



PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E TRABALHO





PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E TRABALHO

SECRETARIA DA SAÚDE

Governador da Bahia
Jaques Wagner

Secretário da Saúde do Estado da Bahia
Washington Luis Silva Couto

Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde
Alcina Marta de Souza Andrade

Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Leticia Coelho da Costa Nobre

Coordenadora de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
Ely da Silva Mascarenhas

Coordenador de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho
Alexandre José Ribeiro Jacobina de Brito

Organização/Coordenação
Suerda Fortaleza de Souza

GT Saúde Mental e Trabalho – Cesat – Equipe técnica de elaboração

Ely da Silva Mascarenhas
Francisco Jorge Gonzalez de Codes
Iolanda Maria Bartilotti Sena Gomes
Jussara Lago de Araújo
Suerda Fortaleza de Souza

Equipe técnica de colaboração - Cesat

Alexandre José Ribeiro Jacobina de Brito
Rita de Cássia Peralta Carvalho

Colaboradores externos

Ana Magnólia Mendes
*Laboratório de Psicodinâmica, Faculdade de Psicologia,
Universidade de Brasília*

Francisco Drumond Marcondes de Moura Neto
*Coordenador Regional da Rede de Atenção Psicossocial,
Departamento Regional de Saúde de Piracicaba; Diretor
Técnico do Centro Integrado de Atenção Psicossocial
(CINAPS)*

Álvaro Roberto Crespo Merlo
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul*

Participantes das oficinas de trabalho para discussão e validação do protocolo

(Relação nominal completa ao final deste Protocolo)

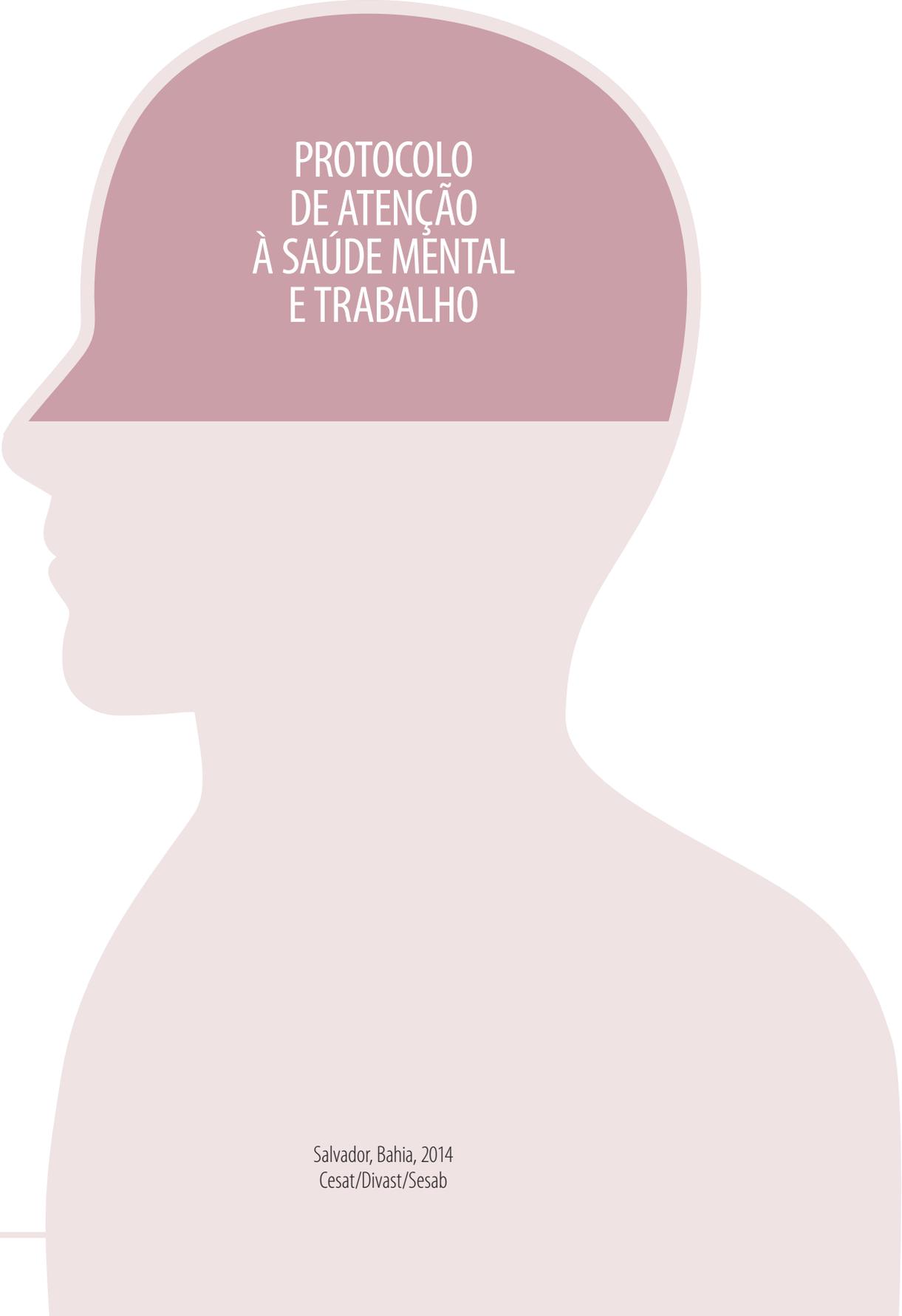
Famed/UFRGS
Cerest Camaçari
DMPS/FAMED/UFBA
UEFS
Saúde Mental/DGC/SAIS/Sesab
PAIST/GTES/Sesab
Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
SMS Salvador – Coord. Saúde Mental



Ministério da
Saúde



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador



PROTOCOLO
DE ATENÇÃO
À SAÚDE MENTAL
E TRABALHO

Salvador, Bahia, 2014
Cesat/Divast/Sesab

@ 2014 by autores

Direitos para esta edição cedidos para Divast/Cesat

Projeto gráfico, diagramação, ilustrações e editoração

Miguel Cotrim

X Comunicação e Marketing Ltda.

xcomunica.com@gmail.com

Pesquisa fotográfica Acervo Cesat/Divast

Fátima Falcão – Núcleo de Comunicação, Cesat/Divast

Revisão geral

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador

Letícia Coelho da Costa Nobre

Jacira Azevedo Cancio

Ficha Catalográfica

Elaboração Bibliotecária Eliana Carvalho - CRB-5 1100

B151 Bahia, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho/organizado por Suerda Fortaleza de Souza/SESAB/SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014.
60 p: il. (Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador).

ISBN- 978-85-65780-04-9

1. Saúde mental. 2. Transtorno mental e trabalho. 3. Saúde do trabalhador.
4. Sofrimento psíquico e trabalho . 5. Assédio moral no trabalho.

I. Autor. II.Título.

CDU 613.86

CESAT/DIVAST/SUVISA/SESAB

Rua Pedro Lessa 123, Canela

40.110-050, Salvador, BA, Brasil

Tel. (55) (71) 3103-2200

FAX (55) (71) 3103-2225

sesab.divast@saude.ba.gov.br

www.vigilanciaensaude.ba.gov.br/saude_trabalhador

SUMÁRIO

Apresentação	10
1 Introdução	12
2 Objetivo	14
3 Público alvo	14
4 População alvo	15
5 Epidemiologia dos transtornos mentais relacionados ao trabalho	16
6 Como reconhecer os fatores e situações de risco para a saúde mental no ambiente de trabalho?	18
6.1 Fatores psicossociais	19
6.2 Assédio moral no trabalho	20
6.3 Risco químico	20
7 Quais critérios utilizar para o diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho?	22
8 Como realizar a investigação diagnóstica dos transtornos mentais e estabelecer sua relação com o trabalho?	24
8.1 Fluxograma de atenção ao(à) trabalhador(a) para investigação de transtorno mental relacionado ao trabalho	27
8.2 Descrição do fluxograma de atenção ao(à) trabalhador(a) para investigação de transtorno mental relacionado ao trabalho	28
9 Acompanhamento e tratamento	30
10 Vigilância da Saúde do Trabalhador	32
11 Instrumentos para avaliação de transtornos mentais relacionados ao trabalho	34
12 Referências	37
Apêndice – Ficha de atendimento – Transtorno Mental	38
Anexos	44
Anexo 1 – Portaria Federal MS/GM nº 1.339/1999	44
Anexo 2 – Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA	45
Anexo 3 – Questionário de identificação de Transtornos Mentais Comuns – Self-Report Questionnaire - SRQ-20	49
Anexo 4 – Teste CAGE	49
Anexo 5 – Questionário de identificação do usuário e de condições de trabalho	50
Anexo 6 - Questionário de Atos Negativos – QAN - <i>Negative Acts Questionnaire Revised - NAQ-R</i>	52
Anexo 7 - Ficha “Transtornos mentais relacionados ao trabalho” no Sistema de Informações de Agravos de Notificação	54
Participantes de oficinas de trabalho para discussão e validação do Protocolo de Saúde Mental e Trabalho	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
Cerest	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
Cesat	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT Saúde Mental e Trabalho	Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Trabalho do Cesat/Divast
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ITRA	Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento
MPT	Ministério Público do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico
OMS	Organização Mundial da Saúde
Renast-BA	Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador na Bahia
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família
USM	Unidade de Saúde Mental
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Visau	Vigilância em Saúde
Visat	Vigilância da Saúde do Trabalhador
WHO	World Health Organization



APRESENTAÇÃO

Este Protocolo constitui-se em uma importante ferramenta para o diagnóstico e manejo das principais situações de adoecimento e transtornos mentais relacionados ao trabalho no âmbito da Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador na Bahia (Renast-BA). Nele são discutidos os agravos à saúde mental que mais frequentemente acometem a população trabalhadora; são descritos seus quadros clínicos e fatores psicossociais associados presentes nos processos de trabalho, considerando a epidemiologia desses agravos, os riscos e impactos que a organização do trabalho tem sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Busca-se disponibilizar orientações técnicas que auxiliem os profissionais dos serviços de saúde pública no enfrentamento do fenômeno do crescimento dos transtornos mentais em nosso estado.

O objetivo deste documento é apresentar ferramentas e instrumentos técnicos, de modo a subsidiar e apoiar as equipes de vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no acolhimento, diagnóstico, notificação e encaminhamentos necessários para o



cuidado integral aos(às) trabalhadores e trabalhadoras acometidos(as) de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Além disso, destaca-se os principais instrumentos e bases legais que dão suporte para as ações de vigilância da saúde do trabalhador, orientando especialmente as ações de prevenção e intervenção nos ambientes e processos de trabalho.

O processo de construção deste protocolo foi coordenado pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Trabalho (GT Saúde Mental e Trabalho) do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast). A equipe iniciou com revisão bibliográfica no campo da saúde mental e saúde do trabalhador no cenário nacional e internacional.

Para estabelecer um amplo diálogo sobre esta temática, foram realizadas algumas oficinas de trabalho para apresentação e discussão do documento preliminar, que contaram com a participação de profissionais das equipes de atenção e de vigilância do Cesat/Divast, das áreas técnicas de saúde mental das secretarias de saúde do Estado da Bahia e do município de Salvador e pesquisadores da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana.

O referencial teórico adotado por este protocolo tem por base a minuta do *Protocolo para o diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental*, então disponibilizado para consulta pública pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), e o documento de autoria de Francisco Drumond Marcondes Moura Neto, técnico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, *Protocolo de saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e técnicos para investigação da relação entre agravos à saúde mental e o trabalho* (MOURA NETO, 2005), por ele apresentado e discutido com o GT Saúde Mental e Trabalho e demais participantes da oficina de trabalho realizada em Salvador, em 2009. Foram ainda consultadas experiências de outros Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), existentes no Brasil, assim como outros especialistas da área de saúde mental no trabalho.

A participação do Cesat, em 2014, no *Projeto Saúde Mental – Novos Modelos de Gestão e a Atenção à Saúde Mental no Trabalho*, coordenado pelo Dr. Álvaro Crespo Merlo, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com apoio do Ministério da Saúde, propiciou maior conhecimento e aprofundamento das reflexões da equipe,

ampliando sobremaneira a perspectiva de discussão do modelo de atenção hoje adotado para o atendimento desses agravos no âmbito do SUS. Com isso, esse projeto também contribuiu para a construção deste Protocolo.

Dando seguimento à construção do protocolo, em 2014, o GT Saúde Mental e Trabalho organizou duas oficinas de trabalho para validação dos conteúdos finais, que contaram com a participação de técnicos do Cerest de Camaçari, nas quais foram discutidos os instrumentos de avaliação da saúde mental a serem utilizados (neste protocolo e pelo projeto acima citado). Alguns desses instrumentos foram testados nas consultas clínicas realizadas com trabalhadores(as) atendidos(as) no Cerest Camaçari e no Cesat, entre março a agosto de 2014, durante o período de coleta de dados do projeto de pesquisa da UFRGS.

Destacamos ainda a contribuição da professora da Universidade de Brasília (UnB), Ana Magnólia, que colaborou discutindo com o GT e apresentando sugestões e revisões de conteúdo, principalmente quanto aos instrumentos referenciados neste Protocolo.

Ciente das dificuldades dos serviços de saúde para estabelecer fluxos e processos de trabalho que atendam às demandas de acolhimento, cuidado, tratamento e reabilitação de trabalhadores(as) acometidos(as) por transtornos mentais e da insuficiência da rede de atenção na oferta de terapia e suporte psicossocial, este Protocolo busca sinalizar com uma proposta técnica de fluxo e manejo desses agravos. Ao mesmo tempo, pretende contribuir com novas discussões e contribuições dos trabalhadores(as), gestores(as), e especialistas da rede que lidam com a questão de saúde mental.

Este Protocolo é disponibilizado em versão impressa, em CD e na internet. Seus anexos são instrumentos que podem ser reproduzidos e copiados para aplicação nas avaliações de rotina nos ambulatórios da rede de serviços, especialmente pelos Cerest e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como podem ser aplicados em inquéritos e levantamentos de campo para grupos de trabalhadores(as) específicos. Nossa expectativa é que seja progressivamente incorporado pelas equipes, testado e aprimorado, num processo dinâmico de aprendizado, troca e reflexão sobre as práticas de atenção à saúde mental no SUS.

1. INTRODUÇÃO

A relação entre homem e trabalho ao longo do tempo vem se tornando cada vez mais complexa e modificando os determinantes do processo saúde-doença. Com a reestruturação produtiva e novas formas de organização, observou-se enorme incremento da produtividade e intensificação do trabalho, tornando o ambiente de trabalho gerador de novos riscos que resultam em maior exigência e sobrecarga para trabalhadores e trabalhadoras. As mudanças se configuram em aumento do ritmo de trabalho, longas jornadas, pressão de tempo, repetitividade e monotonia de tarefas, conflitos de papéis, conflitos interpessoais, isolamento social, falta de poder de decisão e maior controle da força de trabalho. Nesse contexto, as exigências do trabalho, associadas às condições individuais do trabalhador, poderão repercutir negativamente sobre a sua saúde física e mental.

O trabalho é gerador de significações psíquicas, sustentadas pelas relações sociais de trabalho que contribuem para o equilíbrio psíquico do indivíduo. A vivência psíquica dos trabalhadores e trabalhadoras no cotidiano do trabalho é mediada por diversas situações: formas de gestão da tarefa; características do trabalho real; por saberes construídos; por relações sociais e profissionais e por sua história de vida, interagindo de forma complexa e resultando nas elaborações psíquicas de prazer-sofrimento (CODO, 2002).

As vivências de prazer-sofrimento são consideradas pela psicodinâmica do trabalho como coexistentes entre si, com preponderância de uma sobre a outra, em um dado momento. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho. O sofrimento é vivenciado quando é experimentado o desgaste em relação ao trabalho que vem na forma de desânimo e descontentamento. O sofrimento, em um primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença. É visto como um processo dinâmico vinculado à organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

As exigências do trabalho e os recursos mentais desprendidos frente a tais exigências resultam na carga mental do trabalho. Assim, o desequilíbrio entre esses dois fatores (recursos mentais e exigências do trabalho) pode gerar sofrimento, tanto por sobrecarga mental quanto por subcarga mental, e, se este processo não for interrompido, desencadeia-se o adoecimento.

A natureza humana é propensa a enfrentar desafios. Assim, o sofrimento pode ser fonte de descobertas e criações interessantes. De acordo com Dejourns, Abdoucheli e Jayet (1994, p.127), “O sofrimento implicará, sobretudo, um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental”. O grande desafio é encontrar na organização do trabalho condições em que o sofrimento possa ser transformado em proveito do trabalhador e da organização.

Dar visibilidade ao adoecimento mental e estabelecer a relação com o trabalho tem sido um desafio para todos os profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador. O assunto tem sido alvo de questionamentos e conflitos frente à invisibilidade das cargas psíquicas do trabalho. Entretanto, a complexidade da situação mostra a necessidade de imersão no problema de forma sistemática, ética e transparente.

Como pano de fundo do crescimento dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho no Brasil, destaca-se o processo de globalização e o fortalecimento do capital financeiro, notadamente do chamado capitalismo acionário que exige altas taxas de rentabilidade das empresas, estabelecendo grande pressão sobre os trabalhadores. Neste modelo, os imperativos de aumento da produtividade e da



lucratividade predominam. Nesta perspectiva, uma das principais medidas adotadas pelas empresas é a redução do efetivo de trabalhadores, intensificando o trabalho e ampliando a tensão sobre os que ficam e os excluídos. A outra vertente, vastamente adotada, é a banalização da violência nos espaços de trabalho pela adoção de práticas institucionalizadas de assédio moral (MERLO, 2013).

As situações de violência que trazem sofrimento psíquico nos ambientes de trabalho incluem, além das práticas de assédio moral, as formas de organização do trabalho e relações no trabalho

autoritárias e competitivas, demandas por produtividade, desvalorização das potencialidades e subjetividades dos trabalhadores e trabalhadoras.

O resultado do aprofundamento dessas práticas pode ser expresso pelo crescimento dos casos de adoecimento mental de trabalhadores e trabalhadoras. Nas duas últimas décadas, os transtornos mentais têm oscilado entre a segunda e a terceira causa de afastamentos de trabalhadores(as) pela Previdência Social, tanto considerando a concessão de benefícios previdenciários por doença comum, quanto de benefícios por agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Em alguns ramos de atividade econômica, a frequência de adoecimento mental pode evidenciar uma gravidade ainda maior. Por exemplo, resultados de um estudo realizado com trabalhadores de frigoríficos no

município de Porto Alegre mostraram elevados índices de transtornos mentais e comportamentais, quando comparados com outros setores econômicos (HUTZ; ZANON; BRUM NETO, 2013).

É importante reconhecer que, não obstante a ampliação do processo de formalização dos vínculos de trabalho, com crescimento do emprego formal, uma parcela significativa da população permanece em situação de informalidade, seja por exercer atividades por conta própria, seja por descumprimento da legislação por parte dos empregadores que não assinam a carteira de trabalho. A situação de informalidade e/ou de inserção em trabalho precário implica menor proteção social e, frequentemente, exposição a condições de trabalho adversas, em que praticamente inexistente o controle sobre os fatores de risco presentes na organização do trabalho. Uma vez que não são segurados da Previdência Social, os agravos à saúde ocorridos com trabalhadores(as) na informalidade não são registrados no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Destaca-se que, desde 2004, os transtornos mentais relacionados ao trabalho estão definidos pelo SUS como agravos de notificação compulsória e que esta notificação deve ser feita, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para todos os trabalhadores e trabalhadoras independente do tipo de vínculo empregatício. Assim, ressalta-se a importância da notificação desses agravos, não somente para trabalhadores com vínculos formais, mas também para aqueles na informalidade, garantindo o conhecimento da situação de saúde e mensuração do problema para toda a população trabalhadora.

Os diversos serviços de saúde que compõem as redes de atenção têm um papel fundamental na identificação e manejo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, bem como no encaminhamento para os setores de vigilância em saúde e adoção de medidas de prevenção. Destaca-se o papel das equipes da Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema; dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); dos Cerest; das unidades hospitalares e de urgência/emergência, onde frequentemente são atendidos os casos mais graves de transtornos mentais e de acidentes de trabalho. Este Protocolo é uma ferramenta auxiliar na organização das ações de atenção e vigilância desses agravos, desenvolvidas pela rede SUS nos municípios e regiões de saúde.



2. OBJETIVO

Este Protocolo tem por objetivo fornecer suporte teórico metodológico para o estabelecimento da relação entre transtornos mentais e situações de trabalho, bem como orientar quanto a condutas para o encaminhamento dos casos e desencadeamento de ações de vigilância e promoção da saúde.

3. PÚBLICO ALVO

O público alvo deste Protocolo são os profissionais de saúde que realizam atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde, vinculados aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de saúde mental, da rede de Atenção Básica e Saúde da Família e outros serviços especializados.



4. POPULAÇÃO ALVO

A população alvo corresponde aos trabalhadores e trabalhadoras acometidos(as) por problemas de saúde mental e/ou submetidos(as) e expostos(as) a situações e circunstâncias, tais como:

- situações estressantes no ambiente de trabalho
- cargas psíquicas de trabalho
- fatores psicossociais do trabalho
- outros fatores da organização do trabalho
- assédio moral
- agentes químicos que atuem no Sistema Nervoso Central, afetando o psiquismo
- experiência de acidente de trabalho consigo ou com terceiros

5. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), centenas de milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por doenças mentais, distúrbios comportamentais ou neurológicos e transtornos por uso de substâncias. Em 2002, uma estimativa mostrou que 154 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão; 91 milhões de pessoas são afetadas por transtornos pelo uso de álcool e 15 milhões por transtornos pelo uso de outras drogas. Outros dados da OMS mostram que cerca de 877 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos e em cada quatro pacientes que visitam um serviço de saúde tem pelo menos um tipo de transtorno mental, desordem neurológica ou comportamental, mas a maioria dessas doenças não é diagnosticada e nem tratada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a). A OMS estima que, em 2020, a depressão será a segunda causa de morte dentre todas as doenças no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010b).

No Brasil, os transtornos mentais são um dos principais grupos de agravos relacionados ao trabalho. Em 2012, foram registrados na Previdência Social 16.978 casos de transtornos mentais (grupo F, CID10) relacionados ao trabalho, compreendendo 2,4% do total de registros acidentários no mesmo período (705.239). Do total de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho registrados, 5.038 foram decorrentes de acidentes típicos, 304 por acidentes de trajeto, 1.166 foram classificados como doença do trabalho e 10.470 foram identificados por meio do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014).

A contribuição do grupamento F40-F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes, da CID-10, foi relevante no ano de 2012. Do total de casos registrados de transtornos mentais relacionados ao trabalho, 10.847 foram desse grupamento, perfazendo 64% do total de casos do grupo F. Dentre eles, o grupo F43 – Reação ao estresse grave e transtornos de adaptação foi o que mais contribuiu – 7.775 casos, correspondendo a 46% de todos os casos do grupo F. Do total dos registros no grupo F43, 4.314 foram por acidentes típicos, 203 por acidente de trajeto, 443 corresponderam a doença ocupacional e 2.815 foram identificados por meio do NTEP. Outros grupos relevantes foram os de CID F32 (episódios depressivos) e F41 (outros transtornos ansiosos), correspondendo respectivamente a 21% e 15% dos CID do grupo F (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014).

A região Nordeste contribuiu com 18,4% dos registros de transtornos mentais decorrentes de acidentes do trabalho, no ano de 2012. Foram 3.127 registros de transtornos

mentais relacionados ao trabalho; sendo 1.382 classificados como acidentes do trabalho típico; 56 decorrentes de acidente de trajeto; 153 como doença ocupacional e 1.536 identificados por meio do NTEP. Os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes também na região nordeste aparecem como o grupo de maior ocorrência (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014).

Na Bahia, em 2012, foi registrado no INSS um total de 717 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho (grupo F, CID10); sendo 353 classificados como AT típico; 23 decorrentes de acidente de trajeto; 42 casos classificados como doença ocupacional e 299 identificados por meio do NTEP. O grupamento de CID (F40- F48) transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes foram responsáveis por 541 registros (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014).

O maior número de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) decorre de acidentes de trabalho típico. O agrupamento de CID F40 a F48 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatiformes) foram os mais notificados no período de 2007 a 2012 e os grupos de CID F30 a F39 (Transtornos de humor afetivos) foram principalmente por NTEP no mesmo período (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014).

Analisando-se as estatísticas da Previdência Social em 2013, observou-se que os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho registrados distribuem-se em diversas atividades econômicas, destacando-se os seguintes grupos e classes da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0): comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas; comércio varejista; administração pública; transporte rodoviário; indústria de alimentação; serviços de alimentação; indústria de fabricação e abate de alimentos; serviços de saúde e educação (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO, 2014). Essa dispersão entre as atividades econômicas significa que há um grande contingente de trabalhadores e trabalhadoras potencialmente exposto a situações e fatores de risco para adoecimento mental.

A maioria dos casos de transtornos mentais registrados no período de 2007 a 2012 foi reconhecida por meio do nexo técnico epidemiológico, o que significa que o diagnóstico da relação com o trabalho não foi feito anteriormente, seja pelo serviço de saúde, público ou privado, seja pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa. Alguns fatores contribuem para isso: a própria natureza e

complexidade do adoecimento mental; a desinformação e inexperience dos profissionais de saúde nas questões de saúde do trabalhador; as resistências e negação por parte dos empregadores em assumir sua responsabilidade na geração de agravos, acidentes e adoecimento; as implicações jurídico-legais e econômicas para o empregador decorrentes do estabelecimento da relação com o trabalho, dentre outros. Isso resulta na invisibilidade dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, dificultando o adequado dimensionamento e conhecimento da magnitude do problema, necessários à adoção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

A série de casos registrados nos sistemas de informação do SUS é bem mais recente do que a base de dados da Previdência Social. Somente a partir de 2004 é publicada a listagem de agravos e doenças relacionadas ao trabalho definidas como de notificação compulsória na rede de unidades sentinela (BRASIL, 2004), nela incluídos os transtornos mentais.

No Brasil, de 2006 a 2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 2.250 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo 57,4% entre homens e 42,6% entre mulheres. Os tipos diagnósticos mais registrados foram transtornos neuróticos (56,4%) e transtornos do humor (30,4%) (BRITO, 2014). Esses dados são apresentados na tabela 1.

Estudo realizado com os dados do Sinan para o Brasil, no período 2006-2012, identificou que 74,0% dos casos de transtornos mentais foram notificados pelos Cerest; 9,8% pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família; 6,2% pelas equipes dos CAPS. Os 10% restantes foram notificados por diversas unidades como: UPA, hospitais gerais, centro de referência em saúde ocupacional, ambulatórios gerais e psiquiátricos (BRITO, 2014).

No estado da Bahia, no período 2007 a 2013, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 253 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, com igual distribuição entre os sexos – 129 homens e 124 mulheres, sendo a maioria na faixa etária de 30 a 49 anos. No ano de 2013 foram 40 casos, sendo 19 em homens e 21 em mulheres (BAHIA, 2014).

Não se observa predominância de nenhum grupo ocupacional específico nos registros do Sinan, na Bahia, no período 2007 a 2013. No entanto, os mais comuns são: trabalhadores de serviços; trabalhadores públicos; profissionais do ensino, escriturários e técnicos administrativos. A avaliação da distribuição de casos por atividade econômica encontra-se prejudicada pelo baixo registro dessa informação no sistema. Dentre os poucos registrados, as maiores frequências aparecem para as atividades de transporte terrestre e de administração pública, defesa e seguridade social (BAHIA, 2014).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO E SEXO. BRASIL, 2006-2012

Transtornos Mentais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Transtornos neuróticos	689	53,3	581	60,7	1.270	56,4
Transtornos do humor	458	35,4	225	23,5	683	30,4
Transtorno mental não especificado	55	4,3	45	4,7	100	4,4
Outros diagnósticos	39	3,0	41	4,3	80	3,6
Síndrome de Burnout	29	2,2	9	0,9	38	1,7
Esquizofrenia e transtornos delirantes	5	0,4	20	2,1	25	1,1
Transtornos mentais orgânicos	7	0,5	11	1,1	18	0,8
Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas	6	0,5	13	1,4	19	0,8
Síndromes comportamentais	-	-	8	0,8	8	0,4
Transtornos de personalidade e comportamentais	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Retardo mental	1	0,1	2	0,2	3	0,1
Transtornos do desenvolvimento psicológico	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Transtornos do comportamento e emocionais	1	0,1	1	0,1	2	0,1
Total	1.292	100,0	958	100,0	2.250	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Sinan. Extraído de Brito (2014, p. 73).

6. COMO RECONHECER OS FATORES E SITUAÇÕES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE DE TRABALHO?

Para avaliar o risco devem ser analisadas a organização do trabalho, a identificação e localização das fontes de risco, o posto de trabalho, o trabalho real¹ e não somente o trabalho prescrito² nas normas e procedimentos do estabelecimento; o processo e as tecnologias de trabalho; as matérias-primas, produtos e subprodutos utilizados e resíduos gerados no processo produtivo.

Geralmente os(as) trabalhadores(as) estão expostos(as) a um conjunto de fatores e situações de risco que atuam concomitantemente – não são isoladas; ao contrário, essas situações e fatores se superpõem, potencializam, têm sinergismo: fatores relacionados à organização do trabalho; trabalho em turnos; relações interpessoais; relações hierárquicas no estabelecimento ou ambiente de trabalho; demandas de produtividade; sistemas de premiação; agentes e substâncias químicas; agentes físicos (ruído, calor); sobrecargas físicas etc.

Portanto, na maioria das vezes não é possível caracterizar um único fator associado ao adoecimento. No caso dos transtornos mentais, pela própria natureza e subjetividade do adoecimento, a relação com essas exposições e situações pode ser mais difícil de ser determinada.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A partir da revolução industrial, o modo de produção capitalista tem passado por repetidos processos de reestruturação e incorporação tecnológica, com profundos impactos nos ambientes e processos de trabalho, resultando, entre outros, em ritmos acelerados e maior desempenho produtivo. Nesse contexto, configuram-se as novas formas de executar e de organizar o trabalho.

Para garantir a produtividade, o processo de produção utiliza-se da tecnologia e da divisão do trabalho e impõe a limitação do tempo na execução das tarefas. O trabalho é organizado de modo a ter bem definido o seu planejamento e controle para atingir o seu objetivo maior: a produtividade e o lucro.

A organização do trabalho passou a ter papel importante. Ela determina a forma como se ordenam as tarefas necessárias aos objetivos da organização. Implica a coordenação das tarefas, a divisão do trabalho e a organização temporal das atividades. É o meio pelo qual é exercido o controle sobre a atividade de trabalho (LIMA, 1998). A organização do trabalho prescreve o modo operatório e o submete ao trabalhador.

Para atender às necessidades de produção, as empresas e estabelecimentos organizam o trabalho adotando modelos que podem coexistir em um mesmo ambiente e expressam diferentes formas de controle sobre o trabalho.

A escola científica ou clássica, que teve como principais formuladores Taylor, Ford e Fayol, defende a hierarquia, o autoritarismo e a racionalidade na organização do processo produtivo. O objetivo é a maximização da produção. O controle sobre o trabalho é rígido, determinado por parâmetros científicos na definição do ritmo e da forma de fazer. Aparece a nítida divisão do trabalho: de um lado, o trabalho intelectual dos especialistas e planejadores e do outro, os operários, os executores, atuando como objetos do processo, realizando suas tarefas sob o controle de terceiros e da máquina. Com o fordismo, a fragmentação das tarefas e a divisão do trabalho se intensificam. Os meios mecânicos são introduzidos para controlar o tempo de produção. Tem como característica a produção e o consumo em massa, além da busca pelo controle do trabalhador dentro e fora da fábrica (COHN; MARSIGLIA, 1993; MERLO; LÁPIS, 2005).

O toyotismo, modelo japonês, é baseado na diversificação das tarefas e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa. Este modelo exige um trabalhador polivalente, capaz de desenvolver diversas tarefas, além de manter-se comprometido com o trabalho e as metas definidas. O controle vem na forma de motivação e do autocontrole dentro dos grupos, estimulando o individualismo e a competitividade. É dada a falsa ideia de autonomia, para se apoderar do saber intelectual do trabalhador e manipulá-lo em favor dos interesses do capital (ANTUNES, 1999).

As teorias modernas da administração buscam o aumento da produtividade na integração do trabalhador à empresa e na solução dos conflitos internos. São propostas técnicas de enriquecimento de cargos e participação dos trabalhadores na organização da produção. A administração moderna promove a motivação e a descentralização das decisões. São formados grupos de trabalhos, tais como os grupos semiautônomos e círculos de controle da qualidade (COHN; MARSIGLIA, 1993).

As diversas formas de organização do trabalho mantêm como característica principal a perda de controle do trabalhador sobre o seu trabalho. O trabalhador passa de sujeito a objeto e, cada vez mais, se distancia do uso de sua

¹ Trabalho real – a maneira singular e criativa como cada um executa as tarefas que lhe foram solicitadas; é a forma como o trabalhador responde às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela sua ação cotidiana. É aquele que efetivamente se desenvolve nas condições locais, tendo em conta todas as variáveis aleatórias.

² Trabalho prescrito – engloba o leque de funções para as quais o trabalhador foi contratado, descrito nas normas e procedimentos da empresa. “O ‘trabalho prescrito’ é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho.” É a tarefa prevista pelas normas e procedimentos.

capacidade de pensar sobre o seu trabalho, de exercer sua criatividade e autonomia e da possibilidade de modificá-lo.

Considerando os elementos da organização do trabalho e sua interação com outros fatores nos ambientes de trabalho, destacam-se, a seguir, os principais fatores e situações que implicam potencial impacto à saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras.

6.1 FATORES PSICOSSOCIAIS

O mundo do trabalho vem passando por profundas modificações, decorrentes dos processos de globalização e reestruturação produtiva, que implicam demandas por maior produtividade, menor custo, flexibilização e intensificação do trabalho. Esses processos impõem ao trabalhador uma série de mobilizações para adaptar-se às novas exigências no trabalho e na sua vida social, tornando-o mais vulnerável a situações e fatores que podem resultar em danos à saúde, especialmente transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010a; GUIMARÃES, 2006).

As exigências do trabalho – ambiente, processo e organização do trabalho – que podem influenciar na saúde do trabalhador são conhecidas como fatores psicossociais: aqueles que se referem à sobrecarga (excesso de tarefas, pressão de tempo e repetitividade); subcarga (monotonia, baixa demanda, falta de criatividade); falta de controle sobre o trabalho (inexistente ou pequeno poder de decisão sobre o que e como irá fazer); distanciamento entre grupos de mando e de subordinados; isolamento social no ambiente de trabalho; conflitos de papéis, conflitos interpessoais e falta de apoio social. O conceito de fatores psicossociais também se estende para situações fora do ambiente de trabalho e aspectos

individuais (SAUTER; MURPHI; HURRELL; LEVI, 2001).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os fatores psicossociais também podem ser entendidos como aqueles que se referem à interação entre meio ambiente do trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais, habilidade do trabalhador, necessidades, cultura e questões pessoais extra-trabalho, os quais podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho. É um conceito complexo que envolve situações do ambiente de trabalho e condições individuais, percepções e experiências do trabalhador, influenciadas pela realidade econômica e social de cada contexto (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 1984).

Segundo o Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) da Espanha, são vários os fatores psicossociais da organização do trabalho que podem interferir no bem-estar do trabalhador: fatores da tarefa relacionados ao conteúdo do trabalho e o significado que o trabalho tem para quem o executa; trabalho em turnos; demandas conflitantes; falta de clareza sobre o que está desempenhando, sobre os



objetivos desse trabalho e até onde vão as responsabilidades; sistemas de promoções e de premiações; problemas na comunicação e informação; a pressão de tempo na realização da tarefa e a falta de controle do indivíduo sobre sua própria condição de trabalho. Também são citados como fatores psicossociais: insegurança no emprego; falta de autonomia; grande responsabilidade com pouca autonomia; relações interpessoais (relações no trabalho devem ser fonte de satisfação, dar resposta às necessidades de comunicação; despertar o sentimento de pertencer a um grupo e ser uma via para oferta de apoio social) e situação de trabalho perigoso (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, 2002).

Ambos os conceitos afirmam que os fatores relativos ao ambiente e organização do trabalho são importantes fatores de risco para a saúde mental dos trabalhadores. Quando vão além da capacidade adaptativa do trabalhador, que está relacionada a fatores fora do trabalho e características individuais, resulta no desequilíbrio do seu estado de saúde.

6.2. ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

A violência moral nas relações de trabalho é um fenômeno de longa data. Desde a década de 80 ganhou o interesse de estudiosos de diversos ramos das ciências, demonstrando ser um assunto de interesse multidisciplinar. Hoje vem sendo discutido mundialmente e diversos países já elaboraram leis para coibir a prática da violência moral nos ambientes de trabalho (LEYMANN, 1996).

O assédio moral no trabalho é conceituado como sendo “a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções” (BARRETO; GERVAISEAU, 2010). É mais frequente nas relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, cuja dinâmica envolve condutas negativas e relações desumanas, com o propósito de desestabilizar a relação da vítima com o seu ambiente de trabalho e a organização e resultando na desistência do emprego (BARRETO; GERVAISEAU, 2010).

Assim, pode ser considerado assédio moral toda conduta abusiva, ocorrida nas relações de trabalho, manifestando-se por comportamentos, palavras ou gestos que possam trazer dano ao bem-estar, seja à dignidade ou à integridade física e/ou mental do indivíduo, ou ainda degradar o seu ambiente de trabalho e pôr em risco o seu emprego, ocorrendo de forma intencional e repetitiva.

O assédio moral no trabalho se exterioriza sob diversas formas: condutas abusivas que constroem, amedrontam, expõem ao ridículo, estigmatizam, menosprezam; desprezam e humilham de modo repetitivo; ironia; difamação; piadas jocosas; tratamento com indiferença ou ignorar a presença; exposição a situações vexatórias; determinar tarefas sem sentido ou que não podem ser realizadas; controlar o tempo das necessidades fisiológicas; tornar público algo íntimo. Enfim, todo e qualquer comportamento que visa agredir e desequilibrar o indivíduo na sua relação com o ambiente de trabalho (BARRETO; GERVAISEAU, 2010).

Por ser uma experiência subjetiva, as repercussões sobre a saúde mental decorrentes da violência moral no trabalho podem aparecer sob diversas formas de transtornos mentais e físicos e de modo diferenciado segundo o sexo. As mulheres expressam a indignação e a humilhação na forma de tristeza, ressentimentos e mágoas. Passam a se sentir hostilizadas no ambiente onde antes se identificavam. Os homens sentem-se revoltados, envergonhados, indignados, desonrados, fracassados. Tornam-se irritados, com baixa autoestima e passam a se isolar do ambiente familiar e social (BARRETO; GERVAISEAU, 2010).

As vítimas passam a apresentar depressão, palpitações, tremores, distúrbios do sono, hipertensão, distúrbios digestivos, dores generalizadas, alteração da libido e pensamentos ou tentativas de suicídio. É a expressão do sofrimento imposto nas relações de trabalho e vivenciado por estes indivíduos, resultando, na maioria das vezes, em adoecimento (BARRETO; GERVAISEAU, 2010).

6.3. RISCO QUÍMICO

A exposição a alguns agentes químicos neurotóxicos pode desencadear quadros de distúrbios neuropsiquiátricos agudos e crônicos. Dentre os produtos, destacam-se os metais pesados (manganês, mercúrio e chumbo); substâncias asfixiantes (monóxido de carbono, cianeto de hidrogênio, sulfeto de hidrogênio); sulfeto de carbono; brometo de metila; tolueno e outros solventes aromáticos/orgânicos neurotóxicos; hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos e seus derivados halogenados tóxicos (BRASIL, 2001a; 2007) (Anexo1).

A ação dos agentes químicos no sistema nervoso central é em decorrência de sua neurotoxicidade. O sulfeto de carbono causa uma hipersensibilidade dos troncos nervosos. Os hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos e derivados halogenados podem desencadear uma encefalopatia tóxica, comprometendo as funções cognitivas e de comportamento em decorrência de alterações provocadas no córtex cerebral e cerebelar. Da mesma forma, o monóxido de carbono lesa seletivamente os gânglios da base, comprometendo o córtex cerebral e cerebelar, causando alterações das funções cognitivas e do comportamento (ORELLANA; SALLATO, 1995).

O álcool é também considerado um agente químico que, ao provocar alcoolismo crônico, traz impactos na saúde mental dos indivíduos. A ocorrência de alcoolismo pode ser condicionada ou agravada por alguns fatores de risco psicossociais presentes em ambientes e processos de trabalho relatados em algumas categorias de trabalhadores(as), tais como aqueles relacionados a: atividades socialmente desprestigiadas (ex. construção civil, coleta de resíduos sólidos, sistema de esgotamento sanitário); trabalho com grande tensão; trabalho com sobrecarga mental; trabalho monótono e atividades perigosas, a exemplo de controladores de torres em aeroportos, pilotos de avião, trabalhadores em serviços de saúde, emergências e terapia intensiva, entre outros. O nexo de causalidade, entre alcoolismo e trabalho pode ser enquadrado no grupo III da classificação de Schilling³ (BRASIL, 2001b, p. 28).

No quadro 1 estão exemplificados alguns dos fatores e situações de risco presentes nos ambientes e condições de

trabalho que podem desencadear quadros de transtornos mentais.

QUADRO 1 – FATORES E SITUAÇÕES DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Tipo de Transtorno Mental	Fatores e situações de risco
Alcoolismo crônico	Certas características do trabalho podem ser consideradas fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico. Pode corresponder a uma necessidade de filiação, identidade, de integrar-se a um grupo, ou como agente facilitador de socialização, pelos seus efeitos: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono. Há relação com ocupações estigmatizadas – que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de animais; ou com atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, construção civil); de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários); de trabalho monótono, que gera tédio e que impõe o isolamento do convívio humano (vigias) ou o afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração). Pode ainda estar relacionado ao desemprego e a condições difíceis de trabalho. É uma doença ocupacional (relacionada ao trabalho) para os sommeliers e degustadores de bebidas, em fábricas de bebidas, vinícolas e restaurantes, entre outros.
Episódios depressivos e Depressão	As decepções sucessivas, frustrações, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho; as exigências excessivas de desempenho; ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa; perda do posto de trabalho e demissão podem determinar quadros depressivos. A situação de desemprego prolongado também pode ser uma situação geradora. Podem ainda ocorrer por exposição a substâncias químicas, como: brometo de metila, chumbo, manganês, mercúrio, sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados, além de outros solventes orgânicos neurotóxicos. Quadros de depressão podem se desenvolver em trabalhadores com LER/Dort, associados ao quadro de dor crônica.
Estado de estresse pós-traumático	O risco de desenvolvimento do transtorno parece estar relacionado a trabalhos perigosos que envolvem responsabilidade com vidas humanas, com risco de grandes acidentes, como o trabalho nos sistemas de transporte terrestre, ferroviário, metroviário e aéreo, trabalho dos bombeiros etc. Pode surgir em qualquer idade, condicionado por situações desencadeadoras. Presenciar um acidente de trabalho com lesão grave ou com óbito de colegas de trabalho pode levar a quadro de estresse pós-traumático. Também tem sido observado em situações de violência como assaltos, seguidos ou não de morte, como ocorrem com bancários, motoristas e cobradores de ônibus etc.
Neurastenia	Desencadeada por 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) e jornada de trabalho em turnos alternados. Pode ocorrer também por exposição ao brometo de metila, chumbo, manganês, mercúrio, sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados, outros solventes orgânicos neurotóxicos.
Transtornos neuróticos	Relacionados a circunstâncias socioeconômicas e psicossociais: desemprego, mudança de emprego, ameaça de perda de emprego, ritmo de trabalho penoso, má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho).
Transtorno do ciclo vigília-sono	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 em turnos fixos e horários administrativos (manhã e tarde). No trabalho em turnos, os trabalhadores exercem suas atividades em horários de trabalho que variam durante a semana, o mês (turnos alternados) ou que 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.
Síndrome de Burnout	Tem sido relatada principalmente entre cuidadores(as), como os(as) trabalhadores(as) da educação, da saúde, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários, professores, entre outros. Pode ocorrer em situações de reestruturação organizacional de uma empresa, como dispensas temporárias do trabalho, diminuição da semana de trabalho e enxugamento de pessoal. O risco é maior para todos aqueles que vivem a ameaça de mudanças compulsórias na jornada de trabalho e declínio significativo na situação econômica. Todos os fatores de insegurança social e econômica aumentam o risco. Os fatores predisponentes mais importantes são: papel conflitante, perda de controle ou autonomia e ausência de suporte social.
Quadros demenciais	As demências devido a drogas e toxinas (incluindo a devida ao alcoolismo) correspondem de 10% a 20% dos casos de demência em geral. Os traumatismos cranianos respondem por 1% a 5% dos casos. Podem ocorrer quadros demenciais em trabalhadores expostos a substâncias asfixiantes (monóxido de carbono (CO), sulfeto de hidrogênio (H ₂ S)), sulfeto de carbono, metais pesados (manganês, mercúrio, chumbo e arsênio) e derivados organometálicos (chumbo tetraetila e organoestanhosos).
Delirium	Pode ocorrer em trabalhadores expostos a monóxido de carbono (CO), dissulfeto de hidrogênio (H ₂ S), sulfeto de carbono, metais pesados (manganês, mercúrio, chumbo e arsênio), derivados organometálicos (chumbo tetraetila e organoestanhosos) e trauma crânio-encefálico (TCE).
Transtorno cognitivo leve	Pode ocorrer em trabalhadores expostos a brometo de metila, chumbo e seus compostos, manganês e seus compostos, mercúrio e seus compostos, sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos, outros solventes orgânicos neurotóxicos e níveis elevados de ruído.
Transtorno orgânico da personalidade	Pode ocorrer em trabalhadores expostos a brometo de metila, metais pesados (chumbo, manganês, mercúrio), sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados e outros solventes orgânicos neurotóxicos.
Transtorno mental orgânico	Podem ocorrer por exposição a brometo de metila, chumbo, manganês, mercúrio, sulfeto de carbono, tolueno e outros solventes aromáticos, tricloroetileno, tetracloroetileno, tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados e outros solventes orgânicos neurotóxicos.

Fonte: MOURA NETO, 2005.

3 GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões (BRASIL, 2001b, p. 28).

7. QUAIS CRITÉRIOS UTILIZAR PARA O DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO?

O trabalho como fator de integração social tem importância fundamental na saúde física e mental das pessoas. Todo processo de trabalho, seja ele em estabelecimento público ou privado, incluindo todos os ramos de atividades, implicam cargas psíquicas que interferem no nível subjetivo, atuando sobre o psiquismo dos indivíduos. Em situações extremas e em combinação com o perfil psicológico do trabalhador, essas cargas podem desencadear sintomas psíquicos puros (reações ansiosas ou

depressivas). Além dessas, o trabalhador também pode ser exposto a cargas físicas, químicas ou biológicas que atuam sobre o cérebro, comprometendo as funções corticais e subcorticais, produzindo sintomas combinados, psíquicos puros e orgânicos (alucinações visuais, perda de memória, desorientação têmporo-espaial etc.).

Apresenta-se os principais elementos e critérios para o estabelecimento do diagnóstico de transtornos mentais relacionados ao trabalho (quadros 2 e 3).



QUADRO 2 - CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DOS QUADROS CEREBRAIS ORGÂNICOS

Tipo de Transtorno Mental	CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO
Quadros demenciais	Comprometimento das funções cognitivas: capacidade de aprendizagem, memória, atenção, concentração, linguagem, nível de inteligência, capacidade de resolver problemas, juízo crítico e comportamento social adequado. Comprometimento das atividades da vida diária. Um declínio na capacidade cognitiva é essencial para o diagnóstico de demência. As interferências no desempenho de papéis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida, servem como indicadores da gravidade do quadro.
Delirium	O aspecto fundamental é o rebaixamento do nível da consciência — traduzido pela redução da clareza da consciência em relação ao ambiente, com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção (aspecto fundamental para o diagnóstico); 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; além de evidências — a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais — da associação direta ou indireta do quadro com uma situação de trabalho.
Transtorno cognitivo leve	A principal manifestação é um declínio no desempenho cognitivo, que inclui queixas de alteração da memória, dificuldades de aprendizado ou de concentração. O diagnóstico diferencial com as síndromes pós-encefálica e pós-traumática pode ser feito a partir da etiologia e da menor amplitude dos sintomas, geralmente mais leves e de mais curta duração.
Transtorno orgânico da personalidade	Além de uma história bem definida, é importante que haja a presença de dois ou mais dos seguintes sinais: comprometimento da capacidade de perseverar em atividades determinadas, labilidade emocional, alegria superficial e imotivada, irritabilidade, explosões rápidas de raiva e agressividade ou apatia, liberação ins-tintiva, perturbações cognitivas na forma de desconfiança, ideação paranoide e/ou preocupação excessiva com um tema único, alteração marcante da velocidade e fluxo da produção de linguagem, prolixidade, viscosidade e hipergrafia e alteração do comportamento sexual.
Transtorno mental orgânico	Caracteriza-se pela evidência de doença, lesão ou disfunção cerebral ou de uma doença física sistêmica que provoque disfunção cerebral.

Fonte: MOURA NETO, 2005.

QUADRO 3 - CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DOS QUADROS FUNCIONAIS/DINÂMICOS

Alcoolismo crônico	O critério diagnóstico é semelhante àquele utilizado para a caracterização de síndromes de dependência; sendo, no entanto, possível determinar uma clara relação com situações vivenciadas no trabalho. Pode estar associado a outros transtornos mentais como: delirium (delirium tremens), quadros demenciais, transtornos amnésicos, transtornos psicóticos, transtornos do humor, ansiedade, disfunção sexual e do sono.
Episódios depressivos	O diagnóstico requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas citados a seguir, por um período de, no mínimo, duas semanas; sendo que um dos sintomas característicos é humor triste ou diminuição do interesse ou prazer. Pode ocorrer: diminuição ou aumento do apetite; 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; ideação suicida recorrente; tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio.
Neurastenia	É necessário investigar a duração da jornada de trabalho, as pausas durante a jornada, o ritmo de trabalho, os riscos físicos e químicos (presença de ruído, temperatura e outros agressores), pressão por produtividade. O diagnóstico definitivo baseia-se nas queixas persistentes e angustiantes de fadiga aumentada após esforço mental ou queixas persistentes e angustiantes de fraqueza e exaustão corporal após esforço físico mínimo; pode haver 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.
Reações neuróticas	Nestes casos será necessário afastar um quadro neurótico progressivo à situação de trabalho considerada patogênica. São quadros reativos, por excelência. Os sintomas apresentados são inespecíficos: ansiedade, cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono (insônia ou sonolência excessiva).
Estado de estresse pós-traumático	O diagnóstico pode ser feito em pacientes que apresentem quadros de início até seis meses após um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, ocorrido em uma situação de trabalho. Há uma tendência de revivência do trauma. Há reações emocionais e neurovegetativas exacerbadas. Pode haver ansiedade aguda, reação fóbica, reação paranoide, reação depressiva, inclusive com ideação suicida, episódios de pânico ou agressividade. O curso é flutuante, mas a recuperação pode ser esperada na maioria dos casos. Em uma pequena proporção dos pacientes, a condição pode evoluir cronicamente por muitos anos, transformando-se em uma alteração permanente da personalidade, com lembranças persistentes e recorrentes do evento, atitude persistente de evitar circunstâncias semelhantes ou associadas, esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que tragam lembranças do trauma, sentimentos de distanciamento ou estranhamento dos outros; distanciamento afetivo, sintomas persistentes de estado de alerta, reações exacerbadas.
Transtorno do ciclo vigília-sono	Há disfunção no ciclo vigília-sono, decorrente de conflitos entre os sincronizadores temporais externos (horários de trabalho e de outras atividades sociais, por exemplo) e os osciladores biológicos internos, esses últimos responsáveis pela regulação dos ritmos biológicos. Há dificuldade para adormecer, interrupções frequentes no sono, sonolência excessiva durante a vigília e percepção de sono de má qualidade. Na CID-10 o código F 51.2 é reservado para os transtornos do ciclo vigília-sono nos quais os fatores psicológicos desempenham o papel mais importante. Os casos de origem orgânica devem ser classificados no grupo G 47.2.
Síndrome de Burnout Síndrome de esgotamento profissional	Há história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o caráter de missão; sentimentos de desgaste 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.

Fonte: MOURA NETO, 2005.

8. COMO REALIZAR A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E ESTABELECEER SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO?

Inicialmente, devem ser identificados e definidos os pontos e instâncias da Rede de Atenção à Saúde existentes no município e na região, pactuando-se entre gestores e profissionais de saúde as responsabilidades, atribuições, fluxos de referência e a rede de apoio institucional e técnico. Para tal, deve-se articular, principalmente, as Redes de Atenção Básica, de Saúde Mental e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

O processo de investigação da relação de causalidade entre o transtorno mental e o trabalho necessita passar por várias etapas até que seja concluído. O primeiro momento começa com o reconhecimento dos casos suspeitos para investigação, que inclui a própria identificação do usuário como trabalhador. A identificação de um caso suspeito deverá ser feita, principalmente, nas seguintes unidades de saúde da rede SUS: Unidade Básica de Saúde e/ou Unidade de Saúde da Família (UBS, USF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), outras unidades de saúde mental e Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). Eventualmente, unidades especializadas e serviços de urgência e emergência poderão atender trabalhadores com sintomas compatíveis e encaminhá-los para essas unidades.

Caso a equipe que o acompanha não se sinta preparada para avaliar a relação entre o adoecimento e o trabalho, deve ser acionada a equipe do Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador para prestar o apoio técnico.

Os usuários devem ser acolhidos pela equipe de saúde, identificados como trabalhadores e, se referirem sintomas de adoecimento mental compatíveis, devem ser considerados como casos suspeitos. A investigação da relação com o trabalho desdobra-se em algumas etapas. Uma etapa para diagnóstico do quadro clínico, com coleta de informações referentes à história do adoecimento e de vida do trabalhador, exame psíquico e outros exames complementares, sempre que necessário, com encaminhamento para tratamento assistencial. Outra se destina à coleta de informações relacionadas ao ambiente psicossocial e às condições de trabalho, obtidas a partir da percepção do trabalhador e, se necessário, de inspeções no ambiente de trabalho. Todo esse processo pressupõe o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e utilização de metodologias que sejam capazes de evidenciar os diversos fatores desencadeadores de agravos à saúde mental. Se detectada no ambiente de trabalho alguma situação de risco para a saúde mental dos trabalhadores, ações específicas de vigilância deverão ser desenvolvidas.

A seguir, apresentam-se algumas definições com detalhamento dessas etapas, que poderão ter alguma

variação a depender das características e especificidades de cada unidade de saúde.

Definição de caso suspeito

Para identificar um caso suspeito de qualquer agravo relacionado ao trabalho, os serviços de saúde devem incluir na recepção e acolhimento para todos os usuários do SUS a identificação de sua situação de trabalho; registrar na ficha ou prontuário, junto com a coleta dos dados pessoais e sociais (sexo, idade, escolaridade, filiação, endereço), a ocupação e situação no mercado de trabalho (se trabalha, empregado, desempregado etc.). Desse modo, todo indivíduo que procura a equipe ou serviço de saúde com alguma queixa referente à sua saúde mental deverá ter sua situação de trabalho caracterizada – identificar se é ou foi trabalhador.

ATENÇÃO

Para o SUS são sujeitos da política de saúde todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. (Art. 3º, Portaria Federal GM/MS nº 1.823/2012, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) (BRASIL, 2012).

O profissional de saúde deve suspeitar de um caso de transtorno mental relacionado ao trabalho, adotando providências para sua investigação e confirmação ou não, nas seguintes situações.

CASO SUSPEITO

- Todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que, durante seu atendimento, faz referência explícita à possibilidade de relação de seu adoecimento com o trabalho; ou
- todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que, durante seu atendimento, pelas características de sua história clínica e ocupacional, leve o profissional de saúde a suspeitar da relação entre o trabalho e seu transtorno mental; ou
- todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que tenha sido encaminhado(a) pelo INSS ou por outra instituição, por sindicato ou associação

de trabalhadores, serviço de saúde ocupacional de empresa, serviço de saúde (público ou privado), para investigação da relação entre transtorno mental e trabalho.

Equipe de saúde

O atendimento aos trabalhadores acometidos por transtornos mentais deve ser realizado por uma equipe de saúde, multiprofissional, capaz de garantir uma abordagem

interdisciplinar que a complexidade da questão requer. Esse atendimento pode ser individual e/ou em grupo.

Recomenda-se que essa equipe seja composta por profissionais de enfermagem, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros que possam contribuir para o atendimento ao trabalhador, incluindo o processo de investigação diagnóstica e da relação com o trabalho, acompanhamento e manejo clínico, dando suporte psicossocial e favorecendo a autonomia e bem-estar desses trabalhadores.

Acolhimento dos casos suspeitos

A unidade de saúde deve ter um espaço propício para o acolhimento, preferencialmente coletivo, desses trabalhadores. Trata-se de um primeiro contato da equipe com o usuário para uma escuta qualificada sobre o seu processo de adoecimento. É um momento no qual lhes será explicado o processo da investigação e os



encaminhamentos que lhes serão propostos, bem como serão obtidas algumas das respostas aos seus questionamentos e dúvidas. É o espaço para favorecer construções coletivas, construir vínculos e contribuir para que esses trabalhadores desenvolvam sentimento de segurança e confiança.

Consulta ocupacional

A consulta e coleta de informações para a investigação diagnóstica pode ser feita de forma compartilhada entre os profissionais de saúde.

Anamnese – A partir de relatos do(a) próprio(a) trabalhador(a), deve-se investigar a história da doença; as queixas relacionadas à saúde mental; a evolução do quadro mental; consultas e tratamentos anteriores; levantamento da história de vida, das relações familiares e sociais etc.

História ocupacional – Investigar a situação e dinâmica no ambiente de trabalho atual e anteriores, privilegiando os aspectos psicossociais do trabalho, as características da organização do trabalho. Deve-se explorar a fala do(a) trabalhador(a) sobre o seu trabalho; sua percepção e sentimento em relação ao seu trabalho; que sentidos e significados encontra em seu trabalho; como sente e vivencia as relações interpessoais (hierárquicas e entre os pares). O ambiente físico, exposições a substâncias químicas, histórico de acidentes de trabalho ou outras situações que podem levar a distúrbios psíquicos devem complementar o histórico ocupacional.

Exame físico – Exame físico geral orientado pela história da doença, com atenção para o exame neurológico.

Exame psíquico – Realizar exame detalhado para orientação diagnóstica do conjunto de sinais e sintomas.

Diagnóstico diferencial – Feito com base na história clínica e ocupacional e no exame físico; quando necessário, realizar exames complementares. Poderão também ser aplicados instrumentos específicos, tais como os disponíveis neste Protocolo.

Realização de exames complementares, aplicação de instrumentos específicos e testes neuropsicológicos – Os exames complementares e testes neuropsicológicos serão indicados caso a caso, com o objetivo de contribuir no diagnóstico clínico. A adoção de instrumentos específicos deve ser viabilizada pela equipe de saúde no sentido de criar um padrão de investigação.

No Apêndice, apresenta-se modelo de ficha de atendimento, que poderá ser utilizada pela equipe, no processo de atendimento a(o) trabalhador(a), de modo a nortear a investigação do quadro de saúde mental.

Avaliação dos fatores psicossociais – Para complementar a avaliação dos riscos à saúde no trabalho, poderá ser utilizado um instrumento estruturado e padronizado que permitirá uma avaliação quantitativa e, ao mesmo tempo, um olhar qualitativo sobre o objeto de estudo (MENDES; FERREIRA, 2007). Essa avaliação tem como objetivo identificar determinados fatores existentes no

ambiente psicossocial do trabalho que podem interferir no processo de adoecimento.

Diversos instrumentos podem ser utilizados para avaliar os fatores psicossociais do trabalho. A depender da formação da equipe de saúde, a avaliação pode ser feita com utilização de metodologia predominantemente qualitativa. O importante é que essa avaliação seja feita de forma estruturada, privilegiando a fala do sujeito e possibilitando a identificação dos fatores e situações psicossociais.

Contato com familiares – É importante obter o relato de familiares: seu conhecimento e percepção sobre o processo de adoecimento do(a) paciente, suas relações extra e intra ambiente de trabalho, quando e como foi a mudança de comportamento etc.

A consulta ocupacional geralmente envolve muitas idas do(a) paciente ao serviço, até que a equipe profissional tenha elementos suficientes para concluir a investigação.

Contato com as representações de trabalhadores

Os sindicatos, as associações ou outras organizações de trabalhadores podem fornecer informações sobre as características da empresa (cultura organizacional, organização do trabalho, relações interpessoais e hierárquicas, conduta ética, situações jurídicas), sobre histórias de assédio, adoecimento mental e validar outras questões surgidas durante a investigação do ambiente e processo de trabalho e avaliação do caso suspeito.

Inspeção no ambiente de trabalho

A inspeção no ambiente de trabalho tem por objetivo identificar situações de risco para a saúde mental do(a) trabalhador(a) e/ou do coletivo de trabalhadores. Para tal, deve-se investigar as características e dinâmicas do ambiente físico, os processos de trabalho, as relações no trabalho e fatores psicossociais que possam estar associados ao adoecimento mental. Isso inclui: conhecer a organização do trabalho; identificar os fatores psicossociais existentes e comportamentos ou condutas de indivíduos que podem ter desencadeado ou contribuído para o adoecimento do(a) trabalhador(a). O contato com os companheiros de trabalho, com o empregador e seus prepostos deve ser munido de um olhar crítico, buscando de forma indireta obter resposta aos questionamentos surgidos durante a avaliação do(a) trabalhador(a).

A inspeção ao ambiente de trabalho deve ser repetida quantas vezes a equipe de saúde julgar necessário.

Conclusão do caso

Apesar da alta prevalência dos distúrbios mentais relacionados ao trabalho, o seu reconhecimento algumas vezes tem causado divergências tanto entre profissionais de saúde, quanto entre estes e técnicos da previdência social,

empregadores e representação de trabalhadores entre outros.

Para estabelecer onexo causal e confirmar um caso suspeito recomenda-se utilizar a classificação proposta por Schilling para as doenças relacionadas ao trabalho, assumida pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2001b).

CLASSIFICAÇÃO DE SCHILLING

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, strictu sensu, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas por todas as doenças “comuns”, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e que, portanto, onexo causal é de natureza epidemiológica.

GRUPO III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

(BRASIL, 2001b, p. 28).

No Grupo I praticamente não se enquadra nenhum transtorno mental. A depender do caso específico, o transtorno mental relacionado ao trabalho pode ser enquadrado no Grupo II ou III.

Munido de todas as informações necessárias para estabelecer a relação entre o adoecimento e o trabalho, a avaliação deve ser concluída, confirmando ou descartando o caso suspeito.

CASO CONFIRMADO

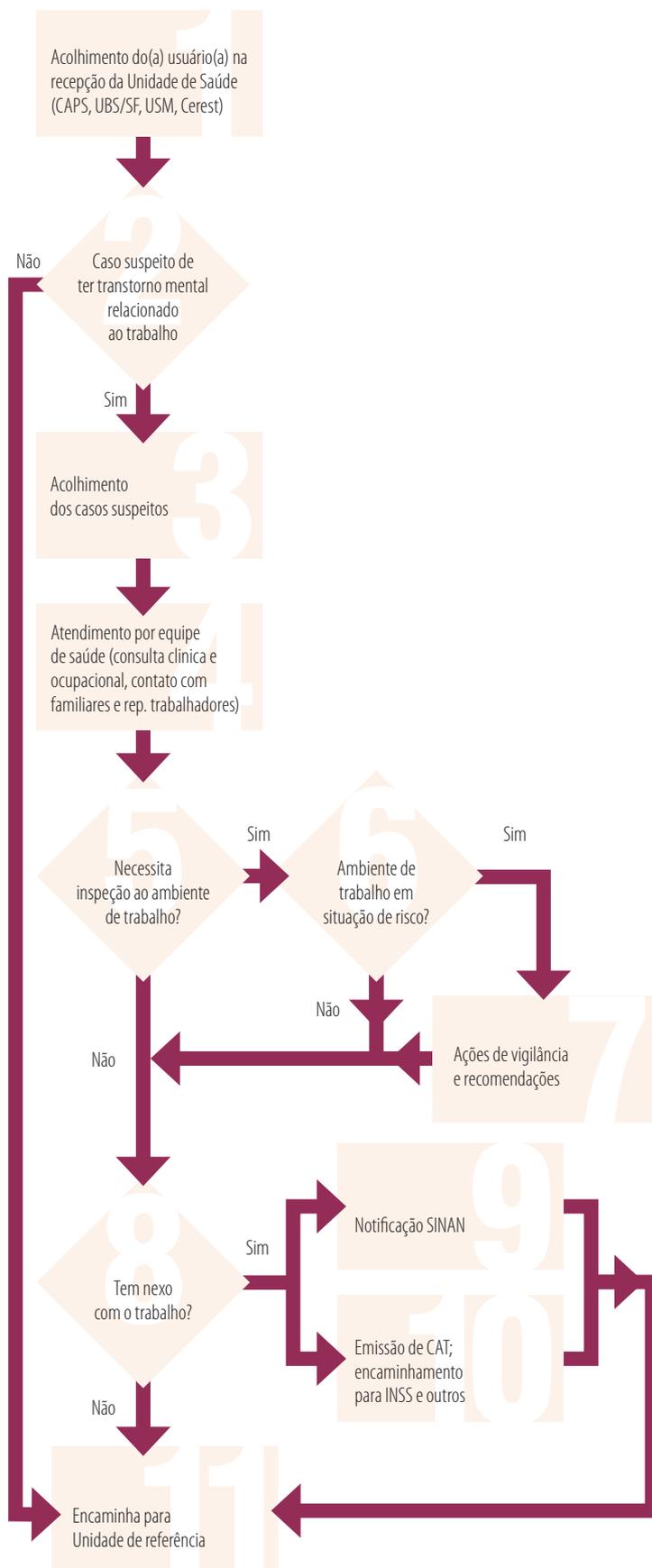
Trabalhador(a) que apresenta um dos tipos de transtorno mental reconhecido/descrito pela literatura como possível de ser relacionado ao trabalho, com história clínica e ocupacional compatível.

Sendo confirmado o nexo com o trabalho, o caso deve ser notificado no Sinan, com preenchimento completo da Ficha de Notificação e Investigação de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho. Se o(a) trabalhador(a) for empregado regido pela CLT, deverá ser solicitada à empresa a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Na recusa de emissão de CAT pela empresa, o serviço de saúde deverá providenciar sua emissão, com encaminhamento do(a) trabalhador(a) ao INSS, para fins de avaliação médico-pericial.

8.1. FLUXOGRAMA

Para investigação de transtorno mental relacionado ao trabalho, orienta-se seguir o fluxograma de atenção ao(à) trabalhador(a), com a respectiva descrição sucinta das etapas a serem percorridas.

FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO AO(À) TRABALHADOR(A) PARA INVESTIGAÇÃO DE TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO



8.2. Descrição do fluxograma de atenção ao(a) trabalhador(a) para investigação de transtorno mental relacionado ao trabalho

1. Acolhimento do(a) usuário(a) na recepção da Unidade de Saúde: O(A) usuário(a) será identificado(a) e terá o seu primeiro contato com um profissional da Unidade de Saúde: CAPS, UBS/SF, USM, Cerest.

2. Caso suspeito de ter transtorno mental relacionado ao trabalho? Nesse contato o(a) usuário(a) será classificado(a) como trabalhador(a) com suspeita, ou não, de ter um transtorno mental relacionado ao trabalho.

CASO SUSPEITO É:

● Todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que, durante seu atendimento, faz referência explícita à possibilidade de relação de seu adoecimento com o trabalho; ou

● todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que, durante seu atendimento, pelas características de sua história clínica e ocupacional, leve o profissional de saúde a suspeitar da relação entre o trabalho e seu transtorno mental; ou

● todo(a) trabalhador(a) com quadro clínico de transtorno mental que tenha sido encaminhado(a) pelo INSS ou por outra instituição, por sindicato ou associação de trabalhadores, serviço de saúde ocupacional de empresa, serviço de saúde (público ou privado), para investigação da relação entre transtorno mental e trabalho.

Sendo o(a) usuário(a) caracterizado(a) como **caso não suspeito(a)** de ser portador(a) de um transtorno mental relacionado ao trabalho, será encaminhado(a) às rotinas da Unidade de referência para tratamento assistencial (item 11).

3. Acolhimento dos casos suspeitos: o(a) trabalhador(a) que for portador(a) de um transtorno mental relacionado ao trabalho será encaminhado(a) para a equipe de saúde. Trata-se de um espaço coletivo ou individual propício para o acolhimento desses trabalhadores. É um momento onde lhe será explicitado o processo da investigação e encaminhamentos que lhe serão propostos, bem como serão obtidas algumas das respostas aos seus questionamentos e dúvidas. É o espaço para acontecer construções coletivas e contribuir para que esses trabalhadores possam adquirir um sentimento de segurança.

4. Atendimento por equipe de saúde: o atendimento aos trabalhadores acometidos por agravos de ordem mental deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, capaz de garantir uma abordagem interdisciplinar. Essa equipe deve ser composta por profissionais de enfermagem, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e todos os demais que de alguma forma possam contribuir para o processo de investigação de causalidade e resgate do bem-estar desses trabalhadores.

Nessa fase se dá início ao processo de investigação da relação causal. A investigação se desdobra em dois processos. Um para diagnóstico do quadro clínico, com coleta de informações referente à história do adoecimento e de vida do(a) trabalhador(a), exame psíquico e outros exames complementares e encaminhamento para tratamento assistencial, caso já não esteja sendo acompanhado(a). O outro processo se destina à coleta de informações relacionadas ao ambiente psicossocial e condições de trabalho, obtidas a partir da percepção do(a) trabalhador(a) e do contato com familiares e representação de trabalhadores.

5. Necessita inspeção ao ambiente de trabalho? Na coleta da história psicossocial e ocupacional será definido se há necessidade de inspeção no ambiente de trabalho.

Caso não seja necessária a inspeção ao ambiente de trabalho, siga para o item 8.

6. Ambiente de trabalho em situação de risco? Na inspeção ao ambiente de trabalho será avaliado se a situação é de risco ou não para a saúde mental dos trabalhadores.

Não identificada situação de risco no ambiente de trabalho para a saúde mental dos trabalhadores: a investigação do nexa terá prosseguimento (siga para o item 8).

7. Ações de vigilância e recomendações – Se identificada alguma situação de risco para a saúde mental dos trabalhadores, esse ambiente será objeto de ações de vigilância e recomendações.

8. Tem nexa com o trabalho? Identificar a relação da doença com o trabalho.

8.1. Se não tiver nexa com o trabalho, informar a(o) trabalhador(a) e encaminhá-lo(a) para unidade de tratamento e acompanhamento assistencial.

9. Notificação no SINAN – Se tem nexa com o trabalho, deve ser feito o registro no Sinan.

A unidade deverá notificar e investigar na ficha “Transtornos mentais relacionados ao trabalho” no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) (Anexo 7) em duas vias (os serviços de saúde devem encaminhar a primeira via ao setor de vigilância da saúde, conservando em seu poder a segunda via), todos os casos suspeitos e/ou casos confirmados. Para uso da ficha, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (F43.1).

10. Emissão de CAT; encaminhamento para INSS e outros – Tem nexa com o trabalho e é segurado do INSS (empregado com carteira de trabalho assinada – contrato CLT) ou quando for segurado especial (trabalhador rural na atividade de agricultura familiar), emitir CAT em seis vias; encaminhar para registro da mesma no INSS e outros encaminhamentos necessários a depender do caso.

11. Encaminha para Unidade de referência para acompanhamento.



9. ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO

A assistência psiquiátrica no país passou por um processo de transformação e trouxe discussões sobre a necessidade de novas práticas das equipes de saúde mental. A nova abordagem da atenção traz a possibilidade de reintegração ao contexto social, dando nova significação social e individual para as pessoas acometidas por transtornos mentais. A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, estabelece que esses indivíduos devem ser tratados com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; que devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Art. 2o, II e IX) e que o tratamento visa, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (Art. 4o, § 1o) (BRASIL, 2001c).

A mesma Lei, no seu Art. 3o, estabelece que é responsabilidade do Estado:

“o desenvolvimento da política de saúde mental; a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.” (BRASIL, 2001c).

Dentre as unidades de assistência em saúde mental, estão os CAPS que se estabelecem como serviços de complexidade diferenciada, conforme Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Nesta Portaria constam como atividades comuns a todos os níveis de complexidade: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

Os centros de saúde mental da rede básica do SUS funcionam como dispositivos preparados para acolher e tratar, de forma espontânea ou de forma referenciada, o indivíduo que em determinado momento da sua vida necessita de um cuidado especializado em saúde mental. Neles são realizados procedimentos individuais (consultas) e coletivos (grupos), visitas domiciliares, distribuição de medicamentos e exames, por meio de uma equipe

multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, assistentes administrativos.

Os centros de atendimento em saúde mental devem se caracterizar como lugares de acolhimento e não de permanência. Desse modo, as equipes precisam ter um olhar e escuta que reconheçam as subjetividades, pois devem atuar de forma a atender as singularidades de cada indivíduo com perspectiva na reabilitação psicossocial, cujos referenciais teóricos têm por base conceitos como autonomia, socialização, cidadania e contratualidade (PEREIRA, 2007).

No âmbito da atenção básica, a Saúde da Família consiste em uma nova estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada em unidades básicas de saúde, por equipes multiprofissionais responsabilizando-se pelo acompanhamento de famílias de um determinado território (comunidade) com a finalidade de desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos casos de doenças e agravos mais frequentes nessa população (BRÊDA et al., 2005).

Segundo Rotelli (apud Brêda et al., 2005, p. 451), as unidades de Saúde da Família integram, em seu território, a rede social da comunidade que atendem e assumem a responsabilidade de ter uma estreita relação com a assistência psiquiátrica, atuando como ponto de acolhimento e cuidado aos portadores de transtorno mental e aos seus familiares.

Desse modo, na atenção às pessoas com transtornos mentais, as unidades básicas ou de Saúde da Família e os centros de saúde



mental devem se articular e funcionar como uma rede de referência e contra-referência. Nos casos relacionados ao trabalho, a essa rede soma-se os Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador.

9.1 Avaliação de capacidade laboral e reabilitação

Após o diagnóstico e durante o tratamento e manejo do caso, a equipe de saúde deve avaliar a possibilidade ou não de retorno ao trabalho e necessidade de reabilitação.

O retorno e a reabilitação poderão ser para exercício da mesma função ou de outra função; ou mesmo, para outra

atividade em outro estabelecimento ou local de trabalho. Quando for possível intervenção e melhorias no ambiente, na organização e nas relações de trabalho, o retorno ao trabalho poderá facilitar ou melhorar a recuperação do(a) trabalhador(a). Para tal, é importante haver boa articulação entre o serviço de saúde do SUS, o instituto de previdência social e a empresa, pactuando-se essa reabilitação com o(a) próprio(a) trabalhador(a).

A reabilitação tem como propósito restituir o respeito e restabelecer os laços sociais, isto é, possibilitar que as pessoas retomem o significado de suas vidas e voltem a acreditar nas suas capacidades, restabelecendo o exercício da cidadania e os vínculos sociais. Dessa forma, a reabilitação psicossocial está voltada para quatro aspectos: moradia, família, trabalho e criatividade lúdica e artística (PEREIRA, 2007).

Assim, reabilitar é ampliar as habilidades do indivíduo que em algum momento de sua vida deixou de existir para dar lugar a um sentimento de incapacidade ou impotência. É tornar o indivíduo novamente capaz de enfrentar as dificuldades vividas. Com a reabilitação há uma diminuição das deficiências e dos danos causados pelo adoecimento mental (LUSSI, 2006).



10. VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Do que estamos falando?

A Vigilância da Saúde do Trabalhador é um dos componentes da Vigilância em Saúde, sendo entendida como:

“uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes 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 esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los.” (BRASIL, 1998).

A Vigilância da Saúde do Trabalhador tem o propósito de conhecer a realidade do ambiente de trabalho físico e social, bem como propor medidas de intervenção para eliminar ou minimizar os fatores determinantes de agravos à saúde da população de trabalhadores. Constitui-se num conjunto de ações e práticas sanitárias integradas, que realiza intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde, em especial nos ambientes e processos de trabalho. Contempla, ainda, ações de vigilância epidemiológica de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, análise da situação de saúde, monitoramento de indicadores de morbimortalidade e outros, e articulação de ações de assistência com as de prevenção e promoção da saúde (BAHIA, 2012, p. 10).

Desse modo, fazem parte do processo de Vigilância da Saúde do Trabalhador as seguintes ações: 1. Análise da situação de saúde; 2. Identificação e análise dos fatores e situações de risco nos ambientes e processos de trabalho; 3. Intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores; 4. Avaliação do impacto das medidas de proteção adotadas; 5. Divulgação sistemática das informações; e, 6. Educação em saúde do trabalhador (BAHIA, 2012, p. 10).

O processo de vigilância depende de informações obtidas a partir de diversas fontes e bases de dados, especialmente dos sistemas de informação em saúde e da Previdência Social, bem como das informações produzidas em relatórios de inspeção e notificação.

Para os transtornos mentais, recomenda-se adotar ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho, com inspeções, avaliação de condições de trabalho, recomendação de medidas de controle, nas seguintes situações:

1. Para investigação e confirmação de casos de transtornos mentais relacionados com:

- violência no trabalho, tanto violência física quanto situações de assédio moral;

- condição degradante de trabalho, relativa tanto a condições precárias do ambiente físico, quanto à existência de fatores psicossociais e à organização do trabalho;
- exposição a agentes químicos neurotóxicos.

2. Avaliação em ambientes de trabalho em estabelecimentos de ramos de atividade econômica com expressiva ocorrência de transtornos mentais, identificados a partir da análise da situação de saúde, de dados dos sistemas de informação em saúde, da Previdência Social e do monitoramento de notícias de jornais e mídia eletrônica.

3. Investigação de casos que demandam atenção nos serviços de saúde mental e da atenção básica, identificados em grupos populacionais vulneráveis, submetidos a determinada situação de risco e/ou oriundos de um mesmo estabelecimento ou ramo de atividade econômica presente no território e que represente um problema coletivo.



4. Investigação de casos a partir de denúncias e demandas de sindicatos de trabalhadores, de movimentos sociais e do Ministério Público do Trabalho.

ATENÇÃO

Quando for necessário o desenvolvimento de ações de Visat, recomenda-se que a equipe técnica consulte o documento **Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho – SUS/BA**, publicado em 2012 pela Divast (BAHIA, 2012).

O processo de vigilância epidemiológica dos transtornos mentais relacionados ao trabalho inicia-se com a suspeita de um caso, que deve ser investigado e, sendo confirmado, o caso deve ser notificado no Sinan, com preenchimento completo da Ficha de Notificação e Investigação de

Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho. O fluxo das informações é o mesmo já definido para os demais agravos – unidade assistencial notifica, encaminha para setor de vigilância epidemiológica do município, que registra o caso no sistema informatizado (Sinan) e envia eletronicamente para o âmbito estadual.

O monitoramento das informações – casos notificados/ registrados – deve ser feito pela Vigilância em Saúde municipal, pela equipe do Cerest, e pela área técnica de Saúde do Trabalhador em âmbito estadual. Além do Sinan, recomenda-se acompanhar os dados do SIM, do Sistema de Informações Hospitalares e das bases de dados da Previdência Social. Completa-se o ciclo com a elaboração e divulgação de boletins e informes epidemiológicos, contendo a análise de situação de saúde relativa aos transtornos mentais relacionados ao trabalho e recomendações de medidas de prevenção e proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as).



11. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Existem diversos instrumentos elaborados, testados e validados por estudiosos e grupos de pesquisa em outros países e no Brasil, que podem ser utilizados em levantamentos e inquéritos para avaliação de exposições e sintomas de transtornos mentais em grupos de trabalhadores e nas ações de vigilância. Recomendamos a utilização de alguns desses instrumentos, dentre eles os que foram aplicados e testados pelo Grupo de Pesquisa da UFRGS, que contou com a participação de técnicos do Cesat na Bahia.

QUESTIONÁRIO: INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO – ITRA

O Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA, uma escala psicométrica do tipo Likert, construída e validada em 2003 por Ferreira e Mendes (apud MENDES; FERREIRA, 2007), possibilita auxiliar o diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. O ITRA se propõe a avaliar o contexto psicossocial do trabalho e sua relação com o adoecimento (Anexo2).

A terceira versão da escala foi validada no ano de 2006, por Mendes e Ferreira (2007). Este inventário é composto por quatro escalas interdependentes: Escala de avaliação do contexto do trabalho (EACT); Escala de custo humano no trabalho (ECHT); Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST) e Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT).

A primeira escala – EACT, é composta por três fatores: organização do trabalho; condições de trabalho e relações socioprofissionais. A segunda escala – ECHT, constitui-se por outros três fatores: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo. A terceira escala – EIPST, é composta por quatro fatores: dois deles avaliam o prazer e dois avaliam o sofrimento no trabalho. A quarta escala é formada por três fatores: danos físicos, psicológicos e sociais.

A análise de cada escala deve ser feita por fator. O escore de cada fator será classificado dentro de três possibilidades: avaliação grave, crítica e satisfatória. Após análise de cada fator, o conjunto será interpretado de acordo com os níveis de avaliação que predominaram: satisfatório (resultado mais positivo e produtor de satisfação no trabalho); crítico (indicador de situação limite, potencializando o sofrimento no trabalho) ou grave (resultado negativo e produtor de sofrimento no trabalho).

O instrumento ITRA possibilita visualizar a realidade do ambiente psicossocial do trabalho, de forma mais geral. No entanto, não permite o aprofundamento da subjetividade. Por isso, o uso do inventário ITRA deve ser cauteloso e, se possível, associado a outra metodologia de avaliação que

possibilite identificar as questões mais complexas inseridas nesse ambiente (MENDES; FERREIRA, 2007).

ESCORE DO QUESTIONÁRIO ITRA:

Os itens das escalas são avaliados pelos valores correspondentes. Para cada escala, os itens são agrupados em fatores e cada fator é obtido por meio da média das respostas dos itens que o compõem, sendo classificados de acordo com os critérios descritos abaixo:

As escalas EACT e ECHT são de 5 pontos, construídas com itens negativos.

EACT:	ECHT:
1 = nunca	1 = nunca
2 = raramente	2 = pouco exigido
3 = às vezes	3 = mais ou menos exigido
4 = frequentemente	4 = bastante exigido
5 = sempre	5 = totalmente exigido

A classificação para estas escalas é:

Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave.
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítica.
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório

As escalas EIPST e EADRT são de 7 pontos:

0 = nenhuma vez	2 = duas vezes,	4 = quatro vezes	6 = seis ou mais
1 = uma vez	3 = três vezes	5 = cinco vezes	vezes

A EIPST:

Para os itens positivos (fatores de prazer) a classificação é:

Acima de 4,0	Avaliação mais positiva, satisfatório
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação mais moderada, crítica.
Abaixo de 2,0	Avaliação para raramente, grave.

Para os itens negativos (fator de sofrimento) a classificação é:

Acima de 4,0	Avaliação mais negativa, grave.
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação mais moderada, crítica.
Abaixo de 2,0	Avaliação mais positiva, satisfatório.

A EADRT é classificada em:

Acima de 4,1	Avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais.
Entre 3,1 e 4,0	Avaliação moderada para frequente, crítica.
Entre 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico.
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável.



O escore das escalas deve ser feito para cada fator, a partir da média dos itens que o compõem, e a interpretação dos resultados deve ser feita considerando as médias gerais dos fatores e o percentual de respondentes nos intervalos das médias, isto é, o número absoluto de trabalhadores. Também devem ser analisados os dois itens de cada fator, com médias mais altas e mais baixas para identificar as situações que mais influenciam nos resultados gerais (MENDES; FERREIRA, 2007).

Analisado cada fator e o conjunto, a interpretação pode ser feita, a depender dos níveis de avaliação predominantes, como satisfatórios (significando resultado positivo e produtor de prazer no trabalho); críticos (“situação-limite”, potencial custo negativo e sofrimento no trabalho) e grave (situação produtora de custo humano e sofrimento no trabalho). As duas últimas situações requerem atenção e providências, visando atenuar ou eliminar as causas (MENDES; FERREIRA, 2007).

A interpretação do ITRA não deve se resumir a análises estatísticas. Os resultados encontrados devem ser interpretados também de forma qualitativa, identificando os fatores positivos e negativos do adoecimento e a busca da compensação e neutralização desses fatores, na dinâmica das situações de trabalho identificadas (MENDES; FERREIRA, 2007).

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

SELF REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ-20

O *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) é utilizado para avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns – TMC. Foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para estudar Transtornos Mentais Comuns (ou distúrbios psíquicos menores) em cuidados básicos de saúde, sendo aplicado em diferentes culturas, principalmente nos países em desenvolvimento. É composto de 20 questões com respostas Sim ou Não, sendo quatro questões para sintomas físicos e 16 questões para distúrbios psicoemocionais (diminuição de energia, humor depressivo e pensamento depressivo) (Anexo 3).

A utilização do SRQ-20 parte do princípio da sua confiabilidade e da utilização como padrão internacional; além de ser considerado um bom instrumento de triagem para transtornos mentais comuns, é de fácil aplicação e compreensão e alcança alta especificidade e sensibilidade. Como limitação, o SRQ-20 apresenta o sexo e a educação como fatores que podem influenciar em aparecimento de falso positivo e falso negativo. Sexo masculino e nível educacional

elevado foram classificados em alguns estudos como fatores que influenciam em falsos negativo (DELCOR, 2003).

A maioria dos estudos adota o ponto de corte sete; ou seja, havendo resposta positiva (sim) a pelo menos sete das 20 perguntas do questionário, pode-se considerar que a pessoa apresenta algum tipo de transtorno mental comum.

TESTE CAGE

O teste CAGE, criado por Ewing (1984), utilizado como instrumento de detecção de uso problemático do álcool, foi traduzido e validado para o português por Mansur & Monteiro (1983) que utilizaram em pacientes (68 alcoólicos e 46 não alcoólicos) de um hospital psiquiátrico em São Paulo. O ponto de corte adotado foi igual a duas perguntas positivas, o instrumento apresentou sensibilidade de 88% (porcentagem de verdadeiros positivos) e especificidade de 83% (porcentagem de verdadeiros negativos) (Anexo 4).

É um instrumento de ampla utilização, pela facilidade de aplicação e aceitação. Possui apenas quatro perguntas com resposta objetivas (Sim/Não). A sigla CAGE resulta das palavras-chaves contidas em cada uma das questões:

- 1 - Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (C – Cut-down);
- 2 - Já ficou aborrecido quando outra(s) pessoa(s) criticou (criticaram) seu hábito de beber? (A – Annoyed);
- 3 - Alguma vez se sentiu mal ou culpado, por causa do seu hábito de beber? (G – Guilt);
- 4 - Costuma tomar bebida alcoólica pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (E – Eyeopener).

As questões devem ser respondidas com Sim ou Não; contudo se aparecer a resposta “de vez em quando”, esta deve ser considerada como Sim (CORRADI-WEBSTER; LAPREGA; FURTADO, 2005).

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO E DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

Esse instrumento (Anexo 5) foi adaptado, a partir de outros, para ser utilizado no projeto de pesquisa “*Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde*”, do Ministério da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenado por Merlo (2013).

Para a construção dos instrumentos utilizados no projeto, foram consultados e adaptados os seguintes documentos: os organizados e utilizados por Moura Neto (2012), médico psiquiatra, coordenador Regional da Rede de Atenção Psicossocial, Departamento Regional de Saúde de Piracicaba e diretor técnico do Centro Integrado de

Atenção Psicossocial (CINAPSI); a proposta de Protocolo para investigação denexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, sugerido por Camargo e Caetano (CAMARGO, 2004); a *Lista de práticas organizacionais potencialmente patogênicas e a Metodologia de entrevista com o possível assediado (Liste des pratiques organisationnelles potentiellement pathogènes et Methodologie de l'entretien avec Le harcelé présumé)* traduzidos pelo professor Álvaro Merlo (MERLO, 2013).

O questionário de identificação do usuário e de condições do trabalho contém questões que identificam as características sócio-demográficas do trabalhador, características ocupacionais e percepção sobre seu trabalho e condições de trabalho. Recomenda-se aplicá-lo nas entrevistas individuais feitas durante o atendimento dos usuários nos serviços de saúde ou em entrevistas em inquéritos e levantamentos em grupos de trabalhadores e na comunidade.

QUESTIONÁRIO DE ATOS NEGATIVOS – QAN

A primeira versão do *Negative Acts Questionnaire Revised* (NAQ-R) foi criada na Noruega por Einarsen e Raknes, em 1994, com revisões posteriores. O questionário foi inicialmente composto por 22 itens que medem quantas vezes o entrevistado, durante os últimos seis meses, foi submetido a uma série de atos negativos e comportamentos potencialmente ofensivos, acrescidos de uma questão sobre assédio moral. Após fazer uma descrição operacional do termo assédio moral, pergunta-se ao indivíduo se ele considera ter sido vítima de assédio moral. Posteriormente, foram incluídas outras questões sobre atos negativos (referindo-se a comportamentos positivos e negativos) e mais perguntas específicas sobre assédio moral (Anexo 6).

Os estudos de validade interna mostraram propriedades psicométricas do NAQ-R satisfatórias e concluíram que o instrumento é apropriado para avaliar assédio moral no trabalho (CHRIST, 2011).



REFERÊNCIAS

- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE ACIDENTES DO TRABALHO. Brasília: Ministério da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 09 set. 2014.
- ANTUNES R. Mercado informal, empregabilidade e cooperativismo: as transformações das relações de trabalho no mundo contemporâneo: mesa redonda. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 1999; 2(1): p.55-72.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Informações em Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www3.saude.ba.gov.br/cesat/tabnet.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- BARRETO M.; GERVAISEAU, M. B. A. Assédio Moral no Trabalho. Disponível em: <<http://www.assediomoral.org>>. Acesso em: 20 abr. 2010.
- BRASIL. Decreto Federal nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção – FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1998. Brasília, 02 jul. 1998. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_3.120_12092014.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- _____. Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diferentes modalidades de serviço dos CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, 2002. Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- _____. Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, 2012. Brasília, 24 ago. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2014.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Lista de doenças relacionadas ao trabalho: Portaria MS/GM nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. Consulta Pública do Sistema Único de Saúde: protocolo para o diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho. Brasília, 2005. Disponível em: <http://200.214.130.94/consultapublica/display/dsp_print_completo.php?d=6>. Acesso em: 8 mar. 2010.
- _____. Organização Pan-Americana da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: DIAS, E. C. (Org.). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRÉDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13(3): p.450-2.
- BRITO, C. O. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil no período de 2006 a 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
- CAMARGO, D. A. Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. 2004. 241p. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.
- CHRIST, H. D. Estudo de adaptação e fidedignidade do Questionário de Atos Negativos – Revisado (GAN-R) para o português do Brasil. 2011. 72 p. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2011.
- CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs). Saúde mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes; 2002. p.173-90.
- COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHIMELLI, J. T. P. (Orgs). Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Petrópolis: Vozes; p.64-5, 1993.
- CORRADI-WEBSTER C. M.; LAPREGA, M R; FURTADO, E. F. Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 13 (n. especial): 1213-8, 2005.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- DELCOR, N. S. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 122p. 2003.
- EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA, The Journal of the American Medical Association, 252(14): 1905-07, 1984. Disponível em: <<http://www.partnersagainstpain.com/printouts/A7012R5.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2008.
- GUIMARÃES, L. B. M. Fatores psicossociais no trabalho. In: Anais do 20 Congresso internacional sobre saúde mental no trabalho [Internet]. Goiania; 2006. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Liliana_AMGuimaraes.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.
- HUTZ, C. S.; ZANON, C.; BRUM NETO, H. Adverse Working Conditions and Mental Illness in Poultry Slaughterhouses in Southern Brazil. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2013; 26(2): 296-304. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. ILO. Psychosocial factors at work. Report of the joint ILO/WHO, joint Committee. Geneva, 1984. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. INSHT. Concepto de riesgos psicosociales. In: Jornada técnica de actualización de los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. Madrid, 2002. Disponível em: <<http://www.mtas.es/insht/research/PRCuenca.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2007.
- LEYMANN, H. The Mobbing Encyclopaedia. Suíça; 1996. Disponível em: <<http://www.leymann.se/Englishframe.html>>. Acesso em: 20 abr. 2010.
- LIMA, F. P. A. Noções de organização do trabalho. In: OLIVEIRA, C. R e cols. Manual prático de LER. 1ª Ed. Belo Horizonte: Health. p.167-186.1998.
- LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Revista Latino-Americana de Enfermagem. 14(3): p.448-56, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 jun. 2010.
- MANSUR, J.; MONTEIRO M. J., Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. Journal of Biological Research , 1983; 16: 215.
- MENDES, A. M; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e risco de adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Organizadora). Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo. Casa do Psicólogo, p. 111–126, 2007.
- MERLO, A. R. C. Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, 2013. (pesquisa desenvolvida pela UFRS, em colaboração com a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/ Ministério da Saúde, financiado pelo Fundo Nacional de Saúde).
- _____; LÁPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. Boletim da Saúde. Rio Grande do Sul. 19(1): p.17-30, 2005.
- MOURA NETO, F. D. M. Protocolo de saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e técnicos para investigação da relação entre agravos à saúde mental e o trabalho. 2005. 60p. (mimeografado).
- MOURA NETO, F. D. M. Roteiro básico de investigação dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho nas práticas da atenção primária em saúde (Revisão em 24 de julho de 2012). In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Orgs.). Atenção à Saúde do Trabalhador: Sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf. p.12-29, 2014.
- ORELLANA, H. S; SALLATO, A. Sistema nervoso: doenças neurológicas e comportamentais ocupacionais. In: MENDES, R. (Org.). Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu; p.269-85. 1995.
- PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. Rev Latino-am Enfermagem. 2007, 15(4). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 jun. 2010.
- SAUTER, S. L; MURPHY, L. R; HURRELL, J. J; LEVI, L. Factores psicossociales de organización. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Espanha: International Labour Organization; 2001. Disponível em: <<http://www.mtas.es/insht/EncOIT/tomo2.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Mental Health. Geneva, 2010a. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/en/>. Acesso em: 12 mai. 2010.
- _____. Mental Health: depression [Internet]. Geneva 2010b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 12 mai. 2010.

APÊNDICE

FICHA DE ATENDIMENTO – TRANSTORNO MENTAL

Data de 1º atendimento: / /		Prontuário:	
Nome:			
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Idade (em anos):	Data de nascimento: / /
Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Ignorado			
Escolaridade: _____ anos completos de estudo			
(0) Analfabeto	(4) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	(7) Educação superior incompleta	
(1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)	(5) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	(8) Educação superior completa	
(2) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	(6) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	(9) Ignorado	
(3) 5ª à 9ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		(10) Não se aplica	

1. HÁBITOS DE VIDA

1.1. Tabagismo: <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> ex-fumante <input type="checkbox"/> não fumante		Se ex-fumante: Por quanto tempo fumou: _____ <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos Nº de cigarros _____ <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> semana Deixou de fumar (em anos): <input type="checkbox"/> há menos de 05 <input type="checkbox"/> entre 05 e 10 <input type="checkbox"/> entre 11 e 15 <input type="checkbox"/> Entre 16 e 20 <input type="checkbox"/> Entre 21 e 25 <input type="checkbox"/> Há mais de 25	
Se fumante: Fuma há: _____ <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos Nº de cigarros atual: _____ <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> semana			
1.2. Uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não informa - NI		1.3. Uso de drogas ilícitas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NI	
Se deixou de beber, parou (em anos): <input type="checkbox"/> Há menos de 01 <input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 <input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 <input type="checkbox"/> Entre 11 e 15 <input type="checkbox"/> Há mais de 15	Se faz uso: Frequência: _____ vezes/ <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ignorado.	Atualmente usa drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Por quanto tempo bebe/bebeu: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Ignorado	Tipo de bebida consumida: Destilada: <input type="checkbox"/> Não consome/consumia <input type="checkbox"/> Até 02 doses <input type="checkbox"/> Mais de 02 doses Fermentada: <input type="checkbox"/> Não consome/consumia <input type="checkbox"/> Até 04 copos <input type="checkbox"/> Mais de 04 copos	Já usou drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Há quanto tempo deixou? _____ <input type="checkbox"/> Dia(s) <input type="checkbox"/> Semana(s) <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano(s) <input type="checkbox"/> Ignorado	
		Qual(is) drogas usa (ou usou)? _____	

1.4. Ritmo de sono: Normal Anormal

Se anormal, descrever:

1.5. Atividade física: Não pratica Prática

Menos de 03 vezes/semana

03 ou mais vezes/semana

Há quanto tempo? _____

Dia Semana Mês Ano Ignorada

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensão arterial Câncer Cardiopatia Diabetes Doença mental

Outras:

3. ANTECEDENTES MÉDICOS

3.1. Antecedentes fisiológicos:

Gestação Sim Não NI

Tempo de gestação:

Tipo de parto:

Desenvolvimento psicomotor:

3.2. Antecedentes mórbidos:

Viroses da infância Sim Não NI

Convulsões Sim Não NI

Perda de consciência Sim Não NI

Neuropatia periférica Sim Não NI

Encefalopatia Sim Não NI

Transtorno mental Sim Não NI

Estresse Sim Não NI

Depressão Sim Não NI

Ansiedade Sim Não NI

Medo ou pânico Sim Não NI

Humor variável Sim Não NI

Outros Sim Não NI

4. DADOS VITAIS

Peso _____ Altura _____ Pressão sanguínea _____ Frequência de pulso _____

OBS:

Profissional /Registro de Classe

5. HISTORIA OCUPACIONAL

5.1. Com quantos anos de idade você começou a trabalhar a primeira vez (anos de idade):		5.2. Qual era sua ocupação/atividade (no primeiro trabalho ou emprego)?				
5.3. Atualmente, você está trabalhando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
5.4. Se não, quanto tempo ficou no último emprego? _____		5.6. Se sim, em que tipo de trabalho? <i>Ocupação/atividade:</i>				
5.5. Há quanto tempo não está trabalhando? _____		<i>Ramo de atividade econômica:</i>				
5.7. Qual seu tipo de vínculo atual de trabalho (situação no mercado de trabalho)?						
<p>Tipo de Vínculo/Situação no Mercado de Trabalho</p> <p>01- Empregado registrado com carteira assinada 03- Autônomo/conta própria 06- Aposentado 02 - Empregado não registrado 04- Servidor público estatutário 07- Desempregado 05 - Servidor público celetista 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado</p>						
5.8. Regime de trabalho atual ou último: <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Turno:		5.9. Jornada de trabalho atual ou última _____ h/semana				
5.10. Descrição da atividade atual ou última:						
5.11. História ocupacional progressa (preencha com as informações sobre as ocupações anteriores, iniciando pela primeira até a última ocupação/trabalho/emprego).						
Data admissão/ demissão Mês/ano	Ramo de Atividade	Ocupação Função	Tipo de vínculo*	Nome da empresa contratante/ empregador	Se terceirizado, empresa para a qual presta serviço	Riscos importantes referidos
De _____ a _____						
De _____ a _____						
De _____ a _____						
De _____ a _____						

6. RELAÇÕES NO TRABALHO

6.1. Com colegas:

6.2. Com chefes/gerentes/ supervisores etc.:

7. QUEIXA(S)

8. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

9. INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

9.1. Sintomas gerais

Perda de peso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	Descrição:
Anorexia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Mal estar geral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Fadiga	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Adinamia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Sudorese	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Insônia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Cefaleia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Outros	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	

9.2. Neurológicos

Tremores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	Descrição:
Cefaleia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Tontura e/ou Vertigens	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Perda de consciência/Síncope	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Quedas frequentes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Sonolência	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Paralisia/parestesia/ tremores/ ataxia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Outros	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	

9.3. Neurocomportamental

Dificuldade de memorização	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	Descrição:
Irritabilidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Dificuldade de concentração	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Agressividade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Dificuldade no aprendizado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Tristeza	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	
Outros	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NI	

9.4. História social e personalidade:

10. AVALIAÇÃO PSÍQUICA

10.1. Estado emocional:

10.2. Nível de atenção:

10.3. Orientação no tempo e espaço:

10.4. Nível de compreensão:

10.5. Memória:

10.6. Pensamento (curso e conteúdo)

10.7. Distúrbio de senso percepção

10.8. Humor

10.9. Afetividade:

11. SUSPEITA DIAGNÓSTICA

12. CONDUTA

Profissional /Registro de Classe

ANEXOS

ANEXO 1

**PORTARIA MS/GM nº 1.339,
de 18 de novembro de 1999
LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

Relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional com as respectivas doenças que podem estar com eles relacionadas

**DECRETO Nº 6.042,
de 12 de fevereiro de 2007
ANEXO II - AGENTES PATOGENICOS CAUSADORES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS OU DO TRABALHO**

Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (grupo v da cid-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I - Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	1. Manganês (X49.-; Z57.5) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H ₂ S, etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
II - Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0)	1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)
III - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno cognitivo leve (F06.7)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno orgânico de personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
V - Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VI - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo crônico (relacionado com o trabalho) (F10.2)	1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
VII - Episódios depressivos (F32.-)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VIII - Reações ao estresse grave e Transtornos de adaptação (F43.-): Estado de estresse pós-traumático (F43.1)	1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
IX - Neurastenia (Inclui "Síndrome de fadiga") (F48.0)	1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
X - Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose profissional") (F48.8)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
XI - Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos (F51.2)	1. 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) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
XII - Sensação de Estar Acabado ("Síndrome de Burnout", "Síndrome do esgotamento profissional") (Z73.0)	1. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 2. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO: INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO – ITRA

1- Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT):

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
O ritmo de trabalho é excessivo				
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos				
Existe forte cobrança por resultados				
As normas para execução das tarefas são rígidas				
Existe fiscalização do desempenho				
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas				
Os resultados esperados estão fora da realidade				
Existe divisão entre quem planeja e quem executa				
As tarefas são repetitivas				
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho				
As tarefas executadas sofrem descontinuidade				
As condições de trabalho são precárias				
O ambiente físico é desconfortável				
Existe muito barulho no ambiente de trabalho				
O mobiliário existente no ambiente de trabalho é inadequado				
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas				
O posto/estação de trabalho é inadequado para realizar as tarefas				
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários				
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado				
As condições de trabalho oferecem risco à segurança das pessoas				
O material de consumo é insuficiente				
As tarefas não estão claramente definidas				
A autonomia é inexistente				
A distribuição das tarefas é injusta				
Os funcionários são excluídos das decisões				
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados				
Existem disputas profissionais no local de trabalho				
Falta integração no ambiente de trabalho				
A comunicação entre funcionários é insatisfatória				
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional				
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso				

2- Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT):

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Mais ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido
		Usar a força física		
		Usar os braços de forma contínua		
		Ficar em posição curvada		
		Caminhar		
		Ser obrigado a ficar em pé		
		Ter que manusear objetos pesados		
		Fazer esforço físico		
		Usar as pernas de forma contínua		
		Usar as mãos de forma repetida		
		Subir e descer escada		
		Desenvolver macetes		
		Ter que resolver problemas		
		Ser obrigado a lidar com imprevistos		
		Fazer previsão de acontecimentos		
		Usar a visão de forma contínua		
		Usar a memória		
		Ter desafios intelectuais		
		Fazer esforço mental		
		Ter concentração mental		
		Usar a criatividade		
		Ter controle das emoções		
		Ter que lidar com ordens contraditórias		
		Ter custo emocional		
		Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros		
		Disfarçar os sentimentos		
		Ser obrigado a elogiar as pessoas		
		Ser obrigado a ter bom humor		
		Ser obrigado a cuidar da aparência física		
		Ser bonzinho com os outros		
		Transgredir valores éticos		
		Ser submetido a constrangimentos		
		Ser obrigado a sorrir		

3- Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST):

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem vivências positivas e negativas.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis vezes	
			Satisfação				
			Motivação				
			Orgulho pelo que faço				
			Bem-estar				
			Realização profissional				
			Valorização				
			Reconhecimento				
			Identificação com as minhas tarefas				
			Gratificação pessoal com as minhas atividades				
			Liberdade com a chefia para negociar o que precisa				
			Liberdade para falar do meu trabalho com meus colegas				
			Solidariedade entre os colegas				
			Confiança entre os colegas				
			Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho				
			Liberdade para utilizar minha criatividade				
			Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias				
			Cooperação entre os colegas				
			Esgotamento emocional				
			Estresse				
			Insatisfação				
			Sobrecarga				
			Frustração				
			Insegurança				
			Medo				
			Falta de reconhecimento do meu esforço				
			Falta de reconhecimento do meu desempenho				
			Desvalorização				
			Indignação				
			Inutilidade				
			Desqualificação				
			Injustiça				
			Discriminação				

4- Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT):

Os itens a seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.

	0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis vezes
Dores no corpo							
Dores nos braços							
Dor de cabeça							
Distúrbios respiratórios							
Distúrbios digestivos							
Dores nas costas							
Distúrbios auditivos							
Alterações do apetite							
Distúrbios na visão							
Alterações do sono							
Dores nas pernas							
Distúrbios circulatórios							
Amargura							
Sensação de vazio							
Sentimento de desamparo							
Mau humor							
Vontade de desistir de tudo							
Tristeza							
Irritação com tudo							
Sensação de abandono							
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas							
Solidão							
Insensibilidade em relação aos colegas							
Dificuldades nas relações fora do trabalho							
Vontade de ficar sozinho							
Conflitos nas relações familiares							
Agressividade com os outros							
Dificuldade com os amigos							
Impaciência com as pessoas em geral							

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS SELF-REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ-20

1. Tem dores de cabeça frequentes?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
2. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
3. Dorme mal?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
4. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
5. Tem tremores de mão?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
7. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
10. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
19. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não

ANEXO 4

TESTE CAGE

Que tipo de bebida gosta mais de consumir?	<input type="checkbox"/> 1 - Fermentada	<input type="checkbox"/> 2 - Destilada	<input type="checkbox"/> 3 - Ambas
1. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não	
2. Já ficou aborrecido quando outra(s) pessoa(s) criticou (criticaram) seu hábito de beber?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não	
3. Alguma vez se sentiu mal ou culpado, por causa do seu hábito de beber?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não	
4. Costuma tomar bebida alcoólica pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 0 - Não	

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO E DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

Parte integrante do Projeto do MS/UFRGS: Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde.

Data: / /		Local da coleta:	
Nome:			
Q1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F	Q3. Orientação sexual <input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 4 - Transgênero	Q4. Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a)/parceiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Viúvo(a)	Q6. Escolaridade (qual a titulação mais completa) <input type="checkbox"/> 1 - Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> 2 - Ensino Médio <input type="checkbox"/> 3 - Ensino Superior (graduação) <input type="checkbox"/> 4 - Pós-Graduação
Q2. Idade: _____ anos	Q5. Raça/etnia:		
Q7. Salário/Renda Mensal Familiar:		Q10. Ramo de atividade em que trabalha(va):	
Q8. Está afastado do trabalho (licença, empregado, desempregado)W <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		Q11. Qual a sua função na empresa?	
Q9. Em qual setor você trabalha(va)? <input type="checkbox"/> 1 - Privado <input type="checkbox"/> 2 - Público <input type="checkbox"/> 3 - Informal		Q12. Você é representante dos funcionários (cipeiro, delegado sindical) ou diretor sindical? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Q13. Tempo de trabalho na empresa/ atividade atual: _____ anos e _____ meses	Q14. Carga horária semanal: _____ horas	Q15. Faz horas-extras: <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	Q16. Número de horas-extras por semana: _____ horas
Q17. Você leva trabalho para fazer em casa, além de sua jornada de trabalho contratual? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		Q18. Se você leva trabalho para casa, quantas horas por semana usa para realizá-lo? _____ horas	
Q19. Quais são as três coisas que mais o motivam a trabalhar?			
<input type="checkbox"/> 1 - Os benefícios oferecidos <input type="checkbox"/> 2 - Possibilidade de crescimento, reconhecimento e valorização <input type="checkbox"/> 3 - O salário <input type="checkbox"/> 4 - As suas atividades/tarefas <input type="checkbox"/> 5 - O ambiente físico (conforto) <input type="checkbox"/> 6 - Relacionamento com os colegas <input type="checkbox"/> 7 - Dificuldades de conseguir um emprego melhor	<input type="checkbox"/> 8 - Relacionamento com chefias <input type="checkbox"/> 9 - Estabilidade <input type="checkbox"/> 10 - Valorização social <input type="checkbox"/> 11 - Jornada de trabalho <input type="checkbox"/> 12 - Metas <input type="checkbox"/> 13 - Outros: _____		
Q20. Quais são as três coisas que mais o desmotivam a trabalhar?			
<input type="checkbox"/> 1 - Os benefícios oferecidos <input type="checkbox"/> 2 - Possibilidade de crescimento, reconhecimento e valorização <input type="checkbox"/> 3 - O salário <input type="checkbox"/> 4 - As suas atividades/tarefas <input type="checkbox"/> 5 - O ambiente físico (conforto) <input type="checkbox"/> 6 - Relacionamento com os colegas <input type="checkbox"/> 7 - Dificuldades de conseguir um emprego melhor	<input type="checkbox"/> 8 - Relacionamento com chefias <input type="checkbox"/> 9 - Estabilidade <input type="checkbox"/> 10 - Valorização social <input type="checkbox"/> 11 - Jornada de trabalho <input type="checkbox"/> 12 - Metas <input type="checkbox"/> 13 - Outros: _____		

Q21. Você sofre algum tipo de discriminação/ preconceito de raça, religião, orientação sexual ou de gênero em seu local de trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	Q22. Você se sente respeitado por sua chefia imediata? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	Q23. Você sofre pressão para realizar tarefas que não fazem parte das atribuições do seu cargo? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	Q24. Você recebeu treinamento/ capacitação oferecido pela administração para realizar suas tarefas? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não
Q25. Quantas pausas você faz durante sua jornada de trabalho diária (Não contar horário do almoço): <input type="checkbox"/> 1 - Uma a duas vezes <input type="checkbox"/> 2 - Três a quatro vezes <input type="checkbox"/> 3 - Cinco a seis vezes <input type="checkbox"/> 4 - Sete a oito vezes <input type="checkbox"/> 5 - Não faz pausas	Q26. Qual a duração desta(s) pausa(s), em média? _____ horas		Q27. Quanto tempo dura, em média, seu intervalo de almoço? _____ horas
Q28. Você está ou esteve em tratamento psicológico/psiquiátrico nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não			
Q29. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q30. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q31. Seu trabalho exige demais de você? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q32. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca
Q33. O seu trabalho costuma apresentar exigências? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q34. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q35. Você pode escolher como fazer o seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca	Q36. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Frequentemente <input type="checkbox"/> 2 - Raramente <input type="checkbox"/> 3 - Às vezes <input type="checkbox"/> 4 - Nunca ou quase nunca
Q37. Tem história de acidente de trabalho e/ou doença relacionada ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não			
Q38. Se sim, descreva como foi a ocorrência do acidente de trabalho (tipo, circunstâncias etc.) ou qual doença adquiriu: 			
Q39. Foi preenchida a Ficha do Sinan referente às Doenças Relacionadas ao Trabalho/Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não			
Q40. Espaço reservado para aprofundar algum aspecto e/ou abordar algum assunto não sugerido no questionário. 			

QUESTIONÁRIO DE ATOS NEGATIVOS – QAN

Negative Acts Questionnaire Revised - NAQ-R

Este instrumento identifica possíveis comportamentos negativos e conflitos no trabalho. Por favor, leia atentamente e coloque um círculo no número que melhor corresponde a sua experiência nos últimos seis meses.

	1 Nunca	2 De vez em quando	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
Nos últimos seis meses, com que frequência você foi submetido aos seguintes atos negativos no seu trabalho?					
	Nunca	De vez em quando	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho.	1	2	3	4	5
2. Recebeu atenção sexual indesejada.	1	2	3	4	5
3. Foi humilhado ou ridicularizado em relação ao seu trabalho.	1	2	3	4	5
4. Foi obrigado a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência.	1	2	3	4	5
5. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples.	1	2	3	4	5
6. Espalharam boatos ou rumores sobre você.	1	2	3	4	5
7. Foi ignorado, excluído ou “colocado na geladeira”.	1	2	3	4	5
8. Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa (isto é, sobre hábitos seus ou suas origens), suas atitudes ou sobre sua vida privada.	1	2	3	4	5
9. Gritaram com você ou você foi alvo de agressividade gratuita (ou demonstraram ter raiva de você).	1	2	3	4	5
10. Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão de seu espaço pessoal, empurrões, bloqueio de seu caminho ou passagem.	1	2	3	4	5
11. Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o trabalho.	1	2	3	4	5
12. Ameaças de violência ou abuso físico.	1	2	3	4	5
13. Foi constantemente lembrado dos seus erros e omissões.	1	2	3	4	5
14. Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação.	1	2	3	4	5
15. Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho ou esforço.	1	2	3	4	5
16. Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados.	1	2	3	4	5
17. Recebeu mensagens, telefonemas ou correio eletrônico contendo insultos.	1	2	3	4	5
18. Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”.	1	2	3	4	5
19. Foi solicitado, sistematicamente, a realizar tarefas que claramente não fazem parte do seu trabalho, por exemplo, realizar serviços particulares de outra pessoa.	1	2	3	4	5
20. Foi solicitado a realizar tarefas despropositadas ou com prazo impossível de ser cumprido.	1	2	3	4	5
21. Foram feitas alegações contra você.	1	2	3	4	5
22. Supervisão excessiva de seu trabalho.	1	2	3	4	5
23. Comentários ou comportamentos ofensivos em relação à sua raça ou etnia.	1	2	3	4	5
24. Foi pressionado a não reclamar um direito que você tem (por exemplo, afastamento do trabalho, feriado, adicional de trabalho, bônus, despesas de viagem etc.).	1	2	3	4	5
25. Foi submetido a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas.	1	2	3	4	5
26. Foi ameaçado de ter a sua vida tornada mais difícil, como por exemplo, exigência de horas extras, trabalho noturno, tarefas extraordinárias ou difíceis.	1	2	3	4	5
27. Houve tentativas de encontrar erros em suas tarefas.	1	2	3	4	5
28. Foi exposto a uma carga de trabalho excessiva.	1	2	3	4	5
29. Foi transferido contra a sua vontade.	1	2	3	4	5

30. Que outros comportamentos negativos, além dos já citados, você percebe no seu ambiente de trabalho?

Define-se assédio como:

“uma situação em que um ou vários indivíduos, persistentemente, durante certo período de tempo, percebe-se como alvo ou sendo submetido a atos negativos de uma ou várias pessoas, em uma situação em que a vítima do assédio tem dificuldades de se defender contra essas ações. Um único incidente não pode ser considerado assédio.”

31. Usando a definição acima, indique, por favor, se você foi vítima de assédio no trabalho nos últimos seis meses:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, várias vezes por mês |
| <input type="checkbox"/> Sim, muito raramente | <input type="checkbox"/> Sim, várias vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> Sim, de vez em quando | <input type="checkbox"/> Sim, quase diariamente |

32. Quando o assédio começou?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Durante os últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos atrás |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 e 12 meses atrás | <input type="checkbox"/> Mais de dois anos atrás |

33. Quantas pessoas o assediaram?

Número de homens: _____

Número de mulheres: _____

34. Quem o assediou? (você pode marcar mais de uma categoria)

- Supervisor(es) ou gerente(s) de linha, gerente(s) geral/ diretor(es)
- Colega(s)
- Subordinado(s)
- Cliente(s), estudante(s)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Nº

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

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho

Sinan NET

SVS

27/09/2005

PARTICIPANTES DE OFICINAS DE TRABALHO PARA DISCUSSÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Datas das oficinas:

16/06/2011; 31/01/2013; 20/03/2013; 17/12/2013; 12/03/2014; 19/03/2014; 06/06/2014

Local: Auditório da Divast/Cesat, Canela, Salvador

Nº	Nome	Instituição
1	Adriana Rabelo Silva	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
2	Alane Mendala Costa	Cerest Camaçari
3	Aline Elena Sacramento Santos	Cerest Camaçari
4	Álvaro Roberto Crespo Merlo	Famed/UFRGS
5	Ana Cláudia Caldas de Menezes	PAIST/DGTES/Sesab
6	Ana Isabela Ramos Feitosa	Médica Residente (UFBA)
7	Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento	Divast/Suvisa/Sesab
8	Ana Maria Fernandes Pitta	MS; SMS; ARAFC/UFBA
9	Ana Maria Ferreira Galvão	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
10	Andréa Garboggini Melo Andrade	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
11	Ângela Cristina Nogueira Costa	Estagiária Cesat/Divast
12	Breno da Cunha Holanda	PAIST/DGTES/Sesab
13	Camila Moitinho de Araujo Bulcão	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
14	Caroline Brandão de Almeida Figueiredo	Médica Residente (UFBA)
15	Cintia Santos Conceição	PAIST/DGTES/Sesab
16	Cristiano Marcus Alves de Lima	Divast/Suvisa/Sesab
17	Dalia de Andrade Monteiro	SMS; COAP/MS
18	Dalva dos Santos Oliveira	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
19	Dario Fernando de Oliveira Santos Soares	Médica Residente (UFBA)
20	Débora Cordeiro Brizolara	CESME / Camaçari
21	Eliane Cardoso Sales	Divast/Suvisa/Sesab
22	Ely da Silva Mascarenhas	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
23	Enéas Pinho Cerqueira	Médico Residente (UFBA)
24	Érica Andrade Monteiro de Oliveira	Médica Residente (UFBA)
25	Érica Coimbra Pereira	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
26	Fabiana Brandão Souza	PAIST/DGTES/Sesab
27	Fabyanna Lethycia de Lima Beltrão	Médica Residente (UFBA)
28	Felipe Evangelista Simões	Médico Residente (UFBA)
29	Fernanda dos Santos Lima Goiabeira	PAIST/DGTES/Sesab
30	Francesca de Brito Magalhães	Divast/Suvisa/Sesab
31	Francisco Jorge Gonzalez de Codes	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
32	Gabriela Oliveira Andrade	Médica Residente (UFBA)
33	Geane Dias Lima	Médica Residente (UFBA)
34	Gildete Sodré de Brito	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
35	Iolanda Maria Bartilotti Sena Gomes	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
36	Iratelma Roma de Jesus	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
37	Isabella Hummel	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
38	Jaqueline Andrade Tiara	PAIST/DGTES/Sesab
39	Jeanne Brito Falcão	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
40	José Fernando dos Santos	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
41	José Luiz da Silva Varela Lopes	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
42	Joseane Miranda Sacramento	Estagiária Cesat/Divast

Nº	Nome	Instituição
43	Juralice de Sousa Campos	Médica Residente (UFBA)
44	Jussara Lago de Araújo	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
45	Kamyla Pereira Ledo Vieira	Médica Residente (UFBA)
46	Leíza Nazareth Torres Lisbôa	CESME/ Camaçari
47	Lúcia Helena Bastos de Almeida	Cerest Camaçari
48	Luzineide da Silva Pereira	Cerest Camaçari
49	Márcia Barreto	EESP/Sesab
50	Márcia Maria Raposo de Oliveira	Cerest Camaçari
51	Márcia Vasconcelos Gonzaga	Estácio/ FIB
52	Márcio da Rocha	Médico Residente (UFBA)
53	Marcus Souza de Uzeda	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
54	Maria Célia da Rocha	SMS Salvador – Coord. Saúde Mental
55	Maria Conceição Teles da Mota	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
56	Marília Fernandes Soares de Melo	Médica Residente (UFBA)
57	Marina Borba Moreira	Médica Residente (UFBA)
58	Marinelma de Sousa Castro	Cerest Salvador
59	Mônia Cristina de S. Oliveira	Cerest Camaçari
60	Morgana Nery Hora Carvalho	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
61	Mylon Azevedo Mascarenhas	Médico Residente (UFBA)
62	Oswaldo Aurelio Magalhães de Santana	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
63	Patrícia de Lima Fonseca	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
64	Priscila Magalhães Dias	Médico Residente (UFBA)
65	Rafael Santana Fontoura	Médico Residente (UFBA)
66	Rita de Cássia Lopes Gomes	Divast/Suvisa/Sesab
67	Rita de Cássia Modesto Fernandes	DMPS/FAMED/UFBA
68	Rita de Cássia Passos de Lemos	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
69	Rita de Cássia Peralta Carvalho	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
70	Rodrigo Menezes Furtado	UFBA/ CESAT
71	Sinval Malta Galvão	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
72	Sônia Maria Sales da Silva	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
73	Suerda Fortaleza de Souza	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
74	Tânia Araújo	UEFS
75	Tânia Maria Araújo de Andrade	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
76	Tânia Regina C. dos Prazeres Estrela	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
77	Úrsula Roberta Carvalho de Souza	Estagiária Cesat/Divast
78	Vanessa Junqueira Freire	Médica Residente (UFBA)
79	Verônica Copque Silva	PAIST/DGTES/Sesab
80	Victor Guerrero do Bomfim	Médico Residente (UFBA)
81	Virgínia A. Lavigne de Lemos N. de Andrade	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
82	Virgínia de Jesus do Carmo	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
83	Zaide Oliveira Castanheira	Cesat/Divast/Suvisa/Sesab





SECRETARIA DA SAÚDE



Ministério da
Saúde







SECRETARIA DA SAÚDE



Ministério da Saúde



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-65780-04-9



9 788565 780049