

ROSA OTILIA ABDON MARTINS

**A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNO DEPRESSIVO
RECORRENTE EM TRABALHADORES BRASILEIROS NO ANO DE 2004**

**Brasília, DF
2010**

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

ROSA OTILIA ABDON MARTINS

**A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNO DEPRESSIVO
RECORRENTE EM TRABALHADORES BRASILEIROS NO ANO DE 2004**

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

**ORIENTADOR:
DR^o. ELIOENAI DORNELLES ALVES**

**BRASÍLIA, DF
2010**

ROSA OTILIA ABDON MARTINS

**A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNO DEPRESSIVO
RECORRENTE EM TRABALHADORES BRASILEIROS NO ANO DE 2004**

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

Aprovado em 26 de Abril de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Elioenai Dornelles Alves – Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Dra. Maria Liz Cunha Oliveira – Universidade Católica de Brasília (UCB)
Membro Efetivo

Dr. Pedro Sadi Monteiro – Universidade de Brasília (UnB)
Membro Efetivo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir as pessoas certas e escolhas certas em minha vida.

Aos Meus pais, João Carlos Fontoura Martins e Maria de Nazaré Abdon Martins pelos valores morais e éticos ensinados ao longo de minha vida.

A Juan José Caballero Dominguez, companheiro, amigo e conselheiro, por nunca me deixar desistir, pela dedicação, incentivo e ajuda prestada em todos os momentos, incondicionalmente.

A Helba Pinto, pela paciência, pela compreensão, pela amizade, pelo incentivo, pelas alegrias e consolo nos momentos difíceis.

A Lia Sá, que me permitiu vir para Brasília e ter o melhor aprendizado de vida possível.

A Aroldo José Marinho, pelo infinito carinho e amizade.

A Eduardo da Silva Pereira, Coordenador Geral de Estatística, Demografia e Atuária da Secretaria de Políticas do Ministério da Previdência Social, um ser humano de grande valor moral e ético, meu profundo agradecimento por todo o apoio, incentivo, disponibilidade e, sem o qual essa pesquisa não seria possível.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves, educador, amigo, pessoa solidária, que acredita em uma educação sem pressão ou terrorismo, mas com responsabilidade e cumprimento de deveres, com respeito pelo aluno e acima de tudo com a certeza do dever cumprido e do aprendizado compartilhado.

Aos Drs. Maria Liz Cunha Oliveira, Dirce Guilhem, Pedro Sadi Monteiro pelo apoio, atenção, aprendizado e conhecimentos proporcionado.

Que a vida vai em sério, só começamos a compreender tarde.

*- como todos os jovens, queria desfrutar e sugar tudo da vida;
deixar marcas e ir embora entre aplausos.*

Envelhecer, morrer, eram tão somente as dimensões do teatro.

Porém há passado o tempo e a verdade desagradável surge:

Envelhecer, morrer, é o único argumento da obra.

(Jaime Gil de Biedema)

RESUMO: Quando se observam as tendências e preocupações com a Saúde do Trabalhador, pensa-se em quanto representam os afastamentos provocados por transtornos mentais. Foi objetivo deste estudo avaliar a prevalência do Transtorno Depressivo (TD) em trabalhadores brasileiros no ano de 2004 e, como objetivos específicos: determinar os ramos de atividade com maior prevalência do TD; avaliar a faixa etária para o surgimento e curso do TD; determinar os tipos de benefícios concedidos por TD; determinar o tempo de duração dos benefícios concedidos; o custo dos benefícios durante o período de auxílio e, por fim, determinar os anos potenciais de trabalho perdido por TD. A metodologia para desenvolvimento desta pesquisa foi a abordagem quantitativa, transversal, descritivo, realizado por meio do Banco de Dados fornecido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) com os dados dos benefícios concedidos no ano de 2004, n = 48.682. O pacote estatístico utilizado para obter os resultados dos dados pesquisados foi BioEstat 5.0, desenvolvido para análises estatísticas nas ciências biomédicas, na análise das variáveis como duração e custo médio foi utilizado, com nível de significância de 95,0% ($p < 0,05$). Foram usadas como variáveis para a mostra: Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), idade de desenvolvimento do transtorno; tipo de benefício concedido; tempo de afastamento; valores gastos pelo INSS com benefícios pagos a trabalhadores. Também foram discutidas as condições de trabalho e os fatores de risco aos quais estes trabalhadores estão expostos e que, contribuíram para um quadro de surgimento do TD. A conclusão do estudo nos mostra que na variável faixa etária houve maior prevalência entre 25 e 50 anos tanto para mulheres n = 23.099 (47,4%) como para homens n = 12.450 (25,6%) para o surgimento do TD e que, as faixa etárias correspondentes a <20 anos representam n = 164 (0,3%) para mulheres e, n = 80 (0,2%). As mulheres entre 20 e 25 anos correspondem a n = 2.281 (4,7%) enquanto que os homens n = 1.029 (2,1%). As mulheres representam 65,2% de todos os afastamentos de trabalho, enquanto que os homens representam 34,7%. Na variável tempo de afastamento o período mínimo de afastamento é de três meses e, que, 41,18% dos benefícios pagos pela previdência social a seus segurados por TD já duram mais de um ano. O Custo com a Depressão no Brasil em 2004 foi da ordem aproximada de R\$ 419.367.693,04 (quatrocentos e dezenove milhões, trezentos e sessenta e sete mil, seiscentos e noventa e três reais e quatro centavos), só com os pagamentos diretos a trabalhadores cujo prazo de benefício já se encerrou, porém se vislumbramos os valores mensais pagos com aqueles que até a presente data ainda recebem o benefício, estima-se que o valor total seja de mais de 1 bilhão de reais. Estas estimativas e cálculos foram realizados com base no valor recebido mensalmente pelos trabalhadores brasileiros afastados por Depressão.

Palavras – Chave: Depressão, Risco Ocupacional, Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho.

ABSTRACT: When you look at the trends and concerns with the Occupational Health, thinks of as representing the leaves caused by mental disorders. Purpose of this study was to evaluate the prevalence of Depressive Disorder (TD) in Brazilian workers in 2004, and as specific objectives: to determine the activity sectors with the highest prevalence of TD; evaluate the age for the onset and course of TD; determine types of benefits at TD; determine the duration of benefits, the cost of benefits during the period of aid and, finally, determine the potential years of lost work by TD. The methodology for this research was a quantitative approach, cross-sectional, descriptive, conducted through the database provided by the National Social Security Institute (INSS) and Enterprise Information Technology and Social Security (DATAPREV) with data from benefits in 2004, n = 48 682. The statistical package used to obtain the results of the research data was BioEstat 5.0, developed for statistical analysis in biomedical sciences, the analysis of variables such as duration and average cost was used, with a significance level of 95.0% ($p < 0.05$). Were used as variables for the show: National Classification of Economic Activities (NACE), age of development of the disorder, type of benefit granted, time off, with amounts spent by Social Security benefits paid to workers. It also discussed the working conditions and risk factors to which these workers are exposed and which contributed to a framework for the emergence of TD. The conclusion shows that the variable age group was more prevalent between 25 and 50 years for both women n = 23 099 (47.4%) and for men n = 12 450 (25.6%) of the onset of TD and the age range corresponding to <20 years represent n = 164 (0.3%) for women, n = 80 (0.2%). Women between 20 and 25 correspond to n = 2281 (4.7%) while men n = 1,029 (2.1%). Women represent 65.2% of all clearances work, while men account for 34.7%. In the variable time off the minimum distance is three months and that, 41.18% of benefits paid by social security to its policyholders by TD has lasted over a year. The Cost of Depression in Brazil in 2004 was of the order of approximately R \$ 419,367,693.04 (four hundred and nineteen million, three hundred and sixty-seven thousand, six hundred and ninety-three reais and four cents), only with direct payments the workers whose benefit period has ended, but if we see the monthly amounts paid to those who to date still receive the benefit, it is estimated that the total amount is more than a billion dollars. These estimates and calculations were made based on the monthly amount received by Brazilian workers dismissed by the Depression.

Key-words: Depression, Public Health, Occupational Health, Occupational Health, Safety at Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Aspectos Positivos e Negativos do Caráter de Saul.....	24
Quadro 02: Distribuição dos Benefícios Por Incapacidade Temporária do INSS.....	51
Quadro 03: Agentes Etiológicos ou Fatores de Risco de Natureza Ocupacional e Doenças Causalmente Relacionadas com os Respectivos Agentes ou Fatores de Risco (denominadas e codificadas segundo a CID-10).....	53
Quadro 04: Distribuição de frequência dos grupos conforme o ano de fundação e respectivo grupo (os 10 primeiros a desenvolver estudos).....	54
Quadro 05: Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho.....	60
Quadro 06: Sintomas de Depressão, LER/DORT e PAIR.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1: Prevalência dos Beneficiários segundo CNAE e CID.....	70
Tabela 4.2: Frequência e Prevalência de Beneficiários segundo a Faixa de Idade e o Sexo.....	75
Tabela 4.3: Frequência e Prevalência de Beneficiários segundo o Tipo de Benefício...	77
Tabela 4.4: Frequência e Prevalência dos Beneficiários segundo os Dias de Inaptidão.....	78
Tabela 4.6: Anos Potenciais de Trabalho Perdido por Transtorno Depressivo.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DCB – Data de Cessação do Benefício
DDB – Data de Duração do Benefício
DF – Distrito Federal
DIB – Data de Início do Benefício
FCMSCSP – Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo
FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho.
FUNREI – Fundação de Ensino Superior de São João Del Rei
FURB – Universidade Regional de Blumenau
GM/MS – Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LDB – Lei de Diretrizes de Base
LER / DORT – Lesão por Esforço Repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
MPS – Ministério da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído
PNSST – Política Nacional de Segurança em Saúde do Trabalhador
PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Trabalhador
RMI – Renda Mensal Inicial
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Governo de São Paulo
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SST – Segurança e Saúde do Trabalhador
SUS – Serviço Único de Saúde
TD – Transtorno Depressivo
TDR – Transtorno Depressivo Recorrente
UCS – Universidade de Caxias do Sul
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UEM – Universidade Estadual de Maringá
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos
UFV – Universidade Federal de Viçosa
UNEB – Universidade do Estado da Bahia
UNG – Universidade de Guarulhos
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul
UNITAU – Universidade de Taubaté
USP – Universidade de São Paulo

PRÓLOGO

“Nunca ande pelo caminho traçado, pois ele
conduz somente até onde os outros foram.”

Alexandre Graham Bell

A experiência enquanto profissional de saúde dentro de organizações pública e privadas, mostra que o adoecimento do profissional dentro dessas organizações não se dá de modo abrupto, vem sendo construído pelas direções, chefias, ambiente e clima organizacional ao longo de um tempo. E, são essas mesmas direções e chefias, que, não concordam com o adoecimento de seu empregado, menos ainda quando este acontece por um período prolongado de tempo como é o caso do Transtorno Depressivo. Mas como manter um funcionário trabalhando e produzindo quando está em um alto grau de insatisfação com a empresa, seus dirigentes, sua atividade diária?

O tema aqui apresentado – “A Prevalência do Transtorno Depressivo em Trabalhadores no Brasil em 2004” é fruto de uma antiga inquietação advinda das experiências como psicóloga de organizações públicas e privada, e como docente em universidades do DF onde podia ver e vivenciar o aumento significativo das frustrações individuais e coletivas dos colegas de trabalho com a empresa, chefias e coordenações, bem como todo o processo psicossomático, quadro que é anterior ao adoecimento por Transtorno Depressivo.

Nas organizações é comum o estabelecimento de metas para serem cumpridas, exigências sobre aumento da produtividade, redução de custos, aumento da eficiência, a dramática redução do quadro pessoal, esses fatores são somente alguns dos que geram angústia no trabalhador brasileiro, que hoje vê no funcionalismo público o grande salto para o trabalho sem chefe.

Ilusões sobre o modelo público e privado de organizações ou sobre as “chefias e coordenações” em cada modelo de organização sugerem a insatisfação do trabalhador brasileiro com o desempenho de sua atividade diária e que significa 33,3% de seu dia dedicado a essa atividade.

As cifras são relativamente altas no que concerne ao adoecimento do trabalhador brasileiro por depressão e o quanto gasta a Previdência Social com pagamentos de benefícios. E some-se ainda que existe um consenso velado em não “produzir” deprimidos no Brasil.

Por fatores culturais, genéticos, climáticos, comportamentais, acredita-se ou permite-se a ilusão que os brasileiros não sofrem depressão. É o famoso lema: Samba, cerveja e praia e todo brasileiro tem tudo que necessita.

Mas não é esse tipo de brasileiro que vemos diariamente cumprindo suas jornadas extenuantes de trabalho, o típico brasileiro é aquele que está em busca de algo melhor sempre para sua família, que “batalha”, que acorda as seis da manhã, que toma café a caminho do trabalho, que chega cedo na esperança de ser reconhecido em seus esforços, que desempenha suas atividades de forma idônea e acreditando no futuro.

Contudo, a sensação de desvalia, de não ser elo da corrente produtiva, de não permitir que suba a escada de acesso para seu crescimento pessoal e profissional quando se sente preparado para escalá-la leva muitos trabalhadores a “guerras veladas” no ambiente de trabalho.

Minha experiência profissional em entidades pública e privadas me faz ser condescendente com trabalhadores enfermos, pois o que mais tenho observado são situações aonde o desrespeito pelo homem, a dignidade humana, a saúde do trabalhador, a ética e principalmente pelo respeito ao homem e a vida vem sendo desrespeitados.

Por mais que um se esforce, o reconhecimento de seu esforço sempre se dá pelo outro e não por si mesmo.

Foi neste contexto de trabalho que surgiu a questão que norteia este estudo: Quantos trabalhadores brasileiros se afastaram do trabalho por Depressão?

A resposta a este questionamento se tornou clara quando tive acesso ao Banco de Dados fornecido pelo Ministério da Previdência Social, que muito gentilmente cedeu para o estudo os dados solicitados do ano de 2004.

A busca incessante por respostas torna o homem grande em seu potencial intelectual e pequeno em sua capacidade de fazer algo, com esta pesquisa tentou-se

fazer algo, é uma pequena gota em um oceano, mas o passo foi dado, agora é só uma questão de continuar andando e seguir em frente, sempre.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO.....	17
Organização da Apresentação.....	18
Justificativa.....	19
Objetivos.....	22
CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 A Melancolia.....	23
2.2 A Depressão.....	26
2.3 Conceito de Trabalho.....	40
2.4 Caracterização e Conceituação de Acidente de Trabalho.....	48
2.5 A Saúde do Trabalhador.....	53
2.6 A CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.....	57
2.7 Auxílio Acidentário e Auxílio Acidente Previdenciário.....	60
CAPÍTULO 3 METODOLOGIA.....	62
3.1 Tipo de Estudo.....	62
3.2 Descrição do Estudo.....	63
3.3 Coleta de Dados.....	64
3.4 Análise Estatística.....	66
3.5 Cronograma de Atividades.....	68
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1 Prevalência dos Beneficiários segundo CNAE e CID.....	70
4.2 Frequência e Prevalência de Beneficiários segundo a Faixa de Idade e o Sexo.....	75
4.3 Frequência e Prevalência de Beneficiários segundo o Tipo de Benefício.....	76
4.4 Frequência e Prevalência dos Beneficiários segundo os Dias de Inaptidão.....	77

4.5 O Custo do Pagamento de Benefícios Auxílio Acidentários e Previdenciários....	79
4.6 Anos Potenciais de Trabalho Perdido por Transtorno Depressivo.....	79
CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	92

CAPITULO 1 INTRODUÇÃO

Nenhuma área de atuação possui importância se não contribuir para o desenvolvimento da sociedade, contribuição nos campos sociais, saúde, educação, bem-estar público e privado. Todas as áreas de atuação são de primordial importância, mas uma delas deve ser destacada: a Saúde Pública.

Pensar no ser humano, é pensar em um indivíduo saudável. Não em uma utopia de seres humanos sem problemas, estes todos temos. Mas, pensar em um indivíduo assistido pelas políticas públicas de saúde, que possa ter a certeza de ser acolhido quando necessite do sistema público de saúde de forma eficaz, em especial quando seja empregado e esteja sendo afetado em seu bem-estar bio-psico-sócio-espiritual.

Em 2000, segundo dados do Ministério da Previdência Social– MPS, foram concedidos 6.436 benefícios em todo o território nacional por Transtorno Depressivo. E em 2004 esse número já havia saltado para 48.682 benefícios, representando um aumento de 656,40% em três anos (01).

A Depressão não é uma doença nova, já vem sendo descrita há milhares de anos, desde a época de Cristo com alguns exemplos literários como o do apóstolo Pedro depois de negar conhecer Cristo, bem como o de Judas, após a traição (02). Também é descrita no Novo Testamento, naquela época recebia o nome de melancolia e só a partir da era renascentista, por volta de 1686, começa a ser feita a diferenciação dos diversos vieses que podem manifestar-se junto com a depressão. Foi também descrita em 1686, por Bonet, uma patologia nova chamada maníaco-melancholicus hoje conhecida como Transtorno Bipolar, que compreende períodos de depressão profunda e de mania.

Os questionamentos eram muitos e a necessidade de estudá-lo maior ainda, a depressão não é uma peste transmissível pela saliva ou pelo ar. A contrário, é uma patologia do humor, um rebaixamento nos níveis de serotonina, dopamina, noradrenalina e norepinefrina neurotransmissores responsáveis pela sensação de prazer e felicidade, mas seria só isso mesmo? Uma incapacidade orgânica e o mundo vestem-se de negro? (03).

A explicação não poderia ser tão simplista, será necessário, conhecer a Melancolia, a Depressão, estabelecer relações entre o surgimento do Transtorno Depressivo e as relações de trabalho, uma vez que essa relação é essencial para que a patologia seja aceita como uma das causas incapacitantes para o desenvolvimento das atividades no ambiente organizacional.

Considerando-se as questões mencionadas, com este estudo buscou-se estabelecer e verificar a prevalência dos trabalhadores brasileiros que se afastaram do trabalho em decorrência do surgimento do Transtorno Depressivo no ano de 2004. Procurou-se compreender as questões psicossociais que percorrem essas relações, e o problema de pesquisa foi delimitado em decorrência do seguinte questionamento que se tornou à questão norteadora do estudo: Qual a Prevalência do Transtorno Depressivo em trabalhadores brasileiros no ano de 2004?

A partir destes dados iniciais surgiram os questionamentos: Qual a prevalência do transtorno depressivo em trabalhadores brasileiros? Quais fatores poderiam levar a um quadro de depressão? Qual o gênero com mais ocorrência de Transtorno Depressivo na Previdência Social? Será que o Transtorno Depressivo afeta trabalhadores jovens ou maiores? Que faixa etária apresenta mais ocorrência do Transtorno? Quanto ganham de benefício esses trabalhadores afastados? Qual a qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho?

1.1 Organização da Apresentação

O trabalho está organizado em Introdução (1), Referencial Teórico (2), Metodologia (3), Resultados (4) e Conclusão (5).

O Capítulo 1 fornece um panorama geral do que será apresentado, a justificativa para o desenvolvimento da pesquisa, os objetivos, geral e específico, bem como a questão norteadora do estudo.

O Capítulo 2, apresenta os referenciais teóricos do estudo, cujos eixos temáticos são: a Melancolia; a Depressão enquanto patologia do humor e suas formas de manifestação; a saúde do trabalhador; o conceito de Trabalho, a caracterização e conceituação de acidente de trabalho, os agentes patogênicos ou etiológicos e doenças

relacionadas com os agentes ou fatores de risco; a diferenciação entre auxílio acidentário e auxílio previdenciário.

No capítulo 3 são apresentadas as questões metodológicas que conduziram essa pesquisa, ou seja, o tipo de pesquisa escolhido, neste caso as abordagens metodológicas quantitativa, transversais, descritivas, tomando como referencial a epidemiologia. A descrição do estudo, a análise estatística, as considerações éticas da pesquisa e o cronograma de atividades.

No Capítulo 4, inicia-se a apresentação dos resultados obtidos, com a apresentação das tabelas correspondente a cada objetivo específico.

O capítulo 5 apresenta as conclusões do estudo, expondo as considerações finais sobre o estudo da prevalência da depressão em trabalhadores no Brasil no ano de 2004.

1.2 Justificativa

A necessidade de conhecer o clima organizacional onde os trabalhadores desenvolviam suas atividades diárias seria fator preponderante para o estabelecimento do nexos causal entre a patologia e o favorecimento do surgimento do transtorno. Mas, esse método de estudo seria custoso para a previdência social e quase impossível sua viabilidade.

O clima organizacional é a “qualidade ou propriedade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos membros da organização e que influencia seu comportamento”, podendo ser classificado em três níveis: alto, baixo e intermediário, sendo assim entendidos (04):

- clima organizacional alto: é caracterizado por reações de otimismo, calor e receptividade.

- clima organizacional baixo: é caracterizado quando existe “um distanciamento muito grande entre os membros de uma organização. Isso fica patente com o aparecimento do pessimismo, da descrença, da depressão e do desânimo entre as pessoas”

Chiavenato também deixa evidente que, o clima organizacional muito depende da motivação das pessoas no nível individual com a empresa e as tarefas desempenhadas.

No outro extremo está o meio ambiente do trabalho, definido segundo o artigo 3º, I, da Lei 6.938/81, a Constituição Federal consubstanciou-o como bem essencial à vida, preservando seu equilíbrio e garantindo-o a todos. Também alude que meio ambiente de trabalho é “o conjunto de fatores físicos, climáticos ou qualquer outro que interligados, ou não, estão presentes e envolvem o local de trabalho da pessoa” (05).

Verificando o aumento em solicitações de auxílios acidentários e previdenciários por transtorno depressivo, é evidente que o clima organizacional nas empresas onde estes empregados desenvolviam suas atividades laborais poderia ser baixo.

Estamos também discorrendo sobre ambientes onde “chefes” são insalubres a seus subordinados, os humilham, distorcem as verdades, coacionam, manipulam, geram angústia e frustrações, provocam o adoecimento de sua empresa e de seus funcionários.

Em algumas organizações o papel do psicólogo é fundamental para identificar quando um profissional está deprimindo ou, identificar ainda situações abusivas de coerção, humilhação, assédio moral, mas ainda, para identificar as causas de ausência freqüente do trabalho por problemas de saúde. O apoio indispensável para que este volte o mais breve possível para suas atividades, é eficaz nessas organizações.

Podemos exemplificar ainda instituições onde o psicólogo organizacional não possui abertura para agir e detectar os problemas e, resolvê-los, sem representar ônus para a empresa e para o empregado. Em muitas empresas a presença do psicólogo organizacional é vista como uma “necessidade” instituída pelo governo para empresas com mais de 100 (cem) funcionários, não como um ator em defesa do bem-estar do trabalhador e dos próprios empresários que, com o diagnóstico precoce do ambiente organizacional, podem trabalhar melhorias e estudar possibilidades para que todos estejam contentes com o novo ambiente e clima de trabalho (06).

No Brasil, onde a mão de obra é abundante e não se prioriza o trabalhador especializado, esse modelo estadunidense e europeu não é bem visto, afinal, se um não está satisfeito com o trabalho é só demitir e contratar outro. Este quadro vem

mudando na última década, com uma exigência cada vez maior de profissionais extremamente qualificados e especializados no desempenho de funções.

Essa instabilidade, pressão para calar-se e executar tarefas impostas sem análise de instrumentos ou métodos de organização geram um clima de insatisfação nos trabalhadores, que se percebem acudados, sem alternativas de crescimento ou sem valorização de sua atividade intelectual enquanto profissional.

Passou a era da mecanização do homem, do Chaplin em “Tempos Modernos”, possibilitar o desenvolvimento e crescimento dos trabalhadores aumentando seu grau de satisfação com as atividades desenvolvidas, a empresa e os gestores é o grande objetivo das organizações que priorizam a saúde mental e coletiva de sua organização.

O que carece de visão por parte dos gestores, é que o novo empregado terá que ser “ensinado” para a nova atividade a que se destina, entrará com ganas de “mostrar serviço”, estabelecer amizades e, ser aceito pelos colegas.

Uma organização adoecida, produzirá trabalhadores adoecidos, insatisfação, guerras veladas e internas, destruição de um ambiente saudável de trabalho. Um número grande de atestados médicos somente viabiliza e atesta o quão perniciososa é a instituição ou organização de trabalho.

Alguém em algum momento histórico disse: se todos vêem um problema e somente eu não o vejo, o problema não está no todo, está em mim. É essa percepção que os gestores brasileiros necessitam desenvolver: Pensar no Todo, não somente nas Partes que lhes convêm e que coadunam com suas regras, muitas vezes arbitrárias.

A satisfação, com a atividade laboral, não depende unicamente da remuneração; um desajuste pode levar a uma insatisfação pessoal e com o emprego ocasionando insegurança, rebaixamento de auto-estima e uma gama de sentimentos desagradáveis por ter de trabalhar (medo, raiva, tristeza, ressentimento...); que tem como conseqüência uma baixa produtividade, alta taxa de mudança de emprego, faltas, erros na execução das atividades, propensão a acidentes e a sabotagem (06).

Com base nessas observações e estudos acerca do adoecimento psíquico do trabalhador brasileiro, foi que surgiu a necessidade de conhecer em profundidade a prevalência do transtorno depressivo na população trabalhadora brasileira.

1.3 Objetivos

O objetivo geral do estudo foi avaliar a prevalência do Transtorno Depressivo (F32) e Transtorno Depressivo Recorrente (F33) como fator de incapacidade ocupacional no Brasil.

Os objetivos específicos foram:

- Determinar os ramos de atividade com maior prevalência do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente;
- Avaliar a faixa etária para o surgimento e curso do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente;
- Determinar os tipos de benefícios concedidos por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente;
- Determinar o tempo de duração dos benefícios concedidos por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.
- Determinar o custo dos benefícios concedidos durante o período de auxílio recebido;
- Determinar os anos potenciais de trabalho perdido nos trabalhadores por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.

CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Quando eu me encontrava na metade do caminho de nossa vida, me vi perdido em uma selva escura, e a minha vida não mais seguia o caminho certo (07).

2.1 – A Melancolia

A história do surgimento da depressão está intrinsecamente relacionada à Melancolia, contudo, é necessário conceituar cada um, visando não prejudicá-los em suas partes.

A Melancolia, termo derivado do grego *Melanos* = “Negro” e *Kholé* = “Bílis” era vista como uma Depressão (termo atual) e constituiu-se em um grave problema para os médicos naquela época, como Hipócrates (400 a.C.), Galeno (129- 199) e Maimônides (séc. XII) (08).

Hipócrates de Cós (400 a.C) era um *asclepíade*, ou seja, membro de uma família que durante várias gerações praticara os cuidados em saúde, é dele a forma de compreender o organismo humano, incluindo a personalidade na “teoria dos quatro humores corporais” sendo eles: sanguíneo, fleumático ou pituíta, bílis amarela (colérico) e bílis negra (melancólico) que, consoante às quantidades relativas presentes no corpo, levariam a estados de equilíbrio (eucrasia) ou de doença e dor (discrasia).

Hipócrates também diferenciava a melancolia endógena da exógena, concluindo que no caso da primeira o surgimento da melancolia era sem razão aparente, a pessoa simplesmente tornava-se taciturna e buscava a solidão. Já a melancolia exógena tinha uma razão para seu surgimento, normalmente resultante de um trauma externo.

Para Hipócrates, a melancolia era considerada “ a perda do amor pela vida, uma situação na qual a pessoa aspira à morte, como se fosse uma benção” (08).

Platão reconhecia duas formas de loucura sendo uma resultante de doenças e outra resultante de influências divinas.

Na antiguidade, o caso mais conhecido de Melancolia ocorreu com o Rei Saul (Antigo Testamento) e o tratamento consistia em ouvir musica ou poesia recitadas por Davi, que causavam relaxamento e melhora do humor. Deste modo podemos argüir que a Melancolia era considerada “um distúrbio dos humores”, segundo o conceito galênico,

uma vez considerado aspectos do caráter de Saul, os quais podem ser vistos em sua dualidade abaixo (08-09):

Quadro 01 – Aspectos Positivos e Negativos do Caráter de Saul

Aspectos do Caráter de Saul	
Doze Aspectos Positivos	Doze Aspectos Negativos
Boa aparência e boa família	Medo
Zelo pelas ovelhas do pai	Ansiedade pecaminosa
Humildade	Desobediência
Poder do Espírito Santo	Insensatez
Prudência	Ódio pelo próprio filho
Temor do Senhor	Ganância
Forte influência sobre outros	Orgulho
Temperança	Inclinação à mentira
Disposição para servir	Autojustificação
Excelente estratégia militar	Consciência cauterizada
Misericórdia	Religiosidade hipócrita
Gratidão e louvor a Deus	Zelo pela própria reputação

Fonte: <http://adguarulhos.sites.uol.com.br/aula29at.html> em 16 de julho de 2009 as 14:23h.

Dispondo dessas características do caráter do Rei Saul, é possível vislumbrar aspectos que levariam a padecer de Melancolia uma vez que a causa de sua ruína e seu fracasso como descrito no Antigo Testamento foi não matar todos seus inimigos e destruir os bens destes segundo ordens celestiais (06-09).

No ano 30 a.C, *Aulus Cornelius Celsus* descreveu a melancolia em *De Re Medicina* como uma Depressão causada pela Bile Negra. Para Galeno de Pérgamo (c.129-c.200) o cérebro era o regulador das faculdades racionais tais como o julgamento, a imaginação e a memória, mas as emoções eram controladas pelo coração e pelo Fígado (08).

A melancolia, bem como a depressão, não eram consideradas significativamente importantes como patologia desde que não prejudicassem por tempo prolongado o

sujeito que delas padecesse. A melancolia ainda era vista como produtiva em alguns casos como nos poetas, músicos, filósofos e todos aqueles que se dedicavam a produção de arte. Era a melancolia positiva.

Passa a ser um fenômeno a ser estudado em maior profundidade quando incapacitava o indivíduo para as batalhas ou para a produção artística, obnubilando o pensamento, tornando lento, improdutivo, misantropos, tristes e em alguns casos retardando a fala, pois a fala não conseguia acompanhar o fluxo do pensamento.

Assim, é possível destacar na antiguidade vários casos melancólicos e que evoluíram para um quadro negativo e mais grave da patologia, onde, o ponto culminante, foi o suicídio sendo eles Judas, após trair Cristo e não agüentando o peso da culpa por levá-lo a morte por 30 moedas de prata, devolve-as jogando em direção ao palácio e enforca-se em uma árvore. Pedro após negar conhecer Cristo com medo de morrer, sente arrependimento e culpa por ter Senhor e desenvolve uma melancolia severa que o acompanhará por toda sua vida e reflete-se no dia da sua morte.

No Egito Antigo tornou-se célebre o suicídio de Cleópatra e Marco Antônio depois de perderem a batalha de Ácio. Outro suicídio célebre é o de Ajax descrito na Ilíada de Homero. Em Cartago eram também freqüentes os suicídios. Amílcar matou-se humilhado por uma derrota e Aníbal suicidou-se para não cair nas mãos dos seus inimigos. Códio, rei de Atenas, matou-se para livrar o seu país dos horrores da guerra (08).

O suicídio diminui consideravelmente na idade média, pois quem o cometesse não receberia as bênçãos da igreja, logo não seriam recebidas às portas do Céu, tendo como destino o Inferno, mas precisamente o sexto círculo.

Em 1686, Bonet descreve uma doença mental a qual chamou de *maníaco-melancholicus*, também denominada até a década de 80 como transtorno maníaco-depressivo, hoje conhecida como Transtorno Bipolar, caracterizado por períodos de mania e períodos de depressão severa (08).

2.2 – A Depressão

*Deixai toda esperança,
ó vós que entraís!*⁽⁰⁷⁾

Segundo o dicionário Priberam da Língua Portuguesa, o significado de Depressão é : 1. Abaixamento de Nível; 2. *Fig* .Enfraquecimento, abatimento, físico ou moral; 3. Achatamento, cavidade pouco profunda; Depressão Mental: caracterizada pela ansiedade e pela melancolia.

Depressão Nervosa: estado patológico de sofrimento psíquico assinalado por um abaixamento do sentimento de valor pessoal, por pessimismo e por uma inapetência face à vida.

A partir do significado, o conceito torna-se mais inteligível quando se afirma que Depressão é um enfraquecimento do humor, um abatimento que pode se dar a nível psíquico, físico, moral; uma patologia onde o indivíduo, antes em um padrão retilíneo de humor, organísmico, psicológico, social e comportamental sofre um desnível em um desses campos que, pode interferir negativamente nos demais.

O termo Depressão para a Psiquiatria e Psicologia define uma classe de sintomas onde, o indivíduo antes em nível homeostático retilíneo normal de humor, sofre um rebaixamento desse nível homeostático de humor. Por homeostase ou equilíbrio homeostático se entende como o perfeito funcionamento dos sistemas e órgãos humanos, assim sendo, sistemas sensório, cognitivo e comportamental, bem como sistemas biológicos (cardiológico, endócrino, reprodutor, etc) (10).

São sintomas do Transtorno Depressivo, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (11):

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior, pelo menos, um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Obs.: Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação por outros (por ex. parece prestes a chorar). Obs. Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável.
 - (2) Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)
 - (3) Perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dieta (por ex. uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou diminuição ou aumento no apetite quase todos os dias. Obs.: em crianças, considere os fracassos em fazer o ganho de peso esperados.
 - (4) Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 - (5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais “devagar”).
 - (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
 - (7) Sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente auto-reprovação ou culpa por estar doente)
 - (8) Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação por outros).
 - (9) Pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas o medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometê-lo.
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso ou medicamento) ou uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

- E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, após a perda de alguém amado, persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado comprometimento funcional, preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Para o diagnóstico do transtorno Depressivo Recorrente ainda é necessário explicitar os critérios diagnósticos que são compreendidos como:

- A. Presença de dois ou mais episódios Depressivos Maiores
- B. Os Episódios Depressivos maiores não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Obs. Esta exclusão não se aplica, se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substâncias ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

- Especificadores de Gravidade/Psicótico/Remissão
- Crônico
- Com Características Catatônicas
- Com Características Melancólicas
- Com Características Atípicas
- Com Início no Pós-Parto

Especificar:

- Especificadores Longitudinais do Curso (Com e Sem Recuperação Entre Episódios)
- Com Padrão Sazonal

O transtorno depressivo é considerado hoje uma patologia universal, tem sido relatado que sua prevalência é duas vezes maior no sexo feminino que no masculino, nos casos de depressão unipolar, e ainda mais preponderante em pessoas que não estabelecem relações interpessoais íntimas e divorciadas.

Os homens não apresentam uma predisposição à depressão por não estarem casados ou terem uma companhia, apresentando-se este dado como condição antagônica para as mulheres, onde, não estar casada, ser solteira ou viúva era condição para o surgimento do transtorno depressivo (12-13). Entretanto, pode-se vislumbrar que a condição sócio econômica é fator causal de depressão em homens nas classes mais favorecidas, o inverso acontece nas classes menos favorecidas, onde as mulheres é que estão sujeitas a depressão (13).

Nos estudos epidemiológicos sobre a idade média para o surgimento do transtorno tem-se constatado que o início para o transtorno depressivo é na faixa etária compreendida entre os 40 anos de idade, sendo que 50% de todos os pacientes apresentam um início do curso da patologia entre 20 e 50 anos (11;14-15).

Os tipos de co-morbidades também parecem ser distintos conforme o sexo, com homens apresentando mais doenças cardíacas e diabetes e, as mulheres, mais enxaquecas e disfunção tireoidiana (12;16).

Fatores que contribuem para o quadro depressivo não estão ligados somente a gênero, raça, faixa etária e estado civil, mas aspectos como fatores genéticos, biológicos e psicossociais são estudados e apresentam dados significativos (12;17).

Entre os fatores psicossociais que contribuem para o surgimento da depressão, estão a família as relações sociais e de trabalho, mas é nas relações de trabalho que se vê um aumento global da insatisfação e quadros depressivos, iniciando-se com transtornos distímico de humor e ciclotimia.

Os transtornos do humor também podem ser classificados da seguinte forma:

F32.0 – Episódio Depressivo Leve

F32.1 – Episódio Depressivo Moderado

F32.2 – Episódio Depressivo Grave, sem sintomas psicóticos

F32.3 – Episódio Depressivo Grave, com sintomas psicóticos

F32.8 – Outros Episódios Depressivos

F32.9 – Episódio depressivo Não Especificado

F33.0 – Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual leve

F33.1 – Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual moderado

F33.2 – Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

F33.3 – Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

F33.4 – Transtorno Depressivo Recorrente, atualmente em remissão

F33.8 – Outros Transtornos Depressivos Recorrentes

F33.9 – Transtorno depressivo Recorrente Sem Outra Especificação

Entre os aspectos gerais que compreendem o deprimido estão: Cansaço e preocupação, predominam em seus pensamentos idéias de cunho depressivo, de culpa e autocriminalização, pecado, menosvalia, inferioridade, inutilidade, falta de sentido na vida.

No que concerne aos sintomas físicos, a maior parte dos indivíduos que padecem do Transtorno Depressivo queixam-se comumente de cansaço, cefaléias, dores nos membros, lombalgias, dores precordiais, obstipação, faltas de ar, aperto na garganta, insônia e diminuição da libido.

E, em decorrência do contínuo crescimento das doenças mentais e comportamentais no ambiente de trabalho que cresceu a necessidade de estudar esse fenômeno por parte dos profissionais da área de saúde como forma de prevenir o surgimento, e uma vez instalado o processo depressivo, conhecer os meios de tratamento, bem como conhecer a representação social e econômica do transtorno para a sociedade.

A depressão é uma doença que afasta por períodos prolongados de tempo o trabalhador de suas funções e, pode ainda, se tornar incapacitante, dependendo do curso e prognóstico da patologia, sendo evidente o custo para tratamento, custo por afastamento do trabalho por determinado período de tempo. O custo social e o comprometimento psíquico do trabalhador.

As doenças mentais, como esquizofrenia, transtornos do humor, transtornos de ansiedade e, transtornos de personalidades são considerados pejorativos e expõem o trabalhador a uma série de preconceitos. Mas as questões de impedimento para o reconhecimento e pagamento do benefício vão além, questões políticas, sociais, jurídicas e econômicas, contribuem para a depreciação dos dados por acidente de trabalho no Brasil (18).

A Depressão é o “Mal do Século” 21, com suas raízes na metade do século 20, no que alude ao surgimento da patologia no Brasil. Segundo estudo de Cavalcante “a construção do transtorno depressivo, do ponto de vista pessoal, pode nascer de um episódio. Um luto mal resolvido. Um trabalho não totalmente integralizado de perda” (19).

E quando analisar a Depressão ou Melancolia gerada pela perda do emprego, pela perda da dignidade no ambiente de trabalho, pela perda do posto de serviço ou do cargo ocupado, pelo luto de “não existir”: por não ser ouvido, não ser visto, não ser participe dentro do ambiente organizacional?

Estudiosos têm se lançado ao estudo da depressão em todo o mundo, é notado que apresentam dados e gráficos provando o crescimento de um transtorno que nos últimos 50 anos tem se alastrado sobre a população brasileira – a Depressão. Estudam-se as causas, estudam-se os mecanismos de defesa do ego, estuda-se raça, sexo, idade. Busca-se incansavelmente a origem do Transtorno Depressivo, como se busca a agulha no palheiro, entretanto, quais as soluções apresentadas para que se previna o surgimento deste mal? (18; 21-23)

“Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, estima-se que no mundo haja cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo de algum tipo de transtorno mental ou comportamental (20).

“A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Rara é a família poupada de um encontro com transtornos mentais.” (17)

Estudo afirma que “os acidentes de trabalho e as deficiências das organizações tendem a ser atribuídos primordialmente às pessoas. O sofrimento no trabalho é ignorado, oculto através das vitrines do progresso” (21).

Dejours alude a este novo fenômeno referindo que este “progresso” instaura a passividade coletiva intrinsecamente relacionada à falta de alternativas, sendo que esta passividade coletiva é manifestada por meio de uma silenciosa resignação e servidão consentida (22).

A tecnologia, o progresso vieram facilitar a vida do homem e o reduziram a segundo plano na escala de valores. Os valores do progresso são: competitividade, lucratividade, dominação, subserviência, impessoalidade, controle, opressão burocrática, alienação e servidão.

Tais valores ao longo do tempo fazem com que o homem, sujeito principal da humanidade, reconheça que não pertence ou não possui os atributos necessários para fazer parte do Progresso, gerando sentimento de incapacidade, tornando-o subserviente, com baixa estima, sentimento de fracasso, perda da autonomia. O homem torna-se refém do que ele mesmo criou: A Tecnologia e o Progresso.

Rebecchi e Riquelme já discutiam que “No trabalho com tecnologias sofisticadas, tem sido estudada a agressão à identidade, inclusive a vivência em que o indivíduo se sente anulado pelo poder das “maquinas inteligentes” e, muitas vezes, ameaçado de ser ele mesmo transformado em máquina, robotizado” (23-24).

Antunes descreve bem o sentimento de estar vivendo o processo tecnológico e o progresso tomando conta do homem quando diz “Neste mundo moderno, absurdo, minha secretária eletrônica fugiu com meu criado-mudo”. Começava, há vinte anos, um processo de modernização e tecnologia que transformaria o homem em maquina servil, relegado a segundo plano no âmbito das prioridades, a primeira será o aprimoramento, capacitação, competitividade, lucratividade (25).

O século XXI nascia sob a égide da tecnologia de ponta, dos super computadores cada vez menores que supriam a mão-de-obra humana, uma máquina faria o serviço de cem homens com precisão, exatidão e sem reclamações trabalhistas. Nascia um novo ramo de atividade, o domínio da máquina frente ao homem. É neste contexto que o homem, sentindo-se incapaz de um novo aprendizado, vendo seu

trabalho ser desvalorizado, aceitando muitas vezes condições de trabalho subservientes, propõe-se aniquilar em favor dos mais hábeis. Tal sentimento gerando desconforto, desfamiliarização, desânimo, amargura, angústia, ansiedade, medo, isolamento (23).

Não há mais espaço para homens comuns, com inteligência média, é a era dos super-homens, cada vez mais adaptados às exigências do mercado, tirando cada vez mais cedo do mercado de trabalho aqueles que não se ajustam a ele ou que “não correm atrás do prejuízo”.

Os transtornos mentais só são percebidos quando muito destoantes da maioria, como é o caso da Esquizofrenia onde a pessoa começa a ter delírios e alucinações por tempo indeterminado e apresenta comportamento bizarro ou “estranho” até que seja feito o diagnóstico e tratada a doença.

A depressão é silenciosa e pode demorar até anos para se manifestar inteiramente, os sinais são percebidos quando já estão acentuados, mas ninguém nota uma indisposição para o trabalho como um sinal de que há uma depressão se instalando, os colegas de trabalho não percebem os “esquecimentos” do colega como início de transtorno depressivo.

Por fim, podemos identificar como causas do surgimento da depressão em trabalhadores brasileiros a: sobrecarga de trabalho, medo de perder o emprego, organização do trabalho, cobrança por produtividade, trabalho por turno e o assédio moral. E, como conseqüências redução do convívio familiar, stress, insônia, irritabilidade, esgotamento físico e mental, baixa estima, perda de memória, incapacidade produtiva e alterações orgânicas.

No Brasil, com base no Produto Interno Bruto – PIB de 2002, as estimativas de perda por doenças e agravos ocupacionais geraram uma estimativa de perda entre US\$ 21.899,48 mil e US\$ 54.748,70 mil (25).

Nos EUA em 1992 os custos diretos e indiretos com as doenças ocupacionais, geraram uma despesa de US\$ 145, 37 bilhões, sendo necessário salientar que deste montante, apenas 34% do total foram com custos diretos para tratamento, sendo o restante os custos indiretos (26).

Pode-se constatar através destes estudos que a depressão vem prejudicando o trabalhador nos diversos continentes, não é uma patologia predominante deste ou daquele país. Foi considerado o Mal do Século, e assim passará a ser vista se continuar inabilitando o trabalhador de suas capacidades de desenvolvimento pleno.

Estes números podem demonstrar o quanto é necessário o estudo aprofundado das doenças mentais como causa de incapacidade para o trabalho no Brasil. Doenças como os Transtornos do Humor, como a Depressão, Transtorno Depressivo Recorrente, Ansiedade Generalizada, Transtorno do Stress Pós-Traumático, Esquizofrenia entre outras.

É necessário neste momento um estudo sobre as prevalências destes transtornos na sociedade brasileira, bem como os custos que geram para o governo e empregadores e o tempo de duração destes afastamentos do trabalho e sua representatividade econômica.

O Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente no meio ocupacional é uma realidade, no Brasil apesar de ainda haver poucos estudos sobre a prevalência em que ocorrem, é reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho – OIT como uma das patologias ocupacionais.

As perturbações depressivas constituem um dos tipos mais comuns de perturbações psiquiátricas. É também a perturbação mais comum suscetível de não ser diagnosticada, de não ser detectada ou devidamente tratada.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS, os transtornos mentais acometem cerca de 45% dos trabalhadores, sendo destes 30% acometidos de transtornos mentais leves e, cerca de 5 a 10% de transtornos mentais graves. No Brasil, em 1986 o destaque para os transtornos mentais era relevante em função destes ocuparem o terceiro lugar no ranking das patologias ocupacionais que mais benefícios eram despendidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (20).

A Associação Médica Americana – AMA (26) organiza a disfunção ou deficiência causada pelos transtornos mentais e de comportamento em quatro áreas assim dispostas:

- Limitações em atividades da vida diária
- Exercício das funções sociais

- Concentração, Persistência e Ritmo
- Deterioração ou Descompensação no Trabalho

Algumas áreas ocupacionais parecem estar predispostas a episódios depressivos. Estudos realizados sugerem prevalência maior deste transtorno em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas, advogados, educadores especiais e consultores.

O transtorno depressivo é de difícil avaliação como doença ocupacional devido à dificuldade em estabelecer onexo causal entre o desenvolvimento do transtorno com o trabalho desenvolvido, muitos empregadores tendem a responsabilizar outros meios pela ocorrência da depressão no trabalhador eximindo-se do acidente ocupacional, entretanto é conveniente relatar que não somente as pressões sofridas no ambiente de trabalho, as exigências excessivas por um alto desempenho, as decepções com o ambiente de trabalho e com a atividade desempenhada, como o receio inerente de a qualquer momento perder estabilidade empregatícia, deixa o trabalhador funcionar em um nível de desequilíbrio emocional que pode ocasionar depressão, dificilmente diagnosticada quando o trabalhador não está em um nível de moderado a grave da patologia (18).

Inúmeras queixas orgânicas como cansaço físico, humor triste na maior parte do tempo ou irritadiço, dificuldade de concentração, perda de memória, falta de apetite, dores sem razão orgânica para sua existência, perda de sono ou distúrbio do sono, lentificação do pensamento não costumam ser levadas em consideração pelos empregadores como sinal de um problema com o empregado, tais condições somente começam a denunciar um problema quando este começa a isolar-se e faltar no trabalho, apresentando atestados médicos por períodos curtos de tempo.

Há também que se levantar as causas orgânicas para o surgimento da depressão como causa ocupacional, uma vez que empregados expostos a determinados agentes químicos depreciadores do sistema nervoso central podem desenvolver depressão (27).

Segundo Mendes (27) é válido analisar as organizações de trabalho, bem como, a situação de trabalho e as condições do mesmo, uma vez que, situações químicas,

físicas e biológicas corroboram para patologias mentais, interferindo nos processos e dinâmica da saúde mental do trabalhador.

Na organização do trabalho devem ser levados em considerações aspectos de:

- estruturação hierárquica,
- divisão de tarefas,
- estrutural temporal do trabalho

No que alude a situação de trabalho deve ser levado em consideração como podem ser “fabricados” ou estimulados sentimentos como tensão, medo, fadiga psíquica, tristeza, apatia, já que, um controle rígido do tempo para a execução de tarefas, tende a aumentar o nível de ansiedade do trabalhador designado para concretização da mesma.

Outros aspectos também devem ser observados como, se há realmente capacidade técnica do trabalhador para a execução da tarefa em tempo rigidamente controlado para sua execução, pois muitas empresas, com a finalidade de “sabotar” o trabalhador, exigem tarefas as quais sabem que o mesmo não terá aptidão ou habilidade para desenvolvê-la, fazendo com que o trabalhador se empenhe na execução e vendo ao final seu trabalho não concluído sente frustração, desânimo, descrença em seu potencial humano e de criação.

Fator indispensável ainda para a condição de trabalho de excelência é a credibilidade que o empregado possui na organização ou no gestor. Condições de trabalho onde o mecanismo de defesa coletivo é a neurose paranóica ou a neurose depressiva, mantêm o indivíduo em um estado de constante tensão psíquica, revelando uma baixa produtividade e a não execução de tarefas propostas.

A estruturação temporal do trabalho diz respeito a aspectos como:

- duração da jornada diária de trabalho
- duração e freqüência das pausas destinadas ao descanso e/ou as refeições
- regime horário: diurno, noturno, em turnos alternados (turnos de revezamento)

e suas escalas

- ritmo (intensidade, monotonia, outras características)
- dimensionamento e freqüência das folgas, dias da semana em que ocorrem,
- intervalos interjornadas.

No Brasil, existe uma grande dificuldade de provar o adoecimento por transtorno mental relacionado ao trabalho, entretanto, quando explicitamos sobre a estruturação temporal do trabalho, é nitidamente observável que um trabalhador que faz jornada de oito horas diárias e habita as grandes metrópoles brasileiras, dispensa entre 30 a 50 minutos diários para chegar a seu trabalho e outros 30 a 50 minutos para retornar a sua residência, este fator por si só, já faz com que o trabalhador passe entre 60 minutos a 1h20m somente entre o ir e vir para o trabalho, outras 8 horas trabalhando e um intervalo de 2h para refeição. Este tempo, somado, faz com que o trabalhador, das 24 horas diárias, passe de 11 a 12 horas dedicadas ao trabalho. Restando a ele, oito horas diárias de sono e quatro horas destinadas a família e/ou amigos (25).

Observa-se ainda que com a dedicação de 50% do tempo destinada ao trabalho, este pode ser responsável pelo fator psíquico do trabalhador e as influências exercidas no período pós-trabalho.

A depressão se torna motivo de preocupação de caráter ocupacional uma vez que vários estudos demonstram e reportaram aquelas desordens afetivas, isto é, desordens afetivas não acontecendo em combinação com outros tipos de desordem mental no meio de trabalhadores. Conceberam ainda que a redução de dias de produtividade por ano nos Estados Unidos é de 24 milhões de dias. Nos EUA, o custo das desordens de ansiedade devido à “absenteísmo e produtividade de trabalho reduzida era US\$ 4,1 bilhão em 1990” (28).

Pesquisas do *National Comorbidity Search – NCS* e da *Middle-Aged Development in the United States Research – MIDUS* constatou que a inaptidão para o trabalho em curto prazo associada à depressão promoveu entre 1,5 a 3,2 dias a mais de inaptidão em um período de 30 dias em comparação com outros trabalhadores, o que representou ainda uma perda de produtividade no salário de \$ 182 a \$395 dólares em média. Foi observado ainda que essa média de custo é significativa quanto aos custos diretos do tratamento da depressão, o que sugere que os trabalhadores deprimidos encorajados a buscar tratamento poderiam ser menos dispendiosos para os empregadores (29).

Um estudo na Austrália concerne que “as desordens mentais foram ligadas com números aumentados de dias de inaptidão e absenteísmo” (30).

No Canadá, os custos econômicos com os transtornos mentais foi estimado em \$7,8 bilhões de dólares no ano de 1993, e em 1998 este custo chegou a \$8,4 bilhões de dólares. Desses levantamentos, foi possível constatar que o custo direto para tratamento médico dos transtornos mentais foi de \$6,3 bilhões no ano de 1998, sendo \$3,9 bilhões para o sistema hospitalar, \$887 milhões para outros cuidados institucionais, \$854 milhões para os cuidados médicos e, \$642 milhões de dólares em medicamentos prescritos. Custos adicionais que totalizaram cerca de \$3 bilhões de dólares foram compostos pelos dias de afastamento adocimento a curto prazo, representando \$866 milhões da inabilidade a longo prazo (\$1.707 milhões e da morte prematura que representou um custo de \$400 milhões de dólares, embora estas duas últimas não ficassem restringidas as desordens diagnosticadas” (31).

Também estudos realizados na Inglaterra revelaram dados significativos sobre a saúde do trabalhador naquele país e os custos com tratamento, assim sendo, o custo total da depressão era estimado em £ 9 bilhões de libras, sendo que destes £ 370 milhões representavam custos de tratamento direto, existindo ainda uma perda de dias potenciais de trabalho em torno de 109,7 milhões de dias. Foi ainda relatado que neste período houveram 2615 mortes devido a depressão no ano 2000 (32).

Até o ano de 2020 a depressão será a segunda maior patologia mundial, estudos realizados na Inglaterra revelaram que no ano de 2000 existiam 2,6 milhões de casos, sendo que destes 72% eram do sexo feminino e 20% destes casos à idade média para surgimento do transtorno era entre 35-44 anos (32).

Uma pesquisa realizada com 4209 trabalhadores na Finlândia foi possível observar que a prevalência do transtorno depressivo é maior em mulheres, assim sendo, 50,1 % do total de pesquisados, a faixa etária mais afetada estava entre 45 e 54 anos com 34% dos casos, sendo a segunda mais alta compreendida entre 35 e 44 anos com 32,7% dos casos. No que diz respeito a classe sócio econômica, os pesquisadores relatam que 34,9% dos casos estão na classe média alta, sendo ainda que as categorias profissionais onde mais se observou o transtorno depressivo foi na classe administrativa e de trabalhadores de escritório com 17,4% e a segunda maior categoria profissional foi a científica, técnica, jurídica e, nas atividades laborais humanísticas e artísticas com 16,9% do total pesquisado (33).

A prevalência da depressão em Portugal ronda os 5 a 8%, com maior incidência no Sul, associada ou não ao suicídio, que predomina na região do Alentejo (33-36).

Na Austrália, uma pesquisa sobre as desordens mentais ocupacionais revelou que a depressão, o transtorno de ansiedade generalizada e os transtornos de personalidade causavam significativo prejuízo no trabalho, começando as queixas com sintomas somáticos de queixas físicas. Foi observado que os transtornos de humor e de afeto com co-morbidade e os transtornos de ansiedade eram responsáveis pela queda de produtividade do empregado no trabalho do que propriamente por perda do trabalho. Não foram encontradas associações entre o tipo de ocupação desenvolvida e o impacto dos diferentes transtornos, e foi levantado ainda que somente 15% das pessoas com algum transtorno mental haviam procurado assistência especializada (30-36).

O diagnóstico da depressão é de difícil aceitação uma vez que é considerada uma doença “invisível”, tendo dificuldade de ser percebida no ambiente de trabalho, diferente de uma crise asmática, um ataque cardíaco ou uma lesão por esforço repetitivo. Muitos empregadores atribuem a depressão de um funcionário não como doença de trabalho ou um risco ocupacional, pois sabem que a doença tem origem multifatorial, impossibilitando o empregado de relacioná-lo com o trabalho. Entretanto é válido ressaltar que tem sido apontado como fatores de risco ocupacional que contribuem para o surgimento da depressão o trabalho monótono ou repetitivo, a falta de autonomia, a pressão temporal excessiva, os trabalhos perigosos ou que envolvam responsabilidade com vidas humanas, isolamento social e as ameaças constantes de perda de posição, bem como a exposição a diversos agentes químicos depreciadores do sistema nervoso central, destacando-se metais pesados e os solventes orgânicos como chumbo, manganês, mercúrio, tolueno, sulfeto de carbono, tricoletireno entre outros. O número de reconhecimento das causas de afastamento do trabalho devido a essa condição pelos empregadores e o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS corresponde a 0,33% dos afastamentos (34-37).

Também é conhecido que as doenças mentais são de difícil percepção pelo meio, pela dificuldade de ver, medir, aferir ou sentir a doença de forma concreta, tanto pelos empregadores, colegas e pelo próprio doente muitas vezes.

2.3 Conceito de Trabalho

No latim vulgar, trabalho é *tripaliare* e significa torturar. No latim clássico é *tripalium*, instrumento de tortura de outrora (34).

O trabalho outrora foi uma atividade necessária à sobrevivência do homem, quando o estado de igualdade era uma realidade. Nesta época não se conhecia a hierarquia econômica e nem havia propriedade privada.

Entretanto, o desenvolvimento da civilização humana fez eclodir o que chamamos de “relações de poder e hierarquia”.

O homem explorando seu semelhante, reduzindo-o a máquina, humilhando-o para que pudesse suprir as necessidades de sua família. Aos detentores do Poder, ficavam o produto produzido pelo subordinado, entretanto esse não detinha o lucro final, nem podia usufruir do que havia produzido, o enriquecimento e poder estava nas mãos daqueles que sabiam liderar, detinham maior poder econômico, terras ou o que fosse necessário para a produção e meio de subsistência do subordinado (35).

Há 500 anos no Brasil, para não irmos muito longe nos exemplos, o trabalho era considerado vergonhoso e, por isso somente eram feitos por escravos, seres trazidos de sua terra natal, que não tinham direitos por serem considerados inferiores, tanto em sua cultura, quanto em seu modo de vida na terra natal, quanto em seus hábitos e costumes.

Por serem considerados inferiores e não disporem, segundo seus senhores da inteligência necessária para serem “humanos”, eram escravizados e torturados para que executassem uma tarefa vergonhosa – a de produzir o que o senhor iria lucrar. O lucro oriundo da exploração, humilhação e tortura humanas não era considerado vergonhoso ou inferior pelos senhores da época, mas produzir sim.

Na idade média uma das constatações mais lúgubres dessa vergonha em trabalhar eram os nobres franceses. A aristocracia mantida pelos impostos pagos e, cobrados de forma violenta de uma população sem direitos, por serem considerados inferiores, sem valia para a aristocracia. Era esse povo que produzia e sustentava a nobreza, entretanto com a inúmeras guerras e recessões em virtude das batalhas e mortes, por deserção e fuga dos povoados dos reinos, essa aristocracia foi

empobrecendo e, pensar em trabalhar para manter seus padrões dentro dos castelos era impensável, e o rei manter a aristocracia que vivia nos palácios era dispendioso, devia-se pensar uma forma de fazer dinheiro e continuar sem trabalhar dentro dos castelos (34-36).

A solução encontrada, na época, foi criar e vender títulos de nobreza, dando a oportunidade a quem não tinha a possibilidade de viver no castelo de se tornar um aristocrata, ou seja, alguém que não trabalharia mas desfrutaria das benéficas dos trabalhadores, antes igual a ele.

Entretanto esses novos aristocratas, conhecidos em nossos dias como “emergentes” não tiveram a oportunidade de ter os bons modos, cultura e sutileza da nobreza. Tê-los no castelo como nobres era uma vergonha para a aristocracia, que não se conformava com a venda dos títulos para manter a nobreza, bem como não pensava em trabalhar, porque somente seres indignos o faziam.

A aristocracia criou então métodos para continuar sendo alimentada e sustentada por esses “novos nobres” mesmo não sendo eles mais detentores dos títulos de nobreza. Criou regras para que os novos nobres se adequassem e não conseguindo ou não tendo quem os ajudasse a se adequar, eram banidos dos castelos, bem como eram retirados seus títulos de nobreza, mas como dever de não terem aproveitado a oportunidade dada pela Aristocracia e pelo poder Real, deveriam manter pelo resto de suas vidas a Aristocracia que pouco desfrutaram, mas que muito iam pagar por ter um dia feito parte (36).

Nessa mesma época, Idade Média, a igreja passou a influenciar os homens e a inculcar-lhes a idéia de que a única forma de encontrar e ser admitido no reino dos Céus era por meio do trabalho, tornando essa uma forma de redenção para os pecados cometidos na terra. Entretanto só cometiam pecados os homens simples que deveriam se dedicar ao trabalho, a sustentar o clero e a nobreza, aos trabalhadores cabia o papel da submissão e da produção do trabalho para ter a Graça Divina (36).

Com a industrialização e o capitalismo, o trabalho passou a ser visto como meio de ascensão do homem a uma condição digna. A sociedade ainda continuava formada por classes, e a forma de ascender da classe inferior para a média e desta para a

superior era por meio do trabalho, da acumulação de riquezas e bens. A ascensão ou declínio de um homem dependia exclusivamente de seu próprio comportamento.

O trabalhador alienado do que produzia era comum, os meios de produção ficavam detidos na mão de uma minoria que não permitia a ascensão do proletariado ou trabalhadores ao acúmulo e acesso ao produto de seu trabalho.

O homem que conseguia acumular riqueza e tornava-se patrão, esquecia-se das miseráveis condições de trabalho que tinha sofrido para conseguir conquistar a ascensão a uma classe superior a que tinha, vale o dito popular “deseja conhecer um homem, dê poder a ele”, com o poder e algum capital nas mãos esse, antes trabalhador, igual a inúmeros, esquecia-se de sua condição e acreditava ser superior em inteligência, perspicácia e capacidade para reproduzir lucro, passava então a escravizar e explorar outros, antes igual a ele, agora para ele.

Sendo que as crises financeiras se agravavam em virtude da escassez de trabalhadores e matérias primas, o desemprego tomou conta de grande parte da população, sendo considerados aptos ao trabalho aqueles com o mínimo de experiência ou capacidade de aprender rapidamente, entretanto os salários e as horas de trabalho continuavam sem um acinte a dignidade humana e capacidade de provimento de si mesmo e de sua família.

Deste modo o desemprego passou a ser uma ameaça constante para o homem, perdurando até hoje, com a diferença que, hoje, no “mundo globalizado” é muito mais conveniente descartar um empregado quando este não satisfaz os desejos do empregador. Essa satisfação do empregador fez com que o empregado fique submetido não mais a horas extenuantes de trabalho ou condições sub-humanas (apesar destas ainda existirem), mas a humilhações para garantir seu lugar no trabalho e poder manter os meios de sua família e de si mesmo.

Uma das formas mais abusivas das relações de poder dentro das organizações fez criar um “exército de reserva”, ou seja, o empregado que não se submeter e estiver insatisfeito deverá ser substituído por outro imediatamente, deste modo, cria-se um pânico generalizado entre os empregados, que vivem sob a ansiedade, o medo, o temor a subserviência com medo de perder o posto de trabalho e, ademais, fazendo com que muitos vejam como uma ameaça novas contratações, muitas vezes sabotando

os novos empregados com medo que estes estejam sendo contratados para assumirem seus postos.

É “no ambiente do trabalho, mais especificamente, no posto de trabalho, ocorre à confluência de diversos riscos e agressões que afetam a saúde e a integridade física do trabalhador” (37).

Tais riscos a saúde podem ser observados, nos inúmeros pedidos que dão entrada anualmente no Instituto Nacional de Previdência Social – INSS, com solicitações de auxílio acidentário e previdenciário por Transtornos de Humor, Transtornos de Personalidade, Transtornos de Ansiedade e Esquizofrenia.

Segundo os dados fornecidos pelo INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, sabemos que só no ano de 2004, foram concedidos 48.683 benefícios por Transtorno Depressivo no Brasil.

No que concerne aos transtornos psicológicos ou psiquiátricos é grande o número trabalhadores em ambientes de trabalho paranóides ou perversos, apresentando poliqueixas e concomitantemente entrando com atestados médicos. Quando o homem não reage a uma agressão o corpo se vinga, somatizando. É comum a doença respiratória, as cefaléias, enxaquecas, tendinites, bursites, até mesmo infartos no ambiente de trabalho. Problemas de pressão alta são os mais comuns, há também em grande número quem se queixe de problemas gastrintestinais.

As doenças respiratórias são mais comuns em indivíduos que não conseguem se defender frente uma ameaça ou agressão de qualquer natureza, são indivíduos que geralmente “engolem” o que lhes causa sofrimento, entretanto não costumam “digerir” também não colocam pra fora, normalmente sentem pressão no peito e dores pelo corpo, mas a somatização maior é na falta de capacidade para respirar, como se o agente agressor tivesse o poder de “tirar-lhe o ar” e conviver com esse agente agressor muitas vezes provoca uma patologia prolongada e antes inexistente no empregado.

As patologias gastrointestinais são mais características de indivíduos que sabem se defender mas não podem fazê-lo por algum motivo, são obrigados a “engolir” a agressão e permanecer calados, essa má digestão do que é absorvido no ambiente de trabalho provoca as úlceras e gastrites, pois o empregado tem a necessidade de reagir,

mas por questões de poder de quem o agride e de sua situação de inferioridade na empresa, engole e deixa aquilo ferir-lhe (34).

As cefaléias e enxaquecas são muito comuns nos indivíduos com grande tendência a racionalização de conflitos, principalmente aqueles que sabem as causas e como preveni-las, mas por estarem subordinados a uma chefia ou liderança arbitrária e que não permite que sejam resolvidos os conflitos onde empregados e empregador saiam ganhando, são obrigados a “fingir que entenderam” o que é ininteligível. Daí as cefaléias e enxaquecas que perseguem tais indivíduos.

O caminho para qualquer problema relacionado à convivência desprazerosa no ambiente de trabalho leva alguns indivíduos a um grau exacerbado de ansiedade e angustia, quando não suportados mais, o adoecimento passa a ser quase freqüente e os atestados médicos começam a dar entrada nos Departamentos de Pessoal, a patologia mais comum provocada por entorpecimento, desqualificação, desvalorização profissional, agressão, ociosidade, agressão verbal é a depressão. Hoje ela é o terceiro motivo de causa para incapacidade do trabalhador no Brasil. Outros Transtornos psicológicos e psiquiátricos que surgem com freqüência em ambientes perversos são a Síndrome do Pânico e Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Nestes dois últimos casos é muito raro a vítima levar o empregador a Justiça, sua estima é quase inexistente e quem luta por essa pessoa é a família e os amigos que sabem de onde deriva o problema (34-36).

No Brasil ainda é difícil provar uma doença psicológica ou psiquiátrica desencadeada pelo ambiente de trabalho, destaca-se que as dificuldades começam no encaminhamento e preenchimento da CAT – Comprovante de Acidente de Trabalho e vão até os exames periciais para admitirem a doença psicológica como desencadeada pela organização opressora (36-38).

É válido salientar que das 24 horas de um dia, 8 (oito) horas são destinadas ao trabalho que compreende 4 horas no período matutino e quatro horas no período vespertino, sendo que o intervalo de duas horas de almoço em cidades onde não há o hábito de voltar para casa, acabam por fazer o empregado não se desligar do ambiente

de trabalho e de suas funções e tarefas a executar, deste modo, é coerente dizer que 10 horas, das 24 h de um dia são destinadas ao trabalho e a organização. A Consolidação das Leis Trabalhistas prevê o acidente de trabalho provocado em 3 situações:

- Acidente que ocorre durante o trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho;
- Doença profissional que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinado trabalho;
- Doença do trabalho, a qual é adquirida ou desencadeada pelas condições em que a função é exercida.

Há ainda que aludir ao fato das horas trabalhadas, voltando ao cálculo do tempo destinado ao trabalho pelo empregado, podemos ter a seguinte equação:

Trabalho de 8 horas

Entrada: 8h00 manhã

Intervalo:12h00

Retorno: 14h00

Saída: 18 horas

Com esse tempo destinado ao trabalho, temos 10 horas das 24 horas do dia já dedicadas exclusivamente à organização do trabalho. Entretanto devemos aludir também que para o indivíduo estar às 8 da manhã no ambiente do trabalho., ele acordou às 6 da manhã com a pré-disposição de começar seu dia destinado ao trabalho, ou seja, ele já amanheceu com a preocupação de chegar a tempo e se dedicar ao trabalho. Saindo as 7 da manhã de sua casa com a finalidade de trabalhar, ele já tem dedicado exclusivamente ao trabalho 11 horas do dia dele, isso porque não consideramos a primeira hora compreendida entre as 6 e as 7, onde ele acordou, preparou seu desjejum e se vestiu com a finalidade de sair para trabalhar. Vale ainda

frisar que às 18 horas ele deixa seu ambiente de trabalho com destino a sua casa, e nesse itinerário é compreendido pela CLT que o que vier a acontecer de acidente será considerado acidente de trabalho. Como tal, será também considerado aqui para termos de contabilização de tempo destinado ao trabalho, essa hora entre a saída da empresa e a chegada em sua casa como hora de trabalho, ou seja, mais 1 hora.

Dessa forma totalizamos 12 horas do dia destinadas ao trabalho, podendo ser até 13 ou 14, se déssemos intervalos de tempo maiores aqueles que precisam de maior tempo para chegar ao trabalho.

Assim sendo, se um indivíduo dedica um total de 12 horas de desempenho para sua atividade laboral, ou seja 50% do seu dia, sendo que das 12 horas restantes para atividades com a família, relacionamento social, diversão, estudo e o que mais fizer parte da vida deste indivíduo, como pode ele, ser tão prejudicado pela família como aludem os peritos do INSS se das 12 horas restantes, 8 horas esse indivíduo passa dormindo, preparando-se para um novo dia, e só tem 4 horas para as atividades relacionais que achar necessária?

Seligmann-Silva (38) distinguem três grandes conjuntos de modelos teóricos em saúde mental e trabalho:

- a) as teorias sobre estresse
- b) o estudo sobre a psicodinâmica do trabalho
- c) modelo criado com base no conceito de desgaste mental

Tittoni (39) propõe dois eixos constituídos por abordagens teórico-metodológicas diferentes, são eles:

- a) refere ao diagnóstico de sintomas de origem “psi” e sua vinculação às situações de trabalho, com forte influência da epidemiologia, especialmente como referência metodológica;
- b) a ênfase não recai no diagnóstico de doenças ocupacionais mas nas experiências e vivências dos trabalhadores sobre seus cotidianos laborais e suas

situações de adoecimento, influenciado pelos conhecimentos produzidos pelas ciências sociais e pela psicanálise.

Um outro aspecto que não pode ser negligenciado no âmbito da saúde / doença mental e trabalho, de caráter prático, refere-se às determinações legais da legislação previdenciária brasileira. Tal legislação determina a prevalência de modelos diagnósticos, a adequação à Portaria/MS nº 1339 de 1999 (que lista os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho) e o necessário estabelecimento de relação causal entre o dano e/ou a doença e o trabalho. A tabela amplamente divulgada pelo MS (40) dispõe de duas colunas onde na primeira podem-se notar os agentes etiológicos ou de risco de natureza ocupacional que, podem, desencadear transtornos mentais ou agravos a saúde. Também é possível observar que somente 5 (cinco) são os fatores etiológicos reconhecidos pelo MS que podem provocar transtornos mentais, da inúmera lista de possibilidades (com mais de 60 itens) que possui o texto original divulgado no site do Ministério da Saúde.

As teorias psicológicas que referem ao Estresse, BURNOT, Psicodinâmica do Trabalho foram esquecidas como grandes causadoras de Transtornos Mentais.

Sobre a Teoria do estresse, a qual Selligman-Silva (38) menciona, é necessário explicitar a origem do termo, uma vez que a origem vem da Física e, foi empregado pela primeira vez pelo fisiologista austríaco Hans Selye, em 1936, para designar “uma síndrome geral de adaptação” que possui 3 fases distintas, sendo elas:

- Reação de alarme
- Fase de adaptação
- Fase de exaustão

Todas com nítida dimensão biológica. O estresse biológico nada mais é que uma aplicação do conceito para a dimensão biológica e, Lazarus e Folkman entendem como uma “relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliado como prejudicial ao seu bem-estar” (41).

Essa relação entre a pessoa e o meio ambiente (de trabalho) pode também ser observada em instituições com chefias paranóide ou histéricas, que mantêm seus “subordinados” em um estado constante de tensão e desconfiança.

Lipp que também produz estudos sobre estresse o conceitua como “uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa” (42).

2.4 – Caracterização e Conceituação de Acidente de Trabalho

É importante agora, justificar como o Transtorno Depressivo pode surgir a partir do desenvolvimento de uma atividade laboral que expõe a risco os trabalhadores em contato com determinadas substâncias químicas e tóxicas ao organismo. Antes porém, devemos ter em conta como é conceituado o acidente de trabalho para uma melhor compreensão da caracterização do mesmo.

De acordo com o artigo 19 da lei 8.213, publicada em 24 de julho de 1991, a definição de acidente de trabalho é:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (43).

O Art 11 parágrafo VII reconhece como segurado especial: o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro, o pescador artesanal e o assemelhado, que exerçam suas atividades, individualmente ou em regime de economia familiar, ainda que com o auxílio eventual de terceiros, bem como seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos maiores de 14 (quatorze) anos ou a eles equiparados, desde que trabalhem, comprovadamente, com o grupo familiar respectivo.

Também concerne em seus parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º que:

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento (44)

Entende-se então que a lesão provocada por acidente de trabalho pode provocar a morte, redução ou perda da capacidade executória para o trabalho, bem como, pode ser caracterizada apenas pela redução da função de determinado órgão ou segmento do organismos, como os membros. Considera-se como acidente de trabalho:

- a) Acidente que ocorre durante o trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho; b) Doença profissional que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinado trabalho; c) Doença do trabalho, a qual é adquirida ou desencadeada pelas condições em que a função é exercida.

Deste modo, é legal dizer que a Depressão é uma doença do Trabalho ou provocada por este, uma vez que pode ser desencadeada pelo exercício de determinado trabalho, ou pode ser adquirida ou desenvolvida pelas condições em que a função é exercida. Neste ponto é importante ressaltar os trabalhos que são desenvolvidos em condições sub-humanas, os acidentes sofridos pelos trabalhadores no horário e local de trabalho, bem como as agressões, sabotagens, atos de terrorismo praticados por chefias ou colegas de trabalho e, mais recentemente a nova modalidade de agressão psicológica, o Assédio Moral (37;39-40).

Também é reconhecido como acidente de Trabalho aqueles sofridos por trabalhadores que estejam executando tarefas fora do local e horário de trabalho, desde que sob ordem da empresa, mesmo que esse acidente tenha ocorrido enquanto funcionário de determinada empresa viajava para estudo, desde que financiado pela empresa.

Quanto à caracterização dos acidentes de trabalho, estes podem ser divididos em três tipos: 1) **Acidente Típico**: é aquele decorrente da característica da atividade profissional que o indivíduo exerce. A caracterização do acidente em serviço deverá ser feita pelo médico do trabalho, pelo engenheiro de segurança do trabalho, por técnico de segurança do trabalho, ou ainda por um fiscal / inspetor de vigilância sanitária, de acordo com os critérios legais estabelecidos (PORTARIA MOG Nº 1.675, DE 06 DE OUTUBRO DE 2006 - DOU DE 10/10/2003). Segundo dados do Governo, os acidentes de trabalho típicos são responsáveis por 84% dos afastamentos do trabalho. 2)

Acidente de Trajeto: é aquele que ocorre no trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho e, vice –versa e, por fim, 3) a **Doença Profissional ou do Trabalho:**

entende-se por *doença profissional* aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade constante do Anexo II do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999, e por *doença do trabalho* aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante do Anexo citado anteriormente (45).

Também, segundo dados do Governo, os acidentes de Trajeto, de Doença profissional ou do Trabalho, perfazem 16% dos afastamentos de Trabalho. Assim sendo, a Doença Profissional é aquela produzida ou desencadeada por agentes patogênicos constantes do Anexo II do RPS, segundo a relação dos Agentes patogênicos ou Etiológicos e Doenças Relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de risco segundo a RPS D-003.048-1999, revista e atualizada anualmente. Na coluna à esquerda abaixo, dos agentes etiológicos, estão sendo referenciados apenas aqueles nos quais aparecem como causadores de transtornos mentais, uma vez que a Tabela que deu origem a este quadro consta de mais de 60 itens e na maioria não estão destacados esses transtornos. Na coluna à direita, das doenças causalmente relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de riscos (à esquerda) as doenças relacionadas com transtorno mental, objeto do estudo (46).

No que concerne aos tipos de Benefícios que o Instituto Nacional de Seguro Social estabelece para pagamento estão:

- O seguro por Auxílio Doença Acidentário
- O seguro por Auxílio Doença Previdenciário

Outro fator que deve ser reconhecido pela população e em muito pelos empregadores sobre o transtorno depressivo, é que, muitos afastamentos no ambiente de trabalho geram custos ao empregador quando este afastamento dura no máximo 15 dias e, a previdência social quando este afastamento apresenta-se superior a este período

Segundo Oliveira (18) “por vários motivos e distintas naturezas aqui discutidos, a doença incapacitante, por mais de 15 dias, não tem vinculação ao trabalho. Os dados

oficiais publicados pelo Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS de 1990 a 2005 são cristalinos quanto a essa realidade. O quadro abaixo destaca cinco dos 16 anos do período, quanto à concessão de benefício previdenciário:

Quadro 02: Distribuição dos Benefícios por Incapacidade Temporária do INSS

Ano	Total	Auxílio Doença Previdenciário (B31)	%	Auxílio Doença Acidentário (B91)	%
1990	621.353	548292	88%	73061	12%
1994	726.820	574250	79%	152570	21%
1998	780.844	630972	81%	149872	19%
2002	1.468.605	1288270	88%	180335	12%
2005	2.016.863	1860695	92%	156168	8%

Fonte:AEPS - 1990/1994/1998/2002/2005

Com base nesses dados é possível observar que, em um período de 12 anos, compreendidos entre 1990 e 2002, apesar do percentual de notificações de Auxílio Doença Acidentário (B31) ter crescido em 246,82%, sendo a média nesse período de 20,56% de crescimento a cada ano, permaneceu a porcentagem de 12% em 1990 e 2002 de recursos impetrados por Auxílio Acidentário, isto leva a crer que, muitos dos casos de acidentes de trabalho não são comunicados ou quando são, não são vistos como doença provocada pelo trabalho.

É possível observar o decréscimo do percentual de benefícios concedidos por Auxílio Acidentário (B31) entre os anos de 1990 e 2005, sugere a falta de comprovação de algumas patologias como ocasionadas por condições aversivas ou insalubres de trabalho, notadamente a dificuldade em estabelecer o nexo causal entre trabalho e transtorno psicológico e/ou psiquiátrico.

Quadro 03: Agentes Etiológicos ou Fatores de Risco de Natureza Ocupacional e Doenças Causalmente Relacionadas com os Respectivos Agentes ou Fatores de Risco (Denominadas e Codificadas segundo a CID-10)

Agentes Etiológicos ou Fatores de Risco de Natureza Ocupacional	Doenças Causalmente Relacionadas com os Respectivos Agentes ou Fatores de Risco (Denominadas e Codificadas segundo a CID-10)
III - Benzeno e seus homólogos tóxicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 2. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 3. Episódios depressivos (F32.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 4. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)
XIII - Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) (Brometo de Metila) 2. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 3. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 4. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 5. Episódios Depressivos (F32.-) 6. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)
XV - Manganês e seus compostos tóxico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) 2. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 3. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 4. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 5. Episódios Depressivos (F32.-) 6. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)
XVI - Mercúrio e seus compostos tóxicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 2. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 3. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 4. Episódios Depressivos (F32.-) 5. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)

FONTE: Site do Ministério da Saúde. Nota: Este quadro enfatiza os agentes etiológicos que contribuem para o surgimento de um transtorno mental ou depressivo, a Tabela na íntegra consta do anexo deste trabalho.

Para que haja caracterização de acidente de trabalho é necessário que um Perito, Médico do Trabalho, estabeleça a relação entre o acidente / doença e a lesão provocada. É o médico perito que decidirá se o indivíduo pode voltar a exercer sua função ou se necessitará de afastamento permanente ou temporário do emprego (47).

Como dito anteriormente, este afastamento pode ser de até 15 dias, no qual a empresa é a responsável pelo pagamento integral do salário ao trabalhador, sem descontos. Se for detectado pelo médico perito que a lesão provocada ao indivíduo necessita de um período superior a 15 dias de afastamento, “a empresa contratante tem o dever de fazer uma comunicação do acidente de trabalho até o primeiro dia útil após o acontecimento, independentemente se o trabalhador foi ou não afastado do trabalho. Em caso de morte, essa comunicação deve ser imediata. O não cumprimento dessas determinações pode levar à punição da empresa mediante o pagamento de multa” por meio da emissão de um documento chamado CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho para que seja enviada aos órgãos competentes e seja restituído o indivíduo pelo período do afastamento.

2.5 A Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador (ST) é de primordial importância para a sociedade como um todo e, conhecer os riscos ocupacionais é de suma importância para o permeio das atividades que oferecem risco a saúde do trabalhador incapacitando-o ou afastando-o temporário ou permanentemente do trabalho.

É necessário contextualizar os estudos em saúde do trabalhador no Brasil, pois, segundo Louzada (48) os estudos em ST no Brasil iniciam no final da década de 60 e início dos anos 70, com o primeiro grupo de ST, não respectivamente assim conhecido mas como: Grupo de Saúde Ambiental e Ocupacional da Universidade Federal da Bahia , no ano de 1976, seguido pela FUNDACENTRO com o grupo de Segurança e Saúde no Trabalho Rural em 1977.

É possível contextualizar 53 grupos de pesquisa em saúde do trabalhador, ainda que não o façam de maneira exclusiva. Deste modo é possível ver no quadro abaixo, o período de ano de fundação e freqüência dos grupos de estudos em quatro décadas,

bem como os primeiros 10 (dez) grupos que surgiram no Brasil com estudos referentes ao tema saúde e trabalho.

Quadro 04: Distribuição de freqüência dos grupos conforme o ano de Fundação e respectivo Grupo (os 10 primeiros a desenvolver estudos)

Período	f	Grupos de Estudo
1970 – 1979	2	- Saúde Ambiental e Ocupacional (UFBA – 1976); - Segurança e Saúde no Trabalho Rural (FUNDACENTRO 1976 -1977)
1980 – 1989	7	- Centro de Pesquisas Epidemiológicas – (UFPEL – 1982); - Estudos Fenomenológicos sobre a Morte e o Morrer (USP – 1986); - Trabalho/Produção, Ambiente e Saúde (UFRJ – 1986); - Organização do Trabalho e Saúde Mental – (UFRJ – 1988); - Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (USP – 1989)
1990 – 1999	17	- Centro de documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (UFRGS 1990); - Laboratório de Educação Ambiental e Saúde (FIOCRUZ – 1990); - Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Reinserção Social (FUNREI – 1990).
2000 – 2002	27	

Extraído de LOUZADA, Rita de Cássia R. A Pesquisa em Saúde do Trabalhador no Brasil: Anotações Preliminares. Revista Espaço Acadêmico. N° 45, Fevereiro/2005. Ano VI. ISBN 15196186

Verdadeiramente conhecido como campo em Saúde do Trabalhador só irá surgir no Brasil na década de 80 com o objetivo precípua de transformar o quadro de saúde da população trabalhadora. A origem deste movimento pela saúde do trabalhador brasileiro está vinculada a movimentos sociais que se configuram como resposta à posturas por partes das empresas e principalmente do Estado, que efetivamente atestam dificuldades na adoção de medidas efetivas nesse campo.

Até início de 2005 os grupos de pesquisa existem em 33 instituições diferentes, das quais:

- 30 são instituições de ensino superior (na maioria públicas),
- 2 (duas) vinculam-se ao Governo Federal - ligados ao Ministério do Trabalho e Emprego / FUNDACENTRO) e ao Ministério da Saúde (FIOCRUZ)
- 1 (uma) ligada ao governo do estado de São Paulo (SEADE).
- A USP é a instituição com maior número de grupos de pesquisa, 06 no total, em seguida aparecem
- FIOCRUZ; com 05 (cinco) grupos de pesquisa;

- UFRJ, UNICAMP, UFRGS, com 03 (três) grupos de pesquisa cada;
- UERJ, UFPB, UFBA, UFF, UFPEL, com 02 (dois) grupos de pesquisa cada;
- FCMSCSP, FUNDACENTRO, FUNREI, FURB, PUCCAMP, PUCRS, SEADE, UCS, UECE, UEL, UEM, UESB, UFAM, UFMG, UFRN, UFSCAR, UFV, UNEB, UNG, UNISC E UNITAU, cada uma dessas instituições com 01 (um) grupo de pesquisa em saúde do trabalhador.

Segundo Minayo e Thedim-Costa (49) os principais agentes na luta por transformações no campo de Saúde do Trabalhador são oriundos dos setores sindicais e profissionais que “através de ações institucionais, atestam sua opção pela centralidade da categoria trabalho”.

É possível, compreender melhor a influencia destes setores, pressupostos e eventos quando da definição de “saúde do trabalhador”, a qual é:

[Saúde do trabalhador é] um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (49) (p.21).

Segundo o Ministério da Saúde (50) em seu site, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador entrou em vigor desde o ano de 2004 no Brasil, nesse período contavam 169 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), concomitantemente, no mesmo período dispunham ainda de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade em todo o Brasil para avaliar casos de agravos a saúde relacionados ou desenvolvidos com o trabalho.

Em 2006, as ações em Saúde do trabalhador ganharam importância no âmbito governamental e, Ações em Saúde do Trabalhador começaram a ser levada a termo pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Emprego, deste modo, surgiu em Setembro de 2006 o primeiro esboço das ações em saúde do trabalhador .

Assim sendo, a Política do Governo estabelecia a proposição de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), cujas diretrizes, segundo a Portaria Interministerial n. 800 de 03/05/05 previa:

I – Ampliações das ações de Segurança e Saúde do Trabalhador (SST), visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.

II – Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;

III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;

IV – Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador;

V – Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST;

VI – Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisa em Segurança e saúde do Trabalhador.

Também foram estabelecidas diretrizes pelo Ministério da Saúde para os Serviços do SUS, segundo a portaria GM/MS 1.125 de 06/07/2005; a qual foi suspensa por 30 dias a partir de 13/07/2005 para avaliação da nova equipe de dirigentes do MS e pactuação na CIT, sendo as diretrizes:

I – Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores: promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, assistência integral à saúde dos trabalhadores; adequação e ampliação da capacidade institucional;

II – Articulação Intra e Intersectorias;

III – Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;

- Portaria GM/MS 777/04: Dispõe sobre agravos à saúde relacionados ao trabalho de notificação compulsória em rede de serviços específica, seguindo moldes do Sinan. Programa em teste no Piauí.

- Biblioteca virtual em Saúde do Trabalhador: em construção. Com inauguração prevista para novembro de 2006, até final de 2008 ainda não estava em vigor.

- Observatório de Saúde do Trabalhador: Central de Informações epidemiológicas e de gestão disponibilizada na Internet em parceria com a OPAS.

IV – Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;

V – Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;

VI – Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.

Deste modo, no que diz respeito a Atenção Integral a Saúde do Trabalhador por meio da Rede Nacional de Atenção Integrada a Saúde do Trabalhador (RENAST), até janeiro de 2003, existiam 17 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CREST) habilitado, em todo o Brasil. Em dezembro de 2006 já se contavam 150 CREST's em todo o Brasil.

Segundo o portal do Ministério da Saúde em seu site (50) “A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador é composta por [173 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador \(Cerest\)](#) e por uma rede sentinela de 500 serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e por registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET)”

Sendo a rede sentinela composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho.

2.6 – A CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

É por meio da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho que o governo toma conhecimento dos acidentes de trabalho acontecidos no país e sobre as indenizações pagas aos milhares de cidadãos brasileiros afastados temporária ou permanentemente do trabalho.

Segundo Oliveira (18) a CAT é fonte de sonegação ostensiva por parte do empregador e, muitas vezes até solicitada pelo empregado que não seja efetuada, em virtude de ser considerado o acidente de trabalho algo pejorativo, tanto para a empresa, que terá que arcar com a responsabilidade pelo trabalhador, bem como pelas medidas que terá que tomar para que o fenômeno não volte a se repetir, muitas vezes essas medidas representam um ônus não previsto pelas empresas.

Ao trabalhador cabe o papel de, com medo do afastamento por tempo superior, seja desconsiderado pelos colegas de trabalho, sendo visto como “corpo mole” ou “aproveitador” de uma condição para ficar as custas da empresa e do governo por um período de tempo, ademais destes estereótipos, fica o medo de perda do posto de trabalho, bem como de não vir a conseguir outro emprego uma vez que pode estar afastado por invalidez.

Há ainda o aspecto de que, se o acidente de trabalho é notificado e aparece nas estatísticas oficiais do governo, o empregador é obrigado a garantir a estabilidade do emprego ao empregado acidentado por um ano após seu retorno ao trabalho. Não sendo relatado o acidente de trabalho, a empresa pode despedir o empregado a qualquer tempo.

Outro fator que contribui para a sonegação da CAT é para que as empresas não sejam obrigadas a depositar 8% do salário do trabalhador em conta do FGTS, correspondente ao período de afastamento. Não reconhecendo os fatores de risco de doença ocupacional, a empresa não é obrigada a recolher a contribuição específica ao custeio da aposentadoria especial para os trabalhadores expostos a situações de risco ocupacional. A CAT uma vez emitida pela empresa é considerada inquestionável quanto à evidência do nexo causal estabelecido entre o agente causador do dano e a vítima, entretanto seu valor somente deve ser administrativo, pois a emissão da CAT é, por si mesmo um ato administrativo que carece de verificação e constatabilidade.

A CAT é tida como ato médico. O INSS não aceita a CAT (ato administrativo emitido pelo empregador) sem o atestado médico de um profissional médico,

transferindo ao profissional da saúde a palavra final e a responsabilidade sob o condicionamento físico e mental do trabalhador.

Para o empregador, a emissão da CAT é entendida como a “confissão de culpa” que o responsabilizará juridicamente, nos âmbitos civil, penal, previdenciário e trabalhista. Emitir uma CAT é entregar na mão do trabalhador e ao governo a sentença de que, aquela empresa, não traz benefícios a seus funcionários, contribuindo para o adoecimento deles.

Devido aos múltiplos fatores etiogênicos das doenças desencadeados pelas patologias referentes ao trabalho, é de difícil correlação entre a patologia desenvolvida pelo trabalhador, a situação desencadeante, e as patologias concorrentes que podem fazer parte diagnóstico diferencial. Assim sendo, os fatores etiogênicos concorrem entre si e complicam a afirmação do diagnóstico e o nexos técnico previdenciário.

É válido ressaltar que segundo a tabela criada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, os fatores etiológicos são físicos, químicos ou biológicos, entretanto deve ser considerado ainda, no caso do Transtorno Depressivo, que fatores sociais e de relacionamento no ambiente de trabalho podem e muitas vezes são, porta de entrada para o desenvolvimento do Transtorno Depressivo e de patologias orgânicas, uma vez que ambientes que não contribuam com fatores físicos, químicos ou biológicos podem também levar o indivíduo a manifestação de quadro depressivo como é o caso das relações de poder no ambiente de trabalho. Apresentamos a seguir a relação dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho.

Quadro 05: Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho ⁽⁵⁰⁾

Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	Episódios Depressivos (F32.-)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	Reações ao "Stress" Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de "Stress" Pós-Traumático (F43.1)
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)
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)	Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui "Neurose Profissional") (F48.8)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	Sensação de Estar Acabado ("Síndrome de Burn-Out", "Síndrome do Esgotamento Profissional") (Z73.0)

Fonte: Ministério da Saúde
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1 retirado da Internet no dia 17 de dezembro de 2008 as 23h48.

2.7 - Auxílio Acidentário e Auxílio Acidente Previdenciário

O auxílio acidente é o benefício mensal pago ao segurado da previdência social, que, "após consolidação da lesão típica, doença profissional ou do trabalho, venha a apresentar seqüelas incapacitantes para o trabalho habitual, de cunho parcial e permanente". (art. 86 da lei 8.213/91).

O art. 104-I e II do Regulamento Geral da Previdência Social, em seu Decreto 3.048 de 06.05.1999, concerne que:

O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado, empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso, ao segurado especial e ao médico - residente quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüela definitiva que implique:

I- Redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e se enquadre nas situações discriminadas no Anexo III;

II- Redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e exija maior esforço para o desempenho da mesma atividade que exerciam à época do acidente; ou

III- Impossibilidade de desempenho da atividade que exerciam a época do acidente, porém permita o desempenho de outra, após processo de reabilitação profissional, nos casos indicados pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

Desta forma, o empregado afasta por acidente do trabalho de suas atividades e seu meio de subsistência, tem a garantia do ressarcimento em 50% do salário de benefício, cuja garantia está na lei como alude o trecho que afirma que “após a consolidação das lesões decorrentes de qualquer natureza, resultar seqüelas definitiva”.

O estabelecimento do nexu técnico previdenciário é difícil de ser estabelecido em situações de lesões desencadeadas ao longo do tempo, como as doenças ortomusculares. Contudo associar o Transtorno Depressivo como desencadeante do trabalho se torna a cada dia quase impossível para o empregado. Pela dificuldade de estabelecer o nexu causal entre o surgimento da Depressão e seu desenvolvimento a partir do trabalho, cuja alegação para não lhes conceder o benefício é sempre a de que a depressão é um transtorno que pode ser desencadeado por diversas causas, a maioria delas não relacionadas com o trabalho.

CAPÍTULO 3 METODOLOGIA

“Não há solidão onde há saber, nem aborrecimento quando se tem livros” (52)

3.1 Tipo de Estudo

Para Chizzotti (53) a abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante análise da frequência de incidência e correlações estatísticas. Deste modo, traduz em números as informações para organizá-las e classificá-las, utilizando métodos estatísticos.

Para Lakatos e Marconi (54) a pesquisa descritiva tem como objetivo “a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”. Destacam-se também aquelas que tem como objetivo descrever características de grupos, tais como, idade, gênero, local de nascimento etc.

Também é considerada pesquisa descritiva aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis, como no estudo aqui proposto.

Para Bordalo (55),

A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. A 1ª investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços. A de prevalência estuda casos antigos e novos de uma nosologia num determinado local e tempo; é estática e, essencialmente, transversal.

Rouquayrol (56), assim define a pesquisa transversal: é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

A metodologia para o desenvolvimento desta pesquisa foi a abordagem metodológica quantitativa, transversal, descritiva, tomando como referencial a epidemiologia.

3.2 Descrição do Estudo

O estudo foi realizado com o banco de dados fornecido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social, por meio de seu Departamento de Estatística e Atuária, versão em CD-ROOM, formato ACCESS para Windows XP. O Banco de dados disponibilizado pelo INSS conta com os dados do período compreendido entre 2000 e 2007 dos benefícios concedidos aos trabalhadores brasileiros por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente, sendo que foi utilizado para esta pesquisa, somente o banco de dados referente ao ano de 2004.

As variáveis estudadas foram: os tipos de benefícios concedidos pelo INSS, o gênero, a faixa etária, o tempo de duração dos benefícios, o custo médio e total estabelecido a partir do salário de benefício mensal, os anos potenciais de trabalho perdido, o diagnóstico clínico codificado pela CID-10 e a CNAE correspondente ao ramo de atividade da empresa. Foram avaliadas a prevalência e razão de prevalência de transtornos depressivos.

A escolha das variáveis foi feita a partir dos dados disponíveis pelo Instituto Nacional da Seguridade Social, e os quais, poderia ter acesso, ou seja, o banco de dados elaborado por este instituto e disponibilizado para a pesquisa, constava dos seguintes dados: Unidade da Federação (UF); Classificação Internacional de Doenças (CID); Espécie do Benefício, se B31 - Auxílio Acidentário ou B91 - auxílio acidente previdenciário; Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), Ramo de Atividade, Forma de Filiação, Data de Nascimento, Sexo, Data de Início do Benefício (DIB), Data de Cessaçã do Benefício (DCB), Data de Duração do Benefício (DDB) e, Renda Mensal Inicial (RMI).

A partir destas variáveis foi possível:

- Determinar os ramos de atividade com maior prevalência do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.
- Determinar a faixa etária para o surgimento e curso do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente;

- Determinar os tipos de benefícios concedidos por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente;
- Determinar o tempo de duração dos benefícios concedidos por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.
- Determinar o custo dos benefícios concedidos durante o período de auxílio recebido;
- Determinar os anos potenciais de trabalho perdido nos trabalhadores por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.

Vale ressaltar que a pesquisa foi realizada com dados secundários, os quais são , segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) dados que já foram coletados e já possui publicações sobre eles, assim sendo, obtida por meio do banco de dados disponibilizado pelo Ministério da Previdência Social (MPS) que obtêm estes dados por meio dos informes da CAT que são preenchidas e enviadas pelos serviços de atenção a saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quando da necessidade de um trabalhador acidentado ficar ausente do trabalho por um período superior a 15 (quinze) dias. Deste modo, o não preenchimento completo da CAT ou o preenchimento de mais de um CNAE por motivo de o trabalhador não se encaixar em somente um dos ramos de atividade já descritos pela Classificação Nacional de Atividade Econômica, faz com que possa existir sub-notificação, já que não foram desenvolvidos com a finalidade precípua de pesquisa.

3.3 Coleta de Dados

1 Etapa - Foi contatado o Instituto Nacional de Previdência Social, por meio do Departamento de Estatística e Atuária, departamento este, que compila o banco de dados da Previdência Social em todo o país:

2 Etapa - Foi solicitado a este departamento um banco de dados entre os anos de 2000 a 2006, dispondo das seguintes variáveis:

Variável 1: Número de trabalhadores afastados do serviço por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente (CID F32 e F33) por ano, desde 2000 até 2006.

Variável 2: A região do país onde este trabalhador solicitou afastamento do trabalho representado pela UF no banco de dados.

Variável 3: A Data de Início do benefício.

Variável 4: A Data de Cessação do benefício.

Variável 5: A data de Duração do benefício

Variável 6: O dia, mês e ano de nascimento de cada trabalhador afastado para poder ser calculado a idade que tinha quando começou a receber o benefício e, estabelecer a média de idade para surgimento do transtorno depressivo.

Variável 7: A renda mensal inicial (RMI) disponibilizada pelo INSS a cada um dos trabalhadores afastados por Transtorno Depressivo e, deste modo, poder fazer um levantamento de quanto cada um recebeu pelo período de afastamento e, quanto custou ter um trabalhador afastado de suas atividades ao Governo.

Variável 8: A Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE, para que fosse possível mapear as áreas de atividades onde mais se apresenta o Transtorno Depressivo.

No momento desta solicitação foi entregue ao Diretor do Departamento de Estatística e Atuária uma cópia do projeto de Pesquisa intitulado: A prevalência do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente em Trabalhadores no Brasil em 2004.

3 Etapa: Foi disponibilizado pelo Departamento de Estatístico e Atuária para esta pesquisa os seguintes dados - Unidade da Federação (UF); Classificação Internacional de Doenças (CID); Espécie do Benefício, se B31- Auxílio Acidentário ou B91 - auxílio acidente previdenciário; Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), Ramo de Atividade, Forma de Filiação, Data de Nascimento, Sexo, Data de Início do Benefício (DIB), Data de Cessação do Benefício (DCB), Data de Duração do Benefício (DDB) e, Renda Mensal Inicial (RMI).

4 Etapa: O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Ministério da Saúde, por meio do site www.saude.gov.br/sisnep, onde foi devidamente registrado e foi encaminhado para parecer do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sobre os aspectos éticos envolvidos na pesquisa e, a qual somente teve início após sua

aprovação pelo citado órgão, segundo as recomendações da legislação vigente, Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários (banco de dados) e não envolvendo diretamente seres humanos, foi solicitado ao Comitê de Ética e Pesquisa, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (ANEXO 1).

3.4 Análise Estatística

A análise das variáveis discretas (idade, sexo, CNAE, auxílio recebido (acidentário ou previdenciário, tempo de duração do benefício, custo mensal do benefício, anos potenciais de trabalho perdido, o custo médio e mensal do benefício pago pela previdência, o diagnóstico clínico codificado pela CID-10) foi realizado por meio do Programa Excel.

Para determinar a faixa etária o primeiro passo foi construir uma coluna onde constasse somente o ano de nascimento do beneficiário para em seguida construir uma coluna somente com o ano de início do recebimento do benefício (2004), a partir daí, foi usado o programa Excel para encontrar a idade do beneficiário à época do afastamento. Sendo o cálculo simples de ser realizado, diminuição do ano de entrada do benefício (2004) pelo ano de nascimento do beneficiário (1948) resulta na idade do beneficiário em 2004 (56 anos).

Para determinar o tempo de duração em dias dos benefícios concedidos por transtorno depressivo e transtorno depressivo recorrente e o valor gasto pela previdência social com o pagamento de benefícios foi feito o seguinte cálculo:

Ex.

$$A = \text{Valor salário benefício} - 1953,00$$

$$B = \text{Numero de dias afastado do trabalho} - 67$$

$$C = 30 \text{ (número de dias que compõem 1 mês)}$$

$$D = A / C$$

$$X = A / C * B$$

Assim temos uma equação que podemos demonstrar abaixo da seguinte forma:

$$D = 1953,00 / 67 = 65,10$$

$$X = 65,10 * 67 = 4.361,70$$

Esta análise teve como base o salário de benefício (A) em reais, dividido por 30 (C) e multiplicado pela duração do benefício em dias (B) para estabelecer o custo médio e, o custo total foi obtido somando-se os valores dos benefícios por grupos de doenças ou por doença específica liberados pelo INSS no ano de 2004.

O modo existente para se analisar um conjunto de dados é através da utilização de testes estatísticos. Os teste estatísticos propostos neste trabalho foram a ANOVA e o Qui-quadrado. A análise dos dados através da ANOVA não foi possível, em decorrência de que estes dados não se adequaram para este tipo de análise. A análise através do Qui-quadrado será descrita a seguir.

O teste do Qui-quadrado é um teste estatístico utilizado para verificar a associação ou dependência entre duas ou mais variáveis categóricas. Existem vários tipos de teste Qui-quadrado. O teste utilizado neste trabalho é o Qui-quadrado de Aderência que será descrito a seguir.

O Teste Qui-quadrado de Aderência é utilizado para verificar se o número de indivíduos de uma determinada categoria em uma variável se distribui de maneira igual entre essas categorias.

Exemplo: Um estudo sobre acidentes de trabalho numa indústria revelou que, em 150 acidentes, obtemos a distribuição na tabela a seguir:

Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Total
nº de acidentes	32	40	20	25	33	150

Assim que, para saber se o número de acidentes se dá de maneira igual para todos os dias da semana, testamos duas hipóteses conhecidas como hipótese nula (H_0) e Hipótese alternativa (H_1), a qual contraria a hipótese nula. Assim, define-se então as hipóteses a serem testadas.

H_0 : O número de acidentes se distribui de maneira igual para todos os dias.

H_1 : O número de acidentes não se distribui de maneira igual para todos os dias.

O teste pode ser realizado de duas maneiras. Uma delas é através do cálculo da estatística do Qui-quadrado, uma fórmula matemática. E a outra é através do *p-valor*, um valor liberado pelos softwares estatísticos o qual é comparado com o nível de

significância do teste, o qual é um valor fixado que representa a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula, quando esta é verdadeira. Se o p -valor for menor que o nível de significância do teste, rejeitamos a hipótese nula e caso contrário, não a rejeitamos.

Para o exemplo acima, considere o nível de significância do teste $\alpha=0,05$.

O p -valor liberado no software é 0.09, que é maior que o nível de significância do teste. Logo não rejeitamos a hipótese nula, ou seja, o número de acidentes se distribui da mesma maneira entre os dias.

Aplicação aos dados.

Teste para verificar se o número de beneficiários se dá de maneira semelhante entre as faixas de idade.

As hipóteses testadas com $\alpha = 0.05$ são:

H_0 : O número de beneficiários se distribui de maneira igual para todos as faixas de idade.

H_1 : O número de beneficiários não se distribui de maneira igual para todos as faixas de idade.

O software *BioEstat* liberou o p -valor de 0.0001. Logo, rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese de que o número de beneficiários não se distribui de maneira igual em todas as faixas de idade.

Para análise estatística da razão de prevalência de incapacidade por depressão foi utilizado o teste do qui-quadrado.

O desenvolvimento dos resultados por meio de tabelas foi executado nos programas EXCEL, desenvolvido pela Microsoft para Windows e, BioEstat 5.0, software desenvolvido pelo Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá com o financiamento do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT).

3.5 Cronograma de Atividades

O levantamento dos dados junto ao Ministério da Previdência Social foi realizado no período de novembro de 2007 a Março de 2008, a análise dos dados iniciou em novembro de 2008 e permaneceu até agosto de 2009, a apreciação pelo Comitê de Ética ocorreu em agosto de 2009 cuja decisão faz parte dos anexos deste

trabalho. A Discussão, Resultados e Conclusão da pesquisa foi realizada no período entre agosto e outubro de 2009, ficando a apreciação do trabalho sujeita a Banca para apreciação em 28 de outubro de 2009.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro objetivo descrito no corpo desta pesquisa é determinar os ramos de atividades com maior prevalência de transtorno depressivo (F32) e transtorno depressivo recorrente (F33).

Tabela 4.1: Prevalência de beneficiários segundo o CNAE e o CID - 2004

CNAE	CID		TOTAL (%)
	F32 (%)	F33 (%)	
Não Especificado	4.36	35.74	40.10
Administração Pública, Defesa Civil e Seguridade Social	0.42	5.29	5.71
Transporte Rodoviário	0.14	2.94	3.08
Saúde e Serviço Sociais	0.23	2.80	3.03
Confecção de Artigos do Vestuário e Acessórios	0.07	2.04	2.12
Serviços Prestados, Principalmente as Empresas	0.17	1.82	1.99
Atividades Associativas	0.11	1.29	1.40
Serviços Prestados, Principalmente as Empresas	0.13	1.22	1.35
Comércio Varejista e Reparação de Objetos Pessoais e Domésticos	0.08	1.06	1.14
Intermediação Monetária - Depósitos à Vista	0.08	1.06	1.14
Fabricação de Calçados	0.09	1.01	1.10
Outros	3.15	34.69	37.85
Total	9.04	90.96	100.00

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social por meio do Banco de Dados da DATAPREV para esta pesquisa. Agosto 2009.

A Tabela 4.1 mostra a prevalência de beneficiários de acordo com sua classificação econômica (CNAE) onde é possível observar que 40,10% dos beneficiários da Previdência Social constam como Não Especificado, segundo o Departamento de Estatística e Atuária da Previdência Social, isto se deve ao fato de não estar descrito o ramo de atividade destes beneficiários, ou ainda porque não foi respondido este item no momento de solicitar o auxílio. Em seguida observa-se que a segunda maior prevalência de CNAE's corresponde a Outros com 34,69%, isto se deve também segundo o Departamento de Estatística e Atuária e Dataprev que, no momento do registro do beneficiário para solicitude de seu benefício, este se enquadrava em

mais de uma categoria de CNAE. Os servidores da administração pública, defesa e seguridade social apresentam prevalência de 5.71% de beneficiários com Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente, seguido dos servidores de transporte rodoviário com 3.08% e dos servidores da área da saúde e serviços sociais com 3.03%.

A Administração Pública inclui as atividades que, por sua natureza, são normalmente realizadas pelo Estado, compreendendo:

- a administração geral, ou seja, o executivo e o legislativo, exercidas pelos poderes públicos, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal e em nível de administração central ou descentralizada;

- a administração tributária e a regulamentação e fiscalização das atividades na área social e da vida econômica do país, ou seja, a administração e supervisão em assuntos fiscais, envolvendo: a administração tributária, a arrecadação de impostos e taxas, a administração orçamentária, gestão de recursos públicos e da dívida pública, as atividades de defesa, justiça, relações exteriores, a gestão do sistema de previdência social.

E, por fim, a administração e execução dos serviços de planejamento social e econômico e dos serviços de estatísticas, nos vários níveis governamentais, tais como: as atividades de autoridades administrativas autônomas do tipo comissão de valores mobiliários.

Esta subclasse não compreende o Banco Central do Brasil (6510-2/00); a regulação das atividades sociais e culturais (7512-4/00); a regulação da atividade econômica (7513-2/00); as atividades de apoio ao conjunto de administração pública (7514-0/00); as atividades ligadas à defesa Nacional (7522-1/00); as atividades dos Ministérios das Relações Exteriores (7521-3/00), Militares (7522-1/00), da Justiça (7523-0/00) e da Previdência Social (7530-2/00).

As instituições públicas que exercem atividades compreendidas em outras partes da CNAE são classificadas nas classes correspondentes aos serviços prestados e não na divisão 75. É o caso das atividades de ensino e de saúde que, mesmo quando exercidas pelo Estado, são classificadas nas divisões correspondentes (80 e 85); os órgãos de regulamentação, controle ou coordenação destas atividades, no entanto, são classificados na divisão 75.

Também é válido salientar que algumas atividades descritas na divisão 75 podem ser exercidas por unidades não governamentais, pois a terceirização de serviços ou parte de serviços tradicionalmente executados pelo Estado, tem levado à presença de entidades empresariais e/ou instituições privadas sem fins lucrativos em atividades compreendidas na divisão 75.

No que concerne a benefícios concedidos aos servidores dos Transportes Rodoviários (3.08%) segundo o Relatório da 3^o Conferência em Saúde do Trabalhador em Sergipe, as causas mais comuns são LER / DORT, Transtornos Mentais e PAIR, sendo que:

A LER / DORT refere-se a um conjunto de doenças que atingem principalmente os membros superiores, atacam músculos, nervos e tendões provocando irritações e inflamação dos mesmos. A LER é geralmente causada por movimentos repetidos e contínuos com conseqüente sobrecarga do sistema músculo-esquelético. Apresenta como causas para seu surgimento as causas **Físicas e Biomecânicas**: Excesso de movimentos repetitivos; Necessidade exagerada de uso de força muscular; postura incorreta ou por longo tempo; falta de preparo físico; stress e más condições de trabalho também contribuem para seu surgimento. As causas de **Organização do Trabalho**: que envolvem diretamente movimentos repetitivos; problemas na relação entre empregados e seus superiores; ausência de período de pausa e descanso; local de trabalho desconfortável e inadequado; ritmo muito acelerado para cumprimento de metas; jornadas excessivas de trabalho, pressão por metas, competitividade interna e externa etc.

A PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído relacionada ao trabalho, é uma diminuição gradual da acuidade auditiva decorrente da exposição continuada em níveis elevados de pressão sonora, sendo que é uma lesão sensorineural, lentamente progressiva, irreversível, geralmente bilateral (52). Tem como causas a exposição prolongada a ruídos, falta de medidas de proteção coletiva, ruídos mais ou menos toleráveis com o uso de EPI, uso de solventes, resistência ao uso de EPI. Os primeiros sintomas tendem a manifestar por meio de zumbidos, dificuldade em entender a fala e perda da audição. Os efeitos extras auditivos são insônia, dores de cabeça e hipertensão.

Como conseqüência de PAIR estão à exposição a acidentes de trabalho, dificuldades de comunicação e relacionamento, perdas afetivas e redução de oportunidade do mercado de trabalho.

Entre as causas/sintomas para o surgimento da depressão conforme descrito no capítulo 2 deste trabalho estão (08):

- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- Perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dieta (por ex. uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou diminuição ou aumento no apetite quase todos os dias. Obs.: em crianças, considere os fracassos em fazer o ganho de peso esperados.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais “devagar”).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente auto-reprovação ou culpa por estar doente)
- Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação por outros).
- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- Os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substancia (por ex., uma droga de abuso ou medicamento) ou uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).
- Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, após a perda de alguém amado, persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por

acentuado comprometimento funcional, preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Kaplan, Sadock e Grebb (11) também afirmam que para diagnosticar depressão basta que 5 desses sintomas estejam presentes. Nos trabalhadores com Ler/Dort ou Pair, a Depressão pode aparecer pré ou pós o diagnóstico da patologia, uma vez que é mais fácil ser percebido como “mau humorado” ou deprimido pelos colegas de trabalho, que como sofrendo de uma lesão por esforço repetitivo ou perda de audição induzida por ruído.

O quadro abaixo situa os sintomas de LER/DOR e PAIR com o surgimento da depressão pré ou pós diagnóstico da patologia.

Quadro 06: Sintomas de Depressão, LER/DORT e PAIR (57)

DEPRESSÃO	LER/DORT	PAIR
1. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia.	Excesso de movimentos repetitivos; esforço físico exagerado; postura incorreta ou por longo tempo; falta de preparo físico; problemas na relação entre empregados e seus superiores; ausência de período de pausa e descanso; local de trabalho desconfortável e inadequado; ritmo muito acelerado para cumprimento de metas; jornadas excessivas de trabalho, pressão por metas, competitividade interna e externa etc.	Dores de cabeça
2. Insônia ou hipersonia		Insônia
3. Agitação ou retardo psicomotor		
4. Fadiga ou perda de energia		Fadiga
5. Capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão		Zumbido, Perda da Audição
Os sintomas causam sofrimento significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.		Dificuldade em entender a fala

Fonte: TORRES, E.O.; PINHO, D.L.M. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 17(3):207-215. 2006.

Neste quadro é possível ver a relação entre doença física e transtorno mental, neste caso, Transtorno Depressivo, como precedente ou posterior a um diagnóstico de doença orgânica.

No que concerne ao CNAE referente aos servidores da Saúde ou Serviço Social (3,03%) segundo Torres e Pinho (57).

No desempenho de suas atividades diárias, convivem com condições de trabalho muitas vezes inadequadas, longas jornadas de trabalho, exposição a agentes potencialmente perigosos (quimioterápicos, antibióticos, desinfetantes, esterilizantes, gases anestésicos, sangue e secreções), riscos ergonômicos (movimentação e transporte de pacientes e cargas, inadequação da área física

e dos instrumentos para o desenvolvimento das atividades, movimentos repetitivos, posturas estereotipadas), riscos psíquicos (tensão, estresse, violência, sofrimento e morte dos pacientes), sobreposição de atividades (múltiplas tarefas, organização ineficaz do trabalho), além dos fatores externos ao trabalho. Esses fatores podem redundar em prejuízos para a saúde do trabalhador, afetando tanto as dimensões físicas quanto as cognitivas, emocionais e sociais.

Tais condições, como podemos observar favorecem o surgimento de Depressão relacionada com o trabalho e de outras patologias de exposição ao risco ocupacional em virtude da atividade que desempenham.

Tabela 4.2: Frequência e Prevalência de beneficiários segundo a faixa de idade - 2004

No que concerne à idade para o surgimento do Transtorno Depressivo, alguns estudiosos como Noble (11); Kaplan, Sadock e Grebb (11); Bebbington¹⁵ afirmam que a idade para o início do transtorno se dá aos 40 anos de idade.

Tabela 4.2: Frequência e prevalência de beneficiários segundo a faixa de idade e o sexo - 2004

FAIXA DE IDADE	SEXO				Total n	Total (%)
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%		
< 20	164	0.3	80	0.2	244	0.5
20 --- 25	2281	4.7	1029	2.1	3310	6.8
25 --- 30	4568	9.4	2191	4.5	6759	13.9
30 --- 35	4349	8.9	2230	4.6	6579	13.5
35 --- 40	4813	9.9	2686	5.5	7499	15.4
40 --- 45	4921	10.1	2726	5.6	7647	15.7
45 --- 50	4448	9.1	2617	5.4	7065	14.5
50 --- 55	3301	6.8	1879	3.9	5180	10.6
≥ 55	2921	6.0	1477	3.0	4398	9.0
Total	31766	65,25	16915	34,75	48681	100.0

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social por meio do Banco de Dados da DATAPREV para esta pesquisa. Agosto 2009.

No estudo pode-se observar que os beneficiários que apresentaram o transtorno e solicitaram o benefício estavam na faixa etária entre 40 a 45 anos com n = 7.647

(15.7%), confirmando a idade para surgimento do transtorno como afirmaram os estudiosos do tema. A faixa de idade que apresenta maior prevalência é de 40 a 45 anos com $n = 4.921$ (10.1%) benefícios concedidos para as mulheres e $n = 2.726$ (5.6%) para os homens.

As faixas de 35 a 40 anos correspondem a $n = 7.499$ (15.4%) beneficiários, sendo a segunda maior prevalência de solicitações de benefícios, também é nesta fase de idade que o indivíduo está no ápice de sua fase produtiva, conquistando seu espaço laboral.

A faixa etária correspondente entre os 45 a 50 anos de idade representam $n = 7.045$ (14.5%) da população total que entrou com solicitação de auxílio por incapacidade relacionada ao trabalho.

A faixa de idade correspondente aos 25 a 30 anos correspondem a $n = 6.759$ (13,9%) da população que dispõe do auxílio concedido pela previdência, seguidas da faixa de idade entre 30 a 35 anos com $n = 6.579$ (13,5%) dos beneficiários.

Como o Transtorno Depressivo pode surgir de vários fatores internos e externos ao indivíduo, dependendo da faixa de idade, fatores que propiciam o surgimento podem ser: não estar casada, não ter filhos, não estar trabalhando, morte da esposa ou marido, divórcio, instabilidade financeira, perda de emprego, doenças como câncer, Alzheimer e Parkinson.

A Tabela 4.2 mostra que a maior parte dos beneficiários corresponde ao sexo feminino, representado por 65,25% do total de beneficiários, sendo o gênero masculino representado por 34,75% do total de beneficiários. A razão de prevalência entre mulheres e homens que entram com solicitação de benefício para o transtorno depressivo é de 1,87:1

4.3 Frequência e prevalência dos beneficiários segundo o tipo de benefício - 2004

É benefício pecuniário de prestação continuada, com prazo indeterminado, sujeito à revisão periódica, que se constitui no pagamento de renda mensal ao acidentado urbano e rural, que sofreu acidente do trabalho ou doença das condições de trabalho.

O benefício acidentário espécie 91 da Previdência Social é o benefício que exige a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e é concedido ao segurado que sofre acidente de trabalho, inclusive o de trajeto, ou para aquele trabalhador que se torna portador de doença profissional. O segurado terá direito de receber o benefício até que tenha condições de retornar ao trabalho e ser habilitado para exercer outra função compatível.

O benefício de auxílio doença comum (B31) é concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente, mas que não guarda nexos com o trabalho. Este tipo de benefício não gera estabilidade.

Tabela 4.3: Freqüência e prevalência dos beneficiários segundo o tipo de benefício - 2004

Tipo de Benefício	Frequência n	Prevalência %
B 31	48592	99.82
B 91	90	0.18
Total	48682	100

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social por meio do Banco de Dados da DATAPREV para esta pesquisa. Agosto 2009.

Na Tabela 4.3 é possível verificar o número de afastamentos do trabalho por vínculo B31 ou auxílio-doença-comum $n = 48.592$ (99.82%) de todos os benefícios pagos no ano de 2004 a trabalhadores brasileiros, e, o benefício-acidentário previdenciário ou B 91 representou $n = 90$ (0.18%) de todos os benefícios concedidos, uma vez que para serem pagos foi necessário o estabelecimento do Nexos Causal entre a patologia desenvolvida e o trabalho desempenhado.

4.4 Freqüência e prevalência de beneficiários segundo os dias de inaptidão

Desde o surgimento do Transtorno Depressivo em um indivíduo até o momento em que representa um nível de significância perceptível por outros, poderá levar um período de tempo não representado nesta tabela, uma vez que, para o estabelecimento do nexos causal entre a patologia supra citada e o aval técnico do perito médico da previdência social para o afastamento do trabalhador é necessário um período de

observação do trabalhador e exames médicos periódicos para que se faça a analogia necessária entre o surgimento da doença e o trabalho.

Tabela 4.4: Freqüência e prevalência dos beneficiários segundo os dias de inaptidão - 2004

Faixa de Dias de Inaptidão	Frequência n	Prevalência %
< 30	1864	3.83
30 --- 60	4851	9.96
60 --- 90	5212	10.71
90 --- 120	3392	6.97
120 --- 150	2571	5.28
150 --- 180	2000	4.11
180 --- 210	1698	3.49
210 --- 240	1423	2.92
240 --- 270	1279	2.63
270 --- 300	991	2.04
300 --- 330	1284	2.64
330 --- 360	1030	2.12
> 365	20045	41.18
Não Especificado	1042	2.14
Total	48682	100.00

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social por meio do Banco de Dados da DATAPREV para esta pesquisa. Agosto 2009.

Assim que, dos beneficiários afastados do trabalho por TD, n = 20.045 (41,18%) receberam o benefício durante o período de um ano ou mais, ou seja, quase a metade da população que entrou com o pedido de auxílio, evidenciando o quão grave e incapacitante pode ser um transtorno mental ou de humor como é o caso do transtorno depressivo.

Outros n = 5.212 (10.71%) dos beneficiários receberam o benefício durante 2 ou 3 meses. Tempo suficiente para estabelecer o diagnóstico da patologia, iniciar o tratamento terapêutico e/ou medicamentoso e verificar a melhora do indivíduo capacitando-o para o retorno de suas atividades.

Com esses dados é possível afirmar que o Transtorno Depressivo é uma patologia que afasta o trabalhador de suas atividades por um período de tempo

significativo, incapacitando-o temporal ou permanentemente para o exercício de suas atividades.

4.5 O Custo do Pagamento de Benefícios Auxílio Acidentários e Previdenciários - 2004

No que diz respeito ao custo com o Transtorno Depressivo gasto pelo Governo Federal com os beneficiários por afastamento, pudemos constatar ser da ordem de R\$ 419.367.693,04 (quatrocentos e dezenove milhões, trezentos e sessenta e sete mil, seiscentos e noventa e três reais e quatro centavos), só com os pagamentos diretos a trabalhadores cujo prazo de benefício já se encerrou, porém se formos vislumbramos os valores com aqueles que até a presente data ainda recebem o benefício, estima-se que o valor seja de mais de 1 bilhão de reais. Estas estimativas e cálculos foram realizados com base no valor recebido mensalmente pelos trabalhadores brasileiros afastados por Depressão.

4.6 Anos Potenciais de Trabalho Perdido por Transtorno Depressivo

Tabela 4.6: Frequência e prevalência de beneficiários segundo os anos de trabalho potencial perdidos e o sexo - 2004

Anos potenciais de trabalho perdido	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 --- 5	2160	4.44	0	0	2160	4.44
5 --- 10	3249	6.67	0	0	3249	6.67
10 --- 15	4288	8.81	16861	34.64	21149	43.44
15 --- 20	4877	10.02	4	0.01	4881	10.03
20 --- 25	4925	10.12	16	0.03	4941	10.15
25 --- 30	4439	9.12	10	0.02	4449	9.14
30 --- 35	4721	9.70	9	0.02	4730	9.72
35 --- 40	2736	5.62	10	0.02	2746	5.64
40 --- 45	371	0.76	5	0.01	376	0.77
Total	31766	65.25	16915	34.75	48681	100.00

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Previdência Social por meio do Banco de Dados da DATAPREV para esta pesquisa. Agosto 2009.

Estes dados são reveladores do número de anos de trabalho perdidos por transtorno depressivo em trabalhadores brasileiros e revelam também que as mulheres são mais afetadas em razão dos anos potenciais de trabalho perdidos, representado *rp* 1,87:1.

Também foi observado que as mulheres permanecem mais anos afastadas do trabalho que os homens (65,25%). Em decorrência da patologia os homens perdem entre 10 e 15 anos de atividade laboral (34,64%), já entre as mulheres esse dado revela que elas perdem entre 20 e 25 anos de atividade laboral (10,12%), e entre 15 e 20 anos (10,02%), entre 30 e 35 anos (9,70%), e entre 25 e 30 anos (9,12%).

Neste quesito devem ser levados em consideração que a idade de aposentadoria para os homens é 65 anos e, para as mulheres, 60 anos de idade. Deste modo, se a idade de surgimento para a patologia é para as mulheres, bem como para os homens a faixa etária entre 40 e 45 anos, representa que as mulheres possuem menos probabilidade de voltar à vida laboral em relação aos homens. .

5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

No estudo desenvolvido foi possível constatar que a prevalência dos beneficiários, de acordo com o CNAE teve prevalência maior no quesito Não Especificado (40,10%) os quais no momento de preenchimento da CAT não responderam a CNAE que pertenciam. A segunda maior prevalência foi observada em Outros (34,69%) e, isto se deve ao fato de que esses beneficiários se enquadram em mais de uma categoria de CNAE. Assim que a confiabilidade dos dados pode estar contaminada, por falta do preenchimento correto da CAT uma vez que não foram elaborados com a finalidade de servir a pesquisa, mas sim como indicadores. Os servidores da administração pública, defesa e seguridade social, bem como os profissionais do transporte rodoviário e, da saúde e dos serviços sociais apresentam menos defesas em relação aos demais setores profissionais para apresentar quadro de Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente estabelecendo Nexo Causal entre a patologia desenvolvida e o trabalho desempenhado.

Nos estudos de Noble (14), Kaplan, Sadock e Grebb (11), bem como nos de Bebbington (15), é possível observar que a faixa etária para a ocorrência do transtorno depressivo está entre os 40 anos de idade, ápice da vida laboral de qualquer cidadão. No estudo desenvolvido para observância da Depressão como causa de incapacidade para o trabalho no Brasil, foi possível constatar que o surgimento do Transtorno Depressivo causa afastamento acentuado do trabalho nas faixas etárias compreendidas entre 40 e 45 anos (15,7%), seguido de maior prevalência entre os 35 e 40 anos de idade (15,45), tendo os cidadãos entre 45 e 50 anos a terceira maior prevalência de afastamento do trabalho em decorrência do transtorno depressivo (14,5%).

Kaplan, Sadock e Grebb (11) também afirmam que esse transtorno é mais comum em mulheres, sendo que neste estudo foi possível observar que as mulheres representam duas vezes mais afastamentos do trabalho por transtorno depressivo que os homens, sendo que no estudo elas representam 29,1% de todos os afastamentos de trabalho, enquanto que os homens representam 15% dos afastamentos. Razão de prevalência encontrada de 2:1.

Ainda segundo estes autores o Transtorno Depressivo recorrente é mais comum na faixa de idade compreendida entre os 40 e 45 anos de idade, este fato foi comprovado com a pesquisa feita no banco de dados da Previdência Social no Brasil.

No que concerne aos dias de inaptidão para desempenhar as atividades laborais, observou-se que a Depressão incapacita por um período não inferior de tempo correspondente a 90 dias, ou seja, 3 meses, ficando o ônus do pagamento por esse benefício nos primeiros 15 dias de auxílio-doença a cargo do empregador (artigos 59 e 60, parágrafo 3º da Lei nº. 8.213/1991) e o restante de dias a cargo do governo brasileiro por meio de seu Instituto Nacional de Seguridade Social.

No auxílio-doença a incapacidade é presumidamente temporária, assim o benefício deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho, ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez. Sua obtenção independe de carência (artigo 26, II da Lei 8213 de 1991)

Neste estudo foi observado que um número expressivo de auxílios-acidente está sendo pago a beneficiários por um período superior a 365 dias, ou seja, por mais de um ano (41,18%), assim que, vale ressaltar, a depressão é uma doença que afasta por longos períodos de tempo o trabalhador de suas atividades laborais, pois o curso e tratamento da doença devem ser observados devido sua gravidade. Deste modo, encontram-se recebendo benefício pois o nexo causal foi estabelecido entre o trabalho e a patologia, bem como, é realizada perícia, por profissional habilitado pelo INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social periodicamente para comprovar a necessidade do empregado continuar afastado de seu trabalho e do tratamento a ser realizado.

No que diz respeito ao custo com o Transtorno Depressivo gasto pelo Governo Federal com os beneficiários em afastamento, pudemos constatar ser da ordem de R\$ 419.367.693,04 (quatrocentos e dezenove milhões, trezentos e sessenta e sete mil, seiscentos e noventa e três reais e quatro centavos), só com os pagamentos diretos a trabalhadores cujo prazo de benefício já se encerrou, porém se formos vislumbra os valores com aqueles que até a presente data ainda recebem o benefício, estima-se que o valor seja de mais de 1 bilhão de reais. Estas estimativas e cálculos foram realizados com base no valor recebido mensalmente pelos trabalhadores brasileiros afastados por Depressão.

Nessa perspectiva observa-se que o Brasil ainda tem um grande déficit em aceitar a depressão como causa de incapacidade para o trabalho, estando sempre associando a patologia a outros eventos como pessoais, genéticos ou químicos.

Desassociando inclusive, os fatores que predispõem um indivíduo à depressão desenvolvida no contexto organizacional, tais como: Medo, por desempenhar um trabalho onde o perigo seja eminente, é o caso dos bancários, seguranças de bancos, vigias noturnos. Também se relaciona como fatores a Pressão Temporal, as atividades consideradas desprestigiadas, o assédio moral, a falta de autonomia, insatisfação com o trabalho, coerção, relações desfavoráveis de trabalho e ambientes “moralmente” insalubres.

Entende-se que o estudo contribui para que as empresas e órgãos públicos possam, em suas medidas de trabalho preventivas à saúde laboral de seus trabalhadores criar meios para o não surgimento de patologias mentais, ou seja, criar ambientes saudáveis de atividades e evitar a exposição desnecessária de seus trabalhadores a situações extremas de risco ocupacional.

Tais medidas devem ser estudadas e firmadas nos Programas de Prevenção de Riscos Laborais (PPRL) e supervisionadas por técnico competente para fazer valer suas diretrizes. Os Departamentos de Recursos Humanos das instituições públicas e privadas são o “termômetro” para perceber o adoecimento funcional. Instituições com demandas frequentes por parte de seus trabalhadores de atestados médicos, são um indício de que algo não caminha bem na empresa, setor ou departamento que mais os apresenta.

Uma organização adoecida tem seu desenvolvimento prejudicado, uma organização adoecida é como um ser humano adoecido, enquanto não se combate a causa do adoecimento não existe produtividade e desenvolvimento, pois as forças necessárias para o bem-estar estão concentradas na patologia.

A partir daí é possível uma análise da situação que corrobora para esse adoecimento nas organizações. A causa estando presente, basta saber interpretar os sintomas e escolher a melhor terapêutica para prevenir as causas da patologia.

O monitoramento dos setores e / ou departamentos nas organizações por meio dos profissionais da Medicina do Trabalho é importante e eficaz em localizar os pontos de adoecimento funcional.

É necessário mais pesquisa no campo da saúde mental do trabalhador brasileiro, a Depressão é somente uma das causas de afastamento do trabalho, outros transtornos como o Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Fobias e Stress Pós-Traumático são carentes de conhecimento e estudos. O Assédio Moral por parte de empregadores ainda é assunto novo, observa-se que ainda são poucos os profissionais que acusam seus empregadores de assédio moral. Esses estudos são de grande relevância e devem ser feitos com o objetivo de preservar a saúde mental da população brasileira.

SUGESTÕES

- O monitoramento dos setores e / ou departamentos nas organizações por meio dos profissionais da Medicina do Trabalho é importante e eficaz em localizar os pontos de adoecimento funcional.
- É necessário mais pesquisa no campo da saúde mental do trabalhador brasileiro, a Depressão é somente uma das causas de afastamento do trabalho, outros transtornos como o Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Fobias e Stress Pós-Traumático são carentes de conhecimento e estudos.
- O Assédio Moral por parte de empregadores ainda é assunto novo, observa-se que ainda são poucos os profissionais que acusam seus empregadores de assédio moral.

Esses estudos são de grande relevância e devem ser feitos com o objetivo de preservar a saúde mental da população brasileira.

REFERENCIAS

01. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL através do site <http://www.previdenciasocial.gov.br/>
02. DEL PORTO, J.A. - Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. Rev Bras Psiquiatr 26(Supl 3):3-6, 2004.
03. BANKI, C. M. Serotonin: La chica de moda in Biological Psychiatry?. Biol. Psych. (1991) Vol. 29 N°29. pp: 949-952.
04. CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria da Administração. 5 ed. São Paulo: Makron Books, 1997.
05. www.juslaboral.net
06. MACEDO, E.I.N. Transtornos Psiquiátricos e Produtividade no Trabalho. Clínica Pró labore. Texto extraído da Internet por meio do site http://www.prolavore.com.br/pfd/trans_pisiq_prod_trabalho.pdf em 22 de outubro de 2008 as 17h53
07. ALIGHIERI, D. A Divina Comédia. Coleção A Obra Prima de Cada Autor. Série Ouro. Ed. Martin Claret. 2007
08. SCLIAR, M. Saturno nos trópicos: a melancolia européia chega ao Brasil. São Paulo, Companhia das Letras, 2003.
09. Extraída da Internet no site <http://adquarulhos.sites.uol.com.br/aula29at.html> em 16 de julho de 2009 as 14:23h.
10. RIBEIRO, J. P. O ciclo do Contato. Ed. Summus, 1997.
11. KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Trad. Dayse Baptista. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.1997.
12. JUSTO, L.P.; KALIL, H.M. - Anxious and depressive symptoms in Latin American women: questions about societal factors. Submitted to J Affect Disord.
13. ALMEIDA-FILHO, N. et al. - Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. Soc Sci Med 59:1339-53, 2004
14. NOBLE, RE. - Depression in women. Metabolism 54(5 S1): 49-52, 2005.

15. BEBBINGTON, P.E. - Sex and depression. *Psychol Med* 28:1-8, 1998. BROWN, D.R. et al. - Major depression in a community sample of African Americans. *Am J Psychiatry* 152:373-8, 1995.
16. ANGST, J. et al. - Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252(5):201-9, 2002.
17. MACKINNON RA, MICHAELS RA. A entrevista psiquiátrica na prática diária. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1981.
18. OLIVEIRA, P.R.A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um Novo Olhar Sobre a Saúde do Trabalhador. Tese de Doutorado defendida em 2008. Universidade de Brasília
19. CAVALCANTE, A.M. Raízes Depressivas do Brasil. Retirado do site <http://priory.com/psych/mour0500.htm> em 03 de Outubro de 2007 as 15:52.
20. OMS - Organização Mundial de Saúde. Disponível no site <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf> em 07/10/2008 as 02:23h.
21. FERREIRA, JB. Trabalho, Sofrimento e Patologias Sociais: Do assédio moral à servidão voluntária no trabalho. Universidade de Brasília. Disponível no site: <http://knol.google.com/k/joo-batista-ferreira/trabalho-sofrimento-e-patologias-sociais/drhfmn4ef1fm/2?locale=pt> em 07/10/2008 as 01:17h.
22. DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 21-32). São Paulo, SP: Atlas. 1994
23. REBECCHI, E. O sujeito frente à inovação tecnológica. Petrópolis. Ed. Vozes, Ibase, 1991
24. RIQUELME H. Ensayos psicoculturales. Buenos Aires. Ed. Búsqueda, 1987
25. ANTUNES, S. Relógio da Sala. Ed. Salesiana Dom Bosco. São Paulo, SP. 1986
26. AMA – American Medical Association por meio do site: <http://www.ama-assn.org/> ou <http://www.htmlstaff.org/ver.php?id=8999> (versão em português).
27. MENDES, R.. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996, 643 pp

28. KESSLER, R.C.; FRANK, R.G. – The Impact of psychiatric disorders on works loss days. Boston-United States of America. *Psychological Medicine* 1997, 27:861-873.
29. KESSLER R.C.; BARBER, C.; BIRNBAUM H.G.; FRANK, R.G.; GREENBERG, P.E.; ROSE, R.M.;G SIMON, G.E.; WANG, P. Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Affairs*, Vol 18, 1999, 163-171.
30. LIM D, SANDERSON K, ADREWS G. Lost Productivity Among Full-Time Workers With Mental Disorders. Sydney-Austrália. 2000.
31. STHEPHENS T, JOUBERT N. The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. Canada. *Chronic Diseases in Canada* 2001. Vol. 22 n 1.
32. THOMAS CM, MORRIS S. Cost of depression among adults in England in 2000. United Kingdon. *The British Journal of Psychiatry* 2003. 183:514-519.
33. PIIRAINEN, H; RÄSÄNEN, K; KIVIMÄKI, M. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: A population-based survey. *Journal of occupational and environmental medicine*;45(2):175-84, Feb. 2003.
34. PAROSKI, M.V. Assédio Moral no Trabalho. Retirado do site Jus Navigandi no endereço eletrônico <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9021> em março de 2007, as 03:25 AM.
35. DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 21-32). São Paulo, SP: Atlas. 1994
36. HEERS, J. O Trabalho na Idade Média. Ed. Europa-América. Coleção Saber. 1988
37. MOLON, Rodrigo Cristiano. Assédio Moral no Ambiente de Trabalho e a Responsabilidade Civil. *Revista Eletrônica Jus Navigandi*. Extraído do site <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6173> 12 de novembro de 2008, as 09:08 AM.
38. SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org.) *Patologia do trabalho*. S.P.: Atheneu, 1995.
39. TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. (Org.) *Trabalho e tecnologia; dicionário crítico*. 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1997, p.215-19
40. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: MS, 2001

41. LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Stress appraisal and coping. N.T.: Spring Publishing Company, 1984.
42. LIPP. M.E. *Stress e suas implicações*. Estudos de Psicologia, v.1, n.3 e 4, p.5-19, 1984.
43. <http://www.cna.org.br/RelacoesTrabalho/Previdencia/Lei8213.htm>, extraído em 11 de novembro de 2008 as 11:37 AM.
44. Retirado da Internet no site <http://www.cna.org.br/RelacoesTrabalho/Previdencia/Lei8213.htm>
45. Extraído da internet, no dia 11 de novembro de 2008 as 12:26 AM por meio do site http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_13_04-A2.asp , no dia 11 de novembro de 2008 as 12:26 AM.
46. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Retirado da internet no dia 18 de julho de 2008 as 19:51 PM no seguinte endereço eletrônico <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/trabalhador/periodicos.html>
47. BIBLIOMED. BIBLIOTECA DE MEDICINA. Artigo obtido na Internet no dia 17 de dezembro de 2008 as 23h48, por meio do site: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4972&ReturnCatID=1801>
48. LOUZADA, Rita de Cássia R. A Pesquisa em Saúde do Trabalhador no Brasil: Anotações Preliminares. Revista Espaço Acadêmico. Nº 45, Fevereiro/2005. Ano VI. ISBN 15196186.
49. GOMES-MINAYO, C & THEDIM-COSTA, S. (1997) “A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas”. Ver. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13, suppl. 2, p.1-32
50. KESSLER, R.C.; WALTERS, E.E. - Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 7:3-14, 1998.
51. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Retirado da Internet em 23 de Janeiro de 2009, as 4:37 AM. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1
52. Sabedoria Oriental
53. CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1995

- 54.** LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Relatório, Publicações e Trabalhos Científicos. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1986.
- 55.** BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. Revista Paraense de Medicina. v.20 n.4 Belém, dezembro, 2006
- 56.** ROUQUAYROL, M. Z., Epidemiologia & Saúde. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi. 1994
- 57.** TORRES, E.O.; PINHO, D.L.M. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. Comun Ciênc Saúde. 17(3):207-215. 2006.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 58.** Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, disponível na Internet no site:
<http://www.priberam.pt/DLPO/>
- 59.** ANGST, J. - Epidemiology of depression. In: Honig, A.; Van Praag, H.M. (eds.). Depression: neurobiological, psychological and therapeutic advances. Chichester: John Wiley & Sons, 1997. pp. 17-29.
- 60.** KESSLER, R.C. - Epidemiology of women depression. *J Affect Disord* 74(1):5-13, 2003.
- 61.** OLSEN, L.R.; MORTENSEN, E.L.; BECH, P. - Prevalence of major depression and stress indicators in Danish general population. *Acta Psychiatr Scand* 109(2):96-103, 2004.
- 62.** STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. - Hormones and mood: from menarche to menopause. *J Affect Disord* 74:67-83, 2003.
- 63.** SULLIVAN, P.F.; NEALE, N.C.; KENDLER, K.S. - Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 157:1552-62, 2000.
- 64.** TITTONI, J. Saúde mental e trabalho: conquistas, impasses, devires...ou a vida em produção. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Orgs.) Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. S.P.: VK, 2000, p.272-94.
- 65.** WEISS, E.L.; LONGHURST, J.G.; MAZURE, C.M. - Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 156:816-28, 1999.
- 66.** WEISSMAN, M.M. et al. - Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 29:77-84, 1993.
- 67.** WEISSMAN, M.M. et al. - Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276(4):293-9, 1996.
- 68.** KRAEPELIN, E. *Dementia Praecox, Manic Depressive Insanity and Paranoia* (1921). Translated by Barclay RM. In: Robertson GM, editor. Birmingham: The Classics of Medicine Library. Reedição. Edinburgh: E & S Livingstone, 1989.
- 69.** BLEULER, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985

- 70.** PARKER, G.; HADZI-PAVLOVIC, D.; WILHEM, K.; HICKIE, I.; BRODATY, H.; BOYCE, P., et al. Defining melancholia: properties of a refined sign-based measure. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:316-26.
- 71.** WORLD HEALTH ASSOCIATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- 72.** AKISKAL, H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996;16(2) Sup.
- 73.** GOMES, J.R.; RIBEIRO, H.P. et al. LER: Conhecimentos, Práticas e Movimentos Sociais. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. 1997

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

ANEXO 2 - AGENTES PATOGÊNICOS OU ETIOLÓGICOS E DOENÇAS RELACIONADAS COM OS RESPECTIVOS AGENTES OU FATORES DE RISCO SEGUNDO A RPS D-003.048-1999.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

I – Identificação do Projeto

Título da Pesquisa

A Prevalência do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente em Trabalhadores no Brasil em 2004

Registro CEP: 77/09 – Grupo II. **Data de Entrada:** 11/08/2009

Instituição Sediadora: Faculdade de Ciências da Saúde.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Dissertação de Mestrado

Pesquisadora Responsável: Rosa Otília Abdon Martins

Orientador: Elionenai Dornelles Alves

II – RESUMO CONSUBSTANCIADO DO PROJETO

Trata-se de estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, transversal, e descritiva, que visa a avaliar a prevalência do Transtorno Depressivo e o Transtorno Depressivo Recorrente como fator de incapacidade ocupacional em 48.683 trabalhadores do Brasil. Para atingir tal objetivo, utilizará banco de dados fornecidos em CD-ROM pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e DATAPREV. No banco de dados disponibilizado pelo INSS consta os dados de benefícios concedidos aos trabalhadores brasileiros por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente no período compreendido entre 2000 e 2007, mas o estudo será focalizado apenas nos dados referente ao ano de 2004. A pesquisa tem por objetivos específicos: determinar os ramos de atividade com maior prevalência do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente; avaliar a faixa etária para o surgimento e curso do Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente; determinar os tipos de benefícios concedidos por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente; determinar o tempo de duração dos benefícios concedidos por Transtorno; depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente; determinar o custo dos benefícios concedidos durante o período de auxílio recebido; e determinar os anos potenciais de trabalho perdido nos trabalhadores por Transtorno Depressivo e Transtorno Depressivo Recorrente.

III – COMENTÁRIOS CONSUBSTANCIADOS COMPLEMENTARES.

A pesquisadora informa na Carta de Apresentação que o presente estudo encontra-se na fase final dos trabalhos. Justifica que a coleta e análise dos dados foi realizada sem a prévia autorização do CEP porque as informações disponibilizadas na Secretaria do PPGCS/FS e no próprio Comitê de Ética/FS orientaram no sentido de que não haveria necessidade da avaliação do projeto pelo Comitê. Apresenta Ofício assinado pelo Coordenador-Geral de Estatística, Demografia e Atuária da Secretaria de Políticas de Previdência Social do Ministério da Previdência Social, Sr. Eduardo da Silva Pereira, onde se mostra ciente da realização do estudo e informa que os dados fornecidos "não trazem elementos que permitam a identificação dos segurados e empresas, visando a garantir a proteção à sua intimidade, vida privada e imagem". Por essa impossibilidade de identificação dos trabalhadores, e por não ter tido contato direto com seres humanos durante o estudo, a pesquisadora solicita a dispensa do TCLE. O cronograma do estudo prevê a apreciação do projeto pelo comitê no mês de Agosto, mesmo período dedicado à análise e discussão dos dados. A defesa da dissertação está prevista para o mês de Setembro. O orçamento isenta de ônus o Ministério da Previdência Social e a Universidade de Brasília, ficando a cargo da pesquisadora os custos da pesquisa.

IV – Parecer

Como não se trata de projeto de pesquisa envolvendo seres humanos ou levantamento de dados de prontuários, o CEP/FS-UNB decide por retirar o projeto da pauta.

Brasília, 09 de maio de 2009

Shirley Oliveira

Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos - CEP/FS

19/09/09

Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos - CEP/FS

Agentes patogênicos ou Etiológicos e Doenças Relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de risco segundo a RPS D-003.048-1999, revista e atualizada anualmente.

Na coluna à esquerda, dos agentes etiológicos, estão sendo referenciados apenas aqueles nos quais aparecem como causadores de transtornos mentais, uma vez que a Tabela que deu origem a esta constam de mais de 60 itens e na maioria não estão destacados esses transtornos.

Na coluna à direita, das doenças causalmente relacionadas com os respectivos agentes ou fatores de riscos, optamos por apresentar em itálico e negrito as doenças relacionadas com transtorno mental, objeto do estudo.

Agentes Etiológicos ou Fatores de Risco de Natureza Ocupacional	Doenças Causalmente Relacionadas com os Respetivos Agentes ou Fatores de Risco (Denominadas e Codificadas segundo a CID-10)
III - Benzeno e seus homólogos tóxicos	5. Leucemias (C91-C95.-) 6. Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) 7. Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) 8. Hipoplasia Medular (D61.9) 9. Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) 10. Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) 11. Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemóide (D72.8) 12. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 13. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 14. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 15. Episódios depressivos (F32.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 16. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) 17. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 18. Hipoacusia Ototóxica (H91.0) (Tolueno e Xileno) 19. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 20. Efeitos Tóxicos Agudos (T52.1 e T52.2)
XIII - Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	7. Angiossarcoma do fígado (C22.3) 8. Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-) 9. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 10. Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-)

11. Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-)
12. Outras porfirias (E80.2)
- 13. Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) (Brometo de Metila)**
- 14. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-)**
- 15. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-)**
- 16. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)**
- 17. Episódios Depressivos (F32.-)**
- 18. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0)**
19. Outras formas especificadas de tremor (G25.2)
20. Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9)
21. Transtornos do nervo trigêmeo (G50.-)
22. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) (n-Hexano)
23. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1)
24. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2)
25. Conjuntivite (H10)
26. Neurite Óptica (H46)
27. Distúrbios visuais subjetivos (H53.-)
28. Outras vertigens periféricas (H81.3)
29. Labirintite (H83.0)
30. Hipoacusia ototóxica (H91.0)
31. Parada Cardíaca (I46.-)
32. Arritmias cardíacas (I49.-)
33. Síndrome de Raynaud (I73.0) (Cloreto de Vinila)
34. Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) (Cloreto de Vinila)
35. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0)
36. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1)
37. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA-RADS) (J68.3)
38. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)
39. Doença Tóxica do Fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2); Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8)
40. Hipertensão Portal (K76.6) (Cloreto de Vinila)
41. "Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas" (L08.9)
42. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-)
43. "Cloracne" (L70.8)
44. Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: "Melanodermia" (L81.4)
45. Outros transtornos especificados de pigmentação: "Profíria Cutânea Tardia" (L81.8)
46. Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérnio (T33) (Anestésicos clorados locais)

	<p>47. Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Anestésicos clorados locais) 48. Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos) (Cloreto de Vinila) 49. Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-) 50. Insuficiência Renal Aguda (N17) 51. Efeitos Tóxicos Agudos (T53.-)</p>
<p>XV - Manganês e seus compostos tóxico</p>	<p>7. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) 8. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 9. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 10. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 11. Episódios Depressivos (F32.-) 12. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) 13. Parkisonismo Secundário (G21.2) 14. Inflamação Coriorretiniana (H30) 15. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (J68.0) 16. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 17. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.2)</p>
<p>XVI - Mercúrio e seus compostos tóxicos</p>	<p>6. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 7. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 8. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 9. Episódios Depressivos (F32.-) 10. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) 11. Ataxia Cerebelosa (G11.1) 12. Outras formas especificadas de tremor (G25.2) 13. Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) 14. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) 15. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 16. Arritmias cardíacas (I49.-) 17. Gengivite Crônica (K05.1) 18. Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) 19. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) 20. Doença Glomerular Crônica (N03.-) 21. Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) 22. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.1)</p>

<p>XVII - Substâncias asfixiantes: Monóxido de Carbono, Cianeto de Hidrogênio ou seus derivados tóxicos, Sulfeto de Hidrogênio (Ácido Sulfídrico)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) 2. Transtornos do nervo olfatório (Inclui "Anosmia") (G52.0) (H2S) 3. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) (Seqüela) 4. Conjuntivite (H10) (H2S) 5. Queratite e Queratoconjuntivite (H16) 6. Angina Pectoris (I20.-) (CO) 7. Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) (CO) 8. Parada Cardíaca (I46.-) (CO) 9. Arritmias cardíacas (I49.-) (CO) 10. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Bronquite Química Aguda") (HCN) 11. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores ("Edema Pulmonar Químico") (J68.1) (HCN) 12. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA-RADS) (J68.3) (HCN) 13. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) (HCN; H2S) 14. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.3; T58; T59.6)
<p>XIX - Sulfeto de Carbono ou Dissulfeto de Carbono</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) 2. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 3. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 4. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 5. Episódios Depressivos (F32.-) 6. Neurastenia (Inclui "Síndrome de Fadiga") (F48.0) 7. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) 8. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 9. Neurite Óptica (H46) 10. Angina Pectoris (I20.-) 11. Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) 12. Aterosclerose (I70.-) e Doença Aterosclerótica do Coração (I25.1) 13. Efeitos Tóxicos Agudos (T52.8)

FONTE: Site do Ministério da Saúde. Nota: Esta tabela enfatiza os agentes etiológicos que contribuem para o surgimento de um transtorno mental ou depressivo, a Tabela na íntegra consta do anexo deste trabalho (tabela 2).