

# TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO

CID -10

Equipe técnica: Charles Haro,  
Vanderly J. da Silva;  
Vera L. Carvalho; Vera Rizzatti

## **1.0 CARACTERÍSTICAS GERAIS**

Os agravos à saúde mental relacionados ao trabalho representam uma das doenças do trabalho de maior prevalência entre os trabalhadores. Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, dados do INSS sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os *transtornos mentais* ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências (BRASIL, 2001).

Apesar disso, pesquisas apontam “para o fato que os profissionais não incorporaram efetivamente, em sua rotina de trabalho, o processo de reconhecimento e notificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho.” (LEOPOLDINO e SANTOS, 2013).

Em nossa sociedade, o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico (subsistência), seja pelo aspecto cultural (simbólico), tendo, assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. A contribuição do trabalho para as alterações da saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição a determinado agente tóxico, até a

complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. Os *transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho* resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores.

Tal situação aponta a necessidade de maior integração das áreas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Saúde Mental e Atenção Básica, de modo a contribuir para o reconhecimento e notificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho. É preciso dar visibilidade a esses casos, na perspectiva de reordenar os serviços de atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS e assim, propulsionar ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores no Estado do Tocantins.

## **2.0 DESCRIÇÃO**

A Portaria/MS N. 1399/1999, define a Lista de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho, conforme relacionados abaixo:

- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
- *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0)
- Transtorno cognitivo leve (F06.7)
- Transtorno orgânico de personalidade (F07.0)
- Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-)
- Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2)
- Episódios depressivos (F32.-)
- Estado de estresse pós-traumático (F43.1)
- Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0)

- Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8)
- Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2)
- Sensação de estar acabado (síndrome de *burn-out* g, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0)

A prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho. Requer uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e da vigilância, sendo desejável que o atendimento seja feito por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, capacitada a lidar e a dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e aos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho.

As medidas de controle ambiental visam à eliminação ou à redução dos níveis de exposição às substâncias químicas envolvidas na gênese da doença.

A intervenção sobre as condições de trabalho se baseia na análise ergonômica do trabalho real ou da atividade, buscando conhecer, entre outros aspectos:

- conteúdo das tarefas, dos modos operatórios e dos postos de trabalho;
- ritmo e intensidade do trabalho;
- fatores mecânicos e condições físicas dos postos de trabalho e das normas de produção;
- sistemas de turnos;
- sistemas de premiação e incentivos;
- fatores psicossociais e individuais;
- relações de trabalho entre colegas e chefias;
- medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas;
- as estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores.

A participação dos trabalhadores e dos níveis gerenciais é essencial para a implementação das medidas corretivas e de promoção da saúde que envolvam modificações na organização do trabalho. Práticas de promoção da saúde e de ambientes de trabalho saudáveis devem incluir ações de educação e prevenção do abuso de drogas, especialmente álcool.

Dessa forma, a vigilância em saúde do trabalhador deve considerar essa multiplicidade de fatores envolvidos na determinação das *doenças mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho*. Em alguns casos são de natureza química, em outros, intrinsecamente relacionados às formas de organização e gestão do trabalho ou mesmo da ausência de trabalho e em muitos casos decorrem de uma ação sinérgica desses fatores.

A partir da confirmação do diagnóstico da doença e do estabelecimento de sua relação com o trabalho, os serviços de saúde responsáveis pela atenção à saúde do trabalhador devem implementar as seguintes ações:

- avaliação da necessidade de afastamento (temporário ou permanente) do trabalhador da exposição, do setor de trabalho ou do trabalho como um todo;
- acompanhamento da evolução do caso, registro de pioras e agravamento da situação clínica e sua relação com o retorno ao trabalho;
- notificação do agravo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- inspeção na empresa ou ambiente de trabalho de origem do paciente ou em outras empresas do mesmo ramo de atividade na área geográfica, procurando identificar os fatores de risco para a saúde e as medidas de proteção coletiva e equipamentos de proteção individual utilizados: se necessário, complementar a identificação do agente (químico, físico ou biológico), das condições de trabalho

determinantes do agravo e de outros fatores de risco que podem estar contribuindo para a ocorrência;

- recomendação ao empregador sobre as medidas de proteção e controle a serem adotadas, informando as aos trabalhadores.

A definição de disfunção e incapacidade causada pelos *transtornos mentais e do comportamento*, relacionados ou não com o trabalho, é difícil. Os indicadores e parâmetros propostos pela AMA (Associação Médica Americana) organizam a disfunção ou deficiência causadas pelos *transtornos mentais e do comportamento* em quatro áreas:

1 - Limitações em Atividades da Vida Diária: que incluem atividades como auto cuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais e exercício de atividades sociais e recreacionais. O que é avaliado não é simplesmente o número de atividades que estão restritas ou prejudicadas, mas o conjunto de restrições ou limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo como um todo;

2. Exercício de Funções Sociais : refere-se à capacidade do indivíduo de interagir apropriadamente e comunicar-se eficientemente com outras pessoas. Inclui a capacidade de conviver com outros, tais como membros de sua família, amigos, vizinhos, atendentes e balconistas no comércio, zeladores de prédios, motoristas de táxi ou ônibus, colegas de trabalho, supervisores ou supervisionados, sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca;

3. Concentração, Persistência e Ritmo: também denominados capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Estes indicadores ou parâmetros referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização cabal, em tempo adequado, de tarefas comumente encontradas no lar, na escola, ou nos locais de trabalho. Essas capacidades ou habilidades podem ser

avaliadas por qualquer pessoa, principalmente se for familiarizada com o desempenho anterior, basal ou histórico do indivíduo. Eventualmente, a opinião de profissionais psicólogos ou psiquiatras, com bases mais objetivas, poderá ajudar a avaliação;

4. Deterioração ou Descompensação no Trabalho: refere-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes. Frente a situações ou circunstâncias mais estressantes ou de demanda mais elevada, os indivíduos saem, desaparecem ou manifestam exacerbações dos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou comportamental. Em outras palavras, descompensam e têm dificuldade de manter as atividades da vida diária, o exercício de funções sociais e a capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Aqui, situações de estresse, comuns em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores e colegas.

### 1.1 **ASPECTOS DE SAUDE TRABALHO**

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram,

ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (... )A natureza dessa relação é sutilmente distinta segundo os grupos das doenças relacionadas de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984, *apud* BRASIL/OPAS, 2001) :

- Categoria 1 – Trabalho como causa necessária
- Categoria 2 – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário
- Categoria 3 – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravado por doença já estabelecida.

Esse grupo de agravos, Schilling I, tem, também, uma conceituação legal no âmbito do SAT da Previdência Social e sua ocorrência deve ser notificada segundo regulamentação na esfera da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho. 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.

Os fenômenos em saúde mental – sofrimentos diversos, desânimo, tristeza, depressão, assédios, estresse, transtornos, entre outros – têm sua especificidade, mas podem manifestar-se imbricados com problemas derivados da exposição a diversos tipos de risco no ambiente de trabalho, assim como a ocorrência de acidentes de trabalho. Entende-se que a origem dos sofrimentos e agravos guarda estreita relação com os elementos que compõem a organização e a gestão do trabalho e, nesse sentido, as ações da vigilância devem incluir e identificar os componentes geradores desses agravos. 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. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral.

## 2. **DEFINIÇÃO DA CAUSA**

As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

*Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho* resultam não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. Em alguns casos, são de natureza química, em outros, intrinsecamente relacionados às formas de organização e gestão do trabalho ou mesmo da ausência de trabalho e em muitos casos decorrem de uma ação sinérgica desses fatores.

O atual quadro econômico mundial, em que as condições de insegurança no emprego, subemprego e a segmentação do mercado de trabalho são crescentes, reflete-se em processos internos de reestruturação da produção, enxugamento de quadro de funcionários, incorporação tecnológica, repercutindo sobre a saúde mental dos trabalhadores.

O trabalho ocupa, também, um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não-reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico.

O processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho, moldado pela cultura organizacional, também é considerado fator importante na determinação da saúde mental. Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbios mentais. Frequentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e extra-trabalho.

Os fatores relacionados ao tempo e ao ritmo de trabalho são muito importantes na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Jornadas de trabalho longas, com poucas pausas destinadas ao descanso e/ou refeições de curta duração, em lugares desconfortáveis, turnos de trabalho noturnos, turnos alternados ou turnos iniciando muito cedo pela manhã; ritmos intensos ou monótonos; submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas, sob as quais não tem controle; pressão de supervisores ou chefias por mais velocidade e produtividade causam, com frequência, quadros ansiosos, fadiga crônica e distúrbios do sono. Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou *burn-out* (traduzido para o português como *síndrome do esgotamento profissional ou estafa*).

Estudos têm demonstrado que alguns metais pesados e solventes podem ter ação tóxica direta sobre o sistema nervoso, determinando distúrbios mentais e alterações do comportamento.

Os acidentes de trabalho podem ter conseqüências mentais quando, por exemplo, afetam o sistema nervoso central, como nos traumatismos crânio-encefálicos com concussão e/ou contusão.

A vivência de acidentes de trabalho que envolvem risco de vida ou que ameaçam a integridade física dos trabalhadores determinam, por vezes, quadros psicopatológicos típicos, caracterizados como síndromes psíquicas pós-traumáticas.

Contextos de trabalho particulares têm sido associados a quadros psicopatológicos específicos, aos quais são atribuídas terminologias específicas. Seligmann-Silva propõe uma caracterização para alguns casos clínicos já observados. Um exemplo é o *burn-out*. Inicialmente relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência, a denominação vem sendo estendida a outras profissões que

envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos de alta complexidade e determinação fora do alcance do trabalhador, como dor, sofrimento, injustiça, miséria (Seligmann- Silva, 1995, *apud* BRASIL/OPAS, 2001). Outro exemplo são as síndromes pós-traumáticas que se referem a vivências de situações traumáticas no ambiente de trabalho, nos últimos tempos cada vez mais freqüentes, como, por exemplo, o grande número de assaltos a agências bancárias com reféns.

### **3. NOTIFICAÇÃO**

A Portaria Nº 1.984, DE 12 de setembro de 2014 - Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo - aí incluídos os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho - a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. (ver Anexo 1 – Ficha de Notificação de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho).

### **4. INVESTIGAÇÃO**

No âmbito dos serviços de saúde, o principal instrumento para a investigação das relações saúde-trabalho doença e, portanto, para o diagnóstico correto do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho, é representado pela anamnese ocupacional. A anamnese ocupacional faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar. (ver Anexo 2 – Etapas da investigação denexo causal entre doença e trabalho).

### **INVESTIGAÇÃO DEMÊNCIA ( F.028)**

É conceituada como síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica, de caráter adquirido, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento. A consciência não é afetada e as deficiências cognitivas são acompanhadas e, ocasionalmente, precedidas por deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação (Bertolote, 1997, *apud* MS, 2011).

Quadros de *demência* tem sido encontrados traumas crânio-encefálico (TCE) e pelos efeitos da exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- substâncias asfixiantes: *monóxido de carbono (CO)*, *sulfeto de hidrogênio (H<sup>2</sup>S)*;
- *sulfeto de carbono*;
- metais pesados (*manganês, mercúrio, chumbo e arsênio*);
- derivados organometálicos (*chumbo tetraetila e organoestanhosos*).

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, o diagnóstico de *demência relacionada ao trabalho*, excluídas outras causas não-ocupacionais, deve ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária.

Comprometimento ou incapacidade manifestada pelo declínio das funções cognitivas como: capacidade de aprendizagem, memória, atenção, concentração, linguagem, nível de inteligência, capacidade de resolver problemas, juízo crítico e comportamento social adequado; comprometimento ou incapacidade pessoal para as atividades da vida diária.

### **DELIRIUM F05.0**

Síndrome caracterizada pelo rebaixamento do nível de consciência, com distúrbio da orientação (no tempo e no espaço) e da atenção (hipovigilância e hipotenuacidade), associada ao comprometimento global das funções cognitivas. Podem ocorrer alterações do humor (irritabilidade), da percepção (ilusões e/ou alucinações especialmente visuais), do pensamento (ideação delirante) e do comportamento (reações de medo e agitação psicomotora).

Geralmente, o paciente apresenta uma inversão característica do ritmo vigília-sono com sonolência diurna e agitação noturna. Pode vir acompanhada de sintomas neurológicos como tremor, asterixis, nistagmo, incoordenação motora e incontinência urinária. Geralmente, o *delirium* tem um início súbito (em horas ou dias), um curso breve e flutuante e uma melhora rápida assim que o fator causador é identificado e corrigido.

O *delirium* pode ocorrer no curso de uma demência, pode evoluir para demência, para recuperação completa ou para a morte. Apresenta distintos níveis de gravidade, de formas leves a muito graves.

Exposição ocupacional às seguintes

substâncias químicas tóxicas ou condições:

- substâncias asfixiantes: *monóxido de carbono (CO), dissulfeto de hidrogênio (H<sub>2</sub>S)*;
- *sulfeto de carbono*;
- metais pesados (*manganês, mercúrio, chumbo e arsênio*);
- derivados organometálicos (*chumbo tetraetila e organoestanhosos*);
- trauma crânio-encefálico (TCE).

Devem ser observados os seguintes critérios

diagnósticos:

- Rebaixamento do nível da consciência em relação ao ambiente, com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- Alterações na cognição, tais como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução;
- Perturbação que se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia;
- existência de evidências a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho.

### **TRANSTORNO COGNITIVO LEVE F06.7**

Caracteriza-se por alterações da memória, da orientação, da capacidade de aprendizado e redução da capacidade de concentração em tarefas prolongadas.

Queixa de intensa

sensação de fadiga mental ao executar tarefas mentais e um aprendizado novo é percebido subjetivamente como difícil, ainda que objetivamente consiga realizá-lo bem.

Exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas e agentes físicos:

- *brometo de metila*;
- *chumbo* e seus compostos tóxicos;
- *manganês* e seus compostos tóxicos;
- *mercúrio* e seus compostos tóxicos;
- *sulfeto de carbono*;
- *tolueno* e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- *tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano* e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- outros solventes orgânicos neurotóxicos;
- níveis elevados de ruído.

Queixas de comprometimento da memória, dificuldades de aprendizado ou de concentração. Testes psicológicos objetivos podem ser úteis, mas devem ser interpretados com cuidado, dada sua inespecificidade e a confusão com outras causas ligadas às condições de vida.

### **TRANSTORNO ORGÂNICO DE PERSONALIDADE F07.0**

Aparece como um transtorno concomitante ou residual de uma doença, lesão ou disfunção cerebral. Caracteriza-se por uma alteração significativa dos padrões habituais de comportamento pré-mórbido, particularmente no que se refere à expressão das emoções, necessidades e impulsos. As chamada *síndrome do lobo frontal*, que pode ocorrer não apenas associada à lesão no lobo frontal, mas também a lesões de outras áreas cerebrais circunscritas.

Exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- *brometo de metila*;
- *chumbo* ou seus compostos tóxicos;
- *manganês* e seus compostos tóxicos;
- *mercúrio* e seus compostos tóxicos;
- *sulfeto de carbono*;
- *tolueno* e outros solventes aromáticos neurotóxicos ;
- *tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano* e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- outros solventes orgânicos neurotóxicos.

Em trabalhadores expostos a essas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de *transtorno orgânico de personalidade*, excluídas outras causas não-ocupacionais.

Um diagnóstico definitivo requer a presença de dois ou mais dos seguintes aspectos:

- capacidade consistentemente reduzida de perseverar em atividades com fins determinados, especialmente aquelas envolvendo períodos de tempo mais prolongados e gratificação postergada;
-

- comportamento emocional alterado, caracterizado por labilidade emocional, alegria superficial e imotivada (euforia, jocosidade inadequada) e mudança fácil para irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia;
  - expressão de necessidades e impulsos sem considerar as conseqüências ou convenções sociais ( roubo, propostas sexuais inadequadas, comer vorazmente ou mostrar descaso pela higiene pessoal);
  - perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranóide e/ou preocupação excessiva com um tema único, usualmente abstrato (por exemplo: religião, certo e errado);
  - alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem com aspectos, tais como ircunstantialidade, prolixidade, viscosidade e hipergrafia;
  - comportamento sexual alterado.
-

### **TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO OU SINTOMÁTICO NÃO ESPECIFICADO F09**

Fazem parte desse grupo a *demência na doença de Alzheimer*, a *demência vascular*, a *síndrome amnésica orgânica* (não-induzida por álcool ou psicotrópicos) e vários outros transtornos orgânicos (alucinação, estado catatônico, delirante, do humor, da ansiedade), a *síndrome pós-encefalite e pós-traumática*, incluindo, também, a *psicose orgânica* e a *psicose sintomática*. Exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- *brometo de metila*;
- *chumbo* e seus compostos tóxicos;
- *manganês* e seus compostos tóxicos;
- *mercúrio* e seus compostos tóxicos;
- *sulfeto de carbono*;
- *tolueno* e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- *tricloroetileno*, *tetracloroetileno*, *tricloroetano* e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- outros solventes orgânicos neurotóxicos.
- Evidência de doença, lesão ou disfunção cerebral ou de uma doença física sistêmica, associada a uma das síndromes relacionadas:
- uma relação temporal (dias ou poucos meses) entre o desenvolvimento da doença subjacente e o início da síndrome mental;
- recuperação do transtorno mental após a remoção ou melhora da causa presumida subjacente;
- ausência de evidência que sugira uma causa alternativa da síndrome mental, ou uma forte história familiar ou estresse .

### **ALCOOLISMO CRÔNICO RELACIONADO AO TRABALHO F10.2**

---

Modo crônico e continuado de usar bebidas alcoólicas, caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios freqüentes de intoxicação. Sofre influencia de vários fatores entre eles o trabalho.

Ocupações que caracterizam atividades socialmente desqualificadas; processos de trabalho que implicam na manipulação ou contato com elementos / aspectos que mobilizam reações adversas:

- Garis, abatedouros de animais, coveiros, funerárias, necrotérios;
  - situações de trabalho perigoso, ou de grande atividade mental; trabalho monótono ou que envolve afastamento prolongado do lar;
  - desemprego ou condições difíceis de trabalho. Pode ser adaptado dos critérios previstos para a caracterização das demais *Síndromes de dependência*, segundo os quais três ou mais manifestações devem ter ocorrido, conjuntamente, por pelo menos um mês ou, se persistentes, por períodos menores do que um mês. As manifestações devem ocorrer juntas, de forma repetida durante um período de 12 meses, devendo ser explicitada a relação da ocorrência com a situação de trabalho:
  - um forte desejo ou compulsão de consumir álcool em situações de forte tensão presente ou gerada pelo trabalho;
  - comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância – em termos de início, término ou níveis – evidenciado pelo uso da substância em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou por esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o seu uso;
  - um estado fisiológico de abstinência quando o uso do álcool é reduzido ou interrompido;
  - evidência de tolerância aos efeitos da substância de forma que haja uma necessidade de quantidades crescentes da substância para obter o efeito desejado;
  - preocupação com o uso da substância, manifestada pela redução ou abandono de importantes prazeres ou interesses alternativos por causa de seu uso ou pelo gasto
-

de uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias para obter, consumir ou recuperar-se dos efeitos da ingestão da substância;

- uso persistente da substância, a despeito das evidências das suas conseqüências nocivas e da consciência do indivíduo a respeito do problema.
-

### **EPISÓDIOS DEPRESSIVOS F32**

Caracteriza-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sensação de fadiga aumentada; dificuldade de concentração, baixa auto-estima, desesperança, idéias de culpa e inutilidade;, idéias ou atos suicidas, perturbações do sono, diminuição do apetite, sintomas de ansiedade são muito freqüentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. Alterações da psicomotricidade e do pensamento.

A relação dos *episódios depressivos* com o trabalho pode ser sutil: decepções com trabalhos frustrantes, as exigências excessivas de desempenho, perda do posto de trabalho e situação de desemprego prolongado. Alguns estudos comparativos controlados têm mostrado prevalências maiores de depressão em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas, advogados, educadores especiais e consultores.

*Episódios depressivos* também estão associados à exposição ocupacional às seguintes substâncias químicas tóxicas:

- *brometo de metila*;
  - *chumbo* e seus compostos tóxicos;
  - *manganês* e seus compostos tóxicos;
  - *mercúrio* e seus compostos tóxicos;
  - *sulfeto de carbono*;
  - *tolueno* e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
  - *tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano* e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
  - outros solventes orgânicos neurotóxicos.
-

O diagnóstico de *episódio depressivo* requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas abaixo, por um período de, no mínimo, duas semanas, sendo que um dos sintomas característicos é humor triste ou diminuição do interesse ou prazer, além de marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;

- diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês);
  - insônia ou hipersonia;
  - agitação ou retardo psicomotor;
  - fadiga ou perda da energia;
  - sentimentos de desesperança, culpa excessiva ou inadequada;
  - diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão;
  - pensamentos recorrentes de morte (sem ser apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio.
-

### **O ESTADO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO F43.1**

Caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. São exemplos: os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, testemunho de morte violenta ou ser vítima de tortura, estupro, terrorismo ou qualquer outro crime

O risco de desenvolvimento do *transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho* parece estar relacionado a trabalhos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte ferroviário, metroviário e aéreo, o trabalho dos bombeiros.

Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6);

- circunstância relativa às condições de trabalho (Y96).

Inclui episódios de repetidas reviviscências do trauma, que se impõem à consciência clara ou em sonhos (pesadelos). O paciente apresenta uma sensação persistente de entorpecimento ou embotamento emocional, diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca, rejeição a atividades e situações que lembram o episódio traumático. Usualmente, observa-se um estado de excitação autonômica aumentada com hipervigilância, reações exacerbadas aos estímulos e insônia. Podem, ainda, apresentar-se sintomas ansiosos e depressivos, bem como ideação suicida. O abuso de álcool e outras drogas pode ser um fator complicador. Podem ocorrer episódios dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressividade, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e/ou reviviscência súbita do trauma ou da reação original a ele.

---

O início do quadro segue-se ao trauma, com um período de latência que pode variar de poucas semanas a meses (raramente excede a 6 meses). O curso é flutuante, mas a recuperação pode ser esperada na maioria dos casos.

---

### **NEURASTENIA (INCLUI SÍNDROME DE FADIGA) F48.0**

A característica mais marcante desta *síndrome de fadiga relacionada ao trabalho*\* é a presença de fadiga

constante, acumulada ao longo de meses ou anos em situações de trabalho em que não há oportunidade de se obter descanso necessário e suficiente. A fadiga é referida pelo paciente como sendo constante, como acordar cansado, simultaneamente física e mentalmente, caracterizando uma fadiga geral. Outras manifestações importantes são: má qualidade do sono, dificuldade de aprofundar o sono, despertares freqüentes durante a noite, especificamente insônia inicial, dificuldade para adormecer ou “a cabeça não consegue desligar”, irritabilidade ou falta de paciência e desânimo.

Outros sintomas que podem fazer parte da síndrome são: dores de cabeça, dores musculares (geralmente nos músculos mais utilizados no trabalho), perda do apetite e mal-estar geral. Trata-se, em geral, de um quadro crônico.

*1 – Fatores ergonômicos - Ritmos de:*

- trabalho acelerados, sem pausas ou com pausas sem as devidas condições para repousar e relaxar;
- jornadas de trabalho prolongadas (excesso de horas extras, tempo de transporte de casa para o trabalho e do trabalho para casa muito longo);
- dupla jornada de trabalho para complementar a renda familiar);
- jornada de trabalho em turnos alternados.

A fadiga patológica parece ser decorrente da interação de diversos desses fatores entre si, ao longo de meses ou anos.

---

## 2 Fatores associados a exposição ocupacional a algumas substâncias químicas

Essas manifestações também têm sido associadas à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas, entre elas:

- *brometo de metila*;
- *chumbo* e seus compostos tóxicos;
- *manganês* e seus compostos tóxicos;
- *mercúrio* e seus compostos tóxicos;
- *sulfeto de carbono*;
- *tolueno* e outros solventes aromáticos neurotóxicos;
- *tricloroetileno*, *tetracloroetileno*, *tricloroetano* e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos;
- outros solventes orgânicos neurotóxicos.

Em trabalhadores expostos às situações de trabalho descritas acima, o diagnóstico da *síndrome de fadiga* pode ser incluído no Grupo I da Classificação de Schilling, ou seja, o trabalho desempenha o papel de causa necessária

*O diagnóstico definitivo* baseia-se nos seguintes critérios:

- queixas persistentes e angustiantes de fadiga aumentada após esforço mental ou queixas persistentes e angustiantes de fraqueza e exaustão corporal após esforço físico mínimo;
  - pelo menos dois dos seguintes: sensação de dores musculares, tonturas, cefaléias tensionais, perturbações do sono, incapacidade de relaxar, irritabilidade, dispepsia;
  - paciente é incapaz de se recuperar por meio do descanso, relaxamento ou entretenimento;
  - duração do transtorno de pelo menos três meses. *O diagnóstico diferencial da síndrome de fadiga relacionada ao trabalho* baseia-se na anamnese e deve ser feito
-

com:

- síndrome de fadiga pós-viral (G93.9);
- síndrome pós-encefalítica (F07.1);
- síndrome pós-concussional (F07.2);
- transtorno do humor (F30- e F39);
- transtorno do pânico (F41.0);
- transtorno de ansiedade generalizada (F41.1).

Obs: Não esquecer que a *síndrome de fadiga relacionada ao trabalho* pode ser encontrada em trabalhadores desempregados, pois pode ter sido adquirida durante o trabalho anterior.

---

**OUTROS TRANSTORNOS NEURÓTICOS ESPECIFICADOS F48.8** (INCLUI NEUROSE PROFISSIONAL)

A categoria *neurose profissional* é definida por Aubert (1993) como “uma afecção psicógena persistente, na qual os sintomas são expressão simbólica de um conflito psíquico, cujo desenvolvimento encontra-se vinculado a uma determinada situação organizacional ou profissional”.

A categoria *neurose profissional* inclui os quadros psiquiátricos relacionados ao trabalho, nos quais aspectos subjetivos e características pessoais, aliadas às condições organizacionais do trabalho, determinam sofrimento psíquico\*.

Geralmente, são quadros de evolução crônica que tendem a se definir como um padrão de comportamento. A organização do trabalho desempenha papel determinante no desenvolvimento desses padrões de comportamento, ao incentivar e explorar essas características pessoais.

---

### *Formas Clínicas*

*NEUROSE PROFISSIONAL ATUAL*: neurose traumática, reativa a um trauma atual;

*PSICONEUROSE PROFISSIONAL*: quando uma dada situação de trabalho funciona como desencadeante, reativando conflitos infantis que permaneciam no inconsciente;

*NEUROSE DE EXCELÊNCIA*: desenvolvida a partir de certas situações organizacionais que conduzem a processos de estafa (*burn-out* \*) pessoas que investem intensamente seus esforços e ideais em determinada atividade.

Segundo a CID-10 (seção Z55- e Z65), os transtornos do grupo da *neurose profissional* podem também estar vinculada a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais:

Problemas relacionados ao emprego e ao desemprego (Z56.-);

- desemprego (Z56.0);
- mudança de emprego (Z56.1);
- ameaça de perda de emprego (Z56.2);
- ritmo de trabalho penoso (Z56.3);
- má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho) (Z56.5);
- outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6).

Havendo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência desses transtornos, em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da

Classificação de Schilling, em que o trabalho pode ser considerado como fator de risco, no conjunto de fatores de risco associados com a etiologia multicausal da doença.

---

Em alguns casos, as circunstâncias em que o trabalho é realizado poderiam desencadear ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling.

Os transtornos denominados culturais têm diversas características, mas destacam-se dois aspectos:

- não são facilmente encaixados nas categorias das classificações psiquiátricas estabelecidas e internacionalmente usadas;
- foram primeiramente descritos em uma população ou em área cultural em particular e subseqüentemente associados a elas.

As chamadas *neuroses profissionais* têm sido classificadas nesse grupo de transtornos, pois não se dispõe de critérios diagnósticos estabelecidos em outra classificação. Os sintomas apresentados são inespecíficos: cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva), etc.

Muitas vezes, é a inibição para o trabalho que surge como primeiro sintoma indicando a presença de uma *neurose profissional*: a pessoa que antes trabalhava bem disposta e com dedicação não consegue mais trabalhar, sente-se cansada, mas não consegue explicar os motivos exatos. A anamnese, incluindo a anamnese ocupacional e o exame físico, não revela determinantes somáticos para o quadro. O diagnóstico é estabelecido a partir das queixas mencionadas, da história de trabalho e da análise da situação de trabalho atual. Por exemplo, na *neurose de excelência* os valores pessoais caracterizados pelo alto nível de exigência são determinantes que se articulam com a cultura organizacional em que a excelência é imperativa.

---

## **TRANSTORNO DO CICLO VIGÍLIA-SONO DEVIDO A FATORES NÃO-ORGÂNICOS**

### **F51.2**

O *transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos* é definido como uma perda de sincronia entre o ciclo vigília-sono do indivíduo e o ciclo vigília-sono socialmente estabelecido como normal, resultando em queixas de insônia, interrupção precoce do sono ou de sonolência excessiva. Esses transtornos podem ser psicogênicos ou de origem orgânica presumida, dependendo da contribuição relativa de fatores psicológicos, psicossociais ou orgânicos.

O *transtorno do ciclo vigília-sono relacionado ao trabalho* pode ser incluído nessa categoria, uma vez que, por definição, é determinado pela jornada de trabalho à noite em regime fixo ou pela alternância de horários diurnos, vespertinos e/ou noturnos, em regime de revezamento de turnos.

O trabalho em turnos é uma forma de organização do trabalho, na qual equipes de trabalhadores se revezam para garantir a realização de uma mesma atividade num esquema de horários que diferem sensivelmente da jornada de trabalho normal da média da população. Considera-se jornada de trabalho normal diurna a divisão do tempo de trabalho no horário entre 6 e 18 horas, com base na semana de seis dias e nas quarenta e quatro horas semanais.

No trabalho em turnos, os trabalhadores exercem suas atividades modificando seus horários de trabalho durante a semana, o mês (turnos alternantes) ou permanecem em horários fixos matutinos, vespertinos ou noturnos. Também são considerados os esquemas de trabalho em turnos e horários irregulares de entrada e saída no trabalho, a cada dia, semana ou mês.

---

A relação do *transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos*, como acima conceituado, com o trabalho poderá estar vinculada aos “fatores que influenciam o estado de saúde: (...) riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais” (Seção Z55- e Z65 da CID-10) ou aos “fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte” (Seção Y90- e Y98 da CID-10):

- problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: má adaptação à organização do horário de trabalho (trabalho em turnos ou trabalho noturno) (Z56.6);
- circunstância relativa às condições de trabalho (Y96). Em trabalhadores que exercem suas atividades em turnos alternantes e/ou em trabalho noturno, com dificuldades de adaptação, o diagnóstico de *transtorno do ciclo vigília-sono relacionado ao trabalho*, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da Classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária. Em casos particulares de trabalhadores previamente lábeis ou hypersusceptíveis, circunstâncias como as acima descritas pela CID-10 poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling.

Em função dos horários de trabalho em turnos e noturno podem ocorrer tanto adiantamento quanto atraso de fases do ciclo vigília-sono. Estes fatos podem ser decorrentes de conflitos entre os sincronizadores temporais externos (horários de trabalho e de outras atividades sociais, por exemplo) e os osciladores biológicos internos, estes últimos responsáveis pela regulação dos ritmos biológicos. Os trabalhadores que apresentam uma ou mais das seguintes queixas: dificuldades para adormecer, interrupções freqüentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília e percepção de sono de má qualidade, devem ser submetidos a exame diagnóstico diferencial (polissonografia) para confirmar a ausência de distúrbios de sono não-relacionados com a organização do trabalho. mais importante. Os casos

---

de origem orgânica presumidos devem ser classificados no grupo

G47.2, como *transtornos não-psicogênicos do ciclo vigília-sono*. Assim, o julgamento se os fatores psicológicos são ou não de importância primária cabe ao clínico em cada caso.

Os seguintes aspectos clínicos são essenciais para um diagnóstico definitivo:

- padrão vigília-sono do indivíduo fora de sincronia com o ciclo vigília-sono desejado, que é normal em uma dada sociedade particular e compartilhado pela maioria das pessoas no mesmo ambiente cultural;
- como resultado da perturbação do ciclo vigília-sono, indivíduo com insônia durante o principal período de sono e hipersonia durante o período de vigília quase todos os dias, por pelo menos um mês ou recorrentemente por períodos mais curtos de tempo;
- quantidade, qualidade e tempo de sono insatisfatórios como causa de angústia pessoal marcante ou interferência com o funcionamento pessoal na vida diária, social ou ocupacional;
- inexistência de fator orgânico causal, tal como condição neurológica ou outra condição médica, transtorno de uso de substância psicoativa ou de um medicamento.

*Observação: a presença de sintomas psiquiátricos, tais como ansiedade, depressão ou hipomania, não invalida o diagnóstico de um transtorno não-orgânico do ciclo vigília-sono, desde que esse transtorno seja predominante no quadro clínico do paciente.*

---

## **SENSAÇÃO DE ESTAR ACABADO**

### **(SÍNDROME DE BURN-OUT OU SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL)**

É um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros.

O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “*queima*” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil.

Segundo Maslach & Jackson, em 1981 e em 1986, e Maslach, em 1993, a *síndrome de esgotamento profissional* é composta por três elementos centrais:

- exaustão emocional;
- despersonalização;
- diminuição do envolvimento pessoal no trabalho

Deve ser feita uma diferenciação entre o *burn-out*, que seria uma resposta ao estresse laboral crônico, de outras formas de resposta ao estresse. A síndrome de *burn-out* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos emocionais para o trabalhador e a organização.

O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. Pode estar associada a uma suscetibilidade aumentada para doenças físicas, uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio) e para o suicídio.

É freqüente entre os profissionais da área de serviços ou cuidadores, quando em contato direto com os usuários, como os trabalhadores da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, professores, entre outros.

Ultimamente, têm sido descritos aumentos de prevalência nos ambientes de trabalho que passam por transformações organizacionais, como dispensas temporárias do trabalho diminuição da semana de trabalho, sem reposição de substitutos, e enxugamento (*downsizing*) na chamada reestruturação produtiva.

Em geral, nesta síndrome os fatores relacionados ao trabalho estão mais fortemente relacionados ao trabalho em si do que com os fatores biográficos ou pessoais. Os fatores predisponentes mais importantes são: papel conflitante, perda de controle ou autonomia e ausência de suporte social.

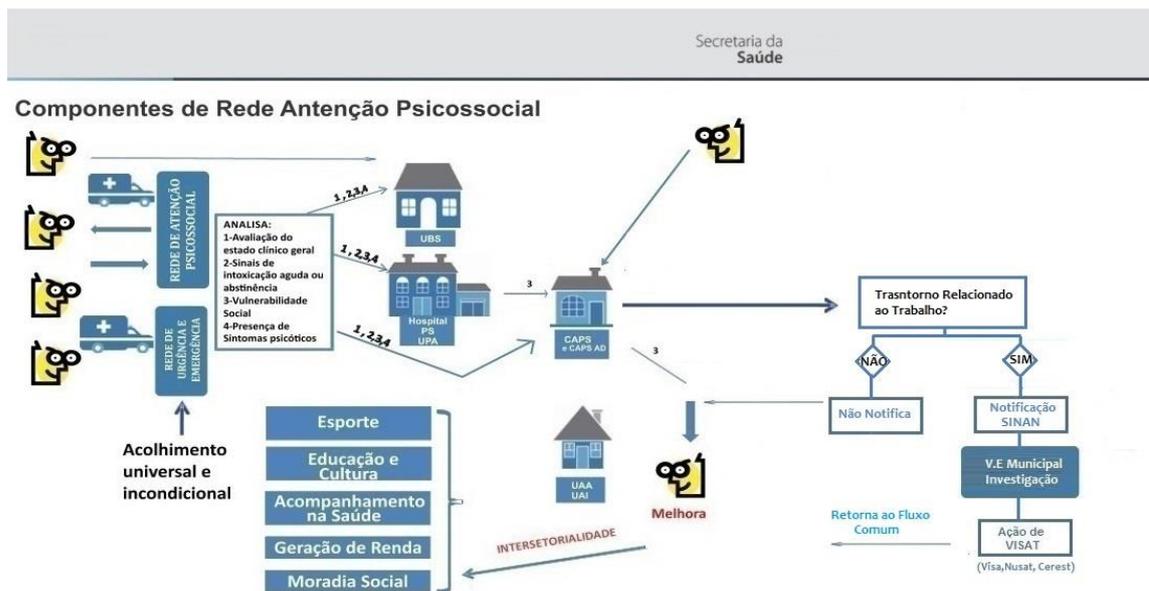
No quadro clínico podem ser identificados:

- história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão;
- sentimentos de desgasteg emocional e esvaziamento afetivo (exaustão emocional);
- queixa de reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados do paciente (despersonalização);
- queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho.

Geralmente, estão presentes sintomas inespecíficos associados, como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando síndrome depressiva e/ou ansiosa.

O diagnóstico dessas síndromes associado ao preenchimento dos critérios acima leva ao diagnóstico de *síndrome de esgotamento profissional*.

**UXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL  
RELACIONADO AO TRABALHO**



**4.1 Unidades Sentinelas Notificadoras**

- Palmas – CAPS II, CAPS AD, Núcleos de Vigilância Epidemiológica Municipal e Hospitalar.

**4.2 Vigilância em Saúde do Trabalhador - Unidades de monitoramento e avaliações**

- Vigilâncias: epidemiológica, em saúde do trabalhador/Cerest e Nusats

**4.3 Retorno à unidade sentinela notficadora**

- Acompanhamento e evolução do caso/encerramento

#### 4.4 Análise das investigações

- Ação de VISAT para intervenção no processo de trabalho.

#### 4.0 - Acompanhamento e assistência ao paciente :

Na rede pública, particularmente os estabelecimentos vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRSTs, aos Serviços ou Equipes de Saúde Mental da rede básica ou de média complexidade do SUS .

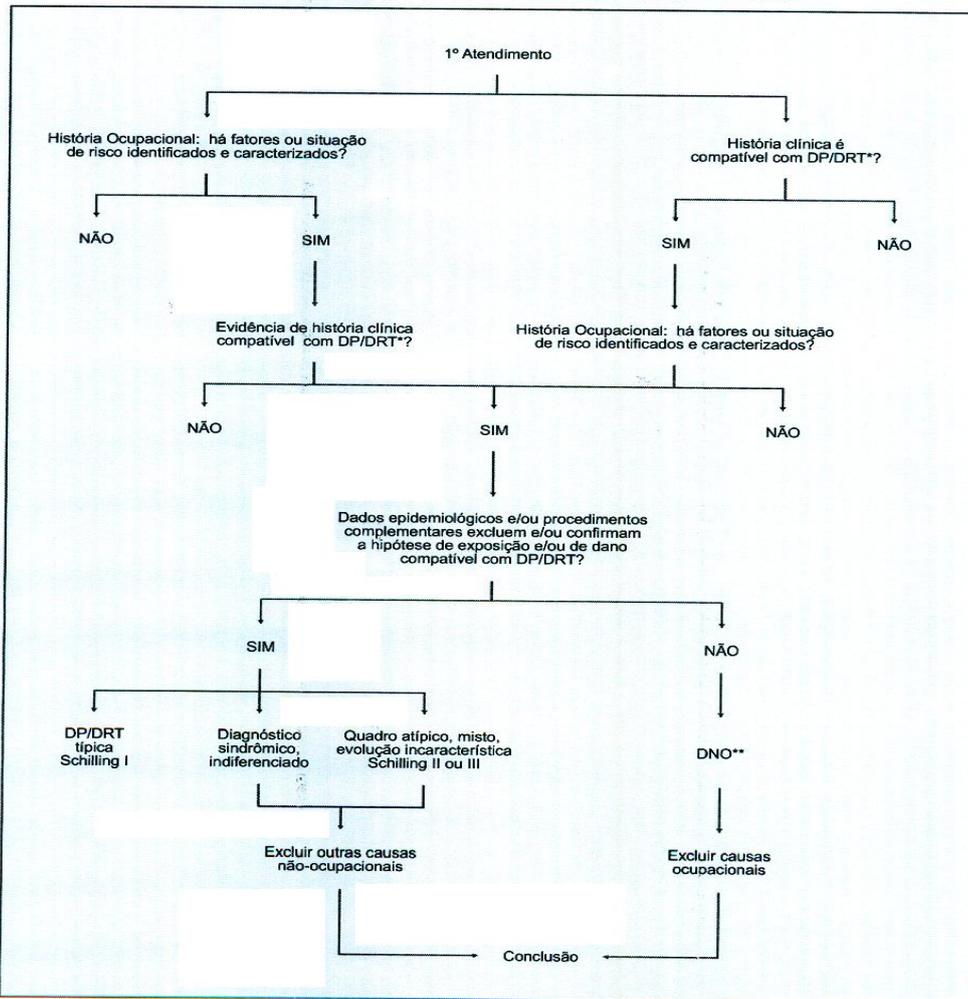
Consulta médica - com periodicidade mensal, para tratamento e avaliação clínica; emissão de CAT e elaboração de relatórios/laudos para fins legais e/ou previdenciários.

Acompanhamento - indicado apenas para transtornos mentais mais graves, envolvendo psicólogo ou psiquiatra integrante da equipe de saúde mental de retaguarda, com periodicidade semanal ou quinzenal.

#### 5.0 - **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

A ser completado com a supervisão de um médico

ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO DE NEXO CAUSAL ENTRE DOENÇA E TRABALHO



\* DP/DRT (doença profissional ou doença relacionada ao trabalho)

\*\*DNO (dano não-ocupacional)

**Definição de caso:** Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição 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. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravo/doença	TRANSTORNOS MENTAIS	
	3 Data da Notificação	Código (CID10)	
Dados do Paciente	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	17 UF	
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Situação no Mercado de Trabalho		33 Tempo de Trabalho na Ocupação
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário	09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado
	35 Nome da Empresa ou Empregador	36 Atividade Econômica (CNAE)		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	37 UF	38 Município	Código (IBGE)	
	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço	
	42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone	
	45 O Empregador é Empresa Terceirizada	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		



**Quadro V**  
**EXEMPLO DE ROTEIRO PARA ANAMNESE OCUPACIONAL**

*Identificação:*

*Nome:*

*Endereço:*

*Naturalidade:*

*Data de Nascimento:*

*Idade:*

*Profissão:*

*Atividade atual*

- Identificação da empresa e do sindicato de trabalhadores (nome e endereço).
- Processo de produção: matérias-primas, instrumentos e máquinas, processos auxiliares, produto final, subproduto e resíduos, fluxograma de produção.
- Organização do trabalho, contrato de trabalho, salário, jornada diária, pausas, horas extras, férias, relacionamento com colegas e chefias. Percepção do trabalhador sobre seu trabalho, grau de satisfação, mecanismos de controle do ritmo e da produção.
- Instalações da empresa, área física, tipo de construção, ventilação e iluminação. Condições de conforto e higiene (banheiros, lavatórios, bebedouros, vestiário, refeitório, lazer, etc.).
- Descrição da função ou do posto de trabalho em um dia típico de trabalho: o que faz, como faz, com que faz, quanto faz?
- Presença de fatores de risco para a saúde: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e outros. Medidas de proteção coletiva e individual: existência, adequação, utilização e eficácia em relação aos riscos.
- Percepção do trabalhador sobre seu trabalho e relacionamento com chefias e colegas.
- Recursos de saúde: realização de exames pré-admissional, periódico e demissional, atuação do SESMT e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), recursos de saúde, plano de saúde, etc.

*Atividades anteriores*

As mesmas questões deverão ser perguntadas sobre as atividades anteriores mais significativas, tanto pela presença de fatores de risco quanto pela duração da exposição.

Aspectos ambientais referentes à habitação anterior e atual, ocupação dos outros membros da família; *hobbies* (pintura, escultura, armas de fogo, cerâmica, jardinagem, etc.); facilidades de saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de resíduos sólidos, etc.).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria GM /MS N. 1339 / 1999: editada em 18 de novembro de 1999, pelo Ministério da Saúde, institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicação adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no SUS, para uso clínico e epidemiológico (Diário oficial da União nº 221, p. 21-29, de 19 de novembro de 1999, seção I).

Portaria GM/MS N.1823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Portaria GM/MS N. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados *em* todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências

Portaria GM/MS N.1984 de 12 de Setembro de 2014. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde /OMS Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil, Representação no Brasil da OPAS/OMS; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

Contatos - área técnica responsável

Charles Haro, Vera Rizzatti, Vera Carvalho, Wanderli

[epidemio.cerest.to@gmail.com](mailto:epidemio.cerest.to@gmail.com)

[saudetrabalhadorto@gmail.com](mailto:saudetrabalhadorto@gmail.com)

## ANEXO I

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO ESTADO DO TOCANTINS



Luiz Pinto estava nervoso. Mais do que o de costume. Teve horas de não deixar ninguém falar. Laís conduzia a mesa; as apresentações dos coletivos artísticos foram listadas, assim como as falas dos movimentos. Pinto virou e falou: “Mas vocês vão achar isso de ato? Se for para ter ato, tem de ter objetivo”. Foi a senha para João Moraes se levantar e ler suas memórias e idéias em prosa poética. A sacolinha para arrecadar fundos do material das oficinas corria pelas mãos e o pequeno Raul, de quatro anos, brincava com seus bonecos. Todos falavam ao mesmo e se entendiam. A saúde e a liberdade irmanavam as vozes daquelas mulheres e homens – estudantes de saúde coletiva; profissionais dos serviços; usuários; artistas; familiares. Foi na quarta-feira (13/5), como poderia ter sido ano passado, mas não ocorreria se fosse há mais de trinta anos, quando a tônica dos serviços de saúde mental era o confinamento. A cada encontro, a luta do movimento anti-manicomial se reafirma e tem-nos 18 de maio o seu grito de alegria, de sonho de loucura de guerra. Ao longo das primeiras semanas deste mês, mais de vinte cidades brasileiras estão organizando atos, manifestações, atividades, seminários. Eles possuem diversos matizes, são organizados por diferentes setores e possuem tão diversos orçamentos. A disputa política, o enfrentamento de visões e de projetos de saúde pública e outros aspectos pouco edificantes levarão cidades a ter mais de cinco atos simultâneos.

Em que pese todas as críticas internas e externas e até entendendo a fragmentação como parte da história, tal cenário só é possível porque a sociedade já encara o tema com outros olhos. “O mais importante nesses 30 anos de movimento é a mudança de mentalidade em relação à loucura, a idéia da loucura como periculosidade, como irresponsabilidade, como incapacidade. Nada disso está plenamente superado, mas

já não é como era nos anos anteriores. Fomos mostrando que as pessoas com algum tipo de transtorno mental são sujeitos; sujeitos com desejos, direitos, que tem projetos e aspirações na vida, e que podem cumprir e viver esses projetos”, rememora Paulo Amarante, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), do Grupo Temático de Saúde Mental da Abrasco, um dos pioneiros da reforma psiquiátrica no Brasil .

CAPS na encruzilhada: Se a denúncia e a crítica ao modelo tradicional de manicômio e de confinamento enquanto serviço prestado pelo Estado atualmente embasam as políticas públicas traçadas pelo Ministério da Saúde, a oferta de reais condições para o exercício de uma vida digna e de inserção na sociedade ainda são o grande desafio do cotidiano da saúde mental.

Sob a marca da lei 10.216 e da Portaria MS nº 336-02, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda não conseguiram responder o conjunto das demandas do campo. A implantação da rede, que teve um importante movimento de expansão entre 2003 e 2010, iniciou a atual década com perdas sofridas pela crescente precarização do trabalho em saúde que atinge o Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo: equipes fragilizadas; alta rotatividade de pessoal; interrupção de subsídios a dispositivos importantes para a sustentação clínica, entre outros. Em meio a esse cenário, duas questões particulares: a oferta de leitos para pacientes crônicos e em momentos de crise e o abandono à reformulação da formação psiquiátrica nos programas de residência.

“Devemos reconhecer que o número de CAPS III, com leitos, persiste insuficiente no país, assim como a falta de leitos em hospitais gerais. Temos resultados de pesquisas que mostram que onde o número de CAPS III é adequado e as pessoas e suas famílias acham a rede continente, preferindo o cuidado integral nos Centros do que em hospitais nos momentos de crise. As pessoas reclamam para ter acesso, é isso que é legítimo. É uma pena o Ministério da Saúde ter desistido desse modelo”, critica Rosana Onocko, professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) e da diretoria da Abrasco.

Amarante também questiona como a rede de atenção psicossocial entende seu próprio funcionamento. “Temos que transformar as instituições de assistência e entendê-las como intermediárias, ou seja, serviços que estão no meio da vida, gerenciando recursos, cuidados e contatos. É essa a idéia dos CAPS, e por isso que falamos que eles não deveriam ter rigorosamente endereço, e sim ser compreendido como estratégias que deveriam levar mais em conta outras perspectivas, como o trabalho, o esporte, a arte, a geração de renda”, explica ele, destacando as dimensões das cooperativas de trabalho na saúde mental, que segundo dados da Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), já são em torno de mil iniciativas. “Os mais tradicionais ainda pensam que o cuidado é internação e assistência médico-hospitalar unicamente, não entendendo que a atenção psicossocial transborda o cuidado clínico-técnico e aponta para a reorganização da vida”, completa.

Saúde e cidade: Essa forma de compreender o serviço não apenas como uma oferta de dispositivos, mas também como teia de afetos e conexões para além dos equipamentos de saúde também é compartilhada pelos movimentos e ativistas envolvidos diretamente com a luta antimanicomial. “Percebo que o movimento já passou por várias fases. Hoje, a ocupação da rua, dos espaços públicos e a ligação direta dessas questões com os Direitos Humanos, com os universos do trabalho e da cidade são fundamentais para a inserção do nosso debate”, reforça Melissa Oliveira, do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro e aluna do programa de pós-graduação da ENSP/Fiocruz. Para ela, sem uma mudança integrada nessas questões não é possível a implementação radical da Reforma Psiquiátrica. “A grande crítica à visão tradicional da assistência é que se mantém o olhar sobre a vida das pessoas restrita aos saberes institucionais, seja da Medicina, da Psicologia. É fácil construirmos redes, serviços e circuitos e burocraticamente continuarmos reproduzindo a lógica manicomial, entendendo as pessoas apenas como patologias, confinando-as nesses conceitos. Por isso frisamos que há várias formas de entender o movimento anti-manicomial. A que nós queremos é justamente o oposto disso: não a busca da reabilitação do indivíduo, mas sim a reabilitação da cidade como meio de vida, de circulação e campo da narrativa das histórias de vida, usuários ou não da

rede. Esse é uma idéia cara desde o início do movimento italiano, que é pensar como as cidades podem acolher várias formas de ser, existir e estar no mundo”, sintetiza Melissa. Se a rua é o espaço de luta, de afeto, da arte e da loucura, esse 18 de maio será cheio e ultrapassará a segunda-feira. Confira abaixo uma lista de eventos publicados nas redes sociais e notícias em diversas cidades e leve seu grito de loucura e liberdade às ruas.

Frequência por Ano da Notific segundo Reg Tocantins Noti										
REGIÕES NOTIFICADORAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>Reg Saude Bico do Papagaio</b>										
Araguatins				1	2		2			5
Sampaio					1					1
Sítio Novo do Tocantins							1			1
Tocantinópolis				1	1					2
<b>Reg Saude Medio Norte Araguaia</b>										
Araguaína				2	1		1	1		5
Babaçulândia				2	1		1			4
								1		1
<b>Reg Saude Cerrado Tocantins Araguaia</b>										
Arapoema				1				1		2
Colinas do Tocantins				1						1
								1		1
<b>Reg Saude Capim Dourado</b>	1	1	1	11	12	7	9	6		48
Aparecida do Rio Negro					1					1
Palmas	1	1	1	11	11	7	9	6		47
<b>Reg Saude Amor Perfeito</b>										
Fátima							7			7
Ipueiras							1			1
							6			6
<b>Reg de Saúde Ilha do Bananal</b>	2		1							3
Santa Rita do Tocantins			1							1
São Valério da Natividade	2									2
<b>Reg Saude Sudeste</b>										
Combinado								1	1	2
Paraná								1		1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>72</b>