ou preocupação excessiva com um tema único, usualmente abstrato (por exemplo: religião, certo e errado); alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem com aspectos, tais como circunstancialidade, prolixidade, viscosidade e hipergrafia e comportamento sexual alterado (BARLOW, 2016).

Visto que o transtorno orgânico de personalidade relacionado ao trabalho é uma seqüela da disfunção ou uma lesão cerebral, geralmente há indicação para aposentadoria por invalidez e requer como tratamento, além de fármacos, a reabilitação social do indivíduo (BARLOW, 2016).

Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-) configura-se por um conjunto de transtornos mentais agrupados que apresentam como característica comum uma doença, lesão ou outro dano cerebral, podendo até mesmo ser secundária a doenças sistêmicas no qual o cérebro também é atingido. Fazem parte dessa categoria: a demência na doença de Alzheimer, a demência vascular, a síndrome amnésica orgânica (não-induzida por álcool ou psicotrópicos), vários outros transtornos orgânicos (alucinação, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a síndrome pós-encefalite e pós-traumática, incluindo, também, psicose orgânica e a psicose sintomática. Normalmente, há indicação de aposentadoria por invalidez e a necessidade de socialização do paciente com sua família e comunidade (BARLOW, 2016).

Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2) caracteriza-se pelo descontrole periódico de ingestão de álcool. De acordo com a OMS, a síndrome da dependência do álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. O consumo de bebidas alcoólicas associadas ao trabalho pode ser uma prática defensiva pelo profissional para se incluir no grupo, ou para o próprio indivíduo proporcionar ao seu trabalho o efeito calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono e anestésico, no qual o álcool viabiliza. Alguns especialistas, diferente de diversas opiniões clínicas, que apóiam que o tratamento deve ser beber controlado, acreditam que a abstinência completa de álcool é fundamental (BARLOW, 2016).

Episódios depressivos (F32.-) é definido por humor triste, perda de prazer e interesse em realizar atividades. Também podem está associado a sintomas como: baixa concentração, baixa auto-estima, desesperança, idéias de culpa e inutilidade, insônia, perda do apetite, podendo até mesmo chegar a idéias e atos suicidas. Podem ser classificados quanto à leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicótico (BARLOW, 2016).

A associação dos episódios depressivos com o trabalho pode está relacionadas às situações vivenciadas pelos trabalhadores como: decepções sucessivas, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, exigências excessivas de desempenho cada vez maior, excesso de competição, perda efetiva, perda do posto de trabalho, demissão, dentre outros (BARLOW, 2016).

Estado de estresse pós-traumático (F43.1) é definido como uma resposta tardia de um evento ou situação estressante, podendo ser de curta ou longa duração, mas que tenha um

efeito excepcionalmente ameaçador ou catastrófico. Geralmente para desencadear esses episódios o paciente presenciou ou foi confrontado em eventos que implicaram em morte ou ameaça de morte, lesão grave ou ameaça da integridade física a si ou a outros (BARLOW, 2016).

A probabilidade maior de desenvolver este transtorno ocupacional pode estar relacionada a trabalhos perigosos, que envolvam responsabilidades com vidas humanas, como risco de acidentes (transporte ferroviário, metroviário, bombeiro) dentre outros, sendo mais comum ocorrer em solteiros, divorciados e viúvo (BARLOW, 2016).

Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0) é a presença da fadiga constantemente, acumulada ao longo de meses ou anos no trabalho, com ausência de descanso, devido à interação de fatores como: ritmos de trabalhos acelerados, jornadas de trabalho prolongadas e jornadas de trabalho em turnos alterados (BARLOW, 2016).

Caracteriza-se por acordar cansado, fisicamente como mentalmente, má qualidade de sono (acorda facilmente e insônia), desânimo e irritabilidade, além de poder estar associada a outros sintomas, como: dores de cabeça e musculares (geralmente músculos mais utilizados no trabalho) (BARLOW, 2016).

Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8) é um conjunto de transtornos neuróticos no qual inclui transtornos mistos e de comportamento, crenças e emoções associadas com a cultura. A neurose profissional está inclusa nesse grupo, e é definida segundo Aubert (1993), como conflito psíquico vinculado a determinada situação organizacional ou profissional, portanto, uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente (BARLOW, 2016).

Seus principais sintomas são: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva) e a inibição para o trabalho (pessoa que antes trabalhava disposta, não consegue mais trabalhar, sente-se cansada) que surge como primeiro sintoma indicando a presença de uma neurose profissional (BARLOW, 2016).

Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2) é caracterizado como um desequilíbrio entre o ciclo vigília-sono do indivíduo e o ciclo vigília-sono estabelecido socialmente como normal. Assim, o indivíduo sente frequentemente queixas de insônia, sonolência e interrupção do sono. O transtorno estar relacionado ao trabalho, pois determinadas jornadas de trabalho exigem noite em regime fixo, ou alternância de horário diurnos, vespertinos ou noturnos (BARLOW, 2016).

Sensação de estar acabado (síndrome de burnout, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0) é definida como uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos do trabalho. O trabalhador que antes era envolvido com o trabalho e seus clientes, passa a se desinteressar devido a sua perda de energia completa. Segundo Maslach & Jackson, em 1997, a síndrome de esgotamento é composta por três elementos: exaustão emocional (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo), despersonalização (insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente) e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de diminuição de competência e de sucesso no trabalho) (BARLOW, 2016).

O alcoolismo crônico com o trabalho, o Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos e o transtorno de estresse pós-traumático, podem ser classificados por meio da CID-10, usando os seguintes códigos: “fatores que influenciam o estado de saúde: (...) riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais” (seção Z55-Z65 da CID-10) ou aos seguintes “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte” (seção Y90-Y98 da CID-10): problemas relacionados ao emprego e ao desemprego: condições difíceis de trabalho (Z56.5); circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) (BRASIL, 2018).

Para a maioria dos transtornos citados acima, existem prevenções que podem reduzir significativamente novos casos de transtornos. Dentre as medidas essenciais destacam-se: vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde; integração e articulação entre os setores assistenciais e da vigilância; adoção de formas de organização do trabalho que permitam diminuir o número de trabalhadores expostos aos riscos ocupacionais; equipamentos de proteção individuais, dentre outros.

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou por uma série de transformações. A atenção à saúde que anteriormente era centralizada, isolada principalmente aos trabalhadores que possuíam carteira assinada e contribuía com o Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensão, torna-se a ser direito de todos e dever do estado. Assim, aos poucos, a saúde do trabalhador incorpora-se nas ações dos SUS, sendo o sistema o responsável por coordenar a política de saúde do trabalhador (COHN, 2001).

Na medida em que o SUS se propõe a atender a integralidade do cuidado da classe trabalhadora, existe a necessidade de romper os modelos hegemônicos de atenção à saúde

vigentes, caracterizados por: foco na cura da doença, processo saúde/doença como mercadoria, biologicismo e na medicalização dos problemas, dessa forma, várias propostas de modelos de atenção alternativas, em defesa a integralidade do cuidado, coerentes com a Reforma Sanitária Brasileira, têm sido empregados, como a vigilância em saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A vigilância em saúde é um dos modelos de atenção em prol da integralidade. Caracteriza-se por atravessar todos os momentos do processo saúde- doença, com objetivo de articular o controle de danos, de riscos e de causas. Suas ações se baseiam: na integração entre as vigilâncias, assistência médica, políticas públicas e articulações no âmbito local a oferta organizada, ações programáticas, intervenção social organizada e políticas intersetoriais ou transeitorias hegemônicas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

O modelo da vigilância é entendido como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, para a consolidação das diretrizes e princípios do SUS, por buscar deslocar o olhar da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Portanto, para suas ações é necessário compreender a dinâmica das relações sociais e econômicas que repercutem na saúde da população. Nesse sentido é considerado o eixo de um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Dentre os componentes da vigilância em saúde encontra-se a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Sua finalidade destina-se à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Sua atuação é peça fundamental na integralidade do cuidado da população visto que o trabalho é um dos fatores determinantes do processo saúde-doença (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

Em 2002, como principal estratégia do SUS em busca da integralidade à saúde do trabalhador e fortalecimento da VISAT, foi estruturada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o propósito de implementar as ações de vigilância, de articular as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2012). A RENAST integra a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BAHIA, 2014).

Os CEREST têm a responsabilidade de atuar como esferas articuladoras de retaguarda técnica especializada, com o objetivo de prover atenção à saúde do trabalhador por meio de promoção e vigilância em saúde, garantindo funções de suporte técnico, de educação permanente, de assessoria ou coordenação de projetos de assistência, no âmbito da sua área de

abrangência. Esses centros são classificados segundo sua abrangência de atuação em: estaduais, regionais e municipais (BRASIL, 2012).

Em 2004, os transtornos mentais relacionados ao trabalho foram definidos pelo SUS como agravos de notificação compulsória devendo ser registrados no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), para todos os trabalhadores e trabalhadoras, independente de vínculo empregatício (formal ou informal). A rede de atenção à saúde tem o papel primordial na identificação, encaminhamento e notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, destacando as unidades básicas de saúde, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e unidades de emergência. O sistema é ferramenta fundamental para revelar a real magnitude do problema e nortear estratégias de vigilância. Em 2006 as notificações foram sistematizadas pelo SINAN. Este fato constitui importante marco regulatório nas políticas de Vigilância à Saúde do Trabalhador. A portaria, no entanto, foi implementada somente em 2006, com as primeiras notificações em âmbito nacional (BAHIA, 2009).

Para efetividade do processo de vigilância em saúde do trabalhador é necessário informações de diversas fontes e base de dados, principalmente dos sistemas de informações em saúde, da Previdência Social, assim como informações produzidas em relatórios de inspeção e notificação. Para os TMRT orienta-se adotar ações de vigilância no ambiente e processos de trabalho para: investigar e confirmar casos de transtornos mentais, avaliar ambientes com significativa ocorrência de TMRT, investigar casos que demandem atenção dos serviços de saúde mental e da atenção básica e investigar casos de denúncias (BAHIA, 2014).

Um importante avanço para a VISAT foi a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que tem como objetivo definir os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, incorporando a categoria trabalho como determinante do processo saúde doença (BRASIL, 2012).

A integralidade na atenção à saúde do trabalhador, contida na política, pressupõe a inserção de ações transversais de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, como o apoio da RENAST. Além disso, visa à redução de mortes e doenças relacionadas com o trabalho por meio de ações que incluem

promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Diante dos objetivos e estratégias propostos pela Política Nacional em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ao se buscar a integralidade do cuidado, entende-se que envolve os aspectos biopsicossociais dos trabalhadores, ou seja, apesar de não estar diretamente nomeada, compreende-se que a saúde mental está incluída na política (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017).

Outro avanço para a saúde do trabalhador foram as redes de atenção psicossociais, no qual são compostas por diversas ações e serviços de saúde do SUS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, reabilitação psicossocial, dentre outras. Assim todos os eixos da rede de saúde devem estar envolvidos no cuidado da saúde mental, o que inclui as relações com o trabalho (BRASIL, 2011).

No entanto, a política Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil encontra fragilidades para atender as demandas da saúde do trabalhador e da trabalhadora, principalmente no que tange a saúde mental. O estudo realizado por Bittencourt, Belomé e Merlo (2014), sobre a situação atual dos CEREST no Brasil, evidenciou a falta de uniformidade das atividades prestadas, sendo intensificada ainda mais em ações voltadas a saúde mental. Essa falta de padronização pode ser justificada pela dificuldade no reconhecimento da relação entre saúde mental e os processos produtivos.

Em consonância Araújo, Palma, Araújo (2017) apontam outros desafios enfrentados pela vigilância, sendo eles: ações ainda muito restritas a notificações e protocolos clínicos, ações pontuais e sistemáticas, ausência de qualquer regulação dos aspectos relacionados à organização do trabalho e desarticulações entre as redes de atenção, como a Rede de Atenção Psicossocial e a atenção básica.

Essas fragilidades se ampliam ainda mais na identificação e conduta com o TMRT devido a própria natureza e subjetividade do adoecimento, no qual a relação com as exposições, os fatores psicossociais (ambiente, processo e organização do trabalho), são mais difíceis de serem determinadas (BAHIA, 2014).

Em 2014, a secretaria de saúde do estado da Bahia, com o objetivo de fornecer suporte teórico metodológico à VISAT, publicou o protocolo de atenção à saúde mental relacionado ao trabalho, que estabelece orientações quanto às condutas de investigação de diagnósticos dos TMRT, descrevendo o fluxograma da atenção ao trabalhador, desde o acolhimento do usuário de caso suspeito ao acompanhamento e tratamento (BAHIA, 2014).

Apesar de avanços no desenvolvimento da VISAT, para que seja possível a construção de um cuidado holístico em saúde do trabalhador que atenda as diversas e complexas demandas que envolvem o sujeito e sua relação com o trabalho, é necessário desenvolver estratégias de fortalecimento da rede que a compõem, na perspectiva da VISAT, atuar de forma transformadora (ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017).

5 METODOLOGIA

Metodologia é o caminho a seguir no decorrer do projeto, no qual se deve explicar minuciosamente e detalhadamente toda ação a ser desenvolvida para a coleta de dados (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

5.1 TIPO DO ESTUDO:

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, utilizando-se desenho misto (tempo e espaço) com base em dados secundários. A série temporal incluiu análise de 2006 a 2017. Na análise espacial foram feitas estimativas dos coeficientes de prevalência de TMRT segundo as unidades federativas brasileiras e nas cinco regiões do país.

Essa classificação de desenho de estudo apresenta diversas vantagens, dentre elas: baixo custo, rápida execução, capacidade de gerar hipóteses, permite o estudo de grandes populações, possibilidade de investigar diversas variáveis independentes disponíveis em diferentes fontes de dados, dentre outros. Porém, pode apresentar uma série de limitações como: a “falácia ecológica” (transpor achados do nível agregado para o nível individual), dificuldade em usar técnicas mascaradas (por ex. duplo-cego) de aferição das informações, autocorrelação espacial e temporal, ambiguidade temporal, dentre outras (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Pesquisas com dados secundários possuem como uma das maiores vantagens a realização com baixo custo, podendo atingir de populações restritas a populações nacionais. Porém, enfrentam como principais limitações à qualidade e cobertura dos dados secundários, que muitas vezes diferem entre grupos e áreas estudadas, no qual pode significar qualidade variável da informação, além da indisponibilidade de certos dados (MOTA; CARVALHO, 2009).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Brasil, federação continental com abrangência territorial de 8.514.876,599 Km², formado por 5 regiões (Norte, Nordeste, Centro-este, Sul e Sudeste), 26 estados e um Distrito Federal (que contém a capital do país: Brasília) (IBGE, 2018).

O censo do IBGE, de 2010, estima uma população formada por 190.755.799 habitantes, predominantemente feminino, no qual 84,4% residem na zona urbana e 15,6% na zona rural, sendo a Região Sudeste a mais urbanizada do Brasil, com um grau de urbanização de 92,9%. Importantes mudanças ocorreram na estrutura etária da população residente no país nas últimas décadas, observando-se, estreitamento da base da pirâmide etária, ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo, sendo decorrente do contínuo declínio dos níveis de fecundidade observados no Brasil e, em menor parte, da queda da mortalidade (IBGE, 2018).

5.3 POPULAÇÃO E PERÍO DO ESTUDO

A população de casos do estudo foi constituída por todos os trabalhadores brasileiros que foram diagnosticados e notificados como caso de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), no período de 2006 a 2017, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) assim como todos os casos de TMRT identificados no Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho da Previdência Social.

A população exposta aos transtornos mentais foi composta por toda a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO), para cada ano de análise. Foram obtidos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do censo demográfico e pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

5.4 FONTE DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Fonte de dados para os casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

5.4.1.1 SINAN

Os casos de TMRT foram obtidos da base de dados do SINAN por meio do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT), disponível online (ccvisat.wixsite.com/pisat/sinan). O CCVISAT tem o intuito de disseminar os dados e a produção de informação em saúde do trabalhador, por meio da ficha de investigação do SINAN por ano, pelo programa Microsoft Excel. As fichas de notificação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho estão disponibilizadas do período de 2006 a 2017.

O SINAN é alimentado pela notificação e investigação de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. O sistema tem o objetivo registrar 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. É considerado um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

5.4.1.2 Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

Além dos dados do SINAN foram também analisados dados da Previdência Social. Foram utilizados: Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos, segundo os Códigos da CID-10, e os Anuários Estatísticos de Acidentes de trabalho, ambos disponibilizados online (www.previdencia.gov.br) no período de 2006 a 2017.

Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os Códigos da CID-10 informa a quantidade mensal de pessoas que contribuíram com a previdência, e foram afastadas do trabalho de acordo com cada CID. Vale ressaltar que seu afastamento teve direta relação com o trabalho.

É remunerado pelo INSS o trabalhador que apresente incapacidade relacionada obrigatoriamente com a atividade que o segurado exerce, podendo ocorrer através do acidente de trabalho ou doença ocupacional.

Os Anuários Estatísticos de Acidentes de trabalho informa o número de acidentes de trabalho classificando-os pelas CID. Os dados estão disponibilizados a nível do Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

Foram considerados TMRT todas as CID F, assim como as CIDS estabelecidas pela portaria N.º 1.339, 1999, no qual determina os TMRT.

Os trabalhadores que entraram nesta estatística são os denominados formais, incluindo-se neste grupo os contribuintes da Previdência Social e que têm direito ao Seguro Acidente de Trabalho (SAT) no qual correspondem aos empregados, trabalhadores avulsos e segurados especiais com 10 anos ou mais de idade (IBGE, 2018).

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

Para análise e adequado dimensionamento do TMRT nas populações de trabalhadores foram obtidos de diferentes fontes de dados. A seguir serão descritas as fontes a serem utilizadas.

5.4.2.1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Os dados da População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO), necessários para a construção dos coeficientes de prevalência de transtornos mentais, foram obtidos do IBGE. A PEAO corresponde ao potencial de mão de obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, pessoas aptas para o trabalho, relativos às pessoas de 15 anos e mais de idade estando estas, num determinado período de referência, trabalhando ou tinham trabalho mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias) (IBGE, 2018).

Os períodos de referências são períodos de tempo denominados, sendo eles os mais importantes: semana de referência (semana de domingo a sábado, que precede a semana para a realização da entrevista), período de referência de 30 dias (são os 30 dias que antecedem a semana fixada para a entrevista) e mês de referência (aquele que antecede ao mês de realização da pesquisa). Os dados divulgados são relativos às pessoas de 15 anos e mais de idade e à semana de referência, com exceção da taxa de desemprego aberto que é divulgada também para o período de 30 dias e dos rendimentos que são relativos ao mês de referência da pesquisa (IBGE, 2018).

5.4.2.1.1 Censo populacional demográfico

O censo populacional demográfico busca representar a população quanto às características gerais, migração e deslocamento, educação, trabalho e rendimento, fecundidade e nupcialidade, famílias e municípios, de forma detalhada e objetiva. É realizado a cada 10 anos, sendo o último produzido no ano de 2010.

Com os dados produzidos pelo censo torna-se possível conhecer a população economicamente ativa e ocupada, incluindo trabalhadores formais e informais, assim como as características dessa população trabalhadora.

5.4.2.1.2 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

A 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, 2018). Serão utilizadas correções anuais do censo, produzidas pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD).

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 economicamente ativa ocupada. Os dados disponibilizados da PEAO tanto estão disponíveis a nível geral, quanto em relação a trabalhadores formais (que contribuem com a previdência), e informais (que não contribuem). Dentre as estimativas disponibilizadas serão utilizadas: sexo, raça, grupos etários, anos, unidades territoriais e ramo da atividade econômica.

Para todo o período da pesquisa (2006 a 2017) foi utilizado para o grupo exposto aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, no qual os casos foram considerados do SINAN, a população economicamente ativa ocupada extraída do PNAD, exceto para o ano 2010, no qual será representada pelo Censo populacional demográfico. Porém para as prevalências utilizando os dados estatísticos da previdência foram utilizados como denominadores a PEAO somente que contribui com a previdência.

5.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variáveis são definidas como quaisquer eventos, situações, comportamentos ou características, que podem ser observadas (ou medidas) em cada elemento de um fenômeno (BARBETA, 1998).

A variável desfecho do estudo foi os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e as variáveis descritoras foram: sexo, idade, raça cor, escolaridade, ramo da atividade econômica, conduta após o diagnóstico de TMRT, diagnósticos dos TMRL segundo a classificação internacional de doenças (CID- 10) e unidade notificadora.

Ambas variáveis (desfecho e descritoras) foram obtidas pelas fichas de notificação do SINAN. 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.

A ficha está estruturada em seis blocos: 1º bloco: dados gerais que trazem informações da unidade notificadora, data de diagnóstico e de identificação; 2º bloco: dados da notificação individual como nome do paciente, idade, sexo (feminino, masculino e ignorado), raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela e ignorada), escolaridade (analfabeta, 1ª a 4ª série

incompleto, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, ensino fundamental completo, ensino médico incompleto, ensino médio completo, educação superior incompleta, educação superior completa e ignorado), 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 contemplam dados como encaminhamentos, evolução do caso, preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e condutas no trabalho após o diagnóstico (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, outros e nenhuma) (ANEXO 2).

Os casos dos transtornos mentais e auxílio doença acidentário, de acordo os dados estatísticos da previdência, foram obtidos pelos anuários estatísticos de acidentes de trabalho e Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os códigos da CID-10, como já mencionado.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada em 4 etapas articuladas:

1ª etapa – Organização da base de dados no pacote estatístico SPSS® 24.0 *for Windows*.

Nessa etapa os dados das notificações dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho secundário ao SINAN, a População Economicamente Ativa Ocupada, o número de benefícios concedidos como auxílio doença acidentária, e acidentes de trabalho, pelo INSS, foram tabulados de acordo aos anos de registros (2006 a 2017). As variáveis codificadas foram descritas segundo informações de IBGE e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

2ª etapa- Descrição dos casos de TMRT notificados no SINAN no período (2006 a 2017).

Após elaboração e revisão do banco de dados, foram realizados os cálculos das frequências das variáveis (sexo, idade, raça cor, escolaridade, ramo da atividade econômica, conduta após o diagnóstico de TMRT, diagnósticos dos TMRT e unidade notificadora) por regiões e unidades federativas, sendo representadas por tabelas e gráficos.

3ª etapa- Cálculos dos coeficientes de prevalência de TMRT

Essa etapa consiste em calcular as prevalências de TMRT utilizando como base populacional 1.000.000. Para o cálculo no que tange os dados do SINAN foi considerado: numerador- casos de TMRT por ano no Brasil segundo a variável de interesse e o denominador PEAO por ano no Brasil segundo a variável de interesse.

As prevalências calculadas foram de acordo as variáveis: sociodemográficas (sexo, raça e idade), espaciais (regiões e unidades federativas) e laborais (ramo da atividade econômica).

Para o cálculo das prevalências de TMRT com os dados da previdência, foi considerado como numerador o número de acidentes de trabalho, e como denominador a PEAO formal.

4ª etapa: Cálculo da Variação Proporcional Percentual (VPP)

Nessa fase foi estimada a VPP para verificar a variação dos coeficientes de prevalência, através da 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, que será demonstrada em tabela.

5ª etapa: Análise da distribuição espacial dos TMRT no período de 2006 a 2017 por regiões brasileiras.

Nessa etapa foram estabelecidos pontos de corte para análise espacial das prevalências de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo representadas por meio de mapas e esquemas de cores, com o auxílio do programa Excel 2019.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por ser um estudo com a utilização de 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 UEMS. Porém, a pesquisa respeitou a resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que apresentam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa apresentou características éticas, respeitando nos participantes seus valores culturais, éticos, sociais, morais e religiosos, bem como os seus hábitos e costumes, além de que, o pesquisador deve ter o compromisso com a confidencialidade dos dados utilizados, utilizando-os somente para a finalidade prevista na pesquisa (BRASIL, 2012).

6. RESULTADOS

Os resultados do estudo representam os produtos obtidos a partir da investigação conduzida e serão apresentados sob a forma de 2 artigos:

6.1 ARTIGO 1- TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL, 2006-2017.

6.2 ARTIGOS 2- PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO.

TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS REGISTRADOS NO BRASIL, 2006-2017

Resumo

OBJETIVO: Explorar a distribuição da ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, descrevendo as características dos casos registrados no período de 2006 a 2017, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **MÉTODOS:** Estudo ecológico descritivo, exploratório, com dados secundários. Foram estimadas as prevalências dos TMRT segundo variáveis sociodemográficas e laboral. Para o cálculo, foi considerada como população exposta a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO). Também avaliou-se o perfil dos casos quanto ao vínculo de trabalho, unidade notificadora e encaminhamentos. **RESULTADOS:** Foram notificados 8.474 casos de TMRT. As maiores prevalências foram em mulheres, na raça/cor da pele amarela, na faixa etária entre 40 a 59 anos, com ensino superior, que trabalhavam no ramo de atividades da Administração Pública. As notificações predominaram no Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (74,3%), apresentando vínculo empregatício formal (69,4%), como conduta principal após o diagnóstico, o encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (60,5%). **CONCLUSÃO:** O estudo evidenciou os grupos mais vulneráveis (sexo feminino, raça/ cor amarela, com ensino superior e faixa etária de 40 a 59 anos) e o importante papel dos CEREST no registro dos casos. A análise realizada pode contribuir para o planejamento de ações para prevenção dos TMRT, e fortalece a necessidade de construção de diretrizes e protocolos nacionais para a sua identificação e manejo no país.

Palavras-chave:

Transtornos Mentais; Saúde do Trabalhador; SINAN.

MENTAL DESORDERS RELATED TO WORK: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF
CASES REPORTED IN BRAZIL, 2006-2017

ABSTRACT

PURPOSE: Analyzing the distribution of the occurrence of Mental Disorders Related to Work (TMRT) in Brazil, describing the characteristics of the cases reported over the period from 2006 to 2017, based on the Notification of Deterioration Information System (SINAN) data. **METHOD:** Explanatory and exploratory ecological studies with secondary data. This study has estimated the prevalence of the TMRT's according to sociodemographic and labor variables. For the analysis, the Economically Active Employed Population (PEAO) has been considered as the exposed population. The study has also assessed the profile of the cases in terms of diagnosis, case evolution, employment relations, and patient referrals. **RESULTS:** The study has found 8,474 TMRT reported cases. Most of the prevalences affected 40-to-59-year-old graduated women of yellow skin who have worked in public management services. The notifications have predominated in the Worker Health Reference Center (CEREST) with 74.3% of the cases, in which 69.4% had formal employment relations, 60.5% had Psychosocial Assistance Center (CAPS) referrals as normal conduct after diagnosis, and 76.2% temporarily disabled. **CONCLUSION:** The study has demonstrated the most vulnerable groups (female, yellow-skinned, graduated people, aging from 40 to 59 years old) and the importance of the CEREST's in reporting the cases. The analysis can contribute to the planning of the actions for preventing the TMRT's, and emphasizing the need for national policies to identify and manage this issue in the country.

Key words:

Mental Disorders; Worker Health; SINAN.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os transtornos mentais representam um dos principais agravos relacionados ao trabalho. Distintas situações de trabalho como: pressão, alta demanda, acidentes de trabalho, mudança de posição (ascensão ou queda), dentre outras, podem determinar quadros psicológicos diversos. A origem dos transtornos mentais está diretamente relacionada com as características do contexto ocupacional e a forma de enfrentamento (respostas individuais) das situações estressantes por esse trabalhador, podendo desencadear desde transtornos leves, até depressão grave e incapacitante (BAHIA, 2014).

No período de 2012 a 2016, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) ocuparam a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2017).

A relevância atual dos transtornos mentais pode ser atribuída às mudanças na economia, que repercutem nas relações, processos e organização do trabalho. Essas mudanças têm ocasionado ao trabalhador: aumento da produtividade, competitividade, intensificação do processo e o ritmo do trabalho, longas jornadas, falta de poder de decisão na realização das tarefas, repetitividade, monotonia e excesso de comprometimento como trabalho, o que demonstra a necessidade de maior efetividade das ações da vigilância (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Assim, dada a magnitude do adoecimento mental em trabalhadores, registram-se esforços para compreender as relações que se estabelecem entre o indivíduo, a coletividade, o trabalho e o adoecimento, com a finalidade de direcionar o planejamento no cuidado, tratamento, intervenções e elaboração de políticas que subsidiem ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) (JACQUES, 2003).

Como pontuado por Leão e Minayo-Gomez(2014), Conciani e Pignatti (2015) e Cordeiro e colaboradores (2016), a VISAT enfrenta muitas dificuldades: problemas que envolvem prevenção, diagnóstico da doença e reabilitação, bem como a concretização das ações necessárias à transformação do trabalho. Assim, dimensionar adequadamente um problema, descrever suas características, sua distribuição no espaço e os grupos mais vulneráveis, constitui um importante desafio para as ações da VISAT (ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017).

Várias estratégias podem ser estabelecidas para auxiliar na melhoria do sistema de vigilância em saúde. Uma delas refere-se ao registro e monitoramento dos casos ocorridos. O Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), regulamentado em

1998 (BRASIL, 2007), é uma das principais bases de dados que fornecem informações que alicerçam as ações da VISAT.

A inclusão dos agravos relacionados ao trabalho (ART) no SINAN ocorreu em 2004, com a portaria GM nº 777 (BRASIL, 2006). A lista incluiu 11 ART, dentre eles, os TMRT. Assim, todos os agravos constantes da lista passaram a ser de notificação compulsória, sendo obrigatório o seu registro pelo SINAN. A implementação da portaria ocorreu em 2006, com as primeiras notificações em âmbito nacional. Isto representou grande avanço para as ações da vigilância em saúde, principalmente pela abrangência de dados nacionais, incluindo, em um sistema nacional de dados, informação de trabalhadores formais e informais (BRASIL, 2006).

Este estudo, no intuito de contribuir com as ações da VISAT, objetivou analisar a distribuição da ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, descrevendo as características dos casos registrados no período de 2006 a 2017, com base em dados do SINAN.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico descritivo, exploratório, com base em dados secundários no Brasil, de 2006 a 2017. Foram estimadas as prevalências dos TMRT segundo variáveis sociodemográficas (sexo, raça/cor, escolaridade e faixa etária) e laboral (ramo da atividade econômica). O perfil dos casos com relação à notificação, evolução dos casos e vínculo de trabalho também foi analisado.

A base de dados utilizada para descrição dos casos de TMRT foi o SINAN. As informações foram extraídas do Centro Colaborador da Vigilância de Agravos à Saúde do Trabalhador (CCVISAT), por meio de sua página eletrônica (<https://ccvisat.wixsite.com/pisat/sobre-1>), que tem como finalidade disseminar os dados e a produção de informação em saúde do trabalhador, gerados pela ficha do SINAN.

A ficha de notificação dos TMRT está estruturada em seis blocos, que recolhem dados gerais da notificação, características sociodemográficas do caso, antecedentes epidemiológicos, dados referentes ao histórico de ocupação, unidade empregadora, exposição ao fator de risco, tratamento, diagnóstico e condutas.

Para este estudo, foram avaliadas as seguintes variáveis: (1) características sociodemográficas: sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor, estratificadas pelas categorias adotadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); (2) unidades de saúde notificadora: Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família – ESF e Unidades Básicas de Saúde – UBS), Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Secretarias de

Saúde dos Municípios, Serviços de Urgência e Emergência (Hospitais, Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro), Serviços de Vigilância em Saúde, Serviços Especializados em Saúde Mental (CAPS, Unidades de serviços especializados em Saúde Mental) e Sindicatos; (3) Condutas gerais adotadas após o diagnóstico (Referenciamento a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou a outro serviço especializado no Sistema Único de Saúde(SUS); Afastamento da situação de desgaste mental; Afastamento do local de trabalho; Mudanças na organização de trabalho; Adoção de proteção coletiva; Adoção de proteção individual; Emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho); (4) Ramo da atividade econômica, que foi analisado com base nos dados do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) dos locais de trabalho nos quais foram notificados casos de TMRT. A Receita Federal (http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp), por meio do CNPJ, disponibiliza a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) principal de cada empresa. Assim, foi realizada a busca ativa de cada notificação. Para as notificações que não possuíam o CNPJ da empresa, foi recuperada a informação por meio do seu endereço e razão social; (5) Vínculo empregatício (empregador, trabalhador avulso, aposentado, trabalho temporário, cooperativo, empregado não registrado, autônomo conta própria, servidor público celetista, desempregado, servidor público estatutário, empregado registrado com carteira assinadae outros).

Os dados das notificações dos TMRT foram tabulados por ano de registro. Posteriormente foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, assim como as prevalências de TMRT segundo as variáveis sociodemográficas e a laboral (ramo da atividade econômica), utilizando o programa Microsoft Excel 2019.

Para o cálculo das prevalênciasde TMRT, utilizou-se base populacional de 1.000.000 (um milhão de trabalhadores), no numerador com os casos de TMRT por ano no Brasil e, no denominador, a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) por ano, segundo as variáveis de interesse. Para o cálculo das prevalências de 2016 e 2017, foi considerado como denominador a PEAO do ano de 2015, devido à indisponibilidade dos dados na base do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), que realiza projeções populacionais para todo o país, incluindo estimativas da PEAO.

A PEAO corresponde ao potencial de mão-de-obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, pessoas aptas para o trabalho, com 15 anos ou mais de idade. Para ser considerada uma pessoa economicamente ativa e ocupada, é necessário que no período no qual o dado foi coletado, a mesma esteja trabalhando ou de férias do trabalho (IBGE, 2018).

Não houve a necessidade de submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que os dados utilizados são de domínio público (SINAN e IBGE), sem qualquer identificação que exponha a identidade do indivíduo, seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS

Durante os 12 anos de análise, foram notificados 8.474 casos de TMRT, no Brasil. A distribuição dos casos segundo características sociodemográficas predominou: sexo feminino (59,7%), raça/cor da pele branca (55,0%), com ensino médio (45,1%) (exceto em 2014, no qual se destacou o ensino superior) e faixa etária de 18 a 39 anos (52,1%) (exceto em 2014 e 2017, no qual predominou a faixa de 40-59 anos) (Tabela 1).

As maiores prevalências de TMRT foram observadas no sexo feminino durante o período analisado. A prevalência quanto a raça/cor da pele, mostrou oscilação ao longo do período, sem uma tendência mais claramente observada: foi mais elevada na raça branca em 2006, 2010, 2012 e 2013; na indígena em 2007 e 2008, e nos demais seis anos (2009, 2011, 2014, 2015, 2016, 2017) na amarela. Houve maior prevalência de casos em pessoas com nível superior em todo o período. Observou-se, ainda, que a faixa etária de 40 a 59 anos foi a mais atingida no período de análise, exceto para o ano de 2006 (Tabela 2).

A maior prevalência dos casos ocorreu no ramo da Administração Pública, Defesa e Seguridade Social, seguidos do ramo de Transporte Armazenagem e Correios (Tabela 3).

No ramo da Administração Pública, as principais ocupações registradas foram de profissionais das ciências das artes (educadores, profissionais de saúde, dentre outros) e vendedores do comércio, em lojas e mercados. No ramo de Transporte, Armazenagem e Correios, predominaram os trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (dados não mostrados em tabelas).

De acordo com os vínculos empregatícios, destacou-se o empregado registrado com carteira de trabalho assinada (69,9%), seguido de servidor público estatutário (16%). As condutas gerais mais frequentemente adotadas, após o diagnóstico da doença, foram: encaminhamentos para o CAPS (60,5%), afastamento do local de trabalho (59,1%) e afastamento da situação de desgaste mental (53,5%). Chama atenção o fato de que, nenhuma conduta foi realizada para 460 casos de TMRT (5,4%) (Tabela 4).

Dentre as unidades que mais realizaram as notificações dos TMRT, destacaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), responsáveis por 74,3% das notificações do período. Na segunda posição, as Unidades Básicas de Saúde (8,5%), exceto

para o ano de 2008, quando se destacou a participação dos serviços de Urgência e Emergência e, em 2010 e 2016, os Serviços Especializados em Saúde Mental (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Na análise da distribuição percentual dos casos notificados observou-se crescimento no período (2006 a 2017) com destaque para a frequência de TMRT em mulheres, indivíduos de raça/cor branca, com ensino médio, na faixa etária de 18 a 39 anos, que trabalhavam no ramo de atividade econômica Administração Pública, Defesa e Seguridade Social.

De acordo com a prevalência de TMRT, destacou-se o sexo feminino, raça/cor amarela, com ensino superior, faixa etária de 40 a 59 anos, que trabalhavam no ramo da atividade econômica da Administração Pública, Defesa e Seguridade Social.

As frequências relativas representadas pela distribuição percentual, indicam a razão entre a frequência absoluta e o número total de casos notificados. Já os cálculos da prevalência indicam a razão entre a frequência absoluta dos casos e a população exposta a esse evento.

As mulheres têm sido apontadas em diversos estudos como mais vulneráveis aos transtornos mentais. Como demonstrou uma metanálise realizada em 59 países por Stell e colaboradores (2014), no qual apresentou mulheres com taxas mais altas de transtornos de humor e ansiedade (7,3%; 8,7%) quando comparado aos homens (4,0%; 4,3%). Silva e colaboradores (2012), Carlotto e colaboradores (2018) e Baasch, Trevisan e Cruz (2017), também apresentam resultados condizentes com os achados deste estudo, no qual o número de afastamentos do trabalho por transtornos mentais em mulheres são de: 82%, 94,4% e 79,93%, respectivamente.

De acordo com Krieger (2003) existem dois possíveis mecanismos que podem causar efeitos diferenciados na saúde entre homens e mulheres, o biológico (sexo) e o social (gênero). No campo da saúde mental, em mulheres, a esfera biológica refere-se a características relacionadas às alterações no sistema endócrino em períodos reprodutivos, como o pré-menstrual, pós-parto e menopausa, que aumentam sua vulnerabilidade aos transtornos mentais (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

No âmbito social, as responsabilidades domésticas, para as mulheres, incidem na continuidade da jornada laboral e sua consequente sobrecarga, caracterizando jornadas duplas ou triplas, e ininterruptas de trabalho. Além das atividades domésticas, existem desigualdades de gênero decorrentes da divisão sexual do trabalho, que distingue o mundo do trabalho

entrehomens e mulheres, reservando às elas as condições mais precárias, os salários mais baixos e as funções de menor valorização social (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Pesquisas sobre as diferenças de gênero na saúde mostram que as mulheres tendem a utilizar mais os serviços de saúde do que os homens (PINHEIRO et al., 2002), o que contribui para maior notificação de casos em mulheres. Segundo Gonçalves e Faria (2016), os principais motivos para a menor procura dos homens de unidades de saúde, foram: o paradigma cultural de masculinidade vigente, que reforça a invulnerabilidade masculina, jornadas de trabalho, falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades laborativas, horários para atendimento alongas filas, dentre outros. Sendo esta nuance, um possível fator de confundimento quanto ao perfil dos TMRT.

Neste estudo, chama atenção as maiores prevalências na raça/cor amarela, nos anos de 2009, 2011 e 2014 a 2017, pois ao analisar as notificações, o número de casos nesse grupo representou apenas 1,1% dos casos, além disso, essa informação diverge com a literatura nacional, que relatam maiores frequências de transtornos mentais entre indivíduos pardos e pretos (ANSEMI et al., 2008; ARAÚJO; FARIAS, 2011; SMOLEN; ARAÚJO, 2017; LIMA; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2017), portanto é necessária uma análise aprofundada sobre tal achado.

Segundo o IBGE (2018), a investigação da raça/cor presente nas pesquisas domiciliares (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Pesquisa Mensal de Emprego) utiliza o critério da autodeclaração. A categoria amarela foi incluída para abarcar, nas classificações de raça/cor da pele, a imigração japonesa. Na realização da entrevista a orientação que pode ser dada pelo pesquisador em relação a cor amarela, é que se refere a pessoas de origem asiática (japonesa, chinesa, coreana, dentre outras). Esse contingente populacional, comparativamente às demais categorias, representam percentual pequeno na composição de raça/cor da pele no Brasil (IBGE, 2018). Portanto, uma potencial explicação para o resultado de maiores prevalências nesse grupo (da população amarela) pode estar relacionada ao fato de representarem uma pequena parcela da PEA; assim, a relevância de um número pequeno de casos pode ter impacto grande (a relação de numerador e denominador fica menor, elevando o coeficiente). De qualquer forma, esta é uma questão que merece atenção futura. Um aspecto importante para ajudar na compreensão desse dado pode ser a alocação de trabalhadores deste grupo em atividades cujas características elevam a exposição para este tipo de agravo/adoecimento, ou ainda aspectos culturais específicos que também determinem maior vulnerabilidade.

Outra informação, que requer estudos mais profundos, são as maiores prevalências, durante o período de 2007 e 2008, da raça/cor indígena. Segundo Smolen e Araújo (2016), não há normatização quanto a categorização da raça/cor da pele nos estudos brasileiros, o que dificulta compará-los e compreender seus resultados.

O aspecto relacionado ao nível de acesso à informação e escolaridade também ganha relevo. Pesquisas indicam que quanto menor a escolaridade mais prevalente é o adoecimento mental (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; ROCHA et al. 2010; WIEMANN; MUNHOZ, 2015). No entanto, os resultados obtidos neste estudo divergem da literatura no quesito, uma vez que há maior prevalência de indivíduos doentes com formação no ensino médio ou superior. Quanto ao vínculo, também se repete o predomínio dos que têm vínculo formal de trabalho, mesmo o SINAN sendo um sistema universal (de trabalho formal e informal).

Tal perfil cristaliza, ainda mais, as desigualdades existentes no acesso aos serviços de saúde, que pode ser explicada pelo nível de conhecimento do trabalhador a respeito das redes de atenção à saúde, dos seus mecanismos institucionais e legais que lhe proporcionam seguridade. Como exemplo, o CEREST, que é um centro especializado, responsável por subsidiar o SUS nas ações no campo da saúde do trabalhador e que contribui, dentre suas inúmeras funções, com o estabelecimento do nexo causal entre o trabalho e o adoecimento, muitas vezes desconhecido pelos profissionais e, principalmente, pela população em geral. Uma outra função incorporada à esses centros é o de notificar os casos de TMRT, justificando a alta prevalência em trabalhadores com o perfil descrito (normalmente de nível intelectual mais elevado).

Ganha destaque, então, um ator muito importante para o entendimento do perfil dos TMRT no Brasil, o CEREST, que emerge como pólo aglutinador dessas notificações. Percebe-se uma centralização das notificações realizadas por esses centros em todo o período analisado. Em contrapartida, há uma baixa notificação na rede da Atenção Básica de Saúde, que, logicamente, deveria ter papel de maior destaque no reconhecimento dos casos, por ser a principal porta de entrada às redes de atenção do SUS. Eclode daí a reflexão dialética desse protagonismo existente nos CEREST: eles assumem a responsabilidade da notificação porque são centralizadores, ou têm evidência nesse quesito porque os demais serviços não conseguem identificar o problema?

De certo, por um lado, tal concentração das notificações nos CEREST pode estar vinculada a especialização e o olhar aguçado de seus profissionais, evidentemente mais sensíveis à integralidade necessária na atenção à saúde do trabalhador. Entretanto, do outro, ainda prevalece o caráter crônico de invisibilidade dos TMRT, refletido pela insuficiência dos

demais serviços de saúde (SATO, 2005; SOUZA,2011; LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014; SOUZA, 2017).

O estudo encontrou a faixa etária mais prevalente de 49 a 59 anos, conforme os achados de Silva e colaboradores (2012). Esse fato pode está relacionado pelas mulheres representarem os principais casos notificados e passarem por alterações hormonais durante essa faixa etária, porém, outros fatores podem estar associados, como características sociais, econômicas e políticas existentes em cada contexto da amostra do estudo (CORDEIRO et al, 2016).

O setor da economia mais atingido foi o da Administração Pública, Defesa e Seguridade Social. Neste setor, predominam as atividades normalmente realizadas pela Administração Pública (IBGE, 2019). A elevada prevalência de TMRT pode ser justificada pelo amplo espectro de sua classificação que abrange a saúde e educação, envolvendo como principal ocupação: profissionais das ciências das artes (educadores, profissionais de saúde, dentre outros), sendo estas categorias de profissionais aquelas em que a literatura aponta com maior consistência a associação com TMRT (LYRA et al., 2009; MAGNAGO et al., 2015).

Os estudos demonstram elevados números de afastamento do trabalho de professores e profissionais de saúde, por transtornos mentais. Segundo Silva e colaboradores (2012), dentre os servidores públicos de Alagoas, sobressairam, com os maiores afastamentos de trabalho por transtornos mentais e comportamentais os professores (45%) e auxiliares de enfermagem (6,1%). Carlotto e colaboradores (2019), identificaram, em Porto Alegre, a prevalência de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho, em professores afastados, de 11%, enquanto que Santana e colaboradores (2016) encontrou 18% em profissionais de enfermagem.

Esses dados podem estar relacionados com as transformações econômicas que repercutiram em mudanças na organização do trabalho docente, exigindo do profissional níveis de escolarização cada vez mais elevados, flexibilidade, polivalência e maior volume de trabalho, em um ambiente marcado muitas vezes por insegurança e violência (OLIVEIRA, 2003). Já as altas prevalências nos profissionais de saúde podem ser justificadas por sobrecarga e jornadas excessivas de trabalho, padrão de sono e vigília comprometidos, baixa remuneração, mais de um vínculo empregatício e processos de trabalho (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018).

Esses dados evidenciam em quais ocupações os trabalhadores brasileiros mais estão adoecendo mentalmente e a necessidade de planejamentos específicos para esses grupos, com

ações de promoção em saúde e intervenções efetivas que busquem a redução desse sofrimento.

Conduas realizadas após diagnósticos de TMRT, em sua maioria, resultaram em afastamento do local de trabalho e encaminhamentos para os centros de atenção psicossociais no presente estudo. Segundo Hadler (2004), ao se afastar, o trabalhador perde papel de sujeito ativo e é transformado em indivíduo doente, passivo de uma rotina configurada por terapeutas, diagnósticos e tratamentos. Quanto mais tempo esse trabalhador permanecer ausente do trabalho, mais difícil se torna seu retorno, o que pode determinar o agravamento de seu estado de saúde.

Um entrave importante refere-se à manutenção dos contextos de produção da doença, posto que um pequeno percentual referiu ter ocorrido mudanças na organização de trabalho, assim como medidas de proteção coletiva, e o mais preocupante, casos em que nenhuma conduta foi adotada. Essas fragilidades nas condutas realizadas podem ser decorrentes da ausência de um protocolo único que norteie o profissional a realizar identificação, acolhimento e acompanhamento dos casos (ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017).

Apesar dos avanços no campo da saúde do trabalhador no Brasil, observa-se uma tendência crescente dos números de casos dos TMRT. Medidas internacionais com abordagens inovadoras de promoção à saúde mental no trabalho ganham destaque no cenário europeu e merecem ser discutidas para subsidiar possíveis intervenções no Brasil, não excluindo o contrafluxo neste processo.

As ações da Creativ Company, na Dinamarca, objetiva ajustar as funções à pessoa, criando um local de trabalho no qual a função do trabalhador era definida por suas competências. A Mars, na Polónia, proporciona aos trabalhadores uma avaliação exaustiva do seu estado de saúde, propondo várias estratégias para aprender a viver de forma mais saudável de acordo com seu estilo de vida. A Unidade Especial (DRU-S) da ATM, na Itália, oferece uma rede destinada às famílias, que concede aconselhamento, sugestões e serviços relacionados com as necessidades parentais e familiares aos trabalhadores. A Magyar Telecom, na Hungria, oferece sessões com documentários sobre diversas temáticas na área da saúde, abrindo espaço para o diálogo de acordo com as temáticas do filme. A IFA, na Suíça, criou uma conta social, como apoio financeiro aos trabalhadores que enfrentam dificuldades (AGENCIA, 2012).

O estudo apresentou limitações naturais relacionadas à pesquisas com dados secundários, onde se utilizou sistemas de informação em saúde, tendo a subnotificação com um de seus principais entraves. Outras dificuldades que repercutem na qualidade da

informação estão relacionadas à natureza deste trabalho, como a notificação das doenças/acometimentos à saúde: cólera, ferimento na cabeça, insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão, dentre outras comorbidades, que foram notificadas como TMRT, evidenciando a fragilidade existente nas notificações dos casos.

Outro ponto de vulnerabilidade, referente à cobertura dos dados, também foi encontrada na plataforma do SIDRA-IBGE, que possui dados da PEAO apenas até o ano de 2015, além de não haver dados de PEAO segundo o ramo da atividade econômica (através das CNAE).

Mais um importante obstáculo encontrado foi a categorização do setor econômico. A razão social (nome) da empresa contratante, o ramo de atividade econômica conforme CNAE, assim como CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) da empresa, apesar de serem campos de preenchimento obrigatórios, apresentam inúmeras inconsistências: empresas sem CNPJ; Razões Sociais cadastradas sem o devido emprego ortográfico ou empresas denominadas com siglas (o que dificulta sua busca quando há ausência do CNPJ); CNPJ não condizentes com os nomes das empresas; trabalhadores autônomos sem atividade identificada, sem CNPJ, nem Razão Social; ausência do endereço das empresas; empresas com filias fechadas e sem classificação; empresas apenas com o nome fantasia, dentre outros problemas que interferem muito na qualidade da informação. Ofato da CNAE apresentar atualizações e versões distintas é outra fonte de dificuldade no registro, pois como não há normatização de qual versão seguir para o preenchimento da ficha. Na prática, os profissionais, ao notificarem, utilizam diferentes versões, o que pode comprometer a comparabilidade dos dados.

CONCLUSÃO

Ao analisar o perfil epidemiológico dos TMRT no Brasil, as maiores prevalências dos casos foram identificadas em mulheres de raça/cor amarela, com faixa etária 40 a 59 anos, com ensino superior e no ramo econômico da administração pública. Vale ressaltar que a elevada prevalência da raça/cor amarela pode ser justificada pela baixa PEAO nesse estrato.

As notificações ficaram concentradas nos CEREST e o número de incapacidade temporária e afastamentos do trabalho decorrentes dos TMRT apresentam tendência crescente.

O estudo demonstrou as características dos trabalhadores brasileiros que estão adoecendo por TMRT, unidades notificadoras dos transtornos, evolução do caso e locais de encaminhamentos, além de fragilidades existentes nas notificações dos casos no SINAN.

Essas informações são relevantes para traçar planejamentos específicos em grupos mais vulneráveis ao TMRT, promover mudanças e transformações na organização dos trabalhos que minimizem ou, evitem o adoecimento do trabalhador, e fortalece a necessidade de construção de diretrizes e protocolo único, que norteie as ações dos profissionais, quanto ao preenchimento adequado da ficha de notificação, estabelecimento donexo causal e condutas a serem realizadas.

REFERÊNCIAS

AGENCIA. Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. **Promoção da saúde mental no local de trabalho Resumo de um relatório de boas práticas**. 2012. Disponível em:<<https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/102>>. Acesso em maio de 2019.

ALVES, A.P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Riode Janeiro, v.23, n.1, p. 64-69, 2015.

ANSEMI, L et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.2, p.25-32, 2008.

ARAÚJO, T.A; PINHO, P.S. ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.3, p.337-348, 2005.

ARAUJO, T.M. A; PALMA, F.P; ARAÚJO, N.C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p. 3235-3246, 2017.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. DE SOUZA, Suerda Fortaleza (org.). Salvador: DIVAST, 2014.

BAASCH, D; TREVISAN, R.L; CRUZ, R.M. Perfil epidemiológico dos servidores públicos catarinenses afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013. **Ciênc. saúde colet**, v.22, n.5, p. 1641-1660.

BENACH, J; MUNTANER, C; SANTANA, V. **Employment conditions and health inequalities**: Final Report to the World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Geneva: WHO; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Adoecimento Mental e Trabalho. A concessão de benefícios por incapacidade relacionados aos transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016.1 boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade 2017. Brasília: Secretaria de Previdência; 2017.

- CARLOTTO, M.S et al. Prevalência de Afastamento por Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Trabalho. *PSI UNISC*, v. 3, n.1, p.19-32, 2018.
- CARVALHO, D. B; ARAUJO, T. M; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 41, n.17, 2016.
- CONCIANI, M.E; PIGNATTI, M.G. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. **Rev.Esp. para Saude**, v.16, n.2, p. 45-55, 2015.
- CORDEIRO, T.M.S. et al. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epi. Serv.Saude**, v.2, n.25, v.2, p.363-372, 2016.
- FARIAS, M.D; ARAUJO, T.M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.
- FEIJÓ, D; VOLNEY, V.M; LUIZ, R.R. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em pilotos civis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.11, p. 2433-2433-2442,2014.
- FERNANDES, M.A; SOARES, L.M.D; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v.16, n.2, p. 218-224.
- GONÇALVES,F.C; FARIA, C. C. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero **Revista Perquirere**, v.13, n. 1, p.135-147, 2016.
- HADLER. N. M. **Distúrbios músculo-esqueléticos ocupacionais**. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkings; 2004.
- HENRIQUES, Ricardo. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 807, 49 p., 2001.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01/05/2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01/01/2019
- JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 15, p. 97-116, 2003.
- KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? **Intl. J.Epidemiol.**, v. 32, p. 652-657, 2003.
- KIRCHHOF, A. L. C et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

- LEÃO, L.H.C; MINAYO-GOMEZ, C.M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Cien.Saude. Colet.**, v.19,n.12, p. 4649-4658, 2014.
- LIMA, E;ASSUNÇÃO, A;BARRETO, S. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil.**Psicologia: Teoria E Pesquisa**, v.31.n.2, 279-288, 2015.
- LIMA, A. F. T; COELHO, V. M. S; CEBALLOS, A. G. C. VIOLÊNCIA NA ESCOLA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PROFESSORES. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. N.18 p. 31-36, 2017.
- LYRA, G.F.D, et al. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças com problemas de comportamento. **Ciênc. Saúde Colet**, v.14, n.2,p.435-444, 2009.
- LUDERMIR, A.B, MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**. v.36, n.2, p.213-221,2002.
- MARCATO, A. R et al. Raça cor e escolaridade: relações e desafios. **EDUCERE - Revista da Educação**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 127-138, 2015.
- MARÍN-LEÓN,Let al. Social inequality and common mental disorders. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.26, n.3, p. 250-253, 2007.
- MAGNAGO, T.S.B.S et al. RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO NA ENFERMAGEM E DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES.**Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p.362-371, 2015.
- MÁXIMO, T. A. C. O; LIMA, J. A; ARAÚJO, A. J. S. A Invisibilidade da relação suicídio e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.3, p. 739-740, 2012.
- MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625, 2009.
- METTS, R.L. Disability issues, trends and recommendations for the World Bank. Washington: World Bank; 2000.
- MINAYO-GOMEZ, C; VASCONCELLOS, L. C. F; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro,v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018
- MONTEIRO, J.K; CARLOTO, M.S. Preditores da Síndrome deBurnout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. **Rev.interação Psicol.**,v. 18, n.3, p.122-133, 2015.
- MURAD,I. O MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO: analisando a formação profissional e as demandas das organizações.**Revista FOCO**, v.10, n.2, 2017.
- OLIVEIRA, D.A **organizadora. Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2003.

PINHEIRO, R.S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

ROCHA, S. V et al . Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

ROMITA, A. S. “O princípio da não-discriminação da mulher no direito do trabalho brasileiro”. In: PENIDO, Laís de Oliveira (Coord.). **A igualdade dos gêneros nas relações de trabalho**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, p. 83-90, 2006.

SATO, L; BERNARDO, M.H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Cien.Saude. Colet.**,v.10, n.4, p.869-878, 2005.

SANTANA, L.L et al,. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil, **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 1, p.1-8, 2016.

SANTOS,D.A.S; ARAÚJO, T. M. ESTRESSE OCUPACIONAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIO[Dissertação]. Feira de Santana -BA; 2016.

SENICATO, C;AZEVEDO. R. C. S. BARROS, M. B. A Transtorno mental comum em mulheres adultas: Identificando os segmentos mais vulneráveis. **Cien.Saude Colet.**, v.29, n.8, 2018.

SILVA, M. P; BERNARDO, M. H; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev. bras. saúde ocup.**,v.141, p.1-12, 2016.

SILVA et al. Transtornos mentais e comportamentais: perfil de afastamentos de servidores públicos estaduais em alagoas. **Epidemiol.Serv.Saúde**, v.21, n.3, p.504-514, 2012.

SCHMIDT, M.H.F.M. Trabalho e saúde mental na visão da OIT. **Rev. Trib. Reg. Trab.** 3ª Reg., v. 51, n. 81, p. 489-526, 2010.

SOUZA,H.A. Saúde Mental Relacionada ao Trabalho na rede pública de saúde brasileira: concepções e atuações transformadoras [tese]. Campinas: PUC-Campinas; 2017.

SOUZA,F. S et al. DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ELETRICISTAS DE ALTA TENSÃO.**Rev. baiana saúde pública**,v.35, n.1, p.83-95, 2011.

STEEL, Z., et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **Inter.J.Epidemiol.**,v.43, n.2, p.476-93, 2014.

ULHOA. M. A. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão.**Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, p, 1130-1136, 2010.

VALENTE, M.S.S. Depressão e esgotamento profissional em bancário (tese de doutorado). Universidade de São Paulo, título para doutor em ciências. 2015.

WIEMANN, I; MUNHOZ, N. T. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.19, n.2, p. 89-94, 2015.

Tabela 1: Distribuição dos casos de TMRT segundo características sociodemográficas e ano de registro, Brasil, 2006-2017.

Características sociodemográficas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Total (%)
Total	21	122	189	359	407	713	674	723	889	1.186	1.452	1.739	8.474	100,0
Sexo														
Feminino	15	57	96	229	228	407	393	443	515	703	900	1.077	5.063	59,7
Masculino	6	65	93	130	179	306	281	280	374	483	552	662	3.411	40,3
Raça cor^A														
Branca	13	61	69	160	209	300	355	318	346	439	589	689	3.548	55,0
Preta	1	7	10	24	26	48	41	37	44	57	96	77	468	7,3
Amarela	-	1	-	3	1	5	4	2	14	12	23	9	74	1,2
Parda	4	30	48	97	104	195	173	210	294	377	359	444	2.335	36,2
Indígena	-	1	1	1	1	1	-	2	2	1	5	6	21	0,3
Escolaridade^B														
Analfabeto	-	2	-	-	4	2	1	2	3	1	6	14	35	0,5
Ensino Fundamental	4	22	28	59	92	123	93	102	117	143	149	150	1.082	16,0
Ensino Médio	8	46	63	136	158	265	286	253	304	425	505	606	3.055	45,1
Ensino Superior	5	17	33	85	77	201	171	209	342	376	493	587	2.596	38,4
Faixa Etária (anos)^C														
10 a 17	0	1	1	1	3	2	1	1	3	-	4	-	17	0,2
18 a 39	14	61	112	195	229	363	353	410	422	638	799	792	4.388	52,1
40 a 59	7	59	73	158	173	334	307	299	456	521	621	893	3.901	46,3
60 ou mais	0	0	0	2	1	13	8	8	6	19	19	46	122	1,4

Dados perdidos por ano, respectivamente.

^{A)} 3; 14; 59; 60; 53;143;88; 131; 163; 206; 353; 422.

^{B)} 4; 35; 65; 79; 76; 122, 123; 157; 123; 241; 299; 382

^{c)} 0;1; 3; 3; 1; 1; 5; 5; 2; 8; 9; 8

Fonte: Ministério da Saúde, SINAN.

Tabela 2- Prevalência de TMRT (x1.000.000 trabalhadores), segundo características sociodemográficas e ano de registro. Brasil, 2006-2017.

Características sociodemográficas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sexo												
Feminino	0,4	1,5	2,4	5,7	6,2	10,2	9,7	10,8	12,0	17,3	22,1	26,5
Masculino	0,1	1,2	1,7	2,4	3,6	5,6	5,1	5,0	6,6	8,8	10,1	12,1
Raça/cor												
Branca	0,3	1,3	1,5	3,5	4,8	6,5	7,8	7,0	7,6	10,0	13,5	15,8
Preta	0,2	1,0	1,4	3,5	3,7	5,6	5,0	4,4	4,7	6,2	10,4	8,3
Amarela	-	2,0	-	7,0	1,0	9,5	7,49	4,0	26,5	24,1	46,1	18,0
Parda	0,1	0,8	1,2	2,5	3,0	5,0	4,17	5,0	6,8	9,1	8,7	10,7
Indígena	-	3,5	3,4	4,3	3,4	2,6	-	6,5	5,0	2,7	13,6	16,3
Escolaridade												
Analfabeto	0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,2	1,1	2,5
Fundamental	0,1	0,5	0,6	1,3	1,9	6,5	2,1	2,4	2,7	2,1	2,1	2,2
Médio	0,3	1,7	2,2	4,5	6,0	8,1	8,4	7,3	8,5	12,0	14,3	17,2
Superior	0,6	2,0	3,6	8,8	7,0	18,2	14,6	16,6	25,7	27,3	35,7	42,5
Faixa Etária (anos)												
10 a 17	-	0,2	0,2	0,2	0,9	0,6	0,3	0,3	0,9	-	1,5	-
18 a 39	0,3	1,2	2,2	3,9	4,8	7,2	6,9	8,1	8,3	13,3	16,6	16,5
40 a 59	0,2	1,9	2,3	4,8	5,9	9,8	8,8	8,4	12,3	14,1	16,8	24,1
60 ou mais	-	-	-	0,3	0,2	2,0	1,2	1,1	0,7	2,5	2,5	6,0

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

Tabela 3- Coeficiente de prevalência de TMRT (x1.000.000 trabalhadores) segundo ano ramo da atividade econômica (CNAE), 2006 -2017.

Ramos da atividade econômica	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Administração pública	0,4	2,4	5,9	11,1	12,0	29,5	23,6	28,4	27,2	42,9	38,7	86,4
Agrícola e pecuária produção florestal, pesca, e aquicultura	0	0	0	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	0	0	0	0,5	1,7	0	0,5	0,5	0,5	2,5	0,7	1,2
Alojamento e alimentação	0	0,6	0,6	2,2	1,7	1,5	1,7	2,9	3,0	3,2	3,4	4,9
Comércio e reparação	0	0,3	0,7	1,3	2,4	3,4	3,6	4,0	3,6	3,7	5,7	5,2
Construção	0,2	0,2	0,0	0,7	0,6	0,6	1,2	1,0	0,7	1,4	1,6	1,4
Educação, saúde e serviços sociais	0	1,0	1,2	3,4	4,4	0,0	6,6	6,3	6,2	5,0	13,4	16,0
Indústria de transformação	0,2	1,0	1,0	3,0	4,2	6,9	7,3	5,3	4,9	6,8	10,4	6,1
Indústria extrativa	0	0	0	0	2,5	0,1	0	0,2	0	0,2	0	0
Transporte, armazenagem e correio	0	4,1	6,2	10,0	11,7	11,0	9,2	11,5	18,7	35,5	35,7	47,9

Fonte: Ministério da Saúde, SINAN.

*Foram calculadas as prevalências de acordo a disponibilidade dos dados da PEAO disponibilizados pelo IBGE-SIDRA.

Tabela 4- Distribuição dos casos de TMRT, no Brasil, por vínculo empregatício e condutas realizadas após o diagnóstico, 2006 a 2017.

	N	%
Vínculo empregatício^A		
Empregador	3	0,0
Trabalhador avulso	14	0,2
Aposentado	51	0,6
Trabalho Temporário	53	0,6
Cooperativo	54	0,7
Empregado não registrado	65	0,8
Autônomo/ conta própria	86	1,0
Outros	95	1,2
Servidor público celetista	343	4,2
Desempregado	415	5,0
Servidor público estatutário	1347	16,3
Empregado registrado com carteira assinada	5724	69,4
Condutas adotadas após o diagnóstico^B		
Adoção de medidas coletivas	169	0,8
Nenhuma conduta adotada	460	2,2
Adoção de mudanças na organização do trabalho	677	3,3
Adoção de proteção individual	963	4,7
Emissão da CAT	3.583	17,5
Afastamento da situação de desgaste mental	4.535	22,1
Afastamento do local de trabalho	5.010	24,4
Encaminhamento para o CAPS	5.128	25,0

Fonte : SINAN

Dados perdidos: A) 224, B) *É possível adoção de mais de uma conduta por profissional.

Tabela 5- Distribuição dos casos de TMRT por unidades de notificação e ano de registro. Brasil, 2006-2017.

Unidades Notificadoras	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
	%												
CEREST	95,2	73,8	92,1	79,9	81,3	68,0	76,0	75,7	74,3	76,2	73,0	70,0	74,3
Unidades Básicas de Saúde	4,8	12,3	-	7,2	6,9	14,4	8,3	7,2	8,7	7,0	7,0	10,2	8,5
Serviços Especializados em Saúde mental	-	8,2	1,6	6,4	7,6	10,0	6,3	6,8	3,7	5,2	9,0	4,0	6,2
Urgência e emergência	-	4,9	4,8	5,3	2,2	4,8	6,3	4,5	8,6	2,8	4,1	4,0	4,6
Secretarias de Saúde	-	-	-	-	0,7	0	1,2	1,3	2,4	6,1	0,8	6,2	2,8
Estratégia Saúde da Família	-	0,8	1,1	0,8	1,2	2,4	1,3	3,1	0,6	1,4	2	3,2	1,9
Vigilância em Saúde	-	-	0,5	0,3	0	0,4	0,6	1,5	1,8	1,3	3,8	1,7	1,6
Sindicato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1

Fonte: Ministério da Saúde, SINAN.

Dados perdidos: 2011- 3 (0,4%); 2012- 3 (0,4%); 2013- 4(0,6%);2014- 3 (0,3%); 2015- 16(1,3%); 2016- 2 (0,1%); 2017- 8 (0,5%).

PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) registrados no Brasil, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Previdência Social, no período de 2006-2017, considerando tendência temporal e variáveis espaciais (regiões e estados brasileiros). **MÉTODOS:** Trata-se de estudo ecológico exploratório, de desenho misto (série temporal e espacial). Os casos de TMRT foram obtidos por meio do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT) e do Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho. Para estimativas de prevalências foi considerado como denominador a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO). **RESULTADOS:** De acordo com os dados do SINAN foram notificados 8.474 casos de TMRT. A região Sudeste apresentou maiores notificações, e maiores prevalências no período analisado, exceto ano de 2014. Já a região Norte demonstrou menores notificações, e menores prevalências. Segundo a Previdência Social, foram notificados 182.596 casos de TMRT, sendo concentrados na região Sudeste. A região Sudeste apresentou maiores prevalências em todo período exceto o ano de 2008 e 2009, e a região Norte com menores prevalências em 7 anos de análise. **CONCLUSÃO:** O estudo evidenciou diferenças regionais existentes quanto as notificações dos TMRT. A região Sudeste apresenta maiores casos notificados, enquanto a região Norte menores. As diferenças regionais existentes quanto a acessibilidade à saúde e números de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, são fatores que podem diretamente influenciar na visibilidade dos TMRT.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Transtornos Mentais.

PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS RELATED TO WORK IN BRAZIL: AN ECOLOGICAL STUDY

ABSTRACT

PURPOSE: Estimating the prevalence of Mental Disorders Related to Work (TMRT) reported in Brazil, based on the Notification of Deterioration Information System (SINAN) data and Social Welfare, over the period 2006-2017, considering the time trend and spatial variables (Brazilian regions and states). **METHODS:** This is an ecological and exploratory study of mixed design (time and spatial series). The study has obtained the TMRT cases through the Surveillance Collaborator Center for Worker Health Deterioration (CCVISAT) and the Work Accident Statistical Yearbook. For the estimation of prevalences, it has considered the Economically Active Employed Population (PEAO) as the denominator. **RESULTS:** According to the SINAN data, there are 8,474 TMRT reported cases. The southeastern region of Brazil reported a higher number of notifications and prevalences over the analyzed period, except for 2014, whereas the north of Brazil reported a lower number. According to Social Welfare, there are 182,596 TMRT reported cases, mostly found in the southeast of Brazil. The southeastern region of Brazil reported a higher number of prevalences over the entire period, except for 2008 and 2009, and the north of Brazil reported a lower over the 7-year analysis. **CONCLUSION:** The study has demonstrated regional differences regarding the notifications of TMRT's. The southeastern region of Brazil has a higher number of reported cases, whereas the north of Brazil has a lower number. The regional differences regarding accessibility to healthcare and the numbers of Worker Health Reference Center (CEREST) are factors that can directly influence on the identification of TMRT's.

Key words:

Worker Health; Mental Health; Mental Disorders.

INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser fonte de satisfação e desenvolvimento humano, como também, a depender das condições nas quais é realizado, pode produzir acidentes e adoecimento. As condições de trabalho configuram importante determinante do processo de saúde e doença. Portanto, analisar fatores que, no mundo do trabalho, produzem agravos e doenças, é relevante para a estruturação de medidas que possam reduzir ou prevenir os mais diversos processos de adoecimento (BAHIA, 2014). No Brasil, há um conjunto de problemas de saúde cuja ocorrência é reconhecida como decorrente de situações laborais: são os chamados Agravos Relacionados ao Trabalho (ART) (BRASIL, 2012).

Os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) estão entre os ART. Correspondem a agravos à saúde mental resultantes de situações vivenciadas no trabalho que podem ser provenientes de fatores pontuais, como exposição a determinados agentes tóxicos, situação de violência, ou decorrer de fatores ocupacionais como organização do trabalho, estrutura hierárquica organizacional, políticas de gerenciamento das pessoas (MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

Os TMRT foram reconhecidos legalmente, no Brasil, com a publicação da Portaria/MS nº 1.339/1999, a qual apresenta uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, entre elas, os transtornos mentais (BRASIL, 1999). Em 2004, a Portaria nº 777 (BRASIL, 2004) incluiu a notificação obrigatória dos TMRT no SINAN, sendo um marco regulatório importante para as políticas públicas da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Destaca-se que os registros desses casos tiveram início apenas a partir do ano de 2006.

A associação do trabalho com adoecimento mental tem ganhado relevância em função do aumento da ocorrência de transtornos mentais relacionados à vivência de situações estressoras nos ambientes de trabalho. Na Europa, o estresse está na segunda posição entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho, afetando cerca de 40 milhões de pessoas, provocando entre 50 e 60% de todos os dias de trabalho perdidos, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2018). Os TMRT também são responsáveis por parcela significativa de absenteísmo no trabalho (SANTANA et al., 2016). Ocupam a terceira posição entre as doenças responsáveis por longos períodos de afastamento em trabalhadores brasileiros, sendo a terceira causa de incapacidade para o trabalho. No período de 2008 a 2011, observou-se uma média de 375 benefícios de auxílio-doença por incapacidade para cada 10.000 segurados do Instituto Nacional de Previdência Social- INSS (SILVA-JUNIOR; & FISCHER, 2014). Dados da Previdência Social mostram ainda que, em 2012, foram

notificados e afastados do trabalho, aproximadamente, 17 mil trabalhadores com algum transtorno mental e comportamental (BRASIL, 2013).

Os TMRT, apesar de terem sido reconhecidos legalmente no país há quase 20 anos, somente passaram a ser registrados na base no SINAN a aproximadamente 10 anos. Ainda assim, há poucos estudos que objetivam conhecer a dimensão do problema, principalmente quando se busca tais informações segundo as regiões brasileiras. Conhecer a realidade e o contexto do adoecimento ocupacional é de extrema importância para as ações de prevenção de acidentes e de danos à saúde do/a trabalhador/a. Essas ações devem ser abrangentes, indo além da identificação e eliminação de ameaças mais visíveis. Elas devem incluir a percepção dos chamados riscos psicossociais, que podem afetar a saúde mental do indivíduo, uma vez que esses riscos são fundamentais para a elaboração de estratégias que venham a subsidiar as ações da VISAT para a proteção do trabalhador.

Nesta perspectiva, conhecer o panorama atual da distribuição da ocorrência de TMRT no Brasil é essencial para o planejamento de ações no âmbito das ações de VISAT e do campo da Saúde do Trabalhador em geral. O presente estudo objetivou estimar a prevalência de TMRT registrados no Brasil, com base em dados do SINAN e da Previdência Social, no período de 2006 a 2017, considerando tendência temporal e variáveis espaciais (regiões e estados brasileiros).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo ecológico, exploratório e descritivo utilizando-se desenho misto (série temporal e espacial), com base em dados secundários, relativos ao período de 2006 a 2017. Na análise espacial foram feitas estimativas de prevalência de TMRT segundo as unidades federativas brasileiras e as cinco regiões do país.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Brasil, federação continental com abrangência territorial de 8.514.876,599 Km², formado por cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-este, Sul e Sudeste), 26 estados e um Distrito Federal (IBGE, 2018).

População do estudo/ Fonte de dados

Os casos de TMRT foram obtidos da base de dados do SINAN, acessados do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos a Saúde do Trabalhador (CCVISAT), disponível online (ccvisat.wixsite.com/pisat/sinan). O CCVISAT tem o intuito de disseminar os dados e a produção de informação em saúde do trabalhador, com base nos registros da ficha de investigação do SINAN, por ano, armazenados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel.

As fichas de notificação dos TMRT estão disponibilizadas para o período de 2006 (primeiro ano de registro nessa base) a 2015. Os dados referentes aos anos de 2016 e 2017 foram disponibilizados pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGVISAT) do Ministério da Saúde. O SINAN é um sistema de ampla abrangência, registrando casos de adoecimento em trabalhadores formais e informais.

Outro sistema de dados de adoecimento de trabalhadores no Brasil é o da Previdência Social. O sistema previdenciário registra apenas casos de adoecimento de trabalhadores formais, aqueles que possuem carteira assinada, contribuem regularmente com a Previdência e estão inseridos no sistema de seguridade social. Neste estudo também foi feita análise dos dados do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), considerando os acidentes de trabalho e o número de benefícios concedidos pela Previdência por TMRT. Os dados estão disponibilizados online pelo site da Previdência (www.previdencia.gov.br), no Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho e do Relatório de Benefícios Auxílios-Doença Acidentário Concedidos.

O Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho é um relatório do Ministério da Previdência Social em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, no qual, são apresentados dados sobre acidentes do trabalho, suas principais consequências, os setores de atividades econômicas e a localização geográfica de ocorrência dos eventos, com o objetivo de divulgar informações estatísticas de acidente de trabalho. Dentre suas seções, a subseção C apresenta os Acidentes de Trabalho segundo a CID-10 por grandes regiões Brasileiras (BRASIL, 2019).

O número de benefícios concedidos pela Previdência foi obtido a partir do relatório do número de Benefícios Auxílios-Doença Acidentário Concedidos segundo os Códigos da CID-10.

Foram considerados como TMRT todos os transtornos da categoria F da CID-10, assim como, os transtornos denominados como TMRT pela portaria N.º 1.339 (1999), sendo eles: demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); delirium,

não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0); transtorno cognitivo leve (F06.7); transtorno orgânico de personalidade (F07.0); transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-); alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); episódios depressivos (F32.-); estado de estresse pós-traumático (F43.1); Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0); outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8); transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2) e Esgotamento (Z73.0) (BRASIL, 1999).

A população exposta aos transtornos mentais foi composta por toda a População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO), para cada ano de análise (2006 a 2017). Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) (<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>) que realiza projeções populacionais para o todo o país, incluindo estimativas da população economicamente ativa e ocupada. Os dados disponibilizados da PEAO estão disponíveis para trabalhadores formais (que contribuem para a Previdência) e informais (que não contribuem).

A PEAO corresponde ao potencial de mão-de-obra com a qual o setor produtivo pode contar, ou seja, pessoas aptas para o trabalho, com 15 anos ou mais de idade. Para ser considerada uma pessoa economicamente ativa e ocupada, é necessário que no período no qual o dado foi coletado, a mesma esteja trabalhando ou de férias do trabalho (IBGE, 2018).

Vale ressaltar que, devido a indisponibilidade de dados para o ano de 2016 e 2017, para base de cálculo das respectivas prevalências, foram utilizados dados da PEAO do ano de 2015.

Análise dos dados:

Análise de dados foi realizada em 4 etapas articuladas:

1ª etapa – Organização da base de dados no editor de planilhas Microsoft Excel 2019.

Nessa etapa os dados das notificações dos TMRT pelo SINAN, assim como da população economicamente ativa e ocupada, número de benefícios concedidos como auxílio doença acidentária e acidentes de trabalho, pelo INSS, foram tabulados de acordo com os anos de registros (2006 a 2017). As variáveis codificadas foram descritas segundo informações do IBGE e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

2ª etapa- Cálculos da prevalência de TMRT

Essa etapa consistiu em calcular as prevalências de TMRT utilizando como base populacional 1.000.000 de trabalhadores. Para o cálculo, no que tange aos dados do SINAN, foi considerado, no numerador, os casos de TMRT, por ano, segundo regiões brasileiras e

estados e, no denominador, a PEAO, por ano, no Brasil, segundo as regiões e estados brasileiros.

Para calcular as prevalências de TMRT com os dados da Previdência, foi considerado no numerador, o número de acidentes de trabalho relativos aos transtornos mentais segundo as regiões brasileiras e, no denominador, a PEAO referente aos trabalhadores formais, segundo regiões brasileiras.

Vale destacar que as prevalências por estados brasileiros foram estimadas apenas para os dados do SINAN, pois o Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho apresenta acidentes por CID-10 somente para as grandes regiões brasileiras.

3ª etapa: Cálculo da Variação Proporcional Percentual (VPP)

Nessa fase, foi estimada a VPP para verificar a variação da prevalência durante o período analisado. A VPP foi estimada com base na 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 [VPP= (Prev. Final– Prev inicial/ Prev inicial) x 100].

4ª etapa: Análise da distribuição espacial dos TMRT no período de 2006 a 2017 por estados brasileiros, com dados do SINAN.

Nessa etapa inicialmente foram calculadas as prevalências agrupando os dados em triênios, considerando: numerador – soma dos casos do triênio; e denominador: PEAO do ano do meio do triênio. Posteriormente, foram estabelecidos pontos de corte calculados com as medidas de posição quartílica, sendo representados por meio de mapas e esquemas de cores, com auxílio do programa Microsoft Excel 2019.

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado com dados de domínio público pelo SINAN, IBGE e Previdencial Social, sem qualquer identificação de trabalhadores. Portanto, não foi necessária sua submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS

Segundo os dados do SINAN, os casos de TMRT no Brasil apresentaram crescimento em quase todo o período de análise, exceto no ano de 2012. Observou-se ainda elevação acentuada no número de casos a partir de 2013. Dentre as regiões, a Sudeste destacou-se com as mais elevadas notificações, seguida da região Nordeste. O Norte foi a região que menos

registrou casos no período. No ano de 2006, apenas as regiões Sudeste e Centro-oeste registraram casos (Tabela 1).

De acordo com dados da Previdência Social, a região Sudeste apresentou o maior número de TMRT, seguida da região Sul. De modo similar aos dados do SINAN, a Região Norte apresentou menor número de casos de TMRT. Diferentemente dos dados do SINAN, desde 2006, já havia registros de casos em todas as regiões. O INSS registrou ao longo do período considerado 182.569 casos. Na análise de todo o período, chama a atenção o aumento exponencial nos anos iniciais da análise de 2006 a 2008 (de 3.984 casos em 2006 para 16.377 em 2008). Nos anos seguintes observou-se tendência de manutenção no número de casos, entre 16.000 a 18.000, com pequenas flutuações irregulares no período (2010-2011) (Tabela 1).

De modo geral, seja pelos dados do SINAN, seja pelos dados do INSS (sistema de dados mais antigo), observou-se ocorrência elevada dos TMRT. Mesmo para a Previdência, que registrou certa estabilidade anual no registro de casos, esta estabilidade ocorreu em um patamar elevado do número de casos, enquanto no SINAN, a tendência foi de crescimento em todo o período.

De acordo com dados do SINAN, as prevalências de TMRT mantiveram tendência crescente nos 12 anos de análise (Tabela 2). A região Sudeste destacou-se no período com uma exceção no ano de 2014, quando foi mais elevada na região Nordeste. As menores prevalências ficaram concentradas na região Norte.

Em relação aos dados da Previdência, destacaram-se as maiores prevalências de TMRT na região Sudeste, em todo o período, com exceção dos anos de 2008 a 2009, quando a Região Sul liderou as ocorrências de casos. As menores prevalências, em quase todo o período analisado, foram encontradas na região Norte, exceto para o ano de 2007 (Nordeste) e em 2010, 2015, 2016 e 2017 (Centro-Oeste) (Tabela 2).

Na base de dados do SINAN, considerando a distribuição dos casos por estado brasileiro, observou-se que as mais baixas notificações foram encontradas no Acre (0,01%), Amapá (0,01%) e Piauí (0,02%). No ano de 2006, somente três estados brasileiros notificaram os TMRT, observando-se expansão territorial das notificações ao longo dos anos, sendo o ano de 2017 aquele com as mais expressivas notificações, ocorrendo em todos os estados brasileiros (Tabela 3).

Ao analisar as prevalências dos TMRT, percebe-se alternância entre os estados brasileiros que mais notificaram no período. Destaca-se o estado de Rio Grande do Norte, com maiores prevalências no período de 2009 -2011, 2012-2014 e 2015-2017, exceto para o

triênio de 2006 a 2008, no qual destacou o estado do Mato Grosso do Sul. Sobressai também o estado do Acre, Amapá e Piauí, com as prevalências mais baixas (Figura 1).

No período analisado observaram-se oscilações entre o aumento e a redução de auxílios-acidentários concedidos pela Previdência. Houve um crescimento entre os anos de 2006 a 2009, 2011, 2013 e 2016, com redução dos demais anos (Figura 2).

DISCUSSÃO

No Brasil, observou-se elevação das notificações dos TMRT que passaram de 21 notificações em 2006 (prevalência de 0,23/1.000.000 trabalhadores) para 1.739 em 2017 (prevalência de 18,23/1.000.000 trabalhadores), com uma variação percentual da prevalência (VPP) de 1.300%, acumulando 8.474 notificações, ao longo desses anos. Destacaram-se, nesse período, as Regiões Sudeste e Nordeste, com aumento significativo nas notificações, enquanto as outras regiões mostraram ainda carências em seus dispositivos para o processo de identificação e notificação, principalmente a região Norte, de acordo os dados do SINAN.

Como já descrito, apesar dos TMRT terem sido definidos como agravo de notificação compulsória, somente em 2006, foi, de fato, inserido no Sistema, com as primeiras notificações no Brasil (BRASIL, 2006). Isto justifica o menor número de notificações no ano de 2006, em todas as regiões. Adicionalmente deve-se considerar que, embora haja influência da implementação e funcionamento do sistema de notificação na ocorrência inicial do número de casos identificados (uma tendência ao crescimento é esperada, uma vez que o sistema passa a funcionar), os dados evidenciaram que, de fato, parece haver uma tendência ao aumento de casos. Assim, o persistente incremento do número de casos de TMRT ao longo do período não pode ser decorrente apenas da implantação do registro de casos no SINAN. A manutenção do número de casos num patamar elevado nos registros do INSS é outro fator que aponta nessa direção. Portanto, há evidências que suportam a hipótese de aumento do adoecimento mental entre os trabalhadores brasileiros, de modo similar ao que se observa em outros países do mundo (DAL ROSSO; CARDOSO, 2013).

Esses resultados, em seu conjunto, mostram a necessidade de se considerar a elaboração de medidas de proteção à saúde mental no Brasil, bem como constituir uma rede de atenção aos trabalhadores já afetados. Logo, as ações de VISAT nesse campo despontam como uma prioridade para a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora.

As diferenças regionais existentes, relacionadas ao número de notificações de casos apresentados, podem estar associadas a diferentes e múltiplos fatores, dentre eles, o número

de CEREST, a produção de protocolos específicos e as iniquidades em saúde, especialmente aquelas de acesso aos serviços de saúde.

O número de CEREST implantados no país, ao longo dos anos, contribui diretamente para as notificações dos casos. Segundo Araújo, Palma, Araújo (2017) há significativa fragilidade no preparo e formação dos profissionais de saúde para o estabelecimento do nexo causal entre saúde mental e trabalho. Portanto, como os CEREST se apresentam com capacitação técnica especializada para o conjunto de ações em defesa da saúde do trabalhador, acabam sendo mais sensíveis no processo de identificação dos casos, assumindo o protagonismo por suas notificações. Esse fato pode ser evidenciado nos opostos entre a Região Sudeste e a Região Norte e Centro-Oeste: enquanto a primeira apresenta maior número de CEREST implantados e maior número de notificações, as demais apresentam o inverso.

Estudo realizado por Cardoso e Araújo (2018) analisou 201 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo 26 de abrangência estadual e 175 de abrangência regional ou municipal, distribuídos entre as regiões da seguinte forma: Norte, com 7 CEREST estaduais, 12 regionais e 19 municipais; Nordeste, com 8 estaduais, 47 regionais e 55 municipais; Centro-Oeste, com 4 estaduais, 14 regionais e 18 municipais; Sudeste, com 4 estaduais, 76 regionais e 80 municipais; e, Sul, com 3 estaduais, 26 regionais e 29 municipais. A pesquisa evidenciou que, entre as regiões brasileiras, a Sudeste e a Nordeste apresentaram as melhores condições com relação à estrutura dos CEREST e a região Norte com as mais frágeis condições.

Assim, o acesso aos serviços (neste caso, os CEREST), parecem constituir uma primeira garantia de monitoramento dos TMRT. Contudo, é importante realçar a necessidade de preparo dos profissionais de saúde de modo geral para lidar com questões de saúde mental, seja para fortalecer a capacidade de se fazer um diagnóstico, seja para prestar a atenção e a assistência necessárias. Com isto, se ampliariam as possibilidades de atenção em todos os níveis da rede, da atenção básica à rede hospitalar, sem ter que passar necessariamente por um serviço especializado em saúde do trabalhador.

No processo de ampliar o olhar sobre os TMRT, cabe nota, os esforços estaduais e municipais para dar maior visibilidade e importância à notificação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no SINAN. Dentre elas, cabe destacar a implantação de orientações técnicas para os profissionais de saúde. As primeiras ações voltadas para a consolidação das notificações dos casos de TMRT destacaram-se em São Paulo e na Bahia (NOBRE, 2011).

Em 2014, foi originada, em São Paulo, as Orientações Técnicas para a notificação no SINAN dos TMRT. Essas orientações visam instrumentalizar os profissionais dos serviços de saúde sobre o preenchimento da Ficha de Investigação dos TMRT. O documento, na forma de perguntas e respostas, contribui para esclarecer dúvidas e fomentar maior capacitação para a sua identificação e sensibilização para o seu registro no SINAN (SÃO PAULO, 2014).

Também no ano de 2014, foi publicado o Protocolo de Atenção e Saúde Mental e Trabalho, no estado da Bahia. Este documento de caráter amplo constitui-se em uma importante ferramenta para abordar o acolhimento, diagnóstico, notificação dos TMRT e encaminhamentos necessários, configurando-se uma importante ferramenta para manejo dos TMRT em suas várias dimensões e demandas de atenção e assistência. Portanto, não só apresenta como objetivo o aumento do número de notificações, mas, também, proporciona uma linha de cuidado, com articulação da rede, em busca da integralidade na atenção à saúde do trabalhador (BAHIA, 2014).

Em 2016, foram implantadas as Orientações Técnicas para a Notificação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no estado de Goiás, realizado pelo Núcleo de Psicologia do CEREST Goiás. Em 2017, houve uma segunda edição do mesmo documento (GOIAIS, 2017). Esses esforços, observados em diferentes regiões do país, colocam em relevo a saúde mental dos trabalhadores, contribuindo para a visibilidade do problema, bem como as ações necessárias para o seu enfrentamento.

Dentre as regiões analisadas, cabe destacar a região Norte como a região com estados de menor número de notificações durante os 12 anos analisados. O estado do Acre e do Amapá, por 11 anos, não apresentaram nenhuma notificação. No período estudado, apenas um caso foi notificado em cada estado. O estado de Roraima também ganhou destaque por apresentar apenas sete casos notificados. Esses dados atestam, uma vez mais, as desigualdades existentes no país.

O território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas, que caracterizam a conformação política, econômica e social do país. A política de saúde acompanhou de forma particular as propostas de desenvolvimento regional, com o objetivo de melhorar a distribuição e integração dos serviços de saúde e a ampliação do acesso (ALBUQUERQUE et al., 2017). Segundo Viacava et al. (2014), os equipamentos de média e alta complexidade estão concentrados em um número restrito de cidades (normalmente cidades satélites para toda uma região), repercutindo na necessidade de grandes deslocamentos entre macrorregiões e estados do país, na busca de uma assistência à saúde com o aparato necessário para a cobertura integral das necessidades individuais por tais

serviços. Estudos mostram que o acesso e o uso de serviços de saúde vêm aumentando no país, embora ainda existam importantes diferenças regionais (SILVA, 2003; STOPA et al., 2017).

Stopa e colaboradores (2017), analisando dados referentes a 205 mil brasileiros, de todas as faixas etárias, que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde, observaram diversas dificuldades e desigualdades existentes no campo da saúde. A região Sul apresentou maior proporção de pessoas que deixaram de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa (8,4%) e maior proporção de pessoas que costumavam procurar médico ou serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde (83,0%). A maior proporção de consulta médica nos últimos 12 meses, foi observada na região Sudeste (75,8%); pessoas residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram maior acesso aos serviços de saúde e maior número de atendimentos (97,4% e 98,2%), quando comparadas aos residentes de outras regiões brasileiras. A região Norte foi a região brasileira com a menor proporção de consultas médicas entre as regiões (61,4%) e a menor proporção de pessoas que procuraram atendimento de saúde (10,1%) (STOPA et al., 2017).

Outros estudos também apontam as diferenças regionais de saúde no Brasil, demonstrando a maior proporção de consultas médicas, nas regiões Sul e Sudeste, às melhores condições de vida e os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), também em tais regiões (CAZELLI et al., 2002).

Segundo DATASUS (2019), a região Norte no período de 2008 a 2017, apresentou os menores números de internamento hospitalar (117.620.386) e atendimentos ambulatoriais (255.998.015), enquanto a região Sudeste apresentou maiores números de internamento (828.044.947) e de atendimento ambulatorial (4.764.440.758), quando comparada com as outras regiões brasileiras. A desigualdade de acesso a saúde se torna ainda mais clara ao analisar os dados de acordo com a população estimada de cada região. Enquanto que a região Norte representa cerca de 7 internações hospitalares e 16 atendimentos ambulatoriais por pessoa, a região sudeste apresenta 10 internações hospitalares e 59 atendimentos ambulatoriais, por pessoa.

As diferenças regionais reveladas impactam diretamente na visibilidade dos TMRT. A região Norte apresenta inúmeras fragilidades quanto ao acesso à saúde o que, possivelmente, reflete nos registros de TMRT, enquanto a Região Sudeste apresenta melhor acessibilidade em saúde do Brasil, com as maiores notificações de TMRT.

Como já mencionado, fragilidades na oferta dos serviços de saúde têm múltiplas implicações na saúde da população, que não se restringem ao diagnóstico, mas ampliam-se na

atenção e assistência ofertada e, o mais importante, tem impactos sobre os determinantes dos processos saúde e doença. Um problema que não se vê ou que não é adequadamente dimensionado acaba não sendo alvo de intervenção e mantém intacto os processos de sua produção. Com isto, os problemas de saúde persistem e se agravam.

Na análise temporal relacionada aos dados da Previdência, as flutuações de casos e benefícios concedidos, variaram de acordo os contextos sociais. A diferença entre os anos de 2006 para o ano 2007, pode ser justificada pela implantação do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP). O NTEP é um protocolo de auxílio para definição de agravos relacionados ao trabalho, no qual se propõe a aplicação de parâmetros epidemiológicos como um dos critérios para o estabelecimento do nexo técnico entre o agravo à saúde do segurado e o trabalho por ele exercido. Esse nexo é determinado pelo cruzamento de informações do código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) (DALLEGRAVE-NETO, 2007).

Em 2007, o NTEP foi implantado nos sistemas informatizados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), para a concessão de benefícios. Assim, instituiu-se a possibilidade de que a análise do nexo causal para a concessão de um benefício, até então feita caso a caso, fosse substituída por avaliação com base em evidências epidemiológicas e clínicas de relação de determinadas características e condições do trabalho do segurado com o adoecimento diagnosticado. Assim, privilegiou-se a identificação das determinações do trabalho sobre a incapacidade apresentada, o que representou uma grande conquista para a saúde dos trabalhadores (TECHY; SIENA; HELFENSTEIN JUNIOR, 2009).

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento dos casos e benefícios são os concursos públicos para o quadro de servidores e o plano de expansão da rede de atendimento do INSS, que proporcionaram maior acessibilidade aos serviços previdenciários (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014).

No ano de 2010, de acordo com os dados apresentados, houve um declínio tanto nos casos de TMRT, quanto nos benefícios concedidos. Nesse ano houve a greve dos peritos médicos previdenciários, entre junho e setembro, o que, segundo Silva-Junior e Fischer (2014), pode ter contribuído para o decréscimo de afastamento do período, pois houve uma redução estimada de 70,0% do volume de atendimentos periciais para avaliação da capacidade laborativa para fins do benefício auxílio-doença. O que pode justificar o achado do estudo.

A partir do ano de 2012, observa-se uma redução mais significativa dos benefícios concedidos pela Previdência. Araújo, Palma e Araújo (2017) destacam que tal redução pode estar atrelada à possíveis barreiras governamentais para a não concessão destes benefícios por

meio de medidas e restrições reguladas pelo INSS. Tais medidas estão agregadas ao conjunto de outras iniciativas do poder público para redução de gastos, justificados pelo cenário de crise econômica do Brasil. Essas relações de poder entre capital e trabalho, cristalizadas em medidas provisórias, projetos de lei e de emenda constitucional, repercutem nos espaços laborais, fragilizando e precarizando ainda mais as relações de trabalho, o que determina a intensificação do sofrimento e do adoecimento do trabalhador.

As limitações deste estudo referem-se ao uso de dados secundários, tendo como principais limitações as subnotificações e restrição de cobertura e qualidade dos dados do SINAN. A fragilidade enquanto cobertura dos dados, também foi encontrada na plataforma do SIDRA-IBGE, que possuem dados da PEAQ apenas até o ano de 2015. Destaca-se a dificuldade de encontrar pesquisas para comparar os achados publicados nesse estudo .

CONCLUSÃO

Durante os anos analisados, observou-se aumento das notificações dos TMRT no Brasil pelo SINAN. Os dados da Previdência mostram variação entre os anos, mas indicam certa estabilidade no número de casos num patamar elevado.

As diferenças regionais quanto a: acessibilidade à saúde e números de CEREST influenciam diretamente na visibilidade dos TMRT. A região Sudeste apresenta o maior número de CEREST implantados e maior nível de acessibilidade aos serviços de saúde, e também apresentaram maiores prevalências de casos de TMRT. A região Norte apresentou um cenário oposto, com menores prevalências de TMRT e menor número de casos notificados.

É elevado o número de benefícios por afastamento concedidos pela Previdência por TMRT, o que gera impacto na força produtiva do país e em seu crescimento econômico.

Este estudo oferece importante contribuição no que concerne à distribuição dos casos de TMRT segundo as regiões do país ao longo de mais de uma década. Isto permitiu dar visibilidade aos processos de adoecimento mental e trabalho, bem como avaliar como características espaciais desses transtornos e suas tendências temporais. Os resultados obtidos apontaram um quadro geral de elevação dos TMRT ao longo do tempo e diferenças regionais significativas no seu registro e na sua ocorrência. As informações obtidas indicam a necessidade de novos investimentos no planejamento de ações no campo da saúde do trabalhador no que tange à saúde mental, em todo o território brasileiro, com destaque de maior atenção à região Norte e Centro-Oeste.

Fica evidente, a necessidade de novos estudos para uma melhor compreensão das relações políticas e econômicas de cada região e estados brasileiros e a ocorrência de TMRT, com o propósito de elencar as dificuldades territoriais existentes que são obstáculos às notificações dos casos, possibilitando, assim, intervenções mais efetivas e com maior potencial transformador da situação observada.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.V et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde colet.** v.22, n.4, p.1055 a 1064, 2017.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO. Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>> . Acesso em: 01/01/2019.
- ARAÚJO, T. M. PALMA, T. F; ARAÚJO, N. C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.10, p.3235–3246, 2017.
- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. DE SOUZA, Suerda Fortaleza (org.). Salvador: DIVAST, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, 19 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 1999 nov 19; Seção 1: 21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2004 abr 29; Seção 1: 37.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2012
- BRASIL. (2013). Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013-ja-esta-disponivel-para-consutla/>
- BRASIL.Ministério da Saúde. DATASUS. <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de->

saude/tabnet>. Acesso em: 10/01/2019.

CARDOSO, M. C.B; ARAUJO, T. M. ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NAS REGIÕES DO BRASIL. **Psicol. Soc.**, v. 30, 2018.

CAZELLI, C. M et al. Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 a 1999. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n. 61, p. 198-209, 2002.

DAL ROSSO, S; CARDOSO, A. C. M. Apresentação. **Soc. estado**.v. 28, n. 3, p. 487-501, 2013.

DAL LEGRAVE- NETO, J.A.D. NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO E SEUS EFEITOS SOBRE A AÇÃO TRABALHISTA INDENIZATÓRIA. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 143-153, 2007.

GOÍAS, Secretaria do Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Núcleo de Psicologia. **Orientações técnicas para a notificação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Elise Alves dos Santos e Ana Flávia Coutinho. Goiânia: DIVAST, 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) 2017**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em setembro de 2018.

MURCHO, N; PACHECO, E; JESUS, S.N. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM ESTUDO DE REVISÃO. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p.30-36, 2016.

NOBRE, L. A política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In L. Nobre, P. Pena, & R. Baptista (Orgs.), *A Saúde do Trabalhador na Bahia: História, conquista e desafios* (pp. 25-94). Salvador: Edufba; Sesab; Cesat, 2011.

SANTANA, L.L et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016.

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS.CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientações Técnicas para a notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Betty Boguchwal, Cesar Augusto Patta, Psicóloga, José Carlos do Carmo Manoel de Jesus C. Ferreira, Maria Aparecida G. Bronhara Yoshida, Vilma Lúcia de O. Warner. São Paulo: DIVAST, 2014.

SILVA-JUNIOR, J. S., & FISCHER, F. M. (2014). Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 1,p. 186–190, 2014.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec**, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

STOPA, S.R et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**.v.1, n.3, p.1-11, 2017.

TECHY, A; SIENA, C; HELFENSTEIN JUNIOR, M. O exercício legal da medicina em LER/DORT. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 49, n. 4, p. 473-479, 2009.

VIACAVA, F. et al. Relatório de Pesquisa sobre internações na esfera municipal. **Projeto Brasil Saúde Amanhã**. 2014. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde mental e trabalho**. 2014. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/23065>>. Acesso em: 09 out. 2018.

Tabela 1- Casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, por regiões Brasileiras, registrados pelo SINAN e Previdência Social, no período de 2006 a 2017.

Fonte de dados	ANOS												Total
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
SINAN													
Norte	-	4	1	6	17	55	25	27	15	34	60	41	285
Nordeste	-	9	51	129	86	191	192	224	394	544	415	549	2.784
Sudeste	2	83	129	179	243	348	356	384	355	484	780	922	4.265
Sul	-	5	2	8	39	86	74	58	95	97	172	151	787
Centro-Oeste	19	21	6	37	22	33	27	30	30	27	25	76	353
BRASIL	21	122	189	359	407	713	674	723	889	1.186	1.452	1.739	8.474
PREVIDÊNCIA SOCIAL													
Norte	96	324	479	499	515	500	469	634	625	850	950	879	6.820
Nordeste	316	979	1.644	2.242	2.307	2.642	2.958	3.268	2.727	3.184	2.901	2.610	27.778
Sudeste	2.530	6.446	9.554	8.777	8.428	8.816	9.470	10.362	10.420	10.244	9.864	9.390	104.301
Sul	814	2.196	3.561	3.371	2.697	2.323	2.402	3.021	3.167	3.207	3.542	2.852	33.153
Centro-Oeste	228	455	1.139	1.113	760	836	843	1.091	998	1.125	1.041	888	10.517
BRASIL	3.984	10.400	16.377	16.002	14.707	15.117	16.142	18.376	17.937	18.298	18.226	16.619	182.569

Fonte: Ministério da Saúde/ SINAN.

Tabela 2-Prevalência de Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho (x1.000.000 trabalhadores), por regiões brasileiras, segundo o SINAN e a Previdência Social, no período do 2006 a 2017.

Regiões	ANOS												VPP (%)*
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
SINAN													
Norte	0,0	0,6	0,1	0,8	2,7	7,4	3,3	3,6	1,9	4,5	7,9	5,4	800,0
Nordeste	0,0	0,4	2,1	5,3	4,1	7,9	7,9	9,1	15,4	22,6	17,2	22,8	5600,0
Sudeste	0,1	2,2	3,2	4,5	6,4	8,5	8,6	9,2	8,4	11,8	19,0	22,5	922,7
Sul	0,0	0,3	0,1	0,5	2,7	5,7	4,9	3,8	3,7	6,5	11,5	10,1	3266,7
Centro-Oeste	3,0	3,1	0,9	5,2	3,2	4,5	3,6	4,0	3,8	3,5	3,3	10,0	222,6
Brasil	0,2	1,3	2,0	3,8	4,7	7,5	7,0	7,5	8,9	12,4	15,2	18,2	1300,0
PREVIDÊNCIA SOCIAL													
Norte	42,0	134,1	177,0	180,3	188,7	168,7	146,4	192,0	181,7	258,6	289,0	267,4	99,4
Nordeste	43,7	127,7	198,7	256,6	252,4	270,6	292,3	311,2	246,7	305,0	277,9	250,0	95,8
Sudeste	111,4	272,3	380,8	343,6	318,5	315,1	329,0	353,9	349,7	353,7	340,6	324,2	19,1
Sul	103,0	259,0	408,9	371,6	277,8	231,9	231,9	277,8	280,4	290,8	321,2	258,6	-0,2
Centro-Oeste	71,1	131,9	313,2	288,4	180,3	184,7	176,6	225,0	197,6	227,4	210,4	179,5	36,1
Brasil	91,9	227,7	338,3	320,2	281,4	273,5	282,0	312,5	295,8	317,2	311,9	283,3	24,4

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

*Calculo de VPP realizado do período de 2007-2017. O ano de 2006 nao foi considerado em função de potencial impacto do processo de implantação do registro.

Tabela 3 - Distribuição do número de notificações dos TMRT pelo SINAN, por regiões e estados brasileiros, do período de 2006 a 2017.

Regiões/ Estados brasileiros	ANOS												Total	%
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
CENTRO-OESTE	19	21	6	37	22	33	27	30	30	27	25	76	353	4,2
Distrito Federal	-	-	5	26	-	-	1	4	7	7	-	9	59	0,7
Goiás	-	-	-	1	-	10	14	6	3	4	8	1	47	0,6
Mato Grosso	2	4	1	8	-	5	1	2	1	2	1	4	31	0,4
Mato Grosso do Sul	17	17	-	2	22	18	11	18	19	14	16	62	216	2,5
NORDESTE	-	9	51	129	86	191	192	224	394	544	415	549	2.784	32,9
Alagoas	-	-	-	-	-	1	1	1	4	15	49	104	175	2,1
Bahia	-	5	20	42	32	63	52	40	49	88	61	70	522	6,2
Ceará	-	-	16	14	12	25	44	45	41	70	44	42	353	4,2
Maranhão	-	1	-	-	-	12	-	1	16	5	2	3	40	0,5
Paraíba	-	2	1	1	2	3	12	14	31	72	5	81	224	2,6
Pernambuco	-	1	4	42	6	56	52	75	122	80	94	89	621	7,3
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	0,0
Rio Grande do Norte	-	-	10	22	9	16	23	42	127	204	151	154	758	8,9
Sergipe	-	-	-	8	25	15	8	6	4	10	9	4	89	1,1
NORTE	-	4	1	6	17	55	25	27	15	34	60	41	285	3,4
Acre	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0
Amapá	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,0
Amazonas	-	-	-	1	1	25	9	4	4	18	20	19	101	1,2
Pará	-	-	-	2	-	1	6	3	2	5	8	2	29	0,3
Rondônia	-	-	-	-	-	13	1	1	-	1	3	4	23	0,3
Roraima	-	1	-	-	1	1	1	-	-	-	1	2	7	0,1
Tocantins	-	3	1	2	15	15	7	19	9	10	28	14	123	1,5
SUDESTE	2	83	129	179	243	348	356	384	355	484	780	922	4.265	50,3

Continua

Tabela 3: Distribuição do número de notificações dos TMRT pelo SINAN, por regiões e estados brasileiros, do período de 2006 a 2017. (conclusão).

Regiões/ Estados brasileiros	ANOS												Total	%
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Espírito Santo	-	-	3	-	1	10	16	9	5	14	14	4	76	0,9
Minas Gerais	-	39	78	67	70	127	129	119	87	133	168	435	1.452	17,1
Rio de Janeiro		10		2	2	13	13	12	23	20	86	8	189	2,2
São Paulo	2	34	48	110	170	198	198	244	240	317	512	475	2.548	30,1
SUL	-	5	2	8	39	86	74	58	95	97	172	151	787	9,3
Paraná	-	2	1	3	12	35	36	25	53	53	32	22	274	3,2
Rio Grande do Sul	-	3	-	-	4	18	2	9	22	32	116	94	300	3,5
Santa Catarina	-	-	1	5	23	33	36	24	20	12	24	35	213	2,5
TOTAL	21	122	189	359	407	713	674	723	889	1186	1452	1739	8.474	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, SINAN. Ministério da Previdência Social.

Figura 1- Prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (x1.000.000) no SINAN, por estados brasileiros, 2006-2017.

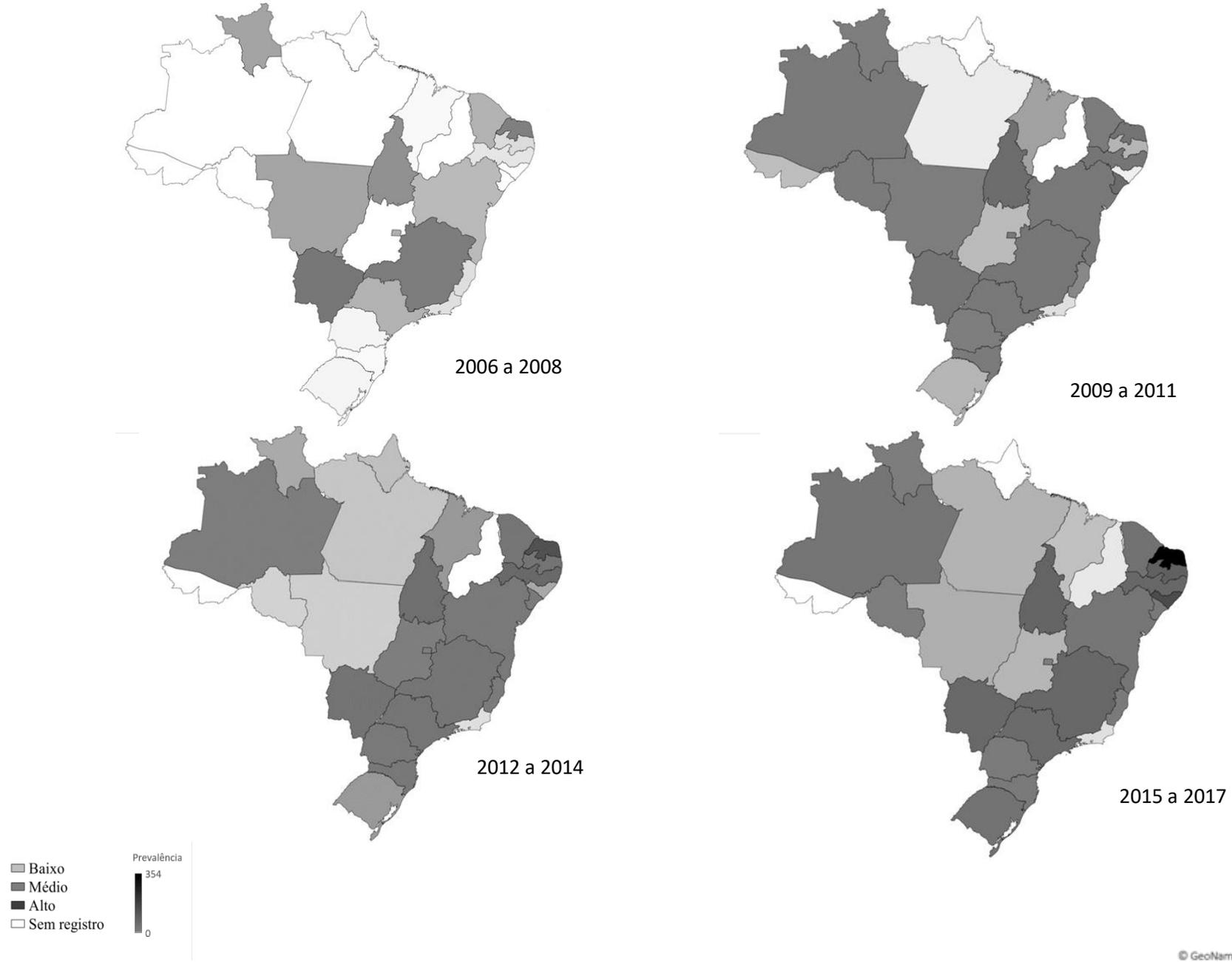
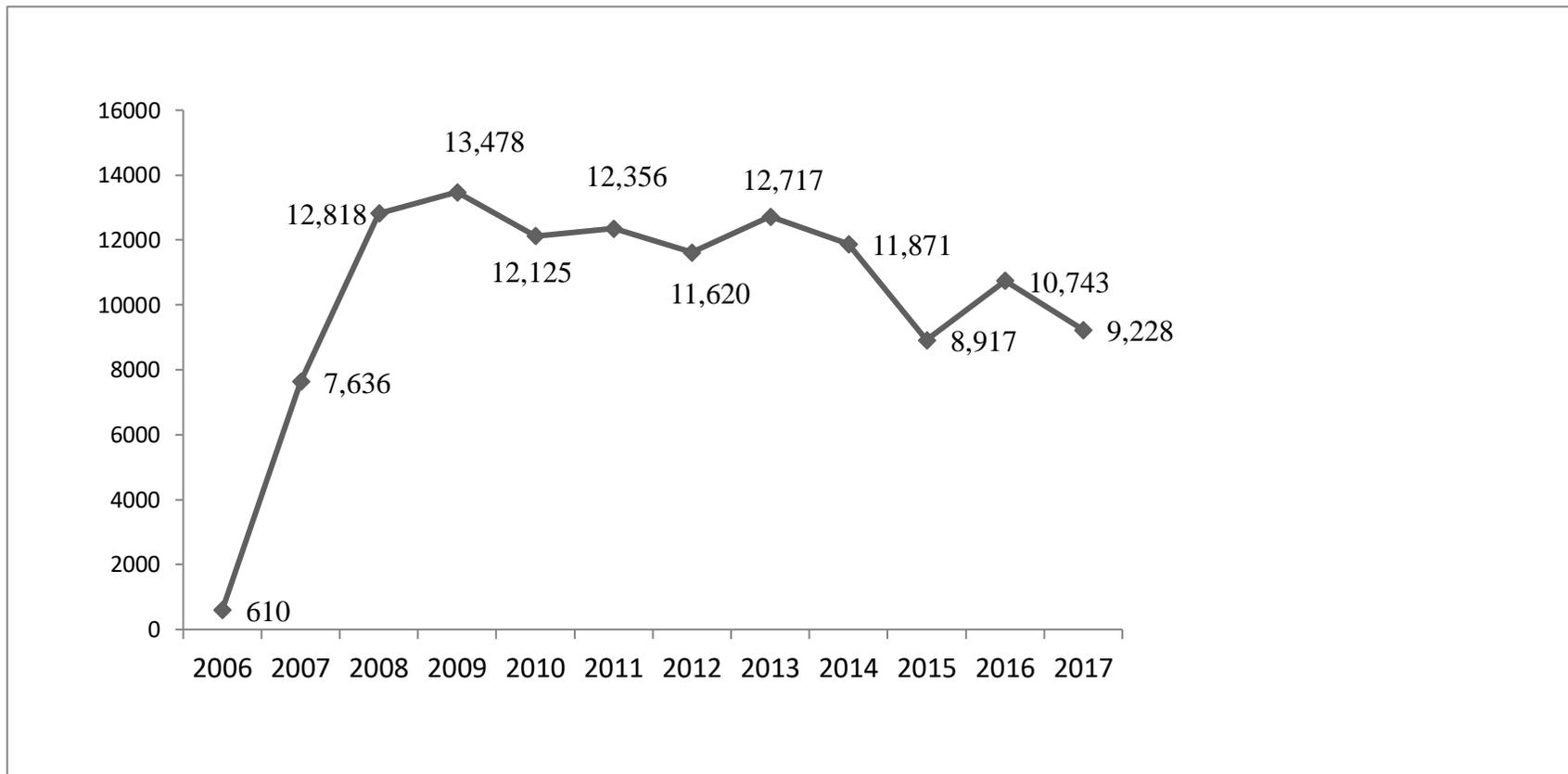


Figura 2- Número de auxílio-acidentário concedido pela Previdência por TMRT, no BRASIL, 2006-2017.



Fonte: Ministério da Previdência Social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação apresentou a distribuição da ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil, descrevendo as características dos casos registrados no período de 2006 a 2017, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim como a prevalência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) registrados no Brasil, com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Previdência Social, no período de 2006-2017, considerando tendência temporal e variáveis espaciais (regiões e estados brasileiros).

O estudo evidenciou que dos 8.474 casos notificados, os grupos mais vulneráveis aos TMRT foram: sexo feminino, raça/ cor amarela, com ensino superior e faixa etária de 40 a 59 anos, sendo o CEREST a unidade que mais notificou esses transtornos.

De acordo com a distribuição espacial a região Sudeste apresentou maiores notificações, e maiores prevalências no período analisado, exceto ano de 2014. Já a região Norte demonstrou menores notificações, e menores prevalências. Segundo a Previdência Social, foram notificados 182.596 casos de TMRT, sendo concentrados na região Sudeste. A região Sudeste apresentou maiores prevalências em todo período exceto o ano de 2008 e 2009, e a região Norte com menores prevalências em 7 anos de análise

A análise realizada pode contribuir para o planejamento de ações para prevenção dos TMRT, e fortalece a necessidade de construção de diretrizes e protocolos nacionais para a sua identificação e manejo no país.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde colet.** v. 22, n. 4, p. 1055 a 1064, 2017.

ALVES, A. P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, 2015.

AMAZARRAY, M. R; CÂMARA, S. G, CARLOTTO, M. S. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da Saúde Pública no Brasil. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez VK, organizadores. *Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf; p. 75-92, 2014.

ANSELMINI, L et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. **Rev. Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 25-32, 2008.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2015. (Edição especial de 20 anos).

ANTUNES,R; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho .**Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.

ARAÚJO, T. M. A; PALMA, F. P; ARAÚJO, N. C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017.

ARAÚJO,T.A; PINHO.P. S. ALMEIDA,M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ASSIS, Machado. Do livro. In: _____. **Dom casmurro**. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Record, 2006. p. 10.

BAHIA, Secretaria do estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. 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. Salvador: DIVAST, 2009.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. DE SOUZA, Suerda Fortaleza (org.). Salvador: DIVAST, 2014.

BARBOSA, M.A. DESIGUALDADES REGIONAIS E SISTEMA DE SAÚDE NO AMAZONAS: O CASO DE MANAUS [dissertação de mestrado]. Manaus: Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

BENACH, J; MUNTANER, C; SANTANA, V. **Employment conditions and health inequalities**: Final Report to the World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Geneva: WHO; 2007.

BARLOW, Davi. **Manuais Clínicos de transtornos psicóticos**, 5ed, São Paulo, artmed, 2016.

BITTENCOURT, L.C; BELOME, M.C; MERLO, A.R.C. Centros de referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde e a saúde mental. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez VK, organizadores. *Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf. p. 228-243, 2014.

BRANT, L. C; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339, 19 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 1999 nov 19; Seção 1: 21.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2004 abr 29; Seção 1: 37.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. (2013). *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília. Recuperado de <http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013-ja-esta-disponivel-para-consutla/>

BRASIL. **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.

BRASIL. Ministério da Fazenda. *Adoecimento Mental e Trabalho. A concessão de benefícios por incapacidade relacionados aos transtornos mentais e comportamentais*

entre 2012 e 2016. Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade 2017. Brasília: Secretaria de Previdência; 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. DATASUS. <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>.Acesso em: 10/01/2018.

CARDOSO, M. C. B; ARAÚJO, T. M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev Bras Saude Ocup.** v.41, n.7, p.2-14, 2016.

CARDOSO, A.C.M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 27, n.1, p.73-93.

CARVALHO, D. B; ARAUJO, T. M; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 41, n.17, 2016.

CARVALHO, G.M; MORAIS, D. M. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 17, n. 3, p. 465-482, dez. 2011.

CAZELLI, C. M et al. Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 a 1999. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 26(61), p.198-209, 2002.

COHN, A. Por onde anda a reforma sanitária?. **Teoria e Debate**, v. 14, n. 48, p. 10-14, 2001.

CONCIANI, M.E; PIGNATTI, M.G. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. **Rev. Esp. para Saude**, v.16, n.2, p. 45-55, 2015.

CORDEIRO, T. M. S et al. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epi. Serv.Saude**, v.2, n.25, v.2, p.363-372, 2016.

DEJOURS, C. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. **J. Psychol.**, v. 155, p. 23-24, 1998.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DAL ROSSO, S; CARDOSO, A. C. M. Apresentação. *Soc. estado*.v. 28, n. 3, p. 487-501, 2013.

DAL LEGRAVE- NETO, J.A.D. NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO E SEUS EFEITOS SOBRE A AÇÃO TRABALHISTA INDENIZATÓRIA. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 143-153, 2007.

DRUCK, G; FRANCO, T. La sous-traitance au Brésil: un phénomène à la fois ancien et nouveau. *PISTES*, v.11, n.1, mai, 2009.

DRUCK, G. Precarização do social do trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: VALENCIA, Adrian Sotelo et al. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, p. 57-53, 2013.

FARIAS, M.D; ARAUJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FEIJÓ, D; VOLNEY, V.M; LUIZ, R. R. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em pilotos civis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.11, p. 2433-2442, 2014.

FERNANDES, M.A; SOARES, L. M. D; SILVA, J.S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, n. 2, p. 218-224, 2018.

FRANCO. T; DRUK. G. S .S; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **RevBrasSaudeOcup**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

GOÍAS, Secretaria do Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Núcleo de Psicologia. **Orientações técnicas para a notificação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Elise Alves dos Santos e Ana Flávia Coutinho. Goiânia: DIVAST, 2017.

GOMEZ, C.M; VASCONCELLOS, L. C. F; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.

GONÇALVES,F.C; FARIA, C. C. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero **Revista Perquirere**, v.13, n. 1, p.135-147, 2016.

HADLER. N. M. Distúrbios músculo-esqueléticos ocupacionais. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkings; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01/05/2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01/01/2019.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) 2017**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em setembro de 2018.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 15, n.1, p. 97-116, 2003.

KAUARK, F. S; MANHÃES, F.C; MEDEIROS, C, H. A PESQUISA. In _____**METODOLOGIA DA PESQUISA: UM GUIA PRÁTICO**. 1 .ed. Itabuna: VIA LITTERARUM, p 27-28, 2010.

- KIRCHHOF, A. L. C et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.
- KREIN, J. D. O capitalismo contemporâneo e a saúde do trabalhador. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, vol. 38, n.128, p. 179-198, 2013.
- KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it LEÃO, L.H.C; MINAYO-GOMEZ, C.M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Cien.Saude. Colet.**, v. 19, n.12, p. 4649-4658, 2014.
- LEÃO, L.H.C; MINAYO-GOMEZ, C.M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **CienSaudeColet**, vol.19, n.12, p. 4649-4658, 2014.
- LIMA, A. F. T; COELHO, V. M. S; CEBALLOS, A. G. C. VIOLÊNCIA NA ESCOLA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PROFESSORES. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 18 p. 31-36, 2017.
- LIMA, E; ASSUNÇÃO, A; BARRETO, S. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, v. 31.n. 2, 279-288, 2015.
- LIPP, M. E. N. Inventário de sintomas de stress para adulto de Lipp-ISSL. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LOURENÇO, E. A. S. O mundo do trabalho adocece. **Revista da RET**, n. 3, p. 1-36, 2008.
- LUDERMIR, A.B, MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.
- LYRA, G.F.D, et al. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças com problemas de comportamento. **Ciênc. Saúde Colet**, v.14, n.2, p.435-444, 2009.
- MAGNAGO, T.S.B.S et al. RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO NA ENFERMAGEM E DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p.362-371, 2015.
- MANCEBO, D. CRISE POLÍTICO-ECONÔMICA NO BRASIL: BREVE ANÁLISE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 38, nº. 141, p.875-892, 2017.
- MARGIS, R et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, p.65-74, 2003.
- MARÍN-LEÓN, L et al. Social inequality and common mental disorders. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 26, n. 3, p. 250-253, 2007.
- MÁXIMO, T. A. C. O; LIMA, J. A; ARAÚJO, A. J. S. A Invisibilidade da relação suicídio e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.3, p. 739-740, 2012.

MELO, M.A.S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Rev. Adm. Saúde**, vol. 18, n. 71, 2018.

MENDES, R; CAMPOS, A. C. C. Saúde e segurança no trabalho informal: desafios e oportunidades para a indústria brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 209-223, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625, 2009.

METTS, R.L. Disability issues, trends and recommendations for the World Bank. Washington: World Bank; 2000.

Ministério da Saúde. DATASUS. tabnet.datasus.gov.br. Acesso:27/02/2019.

MONTEIRO, J.K; CARLOTO, M.S. Preditores da Síndrome de Burnout em trabalhadores da saúde no contexto hospitalar. **Rev.interação Psicol.**,v. 18, n. 3, p.122-133, 2015.

MONY, T.A . PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO E RESISTÊNCIAS PARA A (RE) CONQUISTA DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES NA FRANÇA. *CADERNO CRH*, Salvador, v. 24, n 1, p. 23-35, 2011.

MOTA,E;CARVALHO,D. M.Sistemas de Informação em Saúde.In:Rouquayrol, M. Z; AlmeidaFilho, N. *Epidemiologia&Saúde*.6ed.RiodeJaneiro: MEDSI, 2009.

MURAD, I. O MERCADO DE TRABALHO NA ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO: analisando a formação profissional e as demandas das organizações.**Revista FOCO**, v. 10, n .2, 2017.

MURCHO, N; PACHECO,E ; JESUS,S.N. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 15, 2016.

NOBRE, L. (2011). A política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In L. Nobre, P. Pena, & R. Baptista (Orgs.), *A Saúde do Trabalhador na Bahia: História, conquista e desafios* (pp. 25-94). Salvador: Edufba; Sesab; Cesat.

NELSON, R. *An introduction to behavioral endocrinology* (2ª. ed.). Sunderland, MA: Sinauer Associates, 2000.

Organização Internacional de Saúde. Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: < <http://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>> Acesso em: 08 .05 2018.

OLIVEIRA, D.A **organizadora. Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2003.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação de TM e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

- PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de atenção a saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: editora MedBook, p. 29-39, 2014.
- PEREZ, K.V; BOTTEGA, C. G, MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 41, n. ESPECIAL, p. 287-298, 2017.
- PINHEIRO, R.S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
- ROCHA, S.V et al . Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 630-640, Dec. 2010 .
- RODRIGUES, P.F; ALVARO, A. T ; RONDINA.R. SOFRIMENTO NO TRABALHO NA VISÃO DE DEJOURS .**REVISTA CIENTÍFICA ELETÔNICA DE PSICOLOGIA**, n.7, 2006.
- ROMITA, A. S. “O princípio da não-discriminação da mulher no direito do trabalho brasileiro”. In: PENIDO, Laís de Oliveira (Coord.). *A igualdade dos gêneros nas relações de trabalho*. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, p. 83-90, 2006.
- SABOIA, I.B; COELHO, R; AQUINO, C.A.B. Narratives et labour: impasses sobre o trabalho como narrativa de si mesmo na contemporaneidade. São Leopoldo Calidoscópio, vol. 5, n. 2, p. 84-91, 2007.
- SANTANA, L.L et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2016.
- SANTOS, E.G; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Rev. J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.
- SANTOS, M.L. Fatores associados à subnotificação de TB e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan [dissertação de mestrado]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014
- SATO, L; BERNARDO, M.H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Cien.Saude. Colet.**,v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.
- SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS.CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientações Técnicas para a notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Betty Boguchwal, Cesar Augusto Patta, Psicóloga, José Carlos do Carmo Manoel de Jesus C. Ferreira, Maria Aparecida G. Bronhara Yoshida, Vilma Lúcia de O. Warner. São Paulo: DIVAST, 2014.
- SCHMIDT, M. H. F. M. Trabalho e saúde mental na visão da OIT. *Rev. Trib. Reg. Trab.* 3ª Reg., v. 51, n. 81, p. 489-526, 2010.

SCHLINDWEIN, V. L .D.C; MORAIS, P. R. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol. 17, n. 1, p.117-127, 2014

SENICATO, C; AZEVEDO. R. C. S. BARROS, M. B. A Transtorno mental comum em mulheres adultas: Identificando os segmentos mais vulneráveis. **Cien.Saude Colet.**, v.29, n.8, 2018.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E.B.D.F, ET AL. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p.505–514, 2012.

SILVA-JUNIOR, J. S., & FISCHER, F. M. (2014). Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saude Publica**, vol.48, n.1,p. 186–190, 2014.

SILVA, M. P; BERNARDO, M. H; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev. bras. saúde ocup.**,v.141, p.1-12, 2016.

SILVA, P.L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec**, v.17, n.1, p.69-85, 2003.

SOUSA, M. B. C; SILVA, H.P. A. GALVÃO -COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, vol. 20, n.1, 2015.

SOUZA,F.S et al. DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ELETRICISTAS DE ALTA TENSÃO.**Rev. baiana saúde pública**,v.35, n.1, p.83-95, 2011.

SOUZA, H.A. Saúde Mental Relacionada ao Trabalho na rede pública de saúde brasileira: concepções e atuações transformadoras [tese]. Campinas: PUC-Campinas; 2017.

STEEL, Z., et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **Inter. J.Epidemiol.**,v. 43, n.2, p. 476-93, 2014.

STOP .S.R et al.Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.**Rev Saude Publica**.v.1, n.3, p.1-11, 2017.

TECHY, A.; SIENA, C.; HELFENSTEIN JUNIOR, M. O exercício legal da medicina em LER/DORT. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 49, n. 4, p. 473-479, 2009.

TOSTES.V. M et al, Sofrimento mental de professores do ensino público. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, v. 42, n. 116, p. 87-99, 2018.

ULHOA, M. A. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, p, 1130-1136, 2010.

VALENTE, M.S.S. Depressão e esgotamento profissional em bancário (tese de doutorado). Universidade de São Paulo, título para doutor em ciências. 2015.

VIACAVA F, ET AL. Relatório de Pesquisa sobre intenações na esfera municipal. Projeto Brasil Saúde Amanhã. 2014. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2014.

Organização Internacional do Trabalho – OIT, Workplace Stress: A Collective Challenge, disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf, 2010.

WIEMANN, I; MUNHOZ, N. T. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. **Ensaio Cienc. Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.19, n.2, p. 89-94, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. 2017. Disponível em : http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em 10/04/2017.

ZAMBALDI, C. F; CARRERA, A; MONTANHA, L. C. P. A. RELAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS COM O ABSENTEÍSMO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS. **COGNITIO**, vol.1, p.1-8, 2013.

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO**
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença TRANSTORNOS MENTAIS DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/RELACIONADOS AO TRABALHO		Código (CID10) F99	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação					
	32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
	Dados da Empresa Contratante					
	34 Registro/ CNPJ ou CPF			35 Nome da Empresa ou Empregador		
	36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município		Código (IBGE)
	39 Distrito		40 Bairro		41 Endereço	
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone		
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado						

