

ANA TEREZA SANTOS DE JESUS

**Perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho no Brasil entre
2006 e 2016**

Brasília, 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Tereza Santos de Jesus

Perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho no Brasil entre
2006 e 2016

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Denise Osório Severo

Brasília, 2019

AGRADECIMENTOS

Primeiro eu agradeço à Deus(A), pela graça da vida, pela força e pela coragem de seguir em frente todos os dias;

Agradeço à minha família, por estar sempre ao meu lado, em TODOS, literalmente, TODOS os momentos. Obrigada Mainha, obrigada Painho, obrigada Neto, obrigada;

Agradeço à existência do meu filho Otto, quem eu nunca imaginei ter na vida e hoje não sei me imaginar sem;

Agradeço à Carol, Tiago, Fernanda Argolo e Juliana Rodrigues por serem minha família e suporte em Brasília;

Agradeço à minha irmã de coração Juliana Araújo, quem me apoia para a vida;

Agradeço aos amigos que fiz durante o mestrado: Cibele, Higor, Ruan e Rayane por estarem sempre do meu lado e compartilhar das mesmas alegrias e das mesmas dores nesse percurso;

Agradeço à Prof.^a Dra. Graça Hoefel pelo carinho, por fazer parte desta luta e aceitar meu convite para a banca examinadora e;

Agradeço à minha maravilhosa orientadora Prof.^a Dra. Denise Severo, pela paciência, por toda a ajuda, todo acompanhamento e toda confiança e por me ajudar no processo de amadurecimento acadêmico.

“As revoluções são a locomotiva da história”.

K. MARX

*"A **psicodinâmica** vai bem, mas temos um paradoxo, o **trabalho** vai mal".*

C. Dejours

APRESENTAÇÃO

Eu me chamo Ana Tereza, sou brasileira, nordestina, baiana, gorda, feminista, enfermeira, filha, irmã, mãe e solteira. Vim morar em Brasília em 2012, quando passei no concurso do GDF, por influência da minha querida amiga Dani Caixeta.

Sou graduada pela UFBA e tenho duas especializações, uma em Enfermagem do Trabalho e a outra em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. O estudo do trabalho permeia sempre meus instintos acadêmicos. Como sempre gostei de estudar, resolvi ingressar no mestrado para aprofundar conhecimento, entretanto, antes da seleção acontecer descobri que estava esperando Otto e então esse sonho teve que esperar um pouquinho.

Para realizar esse sonho, precisei tomar a decisão mais difícil da minha vida. Como estava sozinha, concursada no Distrito Federal, precisei deixar meu filho na Bahia, aos cuidados dos meus pais, para poder estudar e trabalhar. Desde então, divido meu tempo entre trabalho, estudo e viagens mensais ou quinzenais à Bahia.

E com todas as dificuldades e percalços em meu caminho, enfim deu certo. Meu caminho metodológico foi difícil, tinha um projeto de pesquisa inicial, com boas ideias e objetivos, entretanto passei por dificuldades para conseguir os dados que desejava, frente ao GDF (Governo do Distrito Federal), órgão que trabalho. E depois de um ano de espera, desisti, não havia tempo hábil para consegui-los.

Como tinha muito desejo de estudar a saúde mental dos trabalhadores do GDF, para que pudesse ajudar aos colegas de alguma maneira, visto grande adoecimento observado. Sendo assim, o objetivo foi ligeiramente alterado para que pudesse dar conta de terminar minha pesquisa. Então decidi estudar a saúde mental apenas de enfermeiros, meus colegas de profissão, em uma unidade hospitalar, realizando entrevistas e aplicação de questionários validados. Desse estudo surgiu meu primeiro artigo, de revisão bibliográfica, que está em anexo neste trabalho, mesmo sendo direcionado apenas para a categoria enfermeiros.

O tempo continuou a correr, e consegui a liberação do CEP UnB para realização da pesquisa, porém, o CEP do hospital em questão não aprovou a pesquisa em tempo hábil e, mais uma vez, precisei mudar os objetivos da pesquisa. Consegui os dados do SINAN: notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil entre os anos de 2006 e 2016 e, desses dados, ao final, surgiu minha pesquisa.

Foram dois anos mais seis meses de prorrogação, de estudo, de amadurecimento e de paciência, mas eu venci. E espero vencer outras vezes na vida e mostrar ao meu filho que sonhos não devem ser deixados para trás.

RESUMO

A literatura evidencia a associação entre fatores psicossociais do trabalho e o adoecimento mental dos trabalhadores. Os riscos presentes nos locais de trabalho implicam grande exigência para os trabalhadores, deixando-os vulneráveis aos efeitos nocivos à saúde mental. Esta dissertação objetiva caracterizar o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros, de acordo com os TMRT notificados no SINAN, entre os anos de 2006 a 2016. Além disso, visa descrever os principais TMRT segundo o CID 10 e assim poder subsidiar a análise do quadro de TMRT no Brasil e a implementação de políticas públicas ou protocolos que favoreçam a promoção da saúde mental no trabalho, bem como favorecer a construção de estratégias de atenção e acompanhamento de trabalhadores diagnosticados com TMRT. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, com dados secundários oriundos do SINAN. A análise **dos dados** foi realizada com auxílio do SPSS 2.0. Os resultados indicam que os trabalhadores mais acometidos por TMRT foram mulheres, entre 30 e 49 anos, com ensino médio completo, com carteira assinada, nas regiões sudeste e nordeste, moradoras da zona urbana, que trabalham em intermediações bancárias e com F43 (reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação). Nesse sentido, os resultados sinalizam a reprodução de desigualdades históricas enraizadas na sociedade patriarcal brasileira, além de reiterar características largamente presentes no setor produtivo e, conseqüentemente, na saúde do trabalhador.

Palavras chave: Saúde mental; Saúde do trabalhador, transtornos mentais; trabalho.

ABSTRACT

The literature shows the association in psychosocial factors of work and mental illness of workers. Risks embedded in workplaces are a major strain on workers, leaving them harmful to their mental health. This dissertation aims to characterize the epidemiological profile of Brazilian workers, according to the TMRT notified in SINAN, from 2006 to 2016. In addition, it aims to describe the main TMRT according to ICD 10 and thus be able to support the analysis of the TMRT framework in Brazil and the implementation of public policies or protocols that favor the promotion of mental health at work, as well as the construction of attention and

follow-up strategies for workers diagnosed with TMRT. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, with secondary data from SINAN. Data analysis was performed using SPSS 2.0. The results indicate that the workers most affected by TMRT were women, between 30 and 49 years old, with complete high school, with a formal license, in the southeastern and northeastern regions, residents of the urban zone, working in bank intermediation and with F43 (Severe stress and adaptation disorders). In this sense, the results signal the reproduction of historical inequalities in the productive sector and, consequently, in worker's health.

Keywords: mental health; worker's health; mental disorders; work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos anos de notificação.....	41
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa do sexo.....	42
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa do ano de notificação x sexo.....	42
Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa da faixa etária.....	43
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa dos anos de notificação x faixa etária.....	43
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa da UF de notificação.....	45
Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa da Região.....	46
Tabela 8 – Frequência absoluta e relativa da escolaridade.....	47
Tabela 9 – Frequência absoluta e relativa da raça/cor.....	47
Tabela 10 – Frequência absoluta e relativa da Zona de trabalho.....	49
Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa da situação no mercado de trabalho.....	50
Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa da CNAE (atividade econômica)	51
Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa do CID 10 (05 diagnósticos mais encontrados)	52
Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa dos anos de notificação x CID 10.....	52
Tabela 15 – Frequência absoluta e relativa do uso do Álcool.....	53
Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa do uso de psicofármacos.....	54
Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa do uso de drogas psicoativas.....	54
Tabela 18 – Frequência absoluta e relativa do uso do tabaco.....	54
Tabela 19 – Frequência absoluta e relativa do afastamento da situação de desgaste mental.....	56
Tabela 20 – Frequência absoluta e relativa do tempo de exposição ao agente de risco.....	56

Tabela 21 – Frequência absoluta e relativa de adoção de proteção individual.....	57
Tabela 22 – Frequência absoluta e relativa de adoção de proteção coletiva.....	57
Tabela 23 – Frequência absoluta e relativa de adoção de mudança da organização do trabalho.....	57
Tabela 24 – Frequência absoluta e relativa de afastamento do local de trabalho.....	57
Tabela 25 – Frequência absoluta e relativa de nenhuma conduta.....	58
Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa sobre de há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho.....	59
Tabela 27 – Frequência absoluta e relativa sobre a emissão da CAT (comunicação de acidente de trabalho)	60
Tabela 28 – Frequência absoluta e relativa sobre o regime de tratamento.....	60
Tabela 29 – Frequência absoluta e relativa sobre o encaminhamento do paciente ao CAPS (Centro de atenção psicossocial) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos.....	61
Tabela 30 – Frequência absoluta e relativa sobre a evolução do tratamento.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – UF de notificação.....	46
Gráfico 2 – Raça/cor.....	48
Gráfico 3 – Zona de trabalho.....	49
Gráfico 4 – Uso de álcool, psicofármacos e drogas psicoativas.....	54
Gráfico 5 – Condutas organizacionais.....	58

LISTAS DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ART	Agravos relacionados ao trabalho
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CID	Código Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNES	Código do Estabelecimento de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNST	Conferência Nacional de Saúde do trabalhador
DRT	Doenças Relacionadas ao Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TMRT	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
TMRT	Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	133
OBJETIVOS.....	17
2. 1 Objetivo Geral.....	17
2. 2 Objetivos Específicos	17
REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 O trabalho no contexto atual do capitalismo e as relações com o processo saúde-doença	18
3.2 Trabalho e adoecimento relacionado ao trabalho	22
3.3 Trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho	24
3.4 SUS e as Políticas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	26
3.4.1 Processo histórico de construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	26
3.4.2 SINAN, RENAST e CEREST na saúde mental.....	29
METODOLOGIA.....	34
RESULTADO E DISCUSSÃO - artigo científico.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	74

INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001).

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

Esta relação entre trabalho e o processo de saúde/doença é conhecida há muito tempo, porém, as políticas de saúde do trabalhador são práticas recentes. No Brasil, somente a partir dos anos 70 é que as práticas e as pesquisas nesta temática se intensificaram. O Ministério da Saúde, por exemplo, a partir da Reforma Sanitária, Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), é que vem incluindo gradualmente a Saúde do Trabalhador nas políticas públicas de saúde (CARDOSO, 2015).

Atualmente, houve mudanças importantes no mundo do trabalho, o que fez com que a vida desse trabalhador, sofresse um grande impacto. Transformando a natureza do seu trabalho, mudou também a maneira de adoecimento, de ser e de morrer, do trabalhador. As condições de trabalho, nos últimos anos do século XX, sofreram constantes e profundas mudanças e como consequências de tais mudanças, o perfil de agravos e comorbidades relacionados ao trabalho também se modificou (CORDEIRO et al, 2016).

O trabalho pode ser fonte de satisfação, como também fator de risco para adoecimento. Tanto o processo de trabalho, a organização da produção, divisões técnicas e sociais do trabalho quanto as condições físicas, químicas, biológicas, ergonômicas do ambiente de trabalho pode apresentar impacto na saúde do trabalhador, repercutindo inclusive em sua saúde mental, podendo acarretar sofrimento e transtornos mentais. Nesse sentido, os últimos trinta anos apresentam progressiva elevação da preocupação pelo campo das doenças relacionadas ao trabalho, em especial os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), que advém desse processo de trabalho (CORDEIRO et al, 2016).

Os transtornos mentais (TM) são classificados como doenças com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem também, ser classificados, 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, segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

A ocorrência de transtornos mentais está aumentando na população em geral e, em especial, nos trabalhadores, apesar de nas estatísticas brasileiras, a relação entre a saúde mental o trabalho permanecer invisível (ARAÚJO, 2011).

Os Transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), citados anteriormente, são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores específicos que variam desde a exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à 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. (BRASIL, 2004).

A história da loucura, marcada pela segregação e preconceito, contempla diversos movimentos terapêuticos que propõem reformas no campo da psiquiatria e se apresentam como alternativas aos modelos clássicos de atenção destinados às pessoas com Transtorno Mental, plasmadas na luta antimanicomial.

A área de saúde mental é um dos mais desprestigiados segmentos da assistência à saúde mental no Brasil, embora seja uma das que mais exige recursos dos sistemas de saúde. (REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2006).

O campo da saúde do trabalhador vem oferecendo contribuições importantes para o entendimento das repercussões do trabalho sobre a saúde e o bem-estar dos profissionais. O conhecimento acumulado na área permite afirmar que a saúde mental dos trabalhadores está sim relacionada com aspectos do trabalho (REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2006).

Muito se fala a respeito da loucura e dos modelos de assistência oferecidos àqueles que possuem transtorno mental, muito embora os transtornos mentais relacionados ao trabalho ainda sejam expressivamente invisibilizados. Todavia, Os Transtornos Mentais e Comportamentais causam um grande sofrimento individual e social atingindo milhões de pessoas no mundo.

As repercussões psíquicas dos processos produtivos e das condições laborais, nas décadas de 1990 e 2000, começaram a aparecer nos serviços de saúde e foram legalmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde, Portaria nº 1.339 de 1999 (BRASIL, 1999a) e pelo Ministério da Previdência Social, Decreto nº 3.048 de 1999 (BRASIL, 1999b), através da descrição de algumas formas de sofrimento e adoecimento psíquico que podiam ter relação confirmada com o trabalho (CARDOSO, 2015).

Ainda é difícil entender a interseção entre a saúde mental e a saúde do trabalhador e, segundo Landim et al, (2017), a análise do processo de saúde-doença não deve ser feita fora do contexto onde acontece e não deve excluir o sujeito que sofre. O trabalho é uma base para a vida, para significação do eu no coletivo e, portanto, o jeito que as pessoas vivem ou trabalham está relacionado sim com o valor moral que é atribuído ao trabalho. (LANDIM, *et al*, 2017).

Embora as inovações tecnológicas tenham reduzido a exposição a alguns riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, contribuindo para tornar o trabalho nesses ambientes menos insalubre e perigoso, constata-se que, paralelamente, outros riscos são gerados. A precarização do trabalho e a forma de organização “minmax” (mínimo investimento, máxima produtividade) destrói o coletivo do trabalho e faz uma ruptura do laço social o que pode levar ao adoecimento grave diante de situações de impasses incontornáveis da organização do trabalho (BERNARDO, et AL 2011).

A adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais facilita a intensificação do trabalho que, aliada à instabilidade no emprego, modifica o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças

relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento mental relacionadas ao trabalho (TMRT). Configura, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001).

Alguns autores alertam as organizações sobre os custos emocionais e as necessidades que envolvem a saúde mental dos trabalhadores, e salientam que, para uma instituição atingir seus objetivos de excelência é necessário também cuidar da saúde dos profissionais.

Embora os TMRT se apresentem em alta prevalência em trabalhadores, raramente são reconhecidos como tais na avaliação da equipe do trabalho das empresas. No Brasil, existe uma corrente de estudo interdisciplinar que analisa a conexão entre saúde mental e saúde do trabalhador, com olhares distintos para tais distúrbios (GLINA, *et al*, 2001).

Em análises de programas de saúde do trabalhador implementados no país, observa-se que a hegemonia do paradigma biomédico, centrado na fisiologia corporal e nas suas formas de adoecimento, ainda não foi superado, desconsiderando frequentemente o sofrimento como algo subjetivo e complexo (LANDIM, *et al*, 2017).

De fato, a invisibilidade do sofrimento psíquico faz parte do cotidiano de trabalho do conjunto dos trabalhadores, com destaque para algumas categorias que muito aparecem na literatura, como profissionais de saúde, professores, bancários, policiais, entre outros.

De modo geral é identificada a dificuldade em diagnosticar a relação entre o transtorno mental e o trabalho. É entendido que esses profissionais enfrentam grandes desafios em seu trabalho. Via de regra, levando em consideração fatores como a dupla ou tripla jornada de trabalho, a elevada carga horária e baixa remuneração podem levar ao desenvolvimento, ao longo do percurso, de algum transtorno mental.

Diante do exposto e da escassez de pesquisas sobre os TMRT de trabalhadores do Brasil, este estudo pretende caracterizar o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros portadores de TMRT. Acredita-se que a compreensão desse perfil poderá contribuir para a

construção de estratégias de saúde do trabalhador e saúde mental mais efetivas voltadas aos trabalhadores.

OBJETIVOS

2. 1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros no que tange aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, notificados pelo SINAN entre 2006 e 2016.

2. 2 Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil epidemiológico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho em trabalhadores brasileiros notificados pelo SINAN entre 2006 e 2016;
- Identificar indicadores sociodemográficos dos trabalhadores brasileiros notificados pelo SINAN entre 2006 e 2016, acometidos pelos TMRT;
- Descrever os principais transtornos relacionados ao trabalho segundo CID 10. Subsidiar a análise do quadro de TMRT no Brasil;
- Subsidiar a implementação de políticas públicas que favoreçam a promoção da saúde mental no trabalho;
- Favorecer a construção de estratégias de atenção e acompanhamento de trabalhadores diagnosticados com TMRT.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O trabalho no contexto atual do capitalismo e as relações com o processo saúde-doença

“Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.” (MARX, 1994)

De acordo com a filosofia marxista, o trabalho se configura em um processo entre a natureza e o homem, no qual o homem controla essa relação com a natureza. Esse processo configura-se em uma atividade com fim de produção de valor de uso, uma assimilação da natureza para satisfazer as necessidades humanas básicas, citada pelo autor como “condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza” (ANTUNES, 2004).

Assim, o trabalho humano significa a ação do homem no mundo e, como tal, a expressão do ato criativo. A criação é materializada no ato de intervir em seu meio para dar origem a algo antes inexistente. Ao criar, o homem transforma o mundo e é transformado por ele, ambos não são os mesmos ao final da interação e troca.

Todavia, com o advento do capitalismo e a instituição da propriedade privada dos meios de produção (capital), o trabalho humano é transformado em mercadoria. A sociedade é organizada e estruturada com base em uma divisão social que determina o papel de cada sujeito no mundo em função da referida propriedade, ou seja, esta divisão estabelece quem vai comprar a “mercadoria” e quem será obrigado a vender a “força de trabalho humano” necessária para produzi-la. Desse modo, o papel é definido a depender do grupo que cada qual pertence, se

detentores dos meios de produção (capital) ou detentores da força de trabalho. Reside aí a origem do conflito capital-trabalho.

O conflito é intrínseco ao modo de produção capitalista, pois há uma iniquidade estruturante, haja vista que foi imputado a uma parcela da sociedade vender a única coisa que ela possui, a sua capacidade criativa, em outras palavras, sua força de trabalho. Imputado pois evidentemente não há como produzir sem instrumentos de produção.

Por outro lado, os instrumentos isolados nada produzem, visto que somente a força de trabalho humano é capaz de produzir mercadoria com valor de troca. Assim, o trabalho é transformado em mercadoria, cujo “preço” é denominado “salário” e significa precisamente as horas de trabalho humano dispendidas para produzir algo. O salário representa, portanto, o valor da venda da força de trabalho para produzir mercadorias com valor de troca.

A diferença entre o valor de troca das mercadorias que o homem produz e o valor do trabalho humano recebido significa as horas de trabalho humano não pagas, que foram apropriadas pelos donos dos meios de produção e são precisamente a origem da “mais valia”, em outras palavras, fonte do lucro (MARX, 1994).

A lógica intrínseca a este modo de produção cria com isso o trabalho alienado, pois separa o trabalhador do produto de seu trabalho. O trabalhador que antes detinha domínio de todo o processo produtivo de uma mercadoria, passa no capitalismo a executar somente uma parte do processo e aliena-se do fruto das horas de trabalho humano gastas para fazer a mercadoria (MARX, 1994).

A alienação criada pelo capitalismo é fonte de inúmeros sofrimentos que irão se somar aos incontáveis determinantes do processo saúde-doença que são vinculados à organização e gestão do trabalho, cujas formas contribuíram, cada qual em seu tempo, para conferir dado perfil de saúde aos trabalhadores.

De fato, se observado o Taylorismo, Fordismo e Toyotismo percebe-se que ao longo da história estas formas de organização e gestão do processo de trabalho conduziram também ao surgimento de diversas doenças relacionadas ao trabalho, tal como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT) emergente nos anos 80 (RIBEIRO, 1997) e os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), elevados sobretudo após os anos 90, no contexto de implantação do neoliberalismo no Brasil.

Nota-se, portanto, a relação intrínseca entre a economia, a política e a saúde, posto que cada uma das quatro Revoluções Industriais trouxeram consigo impactos profundos à saúde do trabalhador e, cada qual a seu tempo, repercutiu também nos direitos dos trabalhadores.

Nesse sentido, os anos 70 trouxeram consigo a reestruturação produtiva, a revolução tecnológica e o Toyotismo, acarretando profundas transformações na sociedade. A informatização, a produção *Just in time*, a flexibilização, a instituição do trabalhador polivalente, o produtivismo e a extinção massiva de postos de trabalho (ANTUNES, 2002) viriam a constituir um marco na transição de uma era de vigência do Estado de Bem-Estar Social (Welfare-State) e pleno emprego do século XX para um Estado Pós-Social de desemprego no século XXI. Ainda que o Brasil não tenha jamais alcançado um pleno Welfare-State e pleno emprego, o modelo de Estado era também do Estado providência.

No entanto, é preciso ressaltar que o intervalo de tempo entre os dois períodos mencionados trouxe consigo o neoliberalismo e o Estado-Mínimo, consolidados na América Latina especialmente nos anos 90, período histórico também marcado pela ascensão da globalização e surgimento da internet que viria também a impactar profundamente as sociedades e as formas de organização do trabalho.

De fato, o neoliberalismo foi marcado pela precarização do trabalho, privatizações, desemprego estrutural, elevação da carga de trabalho, cobrança por produtividade, competitividade, diminuição de salários, perda de direitos, dentre tantas outras características que permanecem vigentes até os dias de hoje. É também nos anos 90 que os problemas de saúde mental progressivamente passam a ocupar lugar de destaque no ranking das doenças e agravos à saúde do trabalhador no Brasil e no mundo.

O caso da categoria dos bancários é bastante emblemático e trágico, visto que este grupo de trabalhadores foi quem primeiro sofreu nos anos 80 com as Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT), inicialmente em bancários que exerciam na época função de digitadores em centros de processamento de dados e, posteriormente, também foi a categoria profissional que apresentou altas taxas de suicídio nos anos 90 (SANTOS; SIQUEIRA; MENDES, 2010; RIBEIRO, 1997).

Neste período o setor bancário passou por inúmeras mudanças com vistas ao aumento da competitividade nos mercados, o que acarretou a incorporação de funções muito distintas da

formação originária dos bancários, tal como a obrigatoriedade da comercialização de produtos ofertados pelos bancos, como condição para manutenção dos mesmos patamares salariais.

Além disso, ocorreram terceirizações, enxugamentos e fechamento de agências, dentre várias outras questões que podem ter favorecido a elevação de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), sobretudo suicídios. Segundo Santos et al. (2010), é vasta a literatura científica japonesa e há também vários estudos publicados no Brasil que assinalam a correlação entre a organização do trabalho e o suicídio.

Essa situação configura-se em desrespeito à saúde do trabalhador, que não tem resistido a precarização social do trabalho criada pelas políticas neoliberais e pela mundialização.

É fundamental refletir sobre a influência da organização do processo de trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, especialmente porque o cenário atual passa por novas mudanças profundas quando se foca na precarização do processo de trabalho, hoje também fundada na “uberização do trabalho” (ABILIO, 2018) e na indústria 4.0, cujos reflexos, ao que parece, serão imensos na própria organização da sociedade.

Referindo-se à “uberização do trabalho” Abílio (2018) refere:

“A uberização, portanto, consolida a passagem do trabalhador para o microempreendedor. Essa consolidação envolve novas lógicas que contam, por um lado, com a terceirização da execução do controle sobre o trabalho das empresas para um multidão de consumidores vigilantes; e, por outro lado, com o engajamento da multidão de trabalhadores com relação à sua própria produtividade, além da total transferência de custos e riscos da empresa para seus “parceiros”.

Ser um trabalhador-perfil, como é o caso do trabalhador do Uber ou de outras startups como esta, significa trabalhar por conta própria, assumir riscos e custos do trabalho, realizar sua própria rotina e criar estratégias para uma enorme concorrência. A uberização é o novo processo de trabalho que complementa as terceirizações e ao mesmo tempo concorre com elas em termos de flexibilização do trabalho. Venco (2019), aborda uma vertente bastante interessante quando compara o processo histórico da contratação de professores públicos em São Paulo e o processo de uberização.

De acordo com a nova gestão pública do estado de São Paulo, e com alterações da configuração do trabalho docente, algumas novas portarias foram publicadas, alterando o modo de contratação destes. O histórico mostra o percurso da flexibilização das relações de trabalho dos docentes a partir da qual, puderam ser contratados, docentes substitutos, ainda em formação acadêmica (estudantes universitários) e nem sempre na área de atuação ao ser contratado, além de não possuírem os mesmos direitos que são garantidos aos docentes efetivos.

Com isso, a partir de 2017, o processo passou a sofrer maior espoliação, no sentido de ter medidas adotadas, as quais objetivavam redução de custos ao Estado, aumentando assim o número de alunos por turma, ampliação da carga horária do docente (permitindo um aumento de 40 para 64 horas semanais), fechamento de cursos noturnos, entre outros.

Com isso, observa-se nesta fase uber, uma aceitação de um novo tipo de comercialização da força de trabalho no setor público e, nesse sentido, a autora afirma que existe um processo de “quase-uberização” da classe docente. Aponta-se com isso, que no fenômeno da uberização, reafirma o histórico de somatórios de implementação de precariedades e espoliação dos processos de trabalho, mesmo que inove em outros aspectos advindos do neoliberalismo.

Os trabalhadores estão expostos a um aumento do trabalho, de carga horária e de polivalência no local de trabalho, entre outras novas demandas atuais, o que vem causando um esfacelamento dos processos de trabalho e causando adoecimento neste trabalhador. O processo produtivo do trabalhador se relaciona fortemente com sua saúde mental e com a premissa de existir uma teia complexa entre o homem e seu trabalho, o sofrimento vivenciado em ambientes cada vez mais competitivos torna-se desfavorável às melhorias desses processos de trabalho e à saúde mental do trabalhador, podendo acarretar o surgimento dos TMRT.

3.2 Trabalho e adoecimento relacionado ao trabalho

Transformações do modelo econômico capitalista em conjunto com a globalização aconteceram no país nas últimas décadas do século passado, o que acarretou uma reestruturação produtiva. O aumento e implementação de inovações tecnológicas, as quais substituem a força de trabalho humano vem alterando as características do trabalho e repercutindo na vida dos trabalhadores. Além disso, as diferenças regionais brasileiras e as sucessivas alterações no

mundo do trabalho vêm demonstrando inúmeros efeitos sobre a saúde do trabalhador, configurando um perfil epidemiológico mutável nesse grupo.

Há um discurso coeso entre autores que o futuro é uma sociedade sem empregos, apontando que o modelo capitalista vigente caminha com uma radical redução do trabalho assalariado, bem remunerado e estável. A realidade atual do trabalho no Brasil nos mostra uma grande dissemelhança de situações, na qual é notável o aumento da marginalidade e da exclusão social.

O crescente desemprego e a escassez de amparo social no país contribuem para o aumento da violência e da criminalidade. Algumas questões sobre trabalho e saúde sofreram mudanças, decorrentes de problemas atuais vividos pela sociedade nos centros urbanos, o que leva a uma aproximação entre violência e morte por acidentes e por agravos relacionados ao trabalho. Para os desempregados, a esperança atual de uma nova ocupação vem acontecendo pelo mercado informal e não pelo formal.

A revolução da informática e robótica, entre as décadas de 1980 e 1990, permitiu o desenvolvimento de estratégias de segmentação das cadeias produtivas e produção e distribuição de produtos ajustados à necessidade de consumo.

A terceirização é um modo de operacionalização do sistema produtivo que surgiu nessa nova realidade. Transferir parte dos sistemas de produção para outra instância empresarial de menor porte permite a empresa líder a manutenção e controle dos processos produtivos que operam como rede em diversas regiões. Nessas empresas de pequeno porte as jornadas de trabalho são ampliadas, a precarização do trabalho é contínua, seja pela flexibilização, seja pelo acúmulo de funções ou pelo descumprimento da regulação de proteção a saúde.

A terceirização proporciona, portanto, o agravamento das condições de saúde do trabalhador levando-se em consideração que o risco de adquirir uma doença é diretamente proporcional à duração e intensidade da exposição ao risco.

A Revolução Industrial trouxe grandes transformações em todas as áreas de atividade humana. Posteriormente a humanidade transitou da sociedade industrial para a sociedade da informação. Essa visão é importante para entender que por conta dessas transformações há uma mudança no perfil de morbidades dos trabalhadores brasileiros.

Para as empresas, o adoecimento do trabalhador afeta o custo da produção além de causar um aumento dos preços de bens e serviços, o que intervém no conjunto da economia. Onera também o Estado quando este necessita prover aos trabalhadores adoecidos a atenção à saúde e ativação do sistema de previdência. Esses custos são estimados pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) e chegam a atingir de 2 a 14% do PIB (produto interno bruto) do país, sendo da ordem de aproximadamente 20 bilhões de reais ao ano.

Os agravos relacionados ao trabalho são aqueles que são inerentes ao desenvolvimento de alguma atividade laboral e embora não possuam especificidades com uma ocupação específica, apresentam maior incidência em alguns tipos de atividades laborais. Em 2001 foi publicada pelo MS (Ministério da Saúde) a lista de doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com o CID 10. Esse documento relaciona o agravo aos potenciais agentes ou fatores de risco ocupacionais e por isso contribui para a vigilância em saúde e para a caracterização do agravo e seu vínculo com o trabalho.

Compreende-se, portanto, que para estudar agravos relacionados à saúde do trabalhador no país deve-se entender que a estrutura econômica hegemônica, centrada no capitalismo, é determinante nos processos de trabalho vigentes e nos perfis de morbimortalidade da população trabalhadora do país.

3.3 Trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT)

Atualmente os TMRT são uma preocupação crescente, são consequência de situações no processo de trabalho. O número de TMRT vem aumentando mundialmente e por isso tem motivado o interesse no campo acadêmico, principalmente em países de baixa e média renda, onde as condições de trabalho são mais precárias.

Estudos no campo de saúde do trabalhador vem demonstrando que características das organizações do trabalho estão sim associadas ao desenvolvimento de TMRT, entretanto, seus aspectos subjetivos tornam mais difícil o diagnóstico.

A nova configuração do processo de trabalho causa portanto, um novo perfil de morbidade no trabalhador que não pode ser visto como um problema individual, já que como violência, vem afetando grande número de trabalhadores, tornando-se um problema de saúde

pública e gerando acidentes e agravos relacionados ao trabalho, entre eles, os TMRT (FRANCO; DRUCK; SELIGMAN-SILVA, 2010).

Muitas ferramentas e abordagens foram e são utilizados para pesquisa sobre a relação trabalho e saúde mental, contudo, há lacunas na compreensão dessa relação, o que dificulta o estabelecimento do nexos causal, e por assim sendo, o diagnóstico propriamente dito (MERLO, 2011).

As primeiras observações sobre psicopatologia e trabalho foram realizadas com objetivo de estabelecer a interação entre eles, por Le Guillant, que identificou a síndrome geral da fadiga nervosa em telefonistas de Paris. Em 1980, Christophe Dejours publica a obra “A loucura do trabalho: estudo sobre a psicopatologia do trabalho”, traduzido para o português em 1987, que inovou o conhecimento das repercussões da organização do trabalho na saúde mental do trabalhador (MERLO, 2011).

Todavia, apenas no período pós-guerra, o movimento operário percebeu que aquele momento era uma oportunidade de exigência de melhores condições de trabalho e reuniu forças para tal, pois havia uma escassez de mão de obra no setor produtivo, resquício da guerra. A partir daí, nasceu um programa de proteção dos trabalhadores, preocupação que surgiu com a implantação do modo taylorista, que exigia desempenhos diferenciados do até então conhecido, o que levava esses trabalhadores à exaustão física e afetando sua saúde mental. Relevando a informação de que:

“...não era o aparelho psíquico que surgia como primeira vítima nesse processo, o corpo disciplinado e dócil, entregue, sem obstáculos, à injunção da organização do trabalho [...] corpo sem defesa, corpo explorado, fragilizado pela privação de seu protetor natural que seria o aparelho mental” (DEJOURS, 1987, p. 18).

Outra exigência operária no pós-guerra foi “a melhoria das condições de trabalho”, que incluía a luta pela saúde mental, e em 1968, na Europa, surgiu o grande movimento contra a sociedade de consumo e alienação do trabalho. Dejours a fim de responder “o que no trabalho seria a fonte da malignidade para a vida mental?”, buscou conhecimento, baseado em fatos históricos de insatisfação e de luta da classe trabalhadora e concluiu que o sofrimento mental é resultante da organização do trabalho e não das condições de trabalho, como era pensado. Para ele a organização do trabalho dizia respeito ao sistema hierárquico, a forma como o trabalho

era dividido, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades e o conteúdo da tarefa. Já as condições de trabalho seriam o ambiente físico, biológico, condições de segurança e higiene (DEJOURS, 1987).

Segundo Bernardo e Garbin (2011), muitos estudos no campo da saúde do trabalhador vêm sendo desenvolvidos e demonstram que características da organização do trabalho estão associadas aos TMRT porém o diagnóstico se torna difícil quando envolvem aspectos subjetivos e conseqüentemente há a dificuldade de estabelecimento de parâmetros que sejam utilizados para execução de tarefas, metas de produção e cobranças pelo empregador.

O Ministério da Saúde, no que tange onexo causal entre trabalho e doença, aborda e recomenda o uso do método Schilling, que facilita o diagnóstico dos transtornos mentais e comportamentais. Ele estabelece grupos para avaliação: descompensação no trabalho, dificuldades de concentração e deterioração, limitações das atividades da vida diária e dificuldades no exercício de funções sociais. Esse método traz três grupos, no primeiro não se enquadram os TMRT, apenas no grupo II e III. (BRASIL, 2014).

Sendo assim, os TMRT são resultantes de interações entre aspectos do processo produtivo com o “corpo e com o subjetivo” do trabalhador e não apenas de fatos isolados. Condições ocupacionais interferem na saúde mental e os TMRT tendem a se agravar quando os trabalhadores se submetem a circunstâncias penosas no local de trabalho.

A OMS evidencia que esse tipo de agravo é responsável por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidade laboral no mundo, além de estar associado ao desemprego e a falta de oportunidades educacionais (OMS, 2010).

Sendo assim, observa-se a necessidade de políticas públicas que realizem articulação entre setores da sociedade, e entre saúde mental e trabalho, para planejamento e implementação de ações de prevenção, assistência e reabilitação dos trabalhadores. Para isso, mais estudos nessa temática são necessários, principalmente no que tange adoção de medidas nas organizações e que evidenciem a presença de desgastes no processo de trabalho.

3.4 SUS e as Políticas de Saúde do Trabalhador

3.4.1 Processo histórico de construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

A saúde do trabalhador tem a origem da sua trajetória numa época de luta e organização pela redemocratização do país, principalmente nos anos 70, nos quais houve mudanças nas concepções de políticas públicas de saúde vigentes, bem como o fortalecimento dos movimentos dos trabalhadores. Por outro lado, a Reforma Sanitária instituída em 1988 como fruto da luta da classe trabalhadora articulada a uma diversidade de movimentos sociais deu suporte para institucionalização da saúde do trabalhador e houve também o aumento das pesquisas acadêmicas sobre o tema. Ademais, aconteceu a 1ª CNST e a criação do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) e de centros de referência do trabalhador, numa configuração ainda pouco insipiente.

Ela surge como contraposição à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, num ponto de vista político, institucional e acadêmico na saúde coletiva. Como integrante da saúde coletiva, a saúde do trabalhador se propõe a dialogar e perpassar concepções reducionistas sustentadas por uma visão reduzida e unicausal sobre doenças, fatores de risco e agentes adoecedores nos ambientes de trabalho. Agrega o saber em saúde coletiva, utilizando dos seu tripé: epidemiologia, ciências sociais em saúde e administração e planejamento em saúde. Assim, passa a ser vista como direito, levando-se em consideração o princípio da universalização do SUS. Pode-se afirmar, portanto, que um dos objetos da saúde do trabalhador é o processo de saúde/doença de agregados de pessoas em relação ao trabalho. Foi criada para promover a saúde do trabalhador, entretanto muitas iniciativas e medidas recomendadas geravam conflitos entre o Estado e organizações (GOMEZ, 2013).

Aconteceram quatro Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), a primeira em 1986 inclui a saúde do trabalhador como uma prática de saúde pública e daí foram promovidos programas de saúde do trabalhador, que garantiam a atuação dos sindicatos dos trabalhadores e o direito do controle social em tais programas. Na segunda, em 1994, foi discutido e implementado planos de ação objetivando a municipalização da saúde com apoio do Ministério da Saúde, Previdência Social e Trabalho, junto às três esferas do governo, em benefícios destas ações para desenvolver pesquisa, vigilância, assistência e reabilitação dos trabalhadores (GOMEZ, 2013).

A portaria 1679 do Ministério da Saúde de 2002, foi instituída e dispôs sobre a criação da RENAST, uma rede criada, que tem como objetivo desenvolver ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde do trabalhador, além de organizar e integrar a rede de saúde do trabalhador no SUS. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 17) aborda da seguinte maneira: “A RENAST representou o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da saúde do trabalhador no SUS”.

Após a criação da RENAST tornou-se necessária a elaboração e construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) com o objetivo de:

promover e proteger a saúde dos trabalhadores por meio de ações de promoção, vigilância e assistência; explicitar as atribuições do setor saúde no 21 que refere às questões específicas de saúde do trabalhador dando visibilidade à questão; viabilizar a pactuação intra e intersectorial; e fomentar a participação e o controle social (BRASIL, 2006, p. 21).

A PNST foi um grande passo para orientação de ações e de produção científica na área. Além de ser a principal referência normativa de diretrizes e princípios da saúde do trabalhador, a política pode vir a contribuir com a superação do afastamento entre produção acadêmica e a fundamentação na prática dos serviços (LACAZ, 2013).

A PNST foi instituída em 2012, proveniente da luta de aproximadamente 30 anos, sendo uma política contra-hegemônica, uma política voltada para trabalhadores, expressa em ações de resistência à lógica financeira e desenvolvimentista (COSTA et al, 2013).

É parte do que compete ao SUS e segue suas diretrizes e princípios. Está alinhada à PNSST (Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho) e tem como objetivo:

“...definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012).

Um dos principais instrumentos da política é a VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador), que é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no SUS, e

nela mora a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho. Segundo a Portaria Federal MS/GM nº 3120 de 1998, a VISAT é definida como:

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

A VISAT se faz processo social contínuo, que consegue articular práticas e saberes de controle sanitário, visando a promoção, proteção e assistência em saúde aos trabalhadores, num determinado território. Para isso há de se realizar ações como conhecer a população trabalhadora do território, avaliar impactos na saúde e das medidas adotadas, intervir nos riscos e determinantes dos agravos à essa população e subsidiar as decisões realizadas por órgãos competentes. Suas ações são articuladas em torno da relação conflituosa entre trabalho e capital, por isso, vigiar os determinantes de agravos muitas vezes representa agir em um espaço de relações de poder. E assim sendo, o Estado, na sua função regulatória, representado pela VISAT, muitas vezes precisa intervir no processo de produção, o que pode interferir nas esferas de reprodução social gerando embate e muitas vezes, por isso, as equipes só realizam a vigilância de locais solicitados, com demandas dos trabalhadores ou sindicatos (SANTANA; FERRITE, 2013; PINHEIRO et al., 2013).

O desafio é que a aferição do processo se baseie em resultados objetivos, cujo percurso informativo tenha colmo desfecho a investigação/ação concretizada, digna dos trabalhadores.

3.4.2 SINAN, RENAST, CEREST na Saúde Mental

A epidemiologia é uma ciência de fundamental importância para compreensão sobre determinantes e causas de doenças e de fatores associados, entre outros aspectos, que são decisivos para formulação de políticas e práticas de prevenção. Essa ciência monitora e baseia-se em informações relativas à saúde e dados relacionados à saúde para que de um modo sistemático e contínuo, possa-se estudar, analisar e compreender processos de adoecimento para que se consiga prevenir e evitá-los. Sendo assim, para tal monitoramento e cumprimento de seus objetivos, é necessária a existência de um sistema de informação. Sistemas de informações, seja de saúde ou não, são criados com o objetivo de vigilância e monitoramento.

Sistemas de informações existem mundialmente e no Brasil existem alguns sistemas de informações utilizados no campo de saúde do trabalhador sendo quase todos de responsabilidade do SUS (DATASUS: Departamento de Informática do SUS) e da Previdência Social. Esse trabalho utilizou dados do SINAN, um sistema de informações que dispõe de dados sobre exposições e casos de doenças ocorridos.

Com o SINAN é possível realizar diagnósticos da ocorrência de um evento em uma população, o que fornece subsídios para esclarecimentos causais dos agravos e indicar riscos aos quais esta população está sujeita, o que torna possível a identificação da realidade epidemiológica daquela área. Diferente do sistema de informação da previdência social, o SINAN se destaca em relação à saúde do trabalhador, pois inclui não só os trabalhadores formais como também os informais, terceirizados, cooperativados e domésticos (BRASIL, 2007).

O SINAN iniciou sua implantação gradualmente, a partir de 1993, de maneira heterogênea nos estados e municípios brasileiros, e inicialmente apresentava muitas lacunas quanto à coordenação e monitoramento por parte da gestão da saúde.

Somente no ano de 1998, através da Portaria Federal MS/GM nº 3129/98, foi aprovada a normativa da VISAT no SUS, que definia procedimentos para o desenvolvimento de ações, dando autonomia aos estados e municípios para incorporação de suas práticas. O SINAN passou a ser gerido pelo DATASUS neste mesmo ano, através da Portaria da Funasa/MS nº073/1998, na qual desenvolveu-se fluxos e instrumentos de investigação, como por exemplo a criação de um software para alimentação regular do SINAN (BRASIL, 2007).

A Bahia foi o primeiro estado a estabelecer uma lista estadual de oito ART (2016) de notificação compulsória, no ano de 1997, a partir da portaria nº2867. Os agravos eram: LER e DORT (lesões por esforço repetitivo e doenças osteomusculares relacionados ao trabalho), PAIR (perda auditiva induzida por ruído), intoxicação por agrotóxico, intoxicação por benzeno, dermatoses ocupacionais, intoxicação por chumbo, acidentes de trabalho com óbito e pneumoconioses. As ART só foram incluídas no SINAN em âmbito nacional em 2004, pela portaria nº777, sendo um importante marco na política de saúde do trabalhador.

Foi então, definido que onze ART seriam de notificação compulsória, sendo elas: pneumoconioses, dermatoses ocupacionais, PAIR, intoxicações exógenas por substâncias químicas (agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), LER/DORT, acidentes de trabalho

fatais, acidentes de trabalho com mutilações, com exposição a material biológico, acidentes de trabalho de qualquer tipo em crianças e adolescentes, câncer e **transtornos mentais relacionados ao trabalho**.

Em 2003, com a portaria nº2325 do MS, definiu-se que as ART devem ser apenas notificadas por unidades de saúde componentes de uma Rede Sentinela (BRASIL, 2003), e não por todos os estabelecimentos de saúde. As unidades sentinelas são àquelas cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e que possuem uma equipe de saúde treinada para realização de investigação e de notificações de agravos relacionados a saúde do trabalhador e que deve desenvolver ações de prevenção, vigilância e intervenção em sua área de abrangência. A capacitação das unidades sentinelas é feita pelos CEREST em conjunto com as diretorias regionais de saúde. Podem fazer parte da rede sentinela, unidades como: CAPS, NAPS, CEREST, urgências e emergências, laboratórios especializados, serviços ambulatoriais especializados e ambulatórios médicos (BAHIA, 2009).

Essa descentralização do SINAN permite que todos os profissionais tenham acesso as informações, tornando-as disponíveis às populações, tornando-se um importante planejamento de saúde e de definição de prioridades de intervenção e avaliação. A ficha do SINAN pode ser preenchida pela equipe multidisciplinar nos estabelecimentos de saúde, e deve ser encaminhada aos serviços de vigilância epidemiológica do município pelo SINAN, de acordo com cronograma local. O não envio das notificações por dois meses consecutivos ocasiona a suspensão do repasse dos recursos do Piso de Assistência Básica (PAB), conforme estabelecido pela Portaria GM/MS n. 1882/1997, medida essa utilizada como estratégia para evitar subnotificação e aumentar o preenchimento das fichas de notificação (BRASIL, 2007).

A portaria federal do GM/MS nº104 de 2011 foi a publicação mais recente que incorporou novos agravos de notificação compulsória e outros agravos relacionados ao trabalho além de definir terminologias.

O SINAN ainda é um sistema em expansão e por isso dificulta a construção de prevalências representativas, o que limita pesquisas epidemiológicas com esse indicador. Muitas dificuldades ainda são enfrentadas nas pesquisas em saúde do trabalhador pois o sistema ainda não cobre toda população, geograficamente falando, além de existir um número alto de subregistros em alguns campos da ficha de notificação, ocasionando uma baixa qualidade de informações (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Soma-se a isso, a alta carga de trabalho dos profissionais de saúde e a existência de dificuldades da notificação das fichas de investigação por conta de sua complexidade. Observa-se que há muitos serviços de saúde privados não cadastrados nas secretarias de saúde, o que ocasiona uma subnotificação importante.

Embora haja tantas dificuldades, o uso do SINAN tem uma grande vantagem que é a probabilidade de cobertura de todos os trabalhadores, formais e informais, levando-se em consideração o princípio da universalidade. Todavia, é mandatório o uso dos dados notificados com objetivos de assessorar no planejamento de políticas públicas e monitoramento de agravos.

Podemos abordar também, sobre a saúde do trabalhador, a criação da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador, que ocorreu em 2002, a partir da portaria do MS nº 1.679 sendo ampliada e fortalecida através das Portarias MS nº 2.437 de 2005 e MS nº 2.728 de 2009 e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CARDOSO, 2016).

A RENAST se configura na rede nacional de informações e práticas de saúde do trabalhador, com objetivo de desenvolver ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde além de ações assistenciais. Ela organiza e integra a rede de serviços do SUS em saúde do trabalhador, principalmente os CEREST e as unidades sentinelas, citadas anteriormente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

Os CEREST foram implantados nas esferas públicas no então conhecido Programa de Saúde do Trabalhador, a partir da discussão na 1ª CNST Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador). Esses centros (CEREST) foram instrumentalizados através da NOST (Norma Operacional de Saúde do Trabalhador), portaria MS nº3098 de 1998. (MINAYO- GOMEZ; LACAZ, 2005; LACAZ, 2013; SANTANA; SILVA, 2013).

Os CEREST têm o objetivo de difundir o conhecimento sobre o processo saúde/doença/trabalho e garantir a integralidade, como princípio, à saúde dos trabalhadores. Devem oferecer suporte técnico e apoio matricial às demais unidades da Rede SUS, objetivando a garantia de vigilância, promoção da saúde, prevenção da doença e assistência, tratamento e recuperação dos trabalhadores. Possui ações da VISAT, como educação permanente em saúde, inspeções nos locais de trabalho, investigação donexo causal e apoio matricial. Além de coordenar projetos de promoção, prevenção e assistência à saúde do trabalhador e amparar a

formulação de políticas públicas, e implantam a rede sentinela para notificações no SINAN (BRASIL, 2009, 2012).

Muitos CEREST são regionais, porém há também os municipais. Os regionais normalmente ficam localizado no município sede e recebem verba do Fundo Nacional do Ministério da saúde destinado à Rede de Atenção à saúde do trabalhador e dão retaguarda técnica aos municipais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

O modelo de atenção proposto pela RENAST segue a logica do modelo do SUS, promovendo atenção integral e universal aos trabalhadores (BRASIL, 2006):

A partir das ações assistenciais são identificados os “casos” ou situações de adoecimento relacionados ao trabalho, que são notificados no Sistema de Informação, desencadeando procedimentos de vigilância da saúde. As ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, vigilância epidemiológica de agravos e da vigilância ambiental também geram informação e identificam “casos de doentes ou de suspeitos” que são encaminhados à rede de serviços Sentinela, para diagnóstico e, se necessário, para tratamento e reabilitação. Fecha-se, dessa forma, o ciclo da atenção integral à saúde dos trabalhadores, que inclui ainda, procedimentos de promoção da saúde definidos e implementados no âmbito do sistema de saúde e fora dele, pelo setor Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e outros setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2006, p.35).

Os CEREST estão em expansão no país, muitos surgiram entre 2002 e 2012, e atualmente todos os estados possuem um estadual com exceção de Sergipe que possui uma gestão diferenciada. Observa-se que os CEREST regionais em sua maioria não atendem ações foram do seu município sede, o que pode não garantir uma efetividade em ações de saúde do trabalhador desde que não há cobertura total da população (MERHY-SILVA, 2013; BRASIL, 2013).

Algumas pesquisas demonstram uma implantação dos CEREST abaixo da capacidade e justificam falta de recursos humanos para alcançar os objetivos. Dessa maneira, ainda são necessários esforços para melhorar as ações de saúde do trabalhador no país. Além de ser necessário a revisão da cobertura dos CEREST regionais para que seja possível compatibilizar sua capacidade com o serviço e é essencial aproximar esse serviço com outras instancias de atenção a saúde do SUS, principalmente no que tange a saúde mental, fortalecendo a formação da rede sentinela relacionada a saúde do trabalhador (MACHADO, 2013).

METODOLOGIA

No presente estudo foi escolhida uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo retrospectivo, a partir de notificações de TMRT no SINAN (2006 – 2016). Esse período foi escolhido pois são os únicos disponíveis na íntegra, no site do DATASUS. A pesquisa quantitativa contempla a coleta sistemática de informação que além da análise da informação também é enfatizado o raciocínio dedutivo, mediante trabalho estatístico. Foram analisados o número absoluto e o percentual dos dados notificados de acordo com as variáveis escolhidas.

Foi verificada a não completude de algumas variáveis no sistema do DATASUS. (Quando se fala em completude, refere-se ao grau de preenchimento do formulário de notificação do campo analisado, que é mensurado pela proporção dessas notificações com campos preenchidos, com categoria distinta daquelas que indicam ausência de dados).

A investigação descritiva é consonante com o objeto em estudo pois o objetivo da descrição é aprofundar uma realidade, descrevendo fatos e fenômenos a serem estudados. Essa pesquisa tem a função de, através de dados analíticos, demonstrar o fenômeno estudado com suas conexões com outros e natureza (TRIVIÑOS, 2007).

A abordagem quantitativa é utilizada quando há dados a serem mensurados, classificados e analisados estatisticamente. É caracterizado pelo emprego da quantificação, tanto na coleta de informações quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. De modo geral possui a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados como diferencial, encaminhando a um resultado com poucas chances de distorções (DALFOVO, 2008).

A abordagem estatística dos dados quantitativos foi realizada com auxílio do programa SPSS 2.0. Como fontes de informação foram utilizados dados secundários, coletados do SINAN. Foram utilizados também artigos científicos coletados de acordo com os descritores e com o tema escolhido.

Foram definidas como variáveis: os 5 CIDS que mais notificados, o ano das notificações, a região, a UF, raça/cor, escolaridade, zona de trabalho, situação no mercado de trabalho, CNAE mais notificada, tempo de exposição ao risco, regime de tratamento, uso do álcool, uso de drogas psicoativas, uso de psicofármacos, afastamento da situação de desgaste mental,

tabagismo, adoção de proteção individual, adoção de mudanças na organização do trabalho, adoção de proteção coletiva, nenhuma conduta tomada, afastamento de local de trabalho, se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho, se o paciente foi encaminhado a um CAPS, se foi emitida a CAT e evolução da doença.

Como benefícios, acredita-se que o estudo irá subsidiar a análise do quadro de saúde mental dos trabalhadores brasileiros e poderá favorecer a construção de estratégias de atenção e acompanhamento de servidores diagnosticados com TMRT.

Esta pesquisa utilizou dados secundários, disponíveis na internet, sem qualquer identificação dos trabalhadores, apresentando informações gerais e coletivas acerca da situação de saúde dos trabalhadores brasileiros. Dessa forma, foi dispensada a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL ENTRE 2006 E 2016

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WORK-RELATED MENTAL DISORDERS IN BRAZIL BETWEEN 2006-2016.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil do trabalhador brasileiro, em específico, no que tange à saúde mental, a partir das notificações de TMRT (transtornos mentais relacionados ao trabalho) no SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificações) entre os anos de 2006-2016. Foram notificados 5790 casos nesse período e foram avaliados de acordo com as variáveis presentes na ficha de notificação do SINAN. A análise e interpretação dos dados é de fundamental importância para criar estratégias e planejar ações para melhorar a assistência à saúde do trabalhador e suas condições de trabalho. Os resultados mostram que os trabalhadores que mais adoeceram no Brasil por TMRT, no período estudado, são mulheres, com idade entre 30 e 49 anos, com ensino médio ou superior completos, que trabalham na intermediação financeira (bancários), na zona urbana, situada nas regiões Sudeste e Nordeste, que possuem carteira assinada e adoecem, em primeiro lugar, por Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (F43).

Palavras chave: saúde mental; trabalho; saúde do trabalhador; transtornos mentais.

Abstract

This study aimed to characterize the profile of the Brazilian worker specifically regarding mental health, from the notifications of work-related mental disorders (TMRT: transtornos mentais relacionados ao trabalho) in the SINAN (Sistema de Notificação de agravos) between the years 2006 to 2016. 5790 cases were reported during this period and were evaluated according to the variables present in the SINAN notification form. Data analysis and interpretation is of fundamental importance to create strategies and plan actions to improve workers' health care and working conditions. The results shows that the workers most became ill in Brazil due to TMRT during the study period are women, aged between 30 and 49 years old with complete high school or higher education, who work in financial intermediation (banking), in the urban area, located in the Southeast and Northeast, which have a formal contract and are firstly from reactions to severe stress and adaptation disorders (F43).

Keywords: mental health; job, worker's health; mental disorders.

Introdução

O Brasil é um país de dimensões continentais que vive uma grave crise econômica e política nos últimos anos, cujas repercussões incluem recessão e altíssimas taxas de desemprego. As transformações globais no universo do trabalho evidenciam cada vez mais, no Brasil e no mundo, processos de aumento da exploração da força de trabalho, precarização e perda de direitos que impactam fortemente a saúde do trabalhador. Nesse sentido, cabe destacar que os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) ocupam progressivamente, em nível global, a lista dos principais agravos oriundos do trabalho.

No Brasil, embora os Sistemas de Informação em Saúde implantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tenham capacidade de oportunizar o monitoramento e acompanhamento das doenças relacionadas ao trabalho, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sabe-se que existem ainda grandes desafios nesta questão, seja pela lacuna existente na realização donexo causal, seja pela alta taxa de subnotificação, seja pela falta de incorporação massiva da categoria trabalho na formação e práticas de saúde ou mesmo demais causas.

De fato, a inclusão da categoria trabalho enquanto determinante social em saúde constitui uma luta histórica da classe trabalhadora que persiste até os dias atuais (HOEFEL; SEVERO, 2011). No caso dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, o nexocausal

parece ser ainda mais negligenciado, embora eles sejam a terceira causa de adoecimento nos trabalhadores do Brasil e em concessão de benefícios acidentários (ARAÚJO, 2018).

Com efeito, as características do modo de produção e gestão do trabalho implantadas com a reestruturação produtiva e intensificadas após a implantação do neoliberalismo, marcadas por grande cobrança por produtividade, alta competitividade, precarização, informatização, elevada carga horária e baixa remuneração (ANTUNES E ALVES, 2004), estabeleceu expressiva pressão psicológica sobre os trabalhadores, elemento que acompanha temporalmente o aumento da frequência dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) (FERNANDES et al, 2018).

Soma-se a isso muitos outros fatores advindos do contexto atual global da “uberização do trabalho” (VENCO, 2019), bem como os profundos impactos na perda de direitos dos trabalhadores decorrentes das tendências mundiais de desmantelamento dos sistemas de proteção social induzidos desde os anos 90 pelo neoliberalismo e, no caso do Brasil, expressos novamente na recente Reforma Trabalhista, a qual instituiu o trabalho intermitente, para citar um exemplo emblemático.

Esta nova categoria de trabalho está alinhada à lógica da “uberização do trabalho” e poderá acarretar incontáveis problemas de saúde mental, haja vista que implica altíssima precarização, imprevisibilidade e a total impossibilidade de planejamento e organização da vida individual e familiar, o que gera insegurança total e, conseqüentemente instabilidade emocional e psíquica frente ao cotidiano da vida (HOEFEL, SEVERO, PORDEUS, 2018).

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2013) em seu estudo afirmam que a precarização do processo de trabalho é multidimensional, pois ela altera a vida dentro e fora do trabalho, impactando todos os trabalhadores, sejam eles incluídos ou excluídos do mercado, pois os que estão em uma situação de trabalho mais estável, também vivenciam frequentemente a insegurança e a competitividade. Com efeito, sabe-se que o medo do desemprego é algo que se tornou constante e pode ser causa de grande estresse e sofrimento para os trabalhadores.

É notório que a experiência do desemprego tem profundos impactos em todas as dimensões da vida, seja na esfera profissional, social, cultural ou familiar, haja vista que representa a exclusão não somente do “mundo do trabalho”, mas da vida em sociedade. O desemprego gera ruptura de redes, perda das relações sociais e profissionais, bem como expõe

os trabalhadores a uma condição de vulnerabilidade frente à garantia das condições materiais de existência e possibilidade de produção e reprodução da vida.

Com efeito, o desemprego parece ser uma espécie de “não lugar”, que imputa uma invisibilidade progressiva aos sujeitos e os conduz para um processo de estigmatização e culpabilização que invariavelmente é produtor de imenso sofrimento e pode provocar diversos transtornos mentais relacionados ao trabalho (e ao não trabalho).

Por outro lado, sabe-se que apesar de o trabalho constituir eixo estruturante da produção da vida e organização da sociedade, ele pode tanto ser promotor de saúde e prazer como também pode ser origem de adoecimento e sofrimento, a depender de vários elementos, em especial das formas de organização e gestão dos processos de trabalho, mas também da interação destas com demais aspectos vinculados às subjetividades e singularidades dos sujeitos, podendo contribuir ou evitar o sofrimento mental.

Levando em conta que os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) já ocupam o terceiro lugar entre as doenças e agravos que mais acometem a classe trabalhadora e considerando ainda o cenário atual de desemprego, bem como as mudanças nas formas de produção, organização e gestão dos processos de trabalho que impactam a saúde mental dos trabalhadores, torna-se fundamental a construção de estratégias para o fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador voltadas para a intervenção sobre a saúde mental no trabalho.

Todavia, a implantação das medidas profícuas para intervir nos transtornos mentais relacionados ao trabalho, previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, exige conhecimento aprofundado capaz de elucidar algumas das seguintes questões: Quem são os trabalhadores que estão adoecendo por TMRT? Quais são os setores produtivos mais associados aos TMRT? Quais são as categorias profissionais que estão sendo mais acometidas? Quais são os tipos de TMRT mais recorrentes? São adotadas medidas relativas à organização e gestão dos processos de trabalho geradores de TMRT? Quais são as medidas de atenção à saúde mental dos trabalhadores que tem sido adotadas?

Assim, esta pesquisa tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e de atenção à saúde desses trabalhadores, com intuito de subsidiar a análise do quadro de TMRT no Brasil e favorecer a construção de estratégias de atenção e acompanhamento de trabalhadores diagnosticados com TMRT.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, com base em dados secundários advindos do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), especificamente das notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, no período compreendido entre 2006 e 2016. A pesquisa quantitativa utiliza a coleta sistemática de informações, além da análise dessas informações mediante processos estatísticos (CORDEIRO et al, 2016).

A escolha do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi feita por ser o sistema que orienta ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador (VISAT) previstas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Desse modo, no que tange aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), o SINAN se baseia em uma ficha utilizada como instrumento para notificar os TMRT, conforme rege a Portaria 205/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Esta ficha pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde das unidades sentinelas do país e, em caso de profissionais de outras unidades não sentinelas, uma vez capacitados, também podem preencher a ficha. As unidades sentinelas são aquelas que são referência para diagnóstico, notificação e investigação de agravos relacionados ao trabalho.

Assim, esta pesquisa obteve dados secundários do referido sistema e o período histórico definido correspondeu à totalidade dos dados públicos disponibilizados pelo SINAN na internet. Ressalta-se que foi realizada solicitação oficial para acesso aos dados do SINAN referentes ao ano de 2017, com intuito de abarcar dados mais recentes relativos aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), porém não houve resposta oficial do DATASUS.

Desse modo, os dados foram extraídos diretamente do site do DATASUS e analisados com auxílio do SPSS 2.0. Os resultados são apresentados na forma de tabelas e gráficos, os quais foram categorizados e separados em dois grandes blocos alinhados com os objetivos da pesquisa: 1) Perfil sociodemográfico dos trabalhadores brasileiros acometidos por Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) registrados no SINAN e 2) Perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil entre 2006-2016.

Com relação ao perfil sociodemográfico, foram analisadas as seguintes variáveis: ano de notificação, sexo, faixa etária, Unidade Federativa de notificação, região, escolaridade, raça/cor, zona de trabalho, situação do mercado de trabalho, atividade econômica.

Quanto ao perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil entre 2006-2016, as variáveis incluídas foram: caracterização das morbidades segundo CID-10; Uso de álcool; Psicofármacos; Drogas Psicoativas; Tabagismo; Afastamento da situação de desgaste mental; Tempo de Exposição ao Agente de Risco, Adoção de proteção individual, Adoção de proteção coletiva, Adoção de mudança na organização do trabalho, Afastamento do local de trabalho, Nenhuma conduta, Condutas organizacionais, Identificação de outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho, Emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), Regime de tratamento, Identificação de encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos, Evolução.

Esta pesquisa utilizou dados secundários, disponíveis na internet, sem qualquer identificação dos trabalhadores, apresentando informações gerais e coletivas acerca da situação de saúde dos trabalhadores brasileiros. Dessa forma, foi dispensada a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados e análise

Os dados estão apresentados em gráficos e tabelas, os quais foram analisados em consonância com a caracterização, a partir da ficha de notificação de casos de TMRT nos trabalhadores do Brasil entre os anos de 2006 – 2016. Considerando os objetivos da presente pesquisa e as variáveis disponibilizadas pelo SINAN, a análise foi dividida em 2 blocos, o primeiro será sobre o perfil sociodemográfico e o segundo sobre o perfil epidemiológico, o qual discutirá também variáveis capazes de refletir sobre a atenção à saúde do trabalhador.

Perfil sociodemográfico dos trabalhadores

Foram analisados 11 anos de notificações, no período compreendido entre 2006-2016 (Tabela 1), e identificada a ocorrência 5790 notificações de TMRT no Brasil. No referido período, observa-se que os anos de 2015 (1048 notificações) e 2016 (1193 notificações) foram os anos que mais ocorreram notificações em relação aos TMRT nos trabalhadores. Percebe-se que o número de notificações cresce a cada ano, o que pode estar associado à implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2007.

Por outro lado, a expressiva elevação do número de notificações observada nos anos de 2015 e 2016 se destaca na série histórica analisada e pode ser decorrente do grave cenário político e econômico que o país adentra no mencionado período. A crise conduz às altas taxas de desemprego e leva o trabalhador ao medo de perder o emprego que possui, favorecendo o aumento dos riscos de estresse, depressão, ansiedade e podendo impactar seriamente a saúde mental dos trabalhadores, o que é previsível em um contexto de crise política e econômica.

Segundo dados do IBGE (2019), a taxa de desemprego ao final do primeiro trimestre de 2019 alcançou 12,5%, o que representa em torno de 13 milhões de pessoas desempregadas. Além disso, existem ainda 28 milhões de subutilizados e 5 milhões de desalentados, o que sinaliza um cenário trágico e de riscos à saúde mental.

Tabela 1: Ano de notificação

	Nº pacientes	% pacientes
2006	18	,3
2007	94	1,6
2008	174	3,0
2009	304	5,3
2010	371	6,4
2011	609	10,5
2012	585	10,1
2013	598	10,3
2014	796	13,7
2015	1048	18,1
2016	1193	20,6
Total	5790	100,0

Dos 5790 casos notificados, 58,4% (n=3384) eram mulheres, comparados com 41,6% (n=2406) casos masculinos (Tabela 2). Além disso, em 10 dos 11 anos estudados, conforme

Quando observado o número total de notificações distribuído em grupos por faixa etária, conforme Tabela 4 abaixo, nota-se que 68% dos trabalhadores adoecidos tinham idade entre 30 e 49 anos. Dentre os 5790 casos notificados, 2096 casos foram na faixa etária de 30 – 39 anos, seguidos do grupo de 40 – 49 anos com 1842 casos. Além disso, na tabulação cruzada da idade com o intervalo de anos analisados (Tabela 5), nota-se um aumento da frequência das notificações nesses mesmos intervalos de idade (30 - 39 e 40 - 49 anos) ao longo dos anos, o que sinaliza uma tendência de concentração dos TMRT na referida faixa etária.

Este dado revela uma situação preocupante se considerado que este intervalo de faixa etária é também o intervalo que concentra a maioria da população economicamente ativa (PEA) no Brasil, segundo último censo do IBGE (2010). Ademais, de certa maneira reitera a importância da categoria trabalho como determinante social em saúde, ao evidenciar que, de fato, quem se encontra em idade mais produtiva é quem está mais exposto aos riscos decorrentes do trabalho e é também quem mais adoece.

Nesse sentido, cabe assinalar que atualmente a população economicamente ativa (PEA) no Brasil alcança 105 milhões (IBGE, 2019), sendo 48,3% homens e 51,7% mulheres. Mesmo que não se possa extrapolar os dados devido aos limites de recorte de pesquisa estabelecidos, é possível supor que o percentual da PEA atingido por TMRT seja ainda maior, haja vista que a subnotificação é altíssima.

Tabela 4: Faixa etária

	Nº pacientes	% pacientes
Até 29 anos	1070	18,5
30 a 39 anos	2096	36,2
40 a 49 anos	1842	31,8
50 a 59 anos	690	11,9
60 anos e mais	57	1,0
NS/NR	35	,6
Total	5790	100,0

Tabela 5: tabulação cruzada: ano x idade

	Nº pacientes	Ano de diagnóstico										Total	
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
Até 29 anos		7	24	48	57	81	112	124	109	143	165	200	1070

	% Ano	38,9%	25,5%	27,6%	18,8%	21,8%	18,4%	21,2%	18,2%	18,0%	15,7%	16,8%	18,5%
30 a 39 anos	Nº pacientes	7	26	55	108	135	208	182	225	284	405	461	2096
	% Ano	38,9%	27,7%	31,6%	35,5%	36,4%	34,2%	31,1%	37,6%	35,7%	38,6%	38,6%	36,2%
40 a 49 anos	Nº pacientes	4	32	54	98	118	200	192	201	263	318	362	1842
	% Ano	22,2%	34,0%	31,0%	32,2%	31,8%	32,8%	32,8%	33,6%	33,0%	30,3%	30,3%	31,8%
50 a 59 anos	Nº pacientes	-	12	12	37	34	81	76	53	98	140	147	690
	% Ano	-	12,8%	6,9%	12,2%	9,2%	13,3%	13,0%	8,9%	12,3%	13,4%	12,3%	11,9%
60 anos e mais	Nº pacientes	-	-	-	2	1	6	8	5	5	14	16	57
	% Ano	-	-	-	,7%	,3%	1,0%	1,4%	,8%	,6%	1,3%	1,3%	1,0%
NS/NR	Nº pacientes	-	-	5	2	2	2	3	5	3	6	7	35
	% Ano	-	-	2,9%	,7%	,5%	,3%	,5%	,8%	,4%	,6%	,6%	,6%
Total	Nº pacientes	18	94	174	304	371	609	585	598	796	1048	1193	5790
	% Ano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Em relação ao percentual de notificações por estado do Brasil, sintetizados na Tabela 6, nota-se uma expressiva discrepância entre eles, com destaque para os estados de SP (32%), MG (15,7%), RN (10,3%) e PE (8,4%) com os maiores percentuais. Se observadas as regiões, conforme apresentado na Tabela 7, o Sudeste lidera com 51% de notificações, seguido pela região Nordeste com 34,6% e a região Sul com 8,2%.

A concentração de notificações na região Sudeste do Brasil é compreensível pelo fato de ser esta também a região com maior população do país, maior concentração do setor econômico e, como tal, possui as maiores proporções da PEA (população economicamente ativa). Com efeito, ela congrega 43,60% de toda população economicamente ativa (PEA) do país, fato que permite pressupor também uma percentagem maior de notificações.

Ademais, por ser uma região com bom nível de desenvolvimento e infraestrutura, possui também grande capilaridade da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) com 186 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) instalados, elemento que pode também influenciar na taxa de notificação.

Em estudo recente, Cardoso e Araújo (2016) analisam as ações em saúde mental implementadas pelos CEREST em diferentes regiões do país e os resultados convergem com a presente pesquisa. As autoras ressaltam que as regiões Sudeste e Nordeste tem expressivas ações em saúde mental se comparado com outras regiões. O mencionado estudo afirma que aproximadamente 50% dos CEREST do Sudeste e Nordeste realizam ações de saúde mental, enquanto nas outras regiões somente 20 a 30% desenvolvem este tipo de ação.

Esse resultado pode ser explicado levando em consideração que os programas de saúde do trabalhador pioneiros foram no Sudeste e Nordeste, tendo os CEREST implantados há mais tempo (Cardoso e Araújo, 2018). Ademais, conforme já mencionado, a concentração de população economicamente ativa explica o maior número de CEREST implantados (186 estaduais) e, como tal, a maior probabilidade de notificações.

Nesse sentido, a diferença no processo de criação e implantação dos CEREST, bem como as distinções entre a capacidade operativa dos CEREST estaduais e municipais podem ser causas da disparidade no desenvolvimento de ações em saúde mental, bem como de notificações evidenciadas no interior do Brasil. Outro elemento a ser considerado refere-se à ausência de apoio matricial a essa instituição pois muitas vezes o CEREST estadual não consegue abranger todos os municípios do Estado.

Cardoso e Araújo (2016) abordam em um dos seus estudos que há uma inadequação das demandas de atendimento dos CEREST regionais, que executam ações em nível municipal apenas no município sede, deixando os outros municípios de sua área de abrangência descobertos. Foi observado também que as ações de assistência nos CEREST são mais frequentemente desenvolvidas nas unidades regionais em detrimento das estaduais, pois as estaduais são a retaguarda técnica.

Outro fator importante abordado nessa literatura é que, apesar das normativas existentes, há um número pequeno de Ambulatórios em Saúde Mental no país para matriciamento de trabalhadores. Esta escassez torna quase impossível realizar a referência dos casos de TMRT, o que faz com que tais casos sejam assumidos pelo próprio CEREST.

Tabela 6: UF de notificação

	Nº pacientes	% pacientes
RO	10	,2
AM	68	1,2
RR	4	,1
PA	18	,3
TO	55	,9
MA	33	,6
CE	229	4,0
RN	598	10,3
PB	133	2,3
PE	488	8,4
AL	60	1,0
SE	78	1,3
BA	383	6,6

MG	907	15,7
ES	55	,9
RJ	137	2,4
SP	1853	32,0
PR	192	3,3
SC	156	2,7
RS	128	2,2
MS	115	2,0
MT	18	,3
GO	41	,7
DF	31	,5
Total	5790	100,0

Gráfico 1: UF de notificação

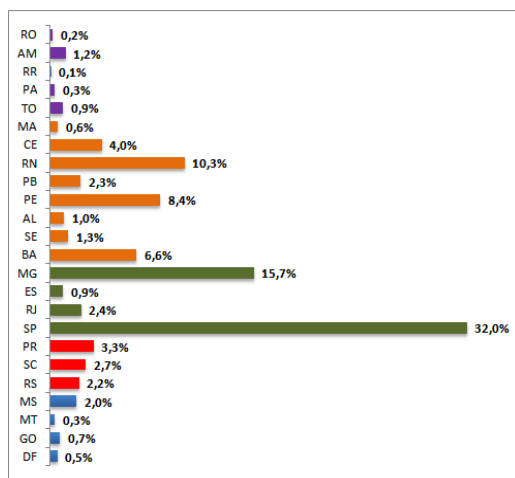


Tabela 7: Região

	Nº pacientes	% pacientes
Norte	155	2,7
Nordeste	2002	34,6
Sudeste	2952	51,0
Sul	476	8,2
Centro-Oeste	205	3,5
Total	5790	100,0

Outra variável observada foi a escolaridade dos trabalhadores notificados com TMRT, inscrita na Tabela 8. Percebe-se que a maior frequência das notificações ocorreu em trabalhadores com ensino médio completo (38,8%) e superior completo (23,5%), somados eles alcançam (62,3%). Sousa et al. (2018) em seu estudo com profissionais da categoria dos

técnicos/auxiliar de enfermagem assinala a associação entre a variável nível de escolaridade, carga horária, raça/cor e a frequência de TMRT.

Silva Junior (2016) também se alinha com este estudo e acrescenta que a incidência de TMRT tem influência da escolaridade e depende da ocupação do indivíduo, além de levar em consideração algumas características da categoria, como nível de autonomia, nível de exigência, grau de autoridade, liberdade para tomada de decisões, entre outros.

Tabela 8: Escolaridade

	Nº pacientes	% pacientes
EM incompleto	1141	19,7
EM completo	2246	38,8
ES completo	1358	23,5
Ignorado	1014	17,5
NSA	31	,5
Total	5790	100,0

De acordo com a Tabela 9, relativa à variável raça/cor, o grupo denominado “não-negra” apresenta uma frequência maior de notificações que o grupo da categoria “negra”. Todavia, este dado é bastante divergente do histórico de desigualdade social e preconceito vigentes na sociedade brasileira. Nesse sentido, Souza (2018) aborda em seu artigo que a população negra tem sido expressivamente mais afetada por péssimas condições de trabalho que, segundo o autor, configuram determinantes de danos psíquicos. O autor assinala que negros são mais afetados pelo desemprego, recebem metade do salário dos brancos para cumprir a mesma tarefa, desenvolvem atividades mais insalubres, entram mais cedo e saem mais tarde do mercado de trabalho, ocupam funções de menor qualificação profissional, ente outros.

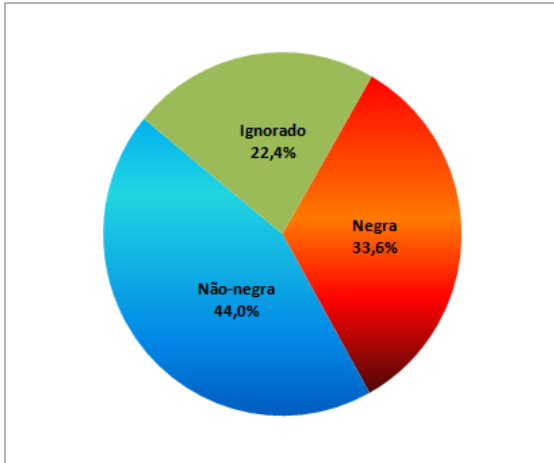
Face a estes dados e observando a tabela 9 e o gráfico 2, nota-se que há um alto número de “ignorado”, o que leva a pensar que a frequência de TMRT identificada na referida tabela pode refletir inconsistências que possuem algumas possíveis explicações, tais como a dificuldade da autodenominação raça/cor e também a notória incompletude de dados em formulários do SUS de modo geral e, em especial, de notificações do SINAN.

Tabela 9: Raça/ cor (negra/ não-negra)

	Nº pacientes	% pacientes
--	--------------	----------------

Negra	1943	33,6
Não-negra	2548	44,0
Ignorado	1299	22,4
Total	5790	100,0

Gráfico 2: Raça/ cor (negra/ não-negra)

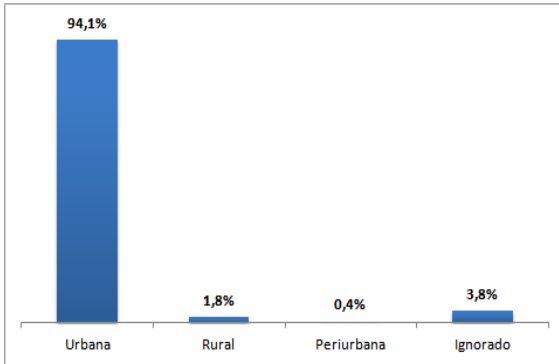


Sobre a zona de trabalho, apresentada na Tabela 10 e Gráfico 3, os dados mostram que 94,1% da frequência de notificações dos trabalhadores é realizada em zona urbana, o que sugere uma lacuna expressiva no que tange à implementação das políticas de saúde no meio rural e, em especial, sinaliza fragilidades nos processos de notificação em área rural, haja vista que a diferença no número de notificações entre ambas zonas é abissal. Conforme referido anteriormente, há indicativos de que o CEREST apresenta dificuldades de abranger todos os municípios do Estado, o que sinaliza fortemente que os obstáculos relativos à cobertura das zonas rurais provavelmente são ainda maiores.

Tabela 10: Zona de trabalho

	Nº pacientes	% pacientes
Urbana	5446	94,1
Rural	103	1,8
Periurbana	21	,4
Ignorado	220	3,8
Total	5790	100,0

Gráfico 3: zona de trabalho



Em relação à variável relacionada à situação no mercado de trabalho, os dados evidenciam que, no período de 11 anos analisado, a maior frequência de notificações é de trabalhadores com carteira assinada, aproximadamente 72% (n=4162), seguidos dos trabalhadores servidores públicos que são 17% (n=983), formando um total de 83% de trabalhadores com vínculos formais (Tabela 11). Nota-se que 89% das notificações são de trabalhadores com vínculos formais de trabalho, fato que novamente revela a ausência de dados advindos de cenários sociais historicamente invisibilizados, seja ele o meio rural ou mesmo o universo do trabalho informal.

Vale ressaltar que grande parte dos trabalhadores informais, progressivamente mais presentes no atual mercado, não tem acesso às informações acerca dos direitos que restaram após a Reforma Trabalhista aprovada em 2017 e em fase de implementação.

De fato, estudos apontam que a incerteza da situação de trabalho, baixos salários, ausência de benefícios sociais garantidos e de uma legislação eficaz ao trabalhador podem ser causadores de TMRT nos trabalhadores, sejam eles ligados ao mercado formal ou informal. O quadro econômico mundial atual, no qual há a insegurança no emprego, o subemprego e a segmentação no mercado de trabalho crescentes, a incorporação tecnológica, o enxugamento de quadro de funcionários e a reestruturação de processos de trabalho de fato repercutem na saúde mental dos trabalhadores (BRASIL, 2001). Nesse sentido, a escassez de estudos sobre os trabalhadores informais, ressaltado por Ludermir (2005), prejudica ainda mais a capacidade de intervenção e prevenção de TMRT.

Tabela 11: Situação no mercado de trabalho

	Nº pacientes	% pacientes
Carteira assinada	4162	71,9

Servidor (ES + CLT)	983	17,0
Emprego não-formal	156	2,7
Aposentado	26	,4
Desempregado	302	5,2
Outros	60	1,0
Ignorado	101	1,7
Total	5790	100,0

Ainda nesse bloco, foi observado o CNAE (Classificação Nacional de atividades econômicas) desses trabalhadores (tabela 12). Os dados alinham-se com a literatura científica sobre categorias de trabalho e TMRT. As categorias profissionais que mais desenvolveram os TMRT foram: “intermediação financeira” (bancários), “administração pública, defesa e seguridade social” (ex. policiais), “transporte terrestre” (ex. Uber, motorista de ônibus), “comércio varejista” (lojas-vendedores), “saúde e serviços gerais” (ex. profissionais de saúde-enfermeiros e médicos), “educação” (ex. professores), entre outros.

Esses ramos de trabalho talvez tenham se destacado devido ao desgaste emocional no momento da execução de suas tarefas, as quais exigem contato direto com usuários e abrangem atendimento ao público, educação, cuidado e segurança de pessoas. Além disso, cabe lembrar que estes trabalhadores estão expostos às situações de violência moral, sexual, física além de outros fatores psicossociais. Esse fenômeno tem causas múltiplas e elas parecem estar intrincadas às questões como hostilidade e exposição a conflitos no local de trabalho (PORTZ e AMAZARRAY, 2019).

Além disso, Diehl e Marin (2016) destacam que é fundamental levar em consideração fatores relacionados a organização do trabalho, a falta de reconhecimento, problemas comportamentais de alunos e/ou colegas de trabalho, entre outros. A seguir, apresenta-se trecho do Manual de procedimentos para os serviços de saúde, que fala de doenças relacionadas ao trabalho e comunga com a ideia encontrada sobre as categorias profissionais que mais sofrem de TMRT:

“Situações de roubo e assaltos a estabelecimentos comerciais e industriais, que resultam em agressões a trabalhadores, por vezes fatais, têm aumentado exponencialmente, nos grandes centros urbanos. Entre bancários, por exemplo, tem sido registrada a ocorrência da síndrome de estresse pós-traumático em trabalhadores que vivenciaram situações de violência física e psicológica no trabalho. Também têm crescido as agressões a trabalhadores de serviços sociais, de educação e saúde e de atendimento ao público, como motoristas e trocadores. A violência no trabalho adquire uma feição particular entre os policiais e vigilantes que convivem com a agressividade e a

violência no cotidiano. Esses trabalhadores apresentam problemas de saúde e sofrimento mental que guardam estreita relação com o trabalho” (BRASIL, 2001).

Tabela 12: CNAE - Atividade econômica

	Nº pacientes	% pacientes
Não informado	4054	70,0
65 - Intermediação financeira	484	8,4
05 - Pesca, aquicultura e serviços relacionados	173	3,0
75 - Administração pública, defesa e seguridade social	123	2,1
60 - Transporte terrestre	109	1,9
52 - Comércio varejistas e reparação de objetos pessoais e domésticos	108	1,9
74 - Serviços prestados principalmente às empresas	104	1,8
85 - Saúde e serviços sociais	89	1,5
80 - Educação	68	1,2
51 - Comércio por atacado e representantes comerciais e agentes do comércio	57	1,0
Outros	421	7,3
Total	5790	100,0

Perfil epidemiológico dos trabalhadores

Para iniciar esse bloco, apresentam-se as morbidades mais notificadas no período analisado, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O principal TMRT identificado caracteriza-se pelas denominadas “Reações ao “stress” grave e transtorno de adaptação”, categorizado no CID-10 como F43, o qual representa 43,8% das referidas notificações. O segundo lugar é ocupado pelos “Episódios depressivos” (F32), que configuram 22,8%, o terceiro lugar cabe aos “Outros transtornos ansiosos” (F41), com percentual de 16% e o quarto lugar é ocupado por “Transtorno Depressivo Recorrente” (F33), com 5,6%.

Se somados os quatro primeiros lugares, percebe-se que as reações ao “stress” grave e transtorno de adaptação, a depressão e a ansiedade dominam os TMRT. Apesar de as reações ao stress grave e transtorno de adaptação ter sofrido queda entre 2006 e 2016, percebe-se que a depressão aproximadamente quadruplicou e os outros transtornos de ansiedade triplicaram.

Isso pode ser um retrato do trabalhador relacionado às novas tecnologias e às estruturas dos processos de trabalho das organizações, que prezam a máxima produtividade em menor tempo, maior habilidade, flexibilidade, entre outros tipos de cobrança ao trabalhador que precisa adequar-se para não perder o emprego (Tabelas 13 e 14).

Silva-Junior e Fisher (2014) afirmam que os transtornos mentais e comportamentais estão em terceiro lugar na lista de principal causa de adoecimento relacionado ao trabalho e a concessão de benefícios previdenciários tem aumentado, em virtude da incorporação progressiva do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), uma metodologia utilizada pelo INSS para realizar o nexo do adoecimento com o trabalho, metodologia essa não utilizada pelo SUS. Essa ferramenta é utilizada para reduzir a subnotificação dos TMRT e os outros agravos a saúde do trabalhador.

Tabela 13: CID 10

	Nº pacientes	% pacientes
F43 Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação	2538	43,8
F32 Episódios depressivos	1322	22,8
F41 Outros transtornos ansiosos	926	16,0
F33 Transtorno depressivo recorrente	327	5,6
F99 Transtorno mental não especificado em outra parte	173	3,0
Outros	504	8,7
Total	5790	100,0

Tabela 14: tabulação cruzada: ano x CID 10

		Ano de diagnóstico											Total
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
F43 Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação	Nº pacientes	16	40	67	114	140	241	249	236	387	506	542	2538
	% Ano	88,9%	42,6%	38,5%	37,5%	37,7%	39,6%	42,6%	39,5%	48,6%	48,3%	45,4%	43,8%
F32 Episódios depressivos	Nº pacientes	1	31	48	82	100	146	124	156	171	223	240	1322
	% Ano	5,6%	33,0%	27,6%	27,0%	27,0%	24,0%	21,2%	26,1%	21,5%	21,3%	20,1%	22,8%
F41 Outros transtornos ansiosos	Nº pacientes	1	7	24	45	55	89	109	109	116	191	180	926
	% Ano	5,6%	7,4%	13,8%	14,8%	14,8%	14,6%	18,6%	18,2%	14,6%	18,2%	15,1%	16,0%
	Nº pacientes	-	2	10	15	25	24	40	28	45	46	92	327

F33 Transtorno depressivo recorrente	% Ano	-	2,1%	5,7%	4,9%	6,7%	3,9%	6,8%	4,7%	5,7%	4,4%	7,7%	5,6%
F99 Transtorno mental não especificad o em outra parte	Nº pacientes	-	3	7	8	17	45	18	22	16	15	22	173
	% Ano	-	3,2%	4,0%	2,6%	4,6%	7,4%	3,1%	3,7%	2,0%	1,4%	1,8%	3,0%
Outros	Nº pacientes	-	11	18	40	34	64	45	47	61	67	117	504
	% Ano	-	11,7 %	10,3 %	13,2 %	9,2%	10,5 %	7,7%	7,9%	7,7%	6,4%	9,8%	8,7%
Total	Nº pacientes	18	94	174	304	371	609	585	598	796	1048	1193	5790
	% Ano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Foi igualmente observado nesses trabalhadores o uso de álcool, tabaco, drogas psicoativas e psicofármacos durante os anos analisados. Percebe-se, após avaliação das tabelas 15, 16, 17 e gráfico 4, que a maioria dos trabalhadores não fazem uso de álcool ou drogas psicoativas.

Entretanto, ao comparar o uso de psicofármacos a diferença entre o uso e o não uso é muito tênue. Sobre o tabaco, a maioria não faz uso de tal substância (n=3644) (Tabela 18), apesar do uso do tabaco ser relacionado à ansiedade.

Nas relações de trabalho atuais, como falado anteriormente, o trabalhador se vê face ao enfrentamento de muitas adversidades, tais como adequar-se às novas regras do processo produtivo, enfrentar o desemprego, reconhecer-se sob novas pressões impostas, entre outros. Em função disso, acaba por ter que tecer algumas estratégias de enfrentamento. Diante desse contexto laboral bastante exaustivo que afeta a saúde do trabalhador, é possível que estes desgastes e cobranças possam influenciar o uso abusivo de drogas, lícitas ou ilícitas. De acordo com os estudos de Gaviraghi et al (2016), tanto a medicalização quanto o uso de substâncias (álcool e outras drogas) são vistas como estratégias defensivas individuais para que se mantenham produtivos e na ativa, ou mesmo para evitar o adoecimento.

Tabela 15: Uso de álcool

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	414	7,2
Não	3793	65,5
NS/NR	263	4,5
Ignorado	1320	22,8

<i>Total</i>	5790	100,0
--------------	-------------	--------------

Tabela 16: Psicofármacos

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	2087	36,0
Não	2237	38,6
NS/NR	309	5,3
Ignorado	1157	20,0
<i>Total</i>	5790	100,0

Tabela 17: Drogas psicoativas

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	807	13,9
Não	3277	56,6
NS/NR	318	5,5
Ignorado	1388	24,0
<i>Total</i>	5790	100,0

Gráfico 4: uso de álcool, psicofármacos e drogas psicoativas

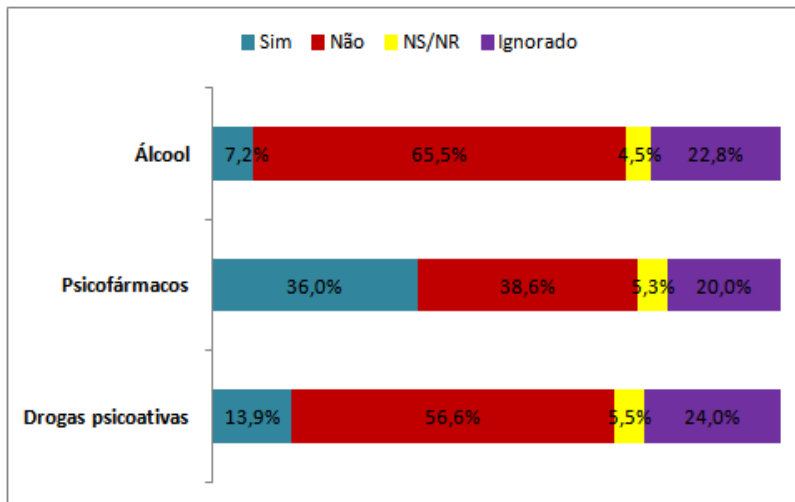


Tabela 18: Tabagismo

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	356	6,1
Não	3644	62,9

Ex-fumante	130	2,2
NS/NR	203	3,5
Ignorado	1457	25,2
Total	5790	100,0

Com relação às variáveis abordadas a seguir, ressalta-se que elas permitem também a caracterização do perfil epidemiológico dos TMRT na medida em que favorecem a compreensão dos demais elementos relativos à atenção à saúde do trabalhador, bem como as mudanças na gestão e organização do processo de trabalho. Assim, é possível identificar se existe ou não a participação das organizações no tratamento, prevenção desse tipo de agravo e promoção da saúde mental no local de trabalho.

O primeiro aspecto observado foi o afastamento do trabalhador da situação de desgaste mental, evidenciado na Tabela 19. Percebe-se que a maioria dos trabalhadores foram afastados da situação causadora do desgaste mental, sendo esta a principal conduta adotada. Todavia, é preciso atentar que este afastamento evidentemente só pode ocorrer após o diagnóstico de TMRT e que normalmente isto não é algo rápido, visto que existe um processo bastante complexo vivenciado pelos trabalhadores durante o intervalo de tempo que transcorre entre o início da exposição ao riscos de sofrimento mental, a emergência dos sintomas e o diagnóstico.

A Tabela 20 evidencia esta questão, ao apresentar o “tempo de exposição do trabalhador ao agente de risco”, ou seja, o tempo de exposição àquilo que lhe causa um desconforto ou sofrimento mental em seu local de trabalho. Nota-se que aproximadamente 60% dos trabalhadores passam anos expostos ao agente de risco. Embora possa haver múltiplas causas, é previsível que em contextos sociais e políticos de crise e grande competitividade a tendência é que o medo do desemprego leve o trabalhador à adoção de medidas individuais de aceitação da condição para não perder o emprego. Cabe considerar também que pode haver parcela de trabalhadores que não percebe o nexo entre o seu adoecimento mental e trabalho, apesar de ser mais improvável.

Na literatura há estudos que tratam de dispositivos adotados por trabalhadores com vistas à adaptação, como por exemplo o *coping* e o *presenteísmo*. O primeiro termo se refere a uma tentativa individual (qualquer tentativa) do trabalhador de se adaptar às adversidades que sejam entendidas como estressantes, havendo ou não sucesso na empreitada, enquanto o segundo termo se refere a condição em que os trabalhadores permanecem comparecendo ao

ambiente laboral, entretanto realizam suas atividades de uma maneira não produtiva, sem um bom desempenho por algum problema mental e/ou físico.

Ambas as condições são percebidas nas relações trabalhistas como formas negativas ao esperado rendimento dos trabalhadores nas organizações (UMANN, et al., 2014). Entretanto, cabe refletir em que medida estes dispositivos adotados configuram realmente uma opção ou representam a ausência da possibilidade de escolha.

Tabela 19: Afastamento da situação de desgaste mental

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	3324	57,4
Não	1718	29,7
NS/NR	748	12,9
Total	5790	100,0

Tabela 20: Tempo de Exposição ao Agente de Risco

	Nº pacientes	% pacientes
Horas	215	3,7
Dias	94	1,6
Mês	849	14,7
Ano	3486	60,2
NS/NR	1146	19,8
Total	5790	100,0

Em consonância a isso, a análise das próximas tabelas aborda como são tratados os trabalhadores em uma situação de TMRT pelas organizações. São expostas variáveis sobre quais condutas são realizadas pelas organizações e como lidam com o trabalhador que desenvolve o TMRT.

Na análise das tabelas 21, 22, 23, 24 e 25, melhor visível no gráfico 5 que é comparativo das tabelas, podemos ver que a maioria das organizações não adota medidas de proteção individual ao trabalhador. Deveria então acontecer a adoção de medidas de proteção coletiva, mas não é o que acontece. A maioria das organizações também não adota esse tipo de conduta e tampouco realiza mudanças na organização do trabalho. A tabela 24 traz o número de organizações que não adotam nenhuma conduta para melhoria da saúde mental dos

trabalhadores (n=2782). Portanto, em função de a organização não investir na prevenção de TMRT ou promoção da saúde mental dos trabalhadores, existe um número alto de afastamento do local de trabalho (n=3666).

Dejours (1992) identifica em seus estudos a chamada “ideologia defensiva”, e explica que ela age ocultando uma ansiedade coletiva comum e que atua como um mecanismo de enfrentamento coletivo sobre riscos reais do trabalho e o trabalhador que não compartilha dessa ideia acaba sendo excluído do grupo. Assim, o trabalhador excluído acaba desenvolvendo seu próprio mecanismo de defesa.

Tabela 21: Adoção de proteção individual

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	393	6,8
Não	4087	70,6
Ignorado	1310	22,6
Total	5790	100,0

Tabela 22: Adoção de proteção coletiva

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	117	2,0
Não	4317	74,6
NS/NR	1356	23,4
Total	5790	100,0

Tabela 23: Adoção de mudança na organização do trabalho

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	478	8,3
Não	4036	69,7
Ignorado	1276	22,0
Total	5790	100,0

Tabela 24: Afastamento do local de trabalho

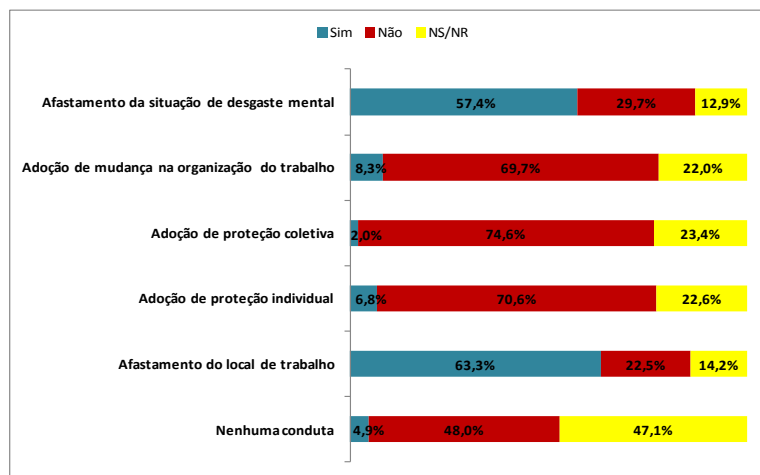
	Nº pacientes	% pacientes
Sim	3666	63,3
Não	1304	22,5
NS/NR	820	14,2

<i>Total</i>	5790	100,0
--------------	-------------	--------------

Tabela 25: Nenhuma conduta

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	281	4,9
Não	2782	48,0
NS/NR	2727	47,1
<i>Total</i>	5790	100,0

Gráfico 5: condutas organizacionais



Masumoto e Faiman (2014) perceberam em seus estudos que muito do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho era derivado de uma cooperação frágil, de uma negação da existência desse sofrimento, da percepção da lacuna que existe entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Relatam a percepção de falta de empatia das chefias, que não passaram por esse tipo de adoecimento e mostravam omissão, banalização, descaso com a saúde do trabalhador. Além de menosprezar o direito a uma readaptação, realocação e mantinham os adoecidos no mesmo cargo, posto de trabalho, entre outros. E, os que não retornavam aos seus postos, eram monitorados todo tempo, o que fomentava um sentimento de perseguição por parte da organização.

Um aspecto importante também estudado refere-se à identificação da existência de outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho. A Tabela 26 mostra que em

37% das organizações há mais de um trabalhador adoecido mentalmente no mesmo local. Esse número pode estar subnotificado, levando em consideração o alto percentual de ignorado.

De todo modo, o número permite inferir que o processo de trabalho nas organizações que apresentaram este dado é adoecedor em algum ponto, uma vez que há recorrência de casos de TMRT, evidenciando a importância das formas de gestão e organização dos processos de trabalho como determinantes do processo saúde-doença.

Nesse tipo de situação Leão e Gomez (2014) assinalam que a intervenção deve ser realizada sobre o processo de trabalho, dado que todo o sistema deverá ser avaliado, considerando todos seus elementos. Esta intervenção é crucial para minimizar as expressões de sofrimento existentes nos trabalhadores de organizações com este tipo de característica.

Tabela 26: Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	2142	37,0
Não	880	15,2
NS/NR	169	2,9
Ignorado	2599	44,9
Total	5790	100,0

A próxima parte da análise traz dados das variáveis que são relacionadas ao “pós afastamento” do trabalhador, quais condutas de tratamento são realizadas e se há manutenção da sua saúde mental. A Tabela 27 identifica se foi emitida a CAT (comunicação de acidente de trabalho) e somente 43,4% dos trabalhadores tiveram emissão da CAT em seu local de trabalho ao longo dos 11 anos estudados.

Erroneamente muitas empresas deixam de emitir a CAT se o empregado não foi afastado do trabalho após o acidente de trabalho ou pela doença do trabalho. Ela deve ser emitida sempre que houver acidente ou agravo, independente do afastamento existir ou não. Ademais, a emissão da CAT tem fins estatísticos e epidemiológicos, além da garantia à assistência acidentária ao trabalhador.

As próximas tabelas (28, 29, 30) comungam do mesmo tema, o tratamento do trabalhador portador do TMRT. Dependendo do grau do TMRT o trabalhador é encaminhado

ao tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar e, se necessário, é referenciado para unidade apropriada para continuidade do processo. Observando-se a tabela 28, nota-se que a maioria dos casos (91,3%) são tratados em regime ambulatorial e os trabalhadores são encaminhados ao tratamento contínuo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde ou outro serviço especializado em saúde mental, como por exemplo, os ambulatórios de saúde mental dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Além disso, destaca-se que há o acompanhamento da evolução dos casos e a avaliação no pós tratamento para detectar se o trabalhador está apto ao retorno ao trabalho ou se há alguma incapacidade. A maioria dos trabalhadores, 62,7% (n=3630), desenvolve incapacidade temporária de trabalho, o que talvez pudesse ser evitado se houvesse adoção de medidas protetivas ao trabalhador nas organizações.

Ressalta-se que o alto percentual das “incapacidades temporárias” e baixo percentual “de cura” na evolução do agravo dos trabalhadores (tabela 30) podem ser reais ou reflexo de uma limitação do SINAN que possui uma restrição de um período de 6 meses para que os profissionais possam modificar ou acrescentar a notificação no sistema, se houver necessidade de alguma alteração desse registro. Portanto, sem padronização estabelecida, existe a possibilidade de não acontecer a investigação dos casos até o final, apenas no momento da notificação (BRASIL, 2007).

Tabela 27: Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	2513	43,4
Não	2045	35,3
Não se aplica	388	6,7
Ignorado	844	14,6
Total	5790	100,0

Tabela 28: Regime de tratamento

	Nº pacientes	% pacientes
Hospitalar	225	3,9
Ambulatorial	5285	91,3
Ignorado	280	4,8
Total	5790	100,0

Tabela 29: O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos

	Nº pacientes	% pacientes
Sim	3728	64,4
Não	1206	20,8
NS/NR	154	2,7
Ignorado	702	12,1
Total	5790	100,0

Tabela 30: Evolução

	Nº pacientes	% pacientes
Cura	139	2,4
Cura não confirmada	308	5,3
Incapacidade Temporária	3630	62,7
Incapacidade Permanente Parcial	169	2,9
Incapacidade Permanente Total	37	,6
Óbito por Outra Causa	2	,0
Outro	383	6,6
Ignorado	842	14,5
NS/NR	280	4,8
Total	5790	100,0

Considerações Finais

Esta pesquisa revela a natureza do perfil epidemiológico dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no Brasil e evidencia dados importantes que permitem, em certa medida, delinear a face do sofrimento mental no trabalho no período analisado.

Nesse sentido, a “face” revelada parece reproduzir algumas desigualdades históricas enraizadas na sociedade patriarcal brasileira, além de reiterar algumas características largamente presentes no setor produtivo e, conseqüentemente, na saúde do trabalhador, bem como traz à luz possíveis impactos do cenário político e econômico recentes no país.

Os dados indicam que os trabalhadores que mais adoecem por TMRT são mulheres, com idade entre 30 e 49 anos, com ensino médio ou superior completos, que trabalham na intermediação financeira (bancários), na zona urbana, situada nas regiões Sudeste e Nordeste,

que possuem carteira assinada e adoecem, em primeiro lugar, por Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (F43).

Além disso, cabe ressaltar que os dados evidenciam que os anos de 2015 e 2016 apresentaram altíssimos percentuais de notificação que se diferenciam de modo expressivo se comparado o período de 11 anos estudados, fato que sugere intrínseca relação entre a crise que o Brasil imergiu e a elevação de TMRT. Evidentemente existem várias razões possíveis associadas, mas há que considerar a provável interferência da conjuntura nos processos de adoecimento identificados.

Por outro lado, a pesquisa também revela desafios que parecem relacionados à necessidade de continuidade de estruturação da RENAST e superação das diferenças no processo de implantação da mesma, favorecendo a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e ampliando as ações de promoção da saúde mental no trabalho.

Além disso, os obstáculos relativos à subnotificação persistem e sinalizam a importância de qualificação dos processos de registro nos sistemas de informação, bem como a premência de sensibilização da categoria patronal no sentido de assumir a sua responsabilidade no que tange às mudanças na gestão e organização dos processos de trabalho, como mecanismo indispensável para promoção da saúde mental dos trabalhadores, favorecendo a concretização do sentido do trabalho humano na construção das relações sociais e potencializando a realização das subjetividades no trabalho.

De fato, o trabalho pode ser um elemento motivador da saúde mental quando assegura identidade pessoal e coletiva, sociabilidade, autoestima e até formação da subjetividade. Entretanto, ele também pode levar ao adoecimento quando não considerados os componentes causadores dos agravos à saúde do trabalhador.

Existe uma relação intrínseca entre o homem e seu trabalho e esse artigo trouxe à luz uma melhor compreensão da complexa relação causal e da relevância de discutir saúde mental no trabalho além de ofertar dados para subsidiar a análise do quadro de TMRT nos trabalhadores brasileiros e com isso favorecer a construção de estratégias de atenção e acompanhamento de trabalhadores.

São significativos os avanços nessa área, mas existem grandes lacunas quando o assunto é saúde mental e saúde do trabalhador. É preciso reconhecer que esses avanços e muitos dos

desafios ainda existentes são resultados de um processo importante que vem sendo implementado na saúde do trabalhador e que nesse processo os desafios mais relevantes são o de trazer o trabalhador em seu processo de saúde /doença/trabalho para participação e o de incentivar o compromisso da classe patronal a assumir suas responsabilidades nessa missão.

Conforme assinalado anteriormente, o processo de notificação dos dados estudados apresenta dificuldades, observa-se uma importante subnotificação dos TMRT quando se considera o espaço de tempo observado e o quantitativo de notificações nesse período, seja por falta de capacitação para preencher a ficha de notificação, seja por falta de dados ou até pela própria falta de notificação causando uma falha no quantitativo real dos agravos registrados.

O SINAN é um sistema de informações de acesso nacional e, como tal, uma ferramenta de inestimável valor para caracterizar a saúde do trabalhador no Brasil. Ele é de fundamental importância para o monitoramento das condições de saúde e também essencial para subsidiar o planejamento de ações e estratégias para diminuir a prevalência/incidência de agravos em saúde do trabalhador no país.

Por fim, salienta-se a importância de desenvolvimento de mais estudos sobre a relação saúde mental e trabalho, com intuito de aprofundar esta análise e compreender as características (ocupacionais, epidemiológicas, sociodemográficas) desses trabalhadores, para que sejam promovidas ações e estratégias de promoção da saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

Beck LM, David, HMSL. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007. Dez.11(4): 706-711.

Silva Junior JS da, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 Fev. 48(1): 186-190.

Seligmann-Silva E, Bernardo MH, Maeno M, Kato M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2010. Dez; 35(122): 187-191.

Umann J, Guido LA, Silva RM da. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Out; 48(5): 891-898.

Ansoleaga E, Díaz X, Mauro A. Associação entre estresse, riscos psicossociais e qualidade do emprego de trabalhadores assalariados chilenos: uma perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016; 32 (7): e00176814.

Martins ERC, Zeitoune RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2007.Dez; 11(4): 639-644.

Freire Filho, JBM; Bakker, BWA. Sob o risco de estresse: as consequências da emancipação feminina na revista *Veja* (2000 - 2018). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 3, sep. 2019. ISSN 1981-6278.

Gaviraghi, D. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-72, mar. 2016.

Carlotto, MS, Amazarray, MR, Chinazzo, I; Taborda, L. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cad. Saúde colet.*, (RJ); 19(2), abr.2011.

Ludemir, AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J. Bras. Psiquiatria* 2005; 54(3). 198-204.

Sousa, KHJF; Soares, ECF; Moraes, Kely CB; Gonçalves, TS; Zeitoune, CG. Fatores associados ao perfil da equipe de Enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador. *REME – Rev Min Enferm.* 2018.

Brasil, Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde, n.114, Brasília, DF, 2001.

Brasil, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Brasília, DF, 2006.

Brasil, PNADc - IBGE, Secretaria de política Econômica, Ministério da Economia, Brasília, DF, 2019.

Venco, S. Uberização do trabalho: um fenômeno de tipo novo entre os docentes de São Paulo, Brasil? *Cad. Saúde Pública* 2019,35 Sup.1:e00207317.

Diehl, L; Marin, AH. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v.7, n.2, p. 64-85, dez. 2006.

Hoefel, MGL; Severo, DO. Participação social em Saúde do Trabalhador: Avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Ver. Tempus Acta de Saúde Coletiva*, 2011.

Antunes, R Alves, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 87, p.335-351, mai/ago 2004.

Araújo, TM de; Cardoso, MCB. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. Ver. *Psicologia e Sociedade*, 30, e163746.

Cordeiro, TMSC, Mattos, AIS; Cardoso, MCB; Santos, KOB; Araújo, TM. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(2): 363-372, abr-jun, 2016.

Masumoto, L., Faiman, C. Saúde mental e trabalho: um levantamento da literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 1-11. 2014.

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

Leão, LHC; Gomez CM. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 19(12), 4649-4658, 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AESP). outubro de 2019a.

BRASIL. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde- Décima Revisão-CID-10. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/>. Outubro de 2019b.

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

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

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

BRASIL. Procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em redes de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. Diário oficial da União 2004.

Brasil. Portaria n.205 do Ministério da saúde, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário oficial da União 2016.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortês, 1992.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, revelou a natureza do perfil epidemiológico dos trabalhadores no Brasil entre 2006 e 2016 portadores de TMRT, mesmo com extensa subnotificações de dados no SINAN, evidenciando a necessidade de um olhar mais criterioso acerca da saúde do trabalhador, principalmente no que tange à saúde mental.

Assim, o perfil destacado demonstra desigualdades históricas da sociedade brasileira e reproduz características existentes no setor produtivo, causando impactos no cenário socioeconômico do país e, por consequência, na saúde do trabalhador.

Ficou evidenciado que os trabalhadores mais acometidos por TMRT foram mulheres, entre 30 e 49 anos, com ensino médio completo, com carteira assinada, nas regiões sudeste e nordeste, moradoras da zona urbana, que trabalham em intermediações bancárias e com o F43 (por Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação).

Há entraves a serem enfrentados quando se fala de subnotificação dos dados, apontando a importância da qualificação dos registros nos sistemas de informações. A pesquisa também mostra desafios a serem ultrapassados em relação a rede de saúde do trabalhador, a melhoria da estruturação desta rede, a RENAST e CERET de modo a favorecerem a consolidação da PNST atuando na promoção da saúde mental dos trabalhadores. Os maiores desafios estão relacionados à participação e protagonismo dos trabalhadores nos processos de intervenção sobre os condicionantes processo saúde/doença/trabalho, bem como a necessidade incentivar a classe patronal no cumprimento de suas responsabilidades para com a saúde dos trabalhadores.

Ao final, enfatiza-se a necessidade de realizar mais estudos sobre o tema abordado com objetivo de adentrar nesta análise e compreender a ligação entre saúde mental e trabalho, a fim de que novas estratégias e ações de promoção da saúde dos trabalhadores sejam realizadas.

REFERÊNCIAS

- ABILIO, CL. Uberização do trabalho: subsunção real da viração. Artigo publicado originalmente no site PassaPalavra, 2017.
- ANSOLEAGA E, DÍAZ X, MAURO A. Associação entre estresse, riscos psicossociais e qualidade do emprego de trabalhadores assalariados chilenos: uma perspectiva de gênero. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016; 32 (7): e00176814.
- ANTUNES, R ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p.335-351, mai/ago 2004.
- ANTUNES, R. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). Caderno CRH. Salvador, n.37, p. 23-45, jul/dez. 2002.
- ARAÚJO, TM DE; CARDOSO, MCB. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. Ver. Psicologia e Sociedade, 30, 2018.
- BECK LM, DAVID, HMSL. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007. Dez.11(4): 706-711.
- BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 36, n. 123, p. 103- 117, jun. 2011.
- BRASIL, Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde, n.114, Brasília, DF, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Dados em Saúde Mental. Número de CAPS por tipo de UF. 2014. Acesso em: setembro de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 777. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: ministério da Saúde, 2004d.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): manual de gestão e gerenciamento. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL, PNADc - IBGE, Secretaria de política Econômica, Ministério da Economia, Brasília, DF, 2019.

BRASIL, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde- Décima Revisão-CID-10. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/>. Outubro de 2019b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999b. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social (AESP). outubro de 2019a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia. 2º Inventário de saúde do trabalhador, 2009: avaliação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2008-2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Portaria n.205 do Ministério da saúde, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário oficial da União 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999a. 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, 1999a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>.

BRASIL. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Portaria nº 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em redes de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS. Diário oficial da União 2004a.

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

CARDOSO, M.C.B. Os centros de referência em saúde do trabalhador e as ações em saúde mental relacionadas ao trabalho. 125 páginas. Tese de mestrado. Universidade Federal de Feira de Santana, 2015.

CARLOTTO, MS, AMAZARRAY, MR, CHINAZZO, I; TABORDA, L. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. Cad. Saúde colet., (RJ); 19(2), abr.2011.

CORDEIRO, T.M.S.C; et AL. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(2):363-372, abr-jun, 2016.

CORDEIRO, TMSC, MATTOS, AIS; CARDOSO, MCB; SANTOS, KOB; ARAÚJO, TM. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(2): 363-372, abr-jun, 2016.

COSTA et al 2013, Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. Bras. Saúde ocup. São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 38, n. 128, p. 11-30, dez. 2013.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Ciência Aplicada. Blumenau, v. 2, n. 04, p. 01-13, 2008.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortês, 1992.

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

DIEHL, L; MARIN, AH. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. Estudos interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v.7, n.2, p. 64-85, dez. 2006.

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

FREIRE FILHO, JBM; BAKKER, BWA. Sob o risco de estresse: as consequências da emancipação feminina na revista Veja (2000 - 2018). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 3, sep. 2019. ISSN 1981-6278.

GAVIRAGHI, D. Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-72, mar. 2016.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. 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, jun. 2018.

HOEFEL, MGL; SEVERO, DO, PORDEUS, AR. Reforma trabalhista no Brasil e a Saúde do Trabalhador: uma ponte para o século XIX Rev. Tempus Acta de Saúde Coletiva, 2018.

HOEFEL, MGL; SEVERO, DO. Participação social em Saúde do Trabalhador: Avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. Ver. Tempus Acta de Saúde Coletiva, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em outubro de 2019.

- LANDIM, J.M.M; BEZERRA, M.M.M; ALVES, M.N.T; MARX, M. Saúde Mental do trabalhador no Brasil: Questões emergentes. Rev. Psic. V.10, N. 33. Supl. 2. Janeiro 2017.
- LEÃO, LHC; GOMEZ CM. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 19(12), 4649-4658, 2014.
- LEAO, LHC; VASCONCELLOS, LCF de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.
- LUDEMIR, AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. J. Bras. Psiquiatria 2005; 54(3). 198-204.
- MACHADO, J. M. H. et al., Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 38, n. 128, p. 243-256, dez. 2013.
- MARTINS ERC, ZEITOUNE RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007.Dez; 11(4): 639-644.
- MARX, Karl. O capital: crítica da economia política, v. 1, livro 1. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.
- MASUMOTO, L., FAIMAN, C. Saúde mental e trabalho: um levantamento da literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 1-11. 2014.
- MASUMOTO, LK, FAIMAN CJS. Saúde mental e trabalho: um levantamento de literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Rev. Saúde, Ética e justiça. 2014; 19;(1): 1-11.
- MERLO, A. R. C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 369-384.
- MINAYO – GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: MINAYO-GOMES, C; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L; Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 23-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. Relatório de Saúde mental e desenvolvimento, 2010. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/index.html. Acesso em 10 de outubro de 2019.

PAPARELLI, R; SATO, L; OLIVEIRA, F. A Saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios dos profissionais de saúde. Rev. Bras. Saúde ocup., São Paulo, 36(123): 118-127, 2011.

PORTZ, Renata Moschen; AMAZARRAY, Mayte Raya. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 515-522, jun. 2019.

REBOUÇAS, D; LEGAY, L. F.; ABELHA, L.; LOVISI, G.M. o trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3): 624-632, mar, 2008.

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

SANTOS, E.G, E; SIQUEIRA, M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):238-246.

SELIGMANN-SILVA E, BERNARDO MH, MAENO M, KATO M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2010. Dez; 35(122): 187-191.

SELLIGMANN-SILVA, E; BERNARDO, M.H; MAENO, M; KATO, MINA. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. Rev. Bras. Saúde Ocup. São Paulo, 36(123):8-11, 2011.

SILVA JUNIOR JS DA, FISCHER FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2014 Fev. 48(1): 186-190.

SILVA, E.B.F; TOMÉ, L.A.O; COSTA, T.J.G; SANTANA, M.C.C.P. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(3):505-514, jul-set 2012.

SOUSA, KHJF; SOARES, ECF; MORAES, KELY CB; GONÇALVES, TS; ZEITOUNE, CG. Fatores associados ao perfil da equipe de Enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador. REME – Rev Min Enferm. 2018.

SOUZA, W.F. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho: o que a psicologia tem a dizer e a contribuir para a saúde de quem trabalha? Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 1, p. 99-108, Jan./Abr. 2013.

TRIVIÑOS, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

UMANN J, GUIDO LA, SILVA RM da. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Out; 48(5): 891-898.

VENCO, S. Uberização do trabalho: um fenômeno de tipo novo entre os docentes de São Paulo, Brasil? Cad. Saúde Pública 2019,35.

ANEXO

ARTIGO CIENTÍFICO

TRABALHO E SAÚDE MENTAL NA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

WORK AND MENTAL HEALTH IN NURSING: A INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

Ana Tereza Santos de Jesus ¹; Denise Osório Severo ²

RESUMO

Essa é uma revisão de literatura integrativa sobre a relação entre trabalho e saúde mental na Enfermagem. Foram pesquisados artigos pertinentes, publicados nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed, no período de 2014 a 2018, usando os descritores: **Enfermagem; Saúde do trabalhador; Saúde mental e Transtornos mentais**. Após leitura dos resumos dos artigos encontrados, foram filtrados e selecionados 53 artigos, dos quais, após leitura dos artigos, 28 foram excluídos por não se adequarem a temática ou não estarem disponíveis na integra. Objetivou-se identificar a existência de relação causal entre trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho na Enfermagem uma vez que esta é submetida a altas demandas físicas e psíquicas durante o processo de trabalho, o que colabora para seu adoecimento mental. Após análise dos artigos, constatou-se que é importante compreender a subjetividade do processo de trabalho da Enfermagem, analisando a sua natureza psicossocial além da necessidade de sensibilização dos gestores no que se refere a precarização desse processo para melhoria da saúde desse trabalhador para garantir uma qualidade de assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a integrative literature review on the relationship between work and mental health in Nursing. Relevant articles were researched and found in the databases: Virtual Health Library (VHL) and PubMed, between the years from 2014 to 2018, using the descriptors: **Nursing; Worker's health; Mental Health and Mental Disorders**. After reading the summaries of the articles found, 53 articles were filtered and selected, of which, after reading the article, 28 were excluded because they did not fit the theme or weren't available. The objective was to identify the existence of a causal relationship between work and mental disorders related to work in Nursing since it is submitted to high physical and psychological demands during the work process, which contributes to their mental illness. After analyzing the articles, it was verified that it is important to understand the subjectivity of the Nursing work process, analyzing its psychosocial nature and the need to sensitize managers regarding the precariousness of this process to improve the health of this worker to ensure quality in the nursing care.

INTRODUÇÃO

O trabalho é concebido como essencial atividade humana e atinge uma dimensão central na vida de um indivíduo. Entretanto, há diversos outros aspectos que contribuem para o sofrimento mental tais como as dimensões físicas, sociais, culturais, políticas e familiares que interagem entre si, variando de acordo com a dinâmica da história de vida do indivíduo e interagindo de maneiras singulares com dimensão e significado pessoal junto às questões laborais. 1

Alguns autores trazem o diálogo de que o trabalho pode tanto favorecer a saúde mental como levar o trabalhador ou seu coletivo ao adoecimento, ao surgimento de doenças psicossomáticas ou psiquiátricas. Todavia, a associação entre saúde mental e trabalho não é simples, as avaliações clínicas demonstram dificuldades em associar os transtornos mentais relacionados ao

trabalho pois a medicina é focada na dimensão biomédica, o que restringe a compreensão ampliada acerca das distintas formas de adoecimento e sofrimento psíquico. 2

Historicamente, no que se refere ao processo de produção, os trabalhadores que planejavam eram os mesmos que executavam as tarefas. Após o surgimento do taylorismo e o fordismo, o trabalho foi fragmentado, sendo assim, o planejamento foi separado da execução, acarretando prejuízos sociais e subjetivos ao trabalhador haja vista que com essa divisão, para os detentores dos meios de produção, gerou maior lucratividade e eficiência porém para o trabalhador, esse mecanismo gerou a alienação em relação ao processo de trabalho. Essa fragmentação, com objetivo de intensificar o ritmo do trabalho materializou a expropriação da mais valia possibilitando também controle sobre o desempenho desse trabalhador. Dejours (1994), traz em seus estudos, que a fragmentação do processo de trabalho faz com que as tarefas percam os sentidos, acarretando um prejuízo na qualidade do investimento emocional necessário para que o aparelho psíquico funcione livremente. 3

A Enfermagem, está inserida no contexto de acumulação capitalista, como qualquer outra profissão, na qual o trabalhador vende sua força de trabalho, comprada de acordo com a demanda da sua função. O processo de trabalho da Enfermagem é bastante taylorista haja vista que suas atividades implicam em fragmentação de tarefas; monitoração constante dos supervisores, equipe de saúde, famílias e pacientes bem como elevada carga de trabalho.(1)

Frente a fragmentação da organização do processo de trabalho e suas complexidades, a saúde do trabalhador deve ser analisada sob uma ótica interdisciplinar, que leve à compreensão do trabalho como um espaço de organização da vida social, no qual os trabalhadores são sujeitos que pensam e atuam sobre o trabalho, mesmo que o conflito capital/trabalho dificultem tais ações. (1)

Com essa organização, o trabalho tem se diversificado, acoplado novas demandas aos trabalhadores e implementando avanços tecnológicos trazendo constantes desafios e reestruturações as atividades no processo de trabalho. Contudo, em função disso, houve como consequência dessas mudanças, alterações no perfil dos agravos e comorbidades relacionados ao trabalho. 6

Estudos recentes evidenciam fatores de sofrimento no trabalho que podem ser prejudiciais aos profissionais, como características organizacionais, ambiente insalubre, altas demandas mentais, dimensionamento de recursos humanos reduzido, cobrança de desempenho, trabalho

em turnos, entre outros e tais fatores podem ocasionar sintomatologia somática e/ou gerar alterações emocionais, exaustão, fadiga mental, insatisfação, para citar alguns. 7

No caso da Enfermagem, enumeram-se alguns fatores como: dimensionamento reduzido, necessidade de cumprimento de tarefas em menor tempo, aumento de funções e carga de trabalho, falta de comunicação e dificuldades nas interrelações de trabalho, ambiente físico da unidade, falta de recurso material, a necessidade de improvisação em questões emergenciais, descontentamento com a unidade de trabalho, entre outros. 8

Quase todos os artigos analisados, ressaltam a importância do trabalho e salientam que o trabalhador passa grande parte da vida inserido nesse ambiente, o que pode sim levar a interferência desses fatores na sua vida pessoal, social e familiar. Sendo assim, as relações do trabalhador com seu processo de trabalho e as condições do trabalho reflete na saúde mental desse trabalhador, o que pode determinar o modo como este vivencia seu trabalho, podendo gerar prazer e/ou sofrimento para este profissional. 9

Entre os profissionais de saúde, a Enfermagem dispensa maior tempo na assistência direta ao paciente e por isso, alguns estudos apontam que estes profissionais estão altamente sujeitos a desgaste físico e adoecimento mental decorrente do processo de trabalho no ambiente hospitalar e como sua qualidade de vida interfere na assistência prestada e por isso, a Enfermagem foi o sujeito escolhido para essa pesquisa.

Esse estudo, portanto, teve como objetivo identificar a existência de relação causal entre trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho na Enfermagem, uma vez que esta é submetida a altas demandas físicas e psíquicas durante o processo de trabalho, o que colabora para seu adoecimento mental. Salienta-se a importância desse estudo em relação a assistência de Enfermagem, uma vez que comprometida a qualidade de vida desse profissional existirá uma interferência na assistência prestada. Portanto, é relevante apresentar e discutir as questões salientadas pelos pesquisadores, adentro da saúde do trabalhador e saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo integrativa, sobre a relação causal entre trabalho e transtornos mentais relacionados ao processo de trabalho na Enfermagem, publicadas no período entre 2014 à 2018. Utilizou-se banco de dados do BVS e PubMed para busca da

literatura, na qual objetivou-se identificar estudos que conduzam à existência de relação causal supracitada, já que a Enfermagem é submetida a altas demandas físicas e psíquicas durante o processo de trabalho. Foram usados como palavras chaves: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Saúde mental e Transtornos mentais com uso do conectivo “AND”. Pela associação destes, e pelos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados 53 artigos, dos quais 28 foram excluídos após a leitura final, sendo então a amostra, reduzida para 25 artigos.

A pesquisa de artigos obedeceu aos critérios de inclusão: a) o artigo deveria estar disponível na íntegra na internet; b) deveriam se enquadrar com o objetivo da revisão de literatura; c) estar dentro do recorte temporal de 2014 a 2018; d) disponíveis nos idiomas português e inglês. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados a) teses e dissertações; b) textos que tratavam do tema de uma maneira tangencial, sem responder à questão norteadora do objetivo da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do exposto, dos artigos encontrados, 6 (24%) são do ano de 2014, 9 (36%) são do ano de 2015, 1 (4%) do ano de 2016, 1 (4%) do ano de 2017 e 8 (32%) do ano de 2018. Do total da amostra (25 artigos), 22 (88%) tratam de transtornos mentais relacionados ao trabalho na Enfermagem em âmbito hospitalar.

Das unidades hospitalares estudadas, 2 (8%) artigos tratam dos transtornos relacionados ao trabalho em unidades de emergência, 4 (16%) em unidades de psiquiatria e 7 (28%) em unidades de terapia intensiva. O restante, 12 artigos (48%), referem estudar tais transtornos em unidades clínicas médicas de hospitais universitários ou não especificam as unidades.

Dos autores dos artigos, 15 (60%) foram escritos apenas por enfermeiros, 1 (4%) por psicólogos, 3 (12%) por enfermeiros e psicólogos, 1 (4%) por enfermeiros, psicólogos e médicos e 5 (20%) deles não identificam a formação dos autores. Sobre o método, apenas 4 (16%) deles foram de revisão de literatura, os outros foram artigos originais (21 artigos – 84%). Na figura 1, segue a organização dos artigos da pesquisa nas bases de dados utilizadas. Sumarizando os artigos para a organização de suas informações e tornar a exposição mais didática, foi utilizado uma tabela (tabela 1) que identifica o autor, ano e o método apresentado no artigo, além de seus principais resultados e conclusões. Desse modo, percebe-se que a publicação de artigos científicos sobre o tema é inicial mesmo com um importante quantitativo

de enfermeiros/equipe de enfermagem apresentando transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Figura 1. Seleção dos artigos da pesquisa nas bases de dados.

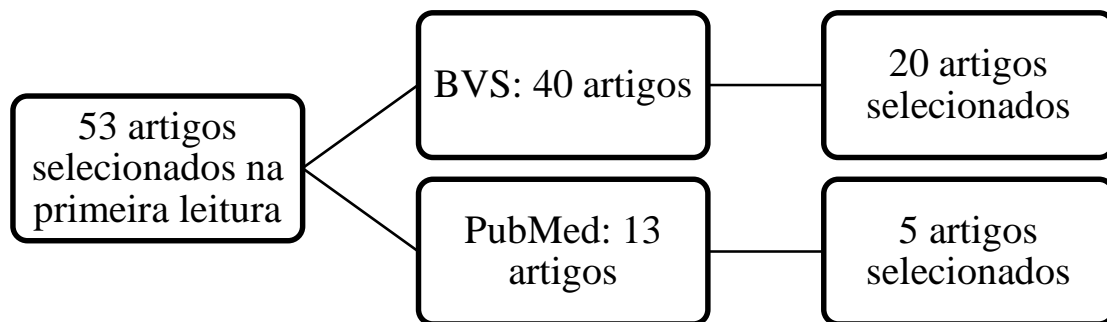


Tabela 1. Artigos selecionados de acordo com método apresentado e resultados e conclusões.

AUTORES	TIPO DE ESTUDO	ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
VASCONCELOS, S.C., et al.	Artigo de revisão	2016	Embora as pesquisas nessa temática tenham aumentado, comprovando que fatores laborais contribuem para o adoecimento psíquico dos profissionais de enfermagem, as medidas de proteção e cuidados são negligenciadas pelos gestores. A saúde mental do trabalhador de enfermagem é um desafio para a profissão.
FERNANDES, M.A. et.al.	Artigo de revisão	2018	Concluiu que o sofrimento psíquico prejudica a vida social, familiar, laboral e estudos além da capacidade de autocritica, aceitação de problemas e usufruir do prazer na vida em geral. As pressões que o trabalhador de enfermagem sofre no ambiente laboral, junto as duplas ou triplas jornadas de trabalho, associadas a baixa remuneração e ao modo que o trabalhador enfrenta todo o processo contribuem para o desenvolvimento do transtorno mental.
MATSUMOTO, L.K.; FAIMAN, C.J.S.	Artigo de revisão	2014	Relata que aspectos como organização do trabalho, cobrança de metas, falta de reconhecimento, forma de gestão e local de trabalho contribuem para o adoecimento do trabalhador.
SOUSA, K.H.J.F., et al.	Artigo original	2018	Avaliou o risco e o custo do adoecimento humano no trabalho, sob a ótica da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico e concluiu que itens como ter controle das emoções, uso da visão e memória, uso contínuos e repetido dos membros e lidar com agressividade indicaram condições críticas para a saúde mental da enfermagem.
OLIVEIRA, F.P., et al.	Artigo original	2015	Conclui que a maioria dos enfermeiros (91,3%) que atuam em serviços de emergência apresentam depressão ligada às condições de trabalho e que a maioria não percebia seu próprio sofrimento psíquico.
DUARTE, M.L.C., et al	Artigo original	2018	Refere que cuidar do trabalhador é promover a saúde em seu processo de trabalho desde que o sofrimento no trabalho leva ao

			desgaste físico e emocional, sendo por isso necessárias estratégias de enfrentamento, dentro e fora do trabalho.
CAMPOS, J.F., et al.	Artigo original	2014	O estudo evidenciou a subjetividade impressa no trabalho da enfermagem e reafirmou a necessidade de analisar a natureza psicossocial do trabalho para o fortalecimento das ações de saúde do trabalhador.
KESTENBERG, C.C.F., et al.	Artigo original	2015	Avaliou o estresse no trabalho em enfermagem. Constatou que mais da metade da equipe de enfermagem (56,5%) apresentava estresse e que 68,5% de todos participantes apresentavam exposição a fatores estressores laborais, concluindo que existe a necessidade de ações que reduzam esses fatores, além de serem mais necessárias pesquisas na área.
KOGIEN, M.; CEDARO, J.J., et al.	Artigo original	2014	Estudou impactos psicossociais no domínio da qualidade de vida de profissionais de enfermagem com uso de escalas validadas e concluiu que os principais fatores de risco para o prejuízo no domínio físico e qualidade de vida foram vivenciar um trabalho de alta exigência ou trabalho passivo, baixo discernimento intelectual e baixo suporte social.
VASQUEZ, P.C. et al.	Artigo original	2015	Analisou fatores psicossociais e carga mental de trabalho em enfermeiros de UTI através de aplicação de escalas validadas e concluiu que estes percebem a sobrecarga e os fatores psicossociais que interferem no trabalho e suas dimensões.
SENA, A.F.J., et al.	Artigo original	2015	O autor conclui que os profissionais de enfermagem são expostos ao estresse no ambiente laboral, sendo por isso, necessário ação dos gestores para proporcionar melhores condições de trabalho, como atividades preventivas contra os transtornos mentais decorrentes do trabalho.
RODRIGUES, E.P., et al.	Artigo original	2014	Os estudos apontaram que as condições de trabalho e saúde não são adequadas para realização do trabalho da enfermagem.
PINHATTI, E.D.G., et al.	Artigo original	2018	Estuda a prevalência de distúrbios psíquicos menores na enfermagem e seus fatores associados e conclui que existe a necessidade de atenção à enfermagem, com implementação de medidas de intervenção visando melhorias organizacionais de trabalho e prevenção dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.
PINHATTI, E.D.G., et al.	Artigo original	2018	Esse estudo analisou o uso de modelos combinados para avaliação dos aspectos psicossociais no trabalho e sua associação com a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores entre trabalhadores de enfermagem. E conclui que os modelos utilizados revelaram contribuições singulares na avaliação dos distúrbios psiquiátricos menores e considera a importância de avaliar os fatores que levam ao adoecimento mental no trabalho.
SILVA, J.L.L., et al.	Artigo original	2015	Com a coleta e análise dos dados, concluiu que os sintomas da síndrome de burnout estavam relacionados aos fatores psicossociais. Tais resultados mostram a necessidade de estudos para intervenção e prevenção da síndrome.
TAGHNEJAD, H., et al.	Artigo original	2014	Resultados mostraram que existe uma alta prevalência de depressão, ansiedade e estresse no grupo de enfermeiros estudados e conclui que se deve criar um suporte apropriado para esse grupo para que as enfermeiras estejam saudáveis e consigam promover saúde pública com qualidade.
TSARAS, K., et al.	Artigo original	2018	Os resultados apontam que enfermeiras de saúde mental estão em maior risco de desenvolver distúrbios psiquiátricos como depressão e ansiedade. Ser viúvas, solteira ou divorciada, mais velha, com mais anos de experiência e maior grau de escolaridade podem também ser fatores associados ao desenvolvimento desses distúrbios psiquiátricos.
PERRY, L., et al.	Artigo original	2015	Esse estudo aborda a importância dos cuidados com a saúde do enfermeiro pois para os pacientes pode haver serias consequências para sua segurança se a saúde da equipe estiver menor que a ideais.

			E refere que esse aspecto necessita de mais estudo uma vez que os custos de substituição dos profissionais são consideráveis. O estudo conclui que os enfermeiros e gerentes devem criar e implementar práticas de trabalho que promovam a saúde e o bem-estar desses enfermeiros para minimizar os efeitos deletérios do processo de trabalho.
PAI, D.D.; et al.	Artigo original	2015	O autor conclui que os trabalhadores de saúde sofrem violência em seu ambiente de trabalho e isso leva ao desenvolvimento da síndrome de burnout e transtornos psiquiátricos menores. Finaliza enunciando a necessidade de investir em sistemas de monitoramento dos episódios com o objetivo de identificar medidas para conter os agressores e acompanhar as vítimas, minimizando o processo deletério do ocorrido além de investir na cultura de tolerância nula à violência no trabalho.
TAJVAR, A., et al.	Artigo original	2015	Conclui que a prevalência de estresse ocupacional entre os enfermeiros da UTI estudada foi alta e que houve uma relação significativa entre saúde mental e estresse ocupacional. E ressalta que estes resultados podem ser usados para criar e implementar políticas nos hospitais para promoção de saúde de bem-estar dos profissionais, não só de enfermagem.
SOUSA, K.H.J.F., et al.	Artigo original	2018	O autor concluiu que a natureza do trabalho exerce forte influência sobre a saúde do trabalhador, em especial, a equipe de enfermagem. E enfatiza que existe a necessidade de outros estudos que investiguem essa associação entre adoecimento relacionado ao trabalho.
PIMENTA, G.F., et al.	Artigo original	2018	O estudo identificou alguns fatores que influenciam a precarização do trabalho e que o desgaste emocional, sofrimento psíquico, irritabilidade, estresse e desgaste físico são repercussões dessa precarização. Conclui relatando que é importante a sensibilização dos gestores no que se refere a essa precarização do processo de trabalho da enfermagem, tendo em vista que isso levará a uma garantia de qualidade de assistência.
SANTOS, N.A.C., et al.	Artigo de revisão	2015	Corroborar com outros estudos dizendo que os enfermeiros são expostos a situações que levam ao afastamento por licença médica sendo alarmante o absenteísmo no âmbito hospitalar diante do comprometimento da saúde individual bem como a queda da qualidade da assistência ao paciente. E conclui que se deve implementar ações para melhorias nas condições de trabalho e qualidade de vida da equipe de enfermagem e consequentemente causando uma assistência de qualidade.
UMANN, J., et al.	Artigo original	2014	O autor observou que o estresse influencia inversamente a produtividade do enfermeiro, ratificando que existe influência entre os fatores organizacionais na produtividade dos indivíduos. Ao final, sugere desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam melhores condições de trabalho em cada contexto laboral.
PAULA, G.S., et al.	Artigo original	2017	Os resultados evidenciaram que, pela percepção da equipe de enfermagem na unidade psiquiátrica, há uma exposição, principalmente à violência psicológica efetuada por pacientes, familiares e médicos, bem como a institucional. Aborda a necessidade da instituição de proporcionar treinamentos aos trabalhadores, de estratégias de enfrentamento dessa problemática no espaço de trabalho e como isso influenciará positivamente o bem-estar, satisfação e qualidade da assistência prestada ao paciente.

Diante do exposto, salienta-se que a implantação da política neoliberal (Estado mínimo) e implementando a política de redução de custos e otimização da produção mudou a vida da

sociedade e as relações de trabalho, como o desajuste dos direitos sociais de proteção do trabalhador, diminuindo seu poder de atuação nas políticas públicas. O reflexo disso é observado em todos os setores, não diferente no setor saúde. Com isso, observa-se que a precarização do processo de trabalho da Enfermagem, influencia na saúde dos trabalhadores e ecoa diretamente na qualidade da assistência prestada.

Alguns fatores destacam-se na precarização do processo de trabalho da Enfermagem: a precarização do direitos trabalhistas, como: terceirizações, subempregos, salários inferiores entre outros, e agregado a isso, está a precarização das condições de trabalho, como: inadequação de recursos humanos, aumento da produtividade e a escassez de material e medicamentos, gerando no trabalhador de Enfermagem um desgaste emocional que gera redução da qualidade da assistência prestada.

O trabalho no setor saúde, atualmente, atende a lógica do mercado capitalista, o que reflete no processo de trabalho. Os artigos estudados, ressaltam que as condições precárias desse trabalho criam sobrecarga psíquica e física nesse trabalhador de saúde, principalmente a equipe de Enfermagem.

O hospital é uma instituição de alta complexidade, direcionado para tratamento de diversos agravos de saúde da população e deve ser responsável por oferecer aos profissionais, condições adequadas de trabalho. Entretanto, o que se observa, são instituições que pouco privilegia esses profissionais, distante dos ideais do trabalhador. Dos 25 artigos, 22 (84%) trazem pesquisas no ambiente hospitalar onde identifica-se especificidades laborais que expõem o trabalhador de Enfermagem a desordens de cunho físico, psicológico e químico, o que pode ocasionar agravos a saúde desse trabalhador de maneira específica. Sendo assim, um percentual elevado de profissionais de Enfermagem está exposto a situações de alta demandas psicológicas e físicas no processo de trabalho. Ressaltam também que os profissionais de Enfermagem priorizam demandas laborais em detrimento de suas necessidades subjetivas, o que configura uma evidenciação de que esse trabalhador está exposto a fatores de adoecimento e geralmente, sem perceber o mal que isso causará no futuro dele e do paciente assistido.

Enfermeiros que trabalham em unidades abertas normalmente tem contato direto com o público, experimentando, portanto, um nível de estresse mais elevado do que os enfermeiros que trabalham em unidades fechadas. Além disso, esses profissionais vivenciam agressões, sejam

verbais ou físicas e a falta de segurança, o que contribuem para o adoecimento mental. São muitas formas de violência física e psicologia que podem afetar esse processo de trabalho.

A alta prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho nesses profissionais ostenta um problema de saúde pública. Dessa forma é necessário observar de perto esses trabalhadores pois cuidando de doentes nessas condições de trabalho, ele se tornará também doente.

Os resultados dos artigos comungam ao fim, da mesma ideia, a de que existe a necessidade de criar estratégias de intervenção para cuidar desses trabalhadores. Desenvolver uma política, implementar interação em grupo e terapia além de gerenciar a saúde individual do trabalhador de Enfermagem. A partir daí, será viável estipular ferramentas para a reorganização do processo de trabalho, respeitando a prática da Enfermagem promovendo melhorias no âmbito ocupacional.

É importante planejar intervenções direcionadas aos agravos de saúde relacionados ao trabalho da equipe de Enfermagem. Em acordo com a Lei 8080/90, uma ação que pretendesse a promoção de saúde ocupacional e a prevenção da saúde mental deveria ser inserida em qualquer programa de saúde destinada à equipe de Enfermagem, portanto, estratégias de proteção à esses profissionais devem abordar os 3 níveis de complexidade, não somente a alta complexidade (hospitalar), mas também a baixa e moderada complexidade.

Aconselham, portanto, que novos estudos sejam realizados em outras categorias e em outros setores para que se possa compreender melhor os fatores desencadeantes dos transtornos mentais relacionados ao trabalho nos profissionais de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação do homem com o trabalho é diversa em muitos aspectos e por isso é possível observar uma intrincada trama entre ambos. A complexidade de estudo desse campo explica a diversidade de métodos de pesquisa entre trabalho relacionado a saúde mental, claro que com seus entraves. Pesquisou-se artigos com o tema principal saúde mental e trabalho porém, alguns se cruzavam com outros tópicos, o que constata essa complexidade acerca do tema. Os artigos pesquisados apresentam algumas particularidades do sofrimento mental relacionado ao trabalho, nos quais os trabalhadores de enfermagem são os sujeitos inseridos.

O que é discutido em muitas das publicações é que esses trabalhadores que lidam com a saúde, com o social, a busca ao conhecimento e aumento da produtividade, devem ser também polivalentes, além de serem bons no que foram contratados para fazer. Devem ser hábeis, competitivos, disponíveis, proativos, cooperativos entre outros atributos. E a falha em um ou mais desses atributos ou tarefas pode surgir um sentimento de fracasso, levando a estratégias de enfrentamento individual (coping) ou levar ao desenvolvimento de um transtorno mental relacionado ao trabalho. Essa lógica organizacional é desvantajosa e aumenta a necessidade de melhorias na organização do trabalho.

Em razão da importância do trabalho na vida do indivíduo, no campo de estudo da saúde mental relacionada ao trabalho há significativas questões a serem estudadas e respondidas para melhorias do processo de trabalho.

Em 100% dos artigos desse estudo, mesmo com o cruzamento de alguns tópicos ou objetivos diferenciados, há uma conclusão em comum: as instituições devem, de uma forma qualificada, formular políticas que promovam a saúde mental e o bem-estar da Enfermagem posto que essa categoria se dedica ao cuidado da população e não raro se torna incapacitada às atividades laborais em decorrência do adoecimento relacionada ao seu processo de trabalho.

Ressalta-se a necessidade de mais estudos sobre a relação entre trabalho e saúde mental, além do adoecimento decorrente dessa relação, analisando com uma visão ampliada, as atividades desenvolvidas, considerando características sociodemográficas, ocupacionais, condições de saúde e de trabalho e relacionando tudo isso aos fatores causais do sofrimento psíquico relativo ao trabalho para que sejam criadas e implementadas estratégias de promoção de saúde a esses trabalhadores.

REFERENCIAS

1. Hamid T, Suhrabi Z, Kikhavani S, Jaafarpour M, Azadi, A. Occupational Mental Health: A study of Work-Related Mental Health among Clinical Nurses. *Journal of Clinical Diagnostic Research*. 2014;8(9):WC01–WC03.
2. Pinhatti EDG, Perfeito Ribeiro R, Hirata Soares M, Trevisan Martins J, Ribeiro Lacerda M, Galdino, MJQ. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores na enfermagem: uso de modelos combinados. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3068.
3. Ceballos-vásquez P, Rolo-gonzález G, Hernández-fernaud E, Díaz-cabrera D, Paravic-

- klijn T, Burgos-Moreno, M. Fatores psicossociais e carga mental de trabalho: uma realidade percebida pelos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015;23(2): 315-22.
4. Silva JLL, Silva Soares R, Santos Costa F, Souza Ramos D, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev. Bras. Ter Intensiva*. 2015;27(2):125–33.
 5. Santos ANC, Mamede NM, De Paula, MAB. Principais causas de afastamento do trabalho na equipe de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *RAS- Vol. 16, nº 64 – Jul-Set, 2014*.
 6. Sena AFJ, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. *Journal of nursing and Health*. 2015;5(1):27–37.
 7. Pinhatti EDG, Perfeito Ribeiro R, Hirata Soares M, Trevisan Martins J, Ribeiro Lacerda M, Galdino, MJQ. Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(suppl 5): 2305-12.
 8. Oliveira FP, Mazzaia MC, Marcolan JF. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Acta Paul. Enferm*. 2015;28(3):209–15.
 9. Duarte MLC, Glanzner, CH, Pereira LP. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0255.
 10. Campos JF, David HMSL, Souza NVDO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. *Esc. Anna Nery*, 2014;18(1):90–5.
 11. Sousa KHJF, Lopes DP, Nogueira, MLF, Tracera GMP, Moraes KG, Zeitoun RCG. Risco de adoecimento e custo humano no trabalho em um hospital psiquiátrico. *Esc. Anna Nery*, 2018;22(2): e20170288.
 12. Pimenta GF, Perez Junior EF, Pires AS, Gomes, HF, Thiengo PCS, Paula, VG. Influência da precarização no processo de trabalho e na saúde do trabalhador de enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM*, 2018, out./dez.;8(4): 758-768.
 13. Fernandes MA, Soares LMD, e Silva JS. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. *Rev Bras Med do Trab*. 2018;16(2):218–24.
 14. Kogien M, Cedaro JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico

- da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan-fev. 2014;22(1):1–8.
15. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Nascimento Sobrinho CL. Prevalencia de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr;67(2):296–301.
 16. Kestenberg CCF, Felipe ICV, Rossone FO, Delphim LM, Teotonio MC. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. *Rev. Enferm. UERJ*, 2015 jan-fev; 23(1):45–51.
 17. Umann J, Guido LA, Silva RM. Estresse, coping e presenteísmo que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2014;48(5):891–8.
 18. Sousa KHJF, Soares ECF, Moraes KG, Batista KC, Gonçalves TS, Zeitoun RCG. Fatores associados ao perfil da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico e suas implicações para a saúde do trabalhador. *Rev. Min. Enferm.* 2018;(22);e-1104.
 19. Pai DD, Lautert L, Souza SBC, Marziale MHP, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(3):460–68.
 20. Paula GS, Oliveira EB, Silva AV, Souza SRC, Fabri JMG, Guerra AO. Violência relacionada ao trabalho na psiquiatria: percepção dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Abr-jun; 2017;13(2):86–92.
 21. Masumoto, LK, Faiman CJS. Saúde mental e trabalho: um levantamento de literatura nacional nas bases de dados em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). *Rev. Saúde, Ética e justiça.* 2014; 19;(1): 1-11.
 22. Tsaras K, Papathanasiou IV, Vus V, Panagiotopoulou A, Katsou MA, Kelesi M, Fradelos EC. Predicting Factors of depression and anxiety in mental health nurses: A quantitative Cross-Sectional Study. *Med Arch.* 2018 Fev; 72(1): 62-67.
 23. Perry L, Lamont S, Gallaher, R. Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *Rev. BMC nursing*, 2015 14:15.
 24. Vasconcelos SC, Souza SL, Sougey EB, Ribeiro ECO, Nascimento JJC, Formiga MB, Ventura LBS, Silva AO. Nursing Staff Members Mental's Health and factors associated with the work processo: na integrative review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2016, v12.
 25. Tajvar A, Saraji GN, Ghanbarnejad A, Omidi L, Hosseini SSS, Abadi ASS. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit os

a general hospital in Bandar in 2013. *Rev.eletronic Physician*, 2015, 7(3): 1108-1113.

