



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PSICOMÉTRICOS
DE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE
FRIGORÍFICOS DO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Romilda Guiland, MSc

Florianópolis.

2017

Romilda Guiland, MSc

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PSICOMÉTRICOS DE
AGRAVOS À SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE
FRIGORÍFICOS DO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de doutora em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia das Organizações e do Trabalho

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e de Saúde no Trabalho e nas Organizações

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Florianópolis

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Guilland, Romilda.

Aspectos epidemiológicos e psicométricos de agravos à saúde mental de trabalhadores de frigoríficos do oeste do estado do Paraná/

Romilda Guilland; orientador, Roberto Moraes Cruz - Florianópolis, SC, 2017.

164 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,

Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programade Pós-Graduação em Psicologia.Inclui referências

1. Saúde mental. 2. Transtornos mentais e comportamentais. 3. Prevalência.

4. Propriedades Psicométricas do IP-T. I. Cruz, Roberto

Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina.Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Para realizar esta tese contei com o apoio e incentivo de inúmeras pessoas, que sem as quais não teria sido possível tornar realidade e para as quais estarei eternamente grata.

Ao Professor Doutor Roberto Moraes Cruz, pela sua orientação, pelo apoio, incentivo, paciência, disponibilidade e por todas as palavras de incentivo e carinho, que me fizeram rir e seguir em frente, e as quais foram demonstradas em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

A todos os professores, técnicos e profissionais do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, e aos técnicos e demais profissionais da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela atenção e carinho dedicados nestes 4 anos de caminhada.

Aos presidentes dos Sindicatos dos Trabalhadores em Cooperativas Agrícolas, Agropecuárias e Agroindustriais de Medianeira e Região (SINTRACOOM.), do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentos de Toledo PR e da Associação dos Portadores de LER/DORT (APLER) que permitirem e facilitarem o acesso aos trabalhadores de indústria de abate afastados de suas atividades por apresentar doença ocupacional. Além destes, agradeço a Federação das Indústrias do Estado do Paraná e a Agência da Previdência Social, que prontamente colaboraram fornecendo os dados solicitados.

A todos os trabalhadores de indústria de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, que participaram do presente estudo de forma indireta e direta. Muitos, apesar do sofrimento causado pelo

adoecimento, dedicaram seu tempo para responder os instrumentos de coleta, propiciando que a tese fosse realizada.

Aos alunos da Faculdade Sul Brasil (Jornei Mozel, Ronaldo Antônio Pereira dos Santos e André Roberto Bronca), que se mostraram interessados em participar da coleta de dados. A todos que estavam presentes e se mostraram pacientes e dedicados para, além de coletar dados, ouvir o sofrimento relatado pelos trabalhadores, meu muito obrigado.

Às meus amigos e colegas, Erickson Kaszubowski, Gabriela Mello Sabbag e Maria Cristina d'Avila de Castro, e aos demais colegas do Laboratório Fator Humano, do Departamento de Psicologia da UFSC, que me ajudaram no desenvolvimento desta tese.

A todos meus amigos que me acompanharam nessa longa travessia, pela confiança e compreensão dedicados nos momentos mais difíceis e, por compreender que nem sempre pude estar presente em muitos eventos importantes, para que este trabalho pudesse ser realizado.

A meus filhos, José Julio e Lucas, que trazem luz e alegria para minha vida. Vocês que reclamavam minha ausência, mas que também souberam compreender e me incentivar para que o trabalho fosse realizado.

São muitos ainda a quem devo agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, colaboraram com seu apoio em distintos momentos, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigado!

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre prevalência de transtornos mentais e comportamentais (TMC) e os indicadores de fatores psicológicos de agravos à saúde mental em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, afastados das atividades laborais por apresentar doença ocupacional. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, de cunho exploratório e descritivo. Foram realizados dois estudos: um epidemiológico e outro psicométrico. No primeiro, foram utilizados dados secundários: da RAIS e do INSS, considerou-se os benefícios referentes ao auxílio doença previdenciário (B31) e o auxílio doença por acidente de trabalho (B91), no período entre 2008 e 2014. No Brasil, a prevalência de benefícios concedidos para trabalhadores afastados do trabalho, foi de 5,33% e, destes, apenas 0,45% referem-se a transtornos mentais e comportamentais. Os transtornos depressivos apresentaram prevalência de 39,38%. Do total de benefícios concedidos, apenas 0,03% referem-se ao B91. O Sul do país (0,66%) exibiu a maior prevalência de benefícios concedidos para os TMC, em detrimento do Sudeste (0,63%) e do Centro Oeste (0,28%). O Paraná é o estado que mais contratou trabalhadores para as indústrias de abate, porém em relação ao benefício B91 ficou abaixo (0,03%) do Rio Grande do Sul (0,18%) e Santa Catarina (0,07%). No segundo estudo foram realizadas análises das propriedades psicométricas do Inventário de Fatores Psicológicos para Doenças Relacionadas ao Trabalho (IP-T), e buscou-se evidências de correlação entre ansiedade e depressão (HADS), transtornos leves (SQR-20) e fatores psicológicos relacionados ao trabalho (IP-T). Além destes, foi utilizado o protocolo de anamnese ocupacional. Participaram 358 trabalhadores da região oeste do Paraná. Sobre o IP-T, todas as subescalas se mostraram preditoras positivas da condição de afastamento por doença ocupacional. A curva ROC ficou entre 0,64 e 0,84, o que indica que todas as subescalas do IP-T se mostraram preditores positivos da condição de afastamento por doença ocupacional. A matriz de correlação entre as escalas utilizadas na pesquisa é bastante uniforme, com coeficientes entre 0,80 e 0,91, sugerindo convergência entre as subescalas do IP-T e outras escalas, mas mostrou também um fraco poder discriminativo. Os índices de

fidedignidade variaram de moderado a forte. O maior índice, para o IP-T Ansiedade, é de 0,94 (0,95); o menor índice é da subescala de Habilidades Sociais: 0,74 (0,78). Os escores das escalas de ansiedade, transtornos somatoformes e depressão são tão confiáveis quanto às escalas utilizadas para comparação. Nos dois estudos, houve prevalência de transtorno depressivo. Porém, os trabalhadores afastados por TMC são mais jovens, são mulheres e permanecem menos tempo incapacitados, dos que apresentam outras doenças ocupacionais, somada ao sofrimento mental, estes estão com idade superior a 40 anos e ficam mais tempo em tratamento. Os sintomas álgicos foram considerados como uma evidência de que as atividades realizadas nas indústrias de abate podem gerar doenças ocupacionais. Como apenas a intensidade dos sintomas álgicos foi diferente, maior para os afastados, sinaliza que embora os trabalhadores não afastados ainda não fossem considerados doentes, os sintomas estão presentes, o que indica que a linha que separa um trabalhador saudável de um considerado doente é muito tênue. O aumento de casos de transtorno depressivo, somado a redução dos benefícios B91 concedidos e a diferença regional para a concessão de benefícios, sinaliza que não diminuíram as ocorrências dos transtornos mentais, mas que no Brasil, ainda existem dificuldades para estabelecer o nexo entre transtornos mental e trabalho. Dificuldades estas, que podem sofrer não somente influências técnicas, mas também culturais e sociais.

Palavras-Chave: saúde mental, transtornos mentais e comportamentais, prevalência, trabalhadores de frigoríficos, epidemiologia e propriedades psicométricas

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze the relationship between mental and behavioral disorders (TMC) and the indicators of psychological factors of mental health injuries in workers of slaughtering industries of swine, poultry and other small animals, absent from work due to occupational disease. Two studies were carried out: one was epidemiologic and the other was psychometric in nature. The first study, which used secondary data –from RAIS and INSS – considered benefits falling under social security sick pay (B31) and sick pay for accident at work (B91) for the period between 2008 and 2014. In Brazil, the prevalence of benefits awarded to employees on sick leave was 5.33% and, of those, only 0.45% were related to mental and behavioral disorders. Of these, depressive disorders showed a prevalence of 39.38%. Of the total of awarded benefits, only 0.03% were of type B91. The South region of the country showed the highest prevalence of benefits awarded to employees: 0.66%, while the Southeast region showed a prevalence of 0.63% and the Mid-West region 0.28%. Paraná is the state which has the highest rate of contracted meatpacking industry workers; nevertheless, the awarded B91 benefits there remained at 0.03%, below those of Rio Grande do Sul (0.18%) and Santa Catarina (0.07%). The second study analyzed psychometric properties from the Inventory of Psychological Factors in Work-Related Illnesses (IP-T) and looked for evidence of correlation between anxiety and depression (HADS), light disorders (SQR-20) and psychological factors related to work (IP-T). Apart from these the protocol for occupational anamnesis was used. The participants were 358 meatpacking workers from the West of Paraná. All the sub-scales of the IP-T proved positive predictors for absence from work due to occupational illness. The ROC curve remained between 0.64 and 0.84, this indicates that all IP-T subscales were positive predictors of occupational disease leave. The correlation matrix between the scales used in the research is very uniform, with coefficients between 0.8 and 0.91, which suggests convergence between the sub-scales of the IP-T and other scales; but it also showed a weak discriminative power. The reliability indices are ranged from moderate to severe. The highest index, for the IP-T anxiety, is 0.94 (0.95) and the lowest index, for the sub-scale of Social Abilities, is 0.74 (0.78). The scores of the scales for

anxiety, somatic symptom disorders and depression are as reliable as the scales used for comparison. Both studies showed a prevalence of depressive disorder. Although employees on sick leave due to mental and behavioral disorders are generally younger women, who remain unfit for work for shorter periods, those who present other occupational illnesses on top of mental suffering, are generally older than 40 and receive treatment for longer periods. Pain symptoms were considered evidence that the activities carried out in the meatpacking industry can cause occupational illnesses. The fact that at least the intensity of the pain symptoms was different – greater for those on sick leave – indicates that, although the employees not on sick leave were still not considered sick, they present similar symptoms, which in turn indicates that the line that separates a healthy employee from a sick one is very thin. The increase in cases of depressive disorder, added to the decrease of awarded B91 benefits, with a regional difference in the granting of benefits, does not indicate that the occurrence of mental disorders is decreasing, but that, in Brazil, there still exist difficulties to establish the connection between mental disorders and work. These difficulties cannot solely be ascribed to technical influences; cultural and social influences must also be taken into account.

Key words: Mental health, mental and behavioral disorders, prevalence, slaughterhouse workers, epidemiology and psychometric properties

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre prevalencia de trastornos mentales y de conducta (TMC) y los indicadores de factores psicológicos de las lesiones de la salud mental de los trabajadores en las industrias de la matanza de cerdos, aves de corral y otros animales pequeños, lejos de las actividades de trabajo debido a enfermedad profesional. Tratase de una investigación de carácter cualitativo, de cuño exploratorio y descriptivo. Fueron realizados dos estudios: uno epidemiológico y otro psicométrico. En el primer, fueron utilizados datos secundarios: de la RAIS y del INSS, se consideró los beneficios referentes a la ayuda enfermedad previsional (B31) y la ayuda enfermedad por accidentes de trabajo (B91), en el periodo entre 2008 y 2014. En Brasil, la prevalencia de beneficios concedidos para trabajadores con baja del trabajo, fue de 5,33% y, de eso montante, apenas 0,45% se refiere a trastornos mentales y de conducta. Los trastornos depresivos presentaron prevalencia de 39,38%. Del total de beneficios concedidos, apenas 0,03% se refiere al B91. El sur del país (0,66%) presentó la mayor prevalencia de beneficios concedidos para los TMC, en detrimento del Sudeste (0,63%) y del Centro Oeste (0,28%). Paraná es el estado que contrató más trabajadores para los mataderos, aunque relativo al beneficio B91 se quedó abajo (0,03%) del Rio Grande do Sul (0,18%) y Santa Catarina (0,07%). En el segundo estudio fueron realizados análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Factores Psicológicos para Enfermedades Relacionadas al Trabajo (IP-T), y se buscó evidencias de correlación entre ansiedad y depresión (HADS), trastornos leves (SQR-20) e factores psicológicos relacionados al trabajo (IP-T). Además de esos, fue utilizado el protocolo de anamnesis ocupacional. Participaron 358 trabajadores de la región oeste del Paraná. Acerca del IP-T, todas las subescalas se mostraron predictores positivos de la condición de ausencia por enfermedad ocupacional. La curva ROC se quedó entre 0,64 y 0,84, que indica todas las subescalas IP-T fueron predictores positivos de la licencia de enfermedad profesional. La matriz de correlación entre las escalas utilizadas en la investigación es muy

uniforme, con coeficientes entre 0,8 y 0,91, sugiriendo convergencia entre las subescalas del IP-T y otras escalas, pero mostró también un débil poder discriminativo. Los índices de fiabilidad variaron de moderados a fuertes. El mayor índice, para el IP-T Ansiedad, es de 0,94 (0,95); el menor índice es de la subescala de Habilidades Sociales: 0,74 (0,78). Los escores de las escalas de ansiedad, trastornos somatoformes y depresión son tan fiables cuanto las escalas utilizadas para comparación. En los dos estudios, hubo prevalencia del trastorno depresivo. Sin embargo, los trabajadores con baja del trabajo por TMC son más jóvenes, son mujeres y permanecen menos tiempo incapacitados, de los que presentan otras enfermedades ocupacionales, añadida al sufrimiento mental, esos están con edad superior a 40 años y se quedan más tiempo en tratamiento. Los síntomas álgicos fueron considerados cómo una evidencia de que las actividades realizadas en los mataderos puedan generar enfermedades ocupacionales. Como solamente la intensidad de los síntomas álgicos fue distinta, más grande para aquellos con baja del trabajo, señala que, aunque los trabajadores que no están con baja del trabajo todavía no sean considerados enfermos, los síntomas están presentes, lo que indica que la línea que separa un trabajador saludable de un considerado enfermo es demasiado tenue. El aumento de casos de trastorno depresivo, sumado a la reducción de los beneficios B91 concedidos con la diferencia regional para la concesión de beneficios, señala que no disminuirán las ocurrencias de los trastornos mentales, pero que, en Brasil, aún existen dificultades para realizar el nexo entre trastornos mental y trabajo. Dificultades esas, que pueden sufrir no solamente influencias técnicas, pero también culturales y sociales.

Palabrasclaves: Salud mental, trastornos mentales y del comportamiento, prevalencia, trabajadores de mataderos, epidemiología y propiedades psicométricas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Histograma, média e desvio-padrão da idade dos trabalhadores	105
Figura 2 Análise Paralela e Scree-Plot das escalas do IP-T	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do total de benefícios concedidos para B31, B91 e CID-F entre trabalhadores afastados no Brasil (2008-2014).	56
Tabela 2 - Total de trabalhadores do CNAE 1012 das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste do Brasil (2008 a 2014)	58
Tabela 3 – Prevalência de benefícios concedidos e transtornos de humor para trabalhadores afastados por região e Estados do Brasil	60
Tabela 4 - Distribuição do total de benefícios B31 e B91 para trabalhadores incapacitados para o trabalho no estado do Paraná e prevalência média anual (2008-2014)	64
Tabela 5 - Prevalência de benefícios B31 e B91 concedidos para o total de trabalhadores com TMC de indústrias de abate no estado do Paraná e prevalência no período (2008-2014)	65
Tabela 6 -Perfil sociodemográfico dos trabalhadores incapacitados	67
Tabela 7- Distribuição do total de benefícios concedidos para B31, B91 e CID-F entre trabalhadores afastados no oeste paranaense e no CNAE 1012 (2008-2014)	71
Tabela 8 - Prevalência de diagnóstico CID-F/região oeste do Paraná no período de 2008 a 2014	73

Tabela 9 - Percentual de trabalhadores afastados e não afastados por sexo	105
Tabela 10 - Tempo de permanência no emprego entre trabalhadores afastados e não afastados	107
Tabela 11 - Percepção do efeito dos fatores de risco do trabalho sobre a saúde entre trabalhadores afastados e não afastados	114
Tabela 12 - Percepção do estado de saúde entre trabalhadores afastados e não afastados	114
Tabela 13 – Motivos dos afastamentos do trabalho	116
Tabela 14 - Análise fatorial exploratória do IP-T	118
Tabela 15 - Comparação dos Diferentes Modelos de Regressão Logística para Predição da Condição do Trabalhador em Função do Escore da Variável Indicada	120
Tabela 16 - Matriz de Correlação Desatenuada dos Índices dos Instrumentos Comparados	123
Tabela 17 - Análise Fatorial das Escalas Considerando Solução de Um Único Fator	125
Tabela 18 - Análise de Fidedignidade das Escalas	127
Tabela 19 - Relação entre achados empíricos para os delineamentos: epidemiológico e psicométrico	153

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychiatry Association

APLER - Associação dos Portadores de LER/DORT

B31 – Auxílio-doença previdenciário

B91 – Auxílio-doença por acidente de trabalho

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

F00-F09 - Transtornos mentais orgânicos

F10-F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F20-F29 - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F30-F39 - Transtornos do humor

F40-F48 - Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes

FTIAPR - Federação dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação do Estado do Paraná.

GAD-7 - Transtorno Geral de Ansiedade

GTT - Grupo de Trabalho Tripartite

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão

NR - Norma Regulamentadora

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IP-T - Inventário de Fatores Psicológicos para Doenças Relacionadas ao Trabalho
NTEP - Nexu Técnico Epidemiológico Previdenciário

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHQ-9 - Questionário sobre Saúde do Paciente

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade

SINTRACOOM – Sindicato dos Trabalhadores em Cooperativas Agrícolas, Agropecuárias e Agroindustriais de Medianeira e Região.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC - Transtornos Mentais e Comportamentais

SCL-90 - Inventário de sintomas

SQR-20 - Self-Reporting Questionnaire

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	09
RESUMEN	11
LISTA DE FIGURAS	13
LISTA DE TABELAS	14
LISTA DE SIGLAS	16
APRESENTAÇÃO	20
1 . INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	35
1.1.1 Geral	35
1.1.2 Específicos	35
1.1.3 Hipótese geral	36
1.2 MÉTODO	36
2 - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS E AVES: PERSPECTIVAS NACIONAL E REGIONAL	37
2.1 INTRODUÇÃO	37
2.2 MÉTODO	45
2.2.1 Delineamento epidemiológico	45
2.2.2 Variável de estudo	46
2.2.3 População estudada	47
2.2.4 Fontes de dados	49
2.2.5 Procedimentos	51
2.2.6 Tratamento e análise dos dados	53
2.2.7 Considerações éticas	54
2.3 RESULTADOS	55
2.4 DISCUSSÃO	75
3 - EVIDÊNCIAS DE RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS LEVES E FATORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AO TRABALHO (IP-T), EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS, AVES E OUTROS PEQUENOS ANIMAIS NA REGIÃO OESTE DO ESTADO DO	87

PARANÁ	
3.1 INTRODUÇÃO	87
3.2 MÉTODO	93
3.2.1 Cenário do estudo	93
3.2.2 Participantes	94
3.2.3 Instrumentos	94
3.2.4 Procedimentos de coleta de dados	98
3.2.5 Tratamento dos dados	100
3.2.6 Considerações éticas	102
3.3 RESULTADOS	103
3.3.1 Trabalhadores de frigoríficos do oeste paranaense: características do trabalho e saúde ocupacional	103
3.3.2 Validade fatorial do IP-T	117
3.3.3 Validade de Critério do IP-T	119
3.3.4 Validade Convergente e Discriminante do IP-T	122
3.3.5 Análise da Fidedignidade das Escalas do IP-T	127
3.4 DISCUSSÃO	129
4 - RELAÇÃO ENTRE PREVALÊNCIA E INDICADORES PSICOMÉTRICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS, AVES E OUTROS PEQUENOS ANIMAIS DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ.	140
4.1 DISCUSSÃO GERAL	141
5. CONCLUSÃO	157
6. REFERÊNCIAS	162
Apêndice A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	183
Apêndice B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	185
Apêndice C - Protocolo de Anamnese Ocupacional	188
Anexo D -SRQ 20 - Self Reporting Questionnaire	193
Anexo E - Inventário de fatores psicológicos para doenças relacionada ao trabalho (IP-T)	194
Anexo F - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	199

APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte do conjunto de pesquisas realizadas no Laboratório Fator Humanas (UFSC), e se insere na linha de pesquisa Aspectos clínicos e epidemiológicos em saúde e trabalho. O objetivo do presente estudo foi analisar a relação entre prevalência de transtornos mentais e comportamentais e os resultados do estudo psicométrico sobre agravos à saúde mental em trabalhadores, da região oeste paranaense, que estão afastados do trabalho.

Os estudos epidemiológicos revelam a prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, sua variação por período, grupos atingidos e sua relação com possíveis fatores de risco. Caracteriza-se como o ramo da ciência da saúde, que tem por base procurar-se o princípio de equidade, ou seja, a redução das desigualdades sociais expressas em termos de indicadores. Para tanto, além do diagnóstico da situação de saúde, engloba o prognóstico, o planejamento e organização de serviços de saúde.

A psicometria, por sua vez, representa a teoria e a técnica de medida dos fenômenos psicológicos. Estes fenômenos são medidos por meio de testes psicológicos, que é um procedimento clínico, no qual é realizado o diagnóstico do trabalhador. Denota-se então que: se em um primeiro plano o foco está em apontar os problemas cruciais que interagem na distribuição das doenças nas populações, possibilitando estabelecer o nexo entre saúde psíquica e trabalho; na segunda, o foco está em subsidiar ações de assistência individualizada e de reabilitação,

mas que também permite fundamentar ações de prevenção e promoção à saúde psíquica no trabalho, neste âmbito a atividade de diagnóstico tende a ser também uma atividade de pesquisa, o que instigou realizar um diálogo entre epidemiologia e psicologia.

Para tratar do tema transtorno mental e comportamental foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo, de cunho exploratório e descritivo. O transtorno mental é descrito como “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (APA, 2013, p. 20). Além disso, geralmente estão associados ao sofrimento ou incapacidade que interfere na autonomia dos indivíduos para realizar as suas atividades cotidianas.

A hipótese de pesquisa é que a prevalência de TMC está positivamente correlacionada com os indicadores de fatores psicológicos de agravos à saúde mental. O interesse sobre o tema decorre da percepção da autora, que reside na região oeste paranaense, onde ocorrem constantes denúncias em jornais e revistas sobre as condições insalubres de trabalho propiciadas pelas indústrias de abate de aves, suínos e outros pequenos animais. Estas, de acordo com as reportagens, propiciam a ocorrência tanto de doenças ocupacionais, quanto de acidentes de trabalho, mas não abordam o tema TMC, o que instigou estudar o tema nesta população de trabalhadores.

A presente tese está organizada em três sessões. A Introdução apresenta a problematização do estudo, a relevância científica e social,

os objetivos gerais e específicos e método. Em seguida, são mostrados dois estudos. O primeiro trata dos achados empíricos sobre prevalência de transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores de indústrias de abate de suínos e aves, no Brasil, sul do país e, mais especificamente no estado do Paraná.

O segundo estudo se caracteriza por uma pesquisa de campo com duas amostras de trabalhadores – afastados e não afastados. Em um primeiro momento, foram apresentados os dados obtidos por meio do Protocolo de anamnese Ocupacional, para descrever o significado atribuído pelos trabalhadores para o seu trabalho e para o seu estado de saúde. Em seguida, foram apresentadas as análises de validade e confiabilidade dos instrumentos (SQR-20, HADS e IP-T), e as evidências de transtornos leves em trabalhadores de indústrias de abate da região oeste paranaense.

A terceira sessão analisa a relação entre prevalência e indicadores psicométricos de transtornos mentais em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais da região oeste do Paraná. Para concluir a tese, é apresentada a conclusão e, em seguida estão dispostas as referências utilizadas para embasar o presente estudo.

1. INTRODUÇÃO

É marca dos tempos modernos o ideário de produzir mais com menos. As organizações exigem que o produto seja fabricado com maior valor agregado, menor estoque, menor tempo e menor custo. Para atingir esses objetivos, processos de produção enfatizam formas enxutas e flexíveis de gestão e controle sobre a organização do trabalho, na maioria das vezes, incrementadas pelo uso massivo de força de trabalho operacional ou pelas tecnologias computacionais de alta velocidade, que geram, entre outros efeitos, maior intensificação e densidade de trabalho (Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013). Estes aspectos contribuíram para o aumento das taxas de frequência de doenças relacionadas ao trabalho (Cruz, 2010; Pereira, 2013).

O aumento das terceirizações e da rotatividade da força de trabalho, assim como o baixo controle dos riscos ocupacionais, são fatores que contribuem para a precarização de vínculos nas organizações e ocorrências de acidentes de trabalho, com repercussões importantes na saúde dos trabalhadores (Mandarini, Alves, & Sticc, 2016).

O crescente aumento das doenças relacionadas ao trabalho pode ser analisado por meio dos benefícios auxílio-doença, concedidos no ano de 2013, no Brasil, a Previdência Social concedeu 216.161 benefícios somente para os transtornos mentais e do comportamento (F00-F99), descrito no capítulo V da CID, conforme tabela de acompanhamento mensal. Em relação aos episódios depressivos (CID-

10 F32), a Previdência concedeu 51.555 benefícios, e 23.072 referentes a episódios depressivos recorrentes (F33).

O elevado número de benefícios concedidos para os Transtornos Mentais e Comportamentais, nos últimos anos, repercute o estado da saúde dos trabalhadores brasileiros. Em relação ao Estado do Paraná, na planilha do Ministério da Previdência Social (2014), consta que há 2.518.228 trabalhadores com registro formal em carteira de trabalho. Contudo, apenas no mês de março de 2014, foram concedidos 87.404 benefícios de auxílio-doença para este Estado. Isso, comparado ao número de benefícios concedidos no Brasil, que foi de 1.399.236, evidencia que a diferença entre o Paraná e o Brasil é de 5,7%, indicando ser um número bem expressivo.

A evolução dos benefícios auxílio-doença concedidos, quando comparada ano a ano, também denuncia o aumento do número de benefícios concedidos no Estado do Paraná: no ano de 2009, foram concedidos 269.821 benefícios; no ano de 2010, foram 269.821; no ano de 2011, foram 292.484; no ano de 2012, foram 305.754 e no ano de 2013, foram 329.869. Denota-se que o número de benefícios concedidos, no ano de 2013, em relação ao total de trabalhadores com carteira assinada é de 13%. Além disso, foi gasto no ano de 2013, com auxílio previdenciário R\$ 1.516.417.022, sendo que o valor dos recolhimentos efetuados pelas empresas, para o Ministério da Previdência Social (2014), neste mesmo ano, foi de 1.243.238.919, indicando que o valor gasto em benefícios auxílio-doença é bem maior que o valor recolhido.

Se por um lado, os dados da Previdência Social denunciam o crescente aumento de doenças relacionadas ao trabalho, por outro, o Brasil é o quarto maior exportador de carne suína e, é o líder mundial de exportação de derivados de frango. No país, o Paraná bateu o recorde de abate de aves e ocupa o terceiro lugar em abate de suínos, ficando atrás do estado de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. O frango de corte é segunda atividade econômica que mais contrata força de trabalho no estado (Magajewski, 2015). A tarefa extenuante que adocece muitos trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, já é reconhecida nacionalmente. Mas, em relação aos transtornos mentais e comportamentais (TMC), a dificuldade dos trabalhadores em obter o reconhecimento da doença como decorrente do trabalho (Guilland & Cruz, 2017), indica que há necessidade de analisar a relação entre prevalência de TMC e indicadores de fatores psicológicos de saúde mental de agravos em trabalhadores destas indústrias, afastados das atividades laborais por apresentar doença ocupacional.

O nexu entre o adoecimento e o trabalho realizado em indústria de abates de aves e suínos do estado de Santa Catarina, já foi comprovado por meio dos estudos clínicos e de prevalência de distúrbios osteomusculares e de transtornos mentais e comportamentais (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009). Mas, em outros estados brasileiros como o Paraná, as dificuldades em obter o reconhecimento da doença como decorrentes do trabalho ainda persistem (Guilland & Cruz, 2017). Além disso, os transtornos mentais que apresentam maior prevalência são os depressivos e os episódios maníaco/hipomaníaco (Ortiz, Pizzol,

& Quevedo, 2010). Apesar dos transtornos depressivos constituírem a maior causa de afastamentos do setor, o percentual de trabalhadores que recebeu o diagnóstico é menor quando comparado ao número dos que fazem uso de medicação antidepressiva (Tokars, 2012).

O crescente aumento do número de trabalhadores que apresentam transtornos mentais, devidamente diagnosticados, segundo Codo (1988), não ampliou necessariamente o espectro de tratamento e prevenção às doenças relacionadas ao trabalho, restringindo a intervenção para o âmbito dos consultórios e ambulatórios especializados, ou seja, com base nos sintomas apresentados pelos trabalhadores. Além disso, políticas públicas relacionadas à saúde mental dos trabalhadores são pouco prioritárias no conjunto das demais políticas de Estado e empresariais.

Em 2011, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) incluiu, pela primeira vez, os denominados transtornos mentais e comportamentais na nova lista de doenças ocupacionais, deslocando a ênfase da investigação e atribuição de nexos centrada no trabalhador para uma interpretação com ênfase em dados epidemiológicos e condições estruturantes do trabalho.

A mudança do foco de investigação gerou questionamentos sobre qual seria a melhor abordagem na caracterização dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (centrada no indivíduo ou em dados do coletivo de trabalho). Ambas podem estar sujeitas a erros. A abordagem individual da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) está predisposta ao erro do falso-negativo (erro tipo II), ou seja, o afastamento por doença do trabalho é catalogado no INSS como B31

(Auxílio-doença Previdenciário) quando, em verdade, poderia ser B91 (Auxílio-doença Acidentário). A abordagem epidemiológica, por sua vez, pode apresentar o erro falso-positivo (erro tipo I), ou seja, apresenta exatamente uma condição contrária ao erro tipo II, mas este apesar do erro, favorece o trabalhador, que recebe o auxílio-doença acidentário e, assim, pode receber as garantias legais, como estabilidade no emprego durante o período de tratamento (Oliveira, 2005).

De fato, porém, em matéria de saúde do trabalhador, seja no campo da prevenção ou do tratamento, a conjugação de dados clínicos e epidemiológicos, contextualizados às características das ocupações e dos ambientes de trabalho, tendem a ampliar a visão sobre a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, ao mesmo tempo em que reduzem as chances de vieses e reducionismos na interpretação das causas e consequências dos agravos à saúde dos trabalhadores.

É direito do trabalhador acometido por um agravo ocupacional, o reconhecimento donexo entre trabalho e doença, para que ele possa receber o benefício e cuidar de sua saúde. Uma das diferenças entre os dois auxílios-saúde concedidos para os trabalhadores está em que o B91 decorre de um acidente ou doença relacionada ao trabalho e, mesmo que o trabalhador tenha vínculo com a Previdência por um curto período de tempo, ele terá direito ao auxílio, além de possuir garantias de emprego enquanto está tratando da saúde. Já o B31 é pago para qualquer cidadão brasileiro que teve um problema de saúde, e tem vínculo com a Previdência por um período de tempo superior a 12 meses.

Estabelecer o nexocausal entre patologia e trabalho, até o ano de 2007, era uma tarefa árdua, tanto para o trabalhador que tinha que

provar o nexo quanto para o médico/perito. Era tarefa do perito analisar a profissiografia do cargo do segurado, para ver se havia fator associado à patologia incapacitante e trabalho, além disso, verificava se a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT - foi emitida, e somente então o benefício poderia ser considerado acidentário (Lima, 2010).

Atualmente, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) processa a checagem do código da Classificação Internacional de Doenças – CID- registrada pelo perito no laudo médico-pericial. Caso o diagnóstico conste na lista A ou B, do anexo II do Decreto 3.048/99, indica que houve exposição a algum dos agentes listados. Nesse caso, o benefício é considerado acidentário, sem outras exigências ou formalidades como as que existiam antes de 2007. Além disso, também está previsto no inciso 2º do art. 20 da Lei 8.213/91 o nexo técnico individual, que é aplicação do nexo para as doenças não incluídas na lista A e B, mas que o perito médico detectou elementos técnicos suficientes para reconhecer que o trabalho aumentou o risco de o trabalhador desenvolver a patologia (2010).

Outra forma é o Nexo Técnico Epidemiológico - NTEP – que é o resultado do cruzamento das informações codificadas da Classificação Internacional de Doenças (CID) e da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Cruzar os dados entre o CID e a CNAE expõe um novo parâmetro epidemiológico, principalmente quando aponta a existência de relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Na Lei 11.430/06 consta a lista de patologias que foram realizadas por meio das associações entre CID-

CNAE, a qual foi incluída na lista B do anexo II do Decreto 3.049/99 pelo Decreto 6.042/07 (Lima, 2010).

Apesar das diferentes formas citadas para estabelecer o nexo entre saúde e trabalho, no âmbito da saúde, o problema surge quando as patologias do trabalho não resultam de traumas diretos, mas de um conjunto de microrganismos de constrangimentos físicos e psicológicos, nem sempre visíveis aos olhos dos médicos peritos, mas que contribuem para a ocorrência do adoecimento mental (Cruz, 2010). Neste âmbito, é compreensível a enorme dificuldade enfrentada pelos trabalhadores em relação à burocracia existente, para obter o reconhecimento do TMC como sendo decorrente do trabalho (Walter, 2012).

As pesquisas realizadas, que tem por base à saúde do trabalhador, evidenciam que está se desenvolvendo um novo olhar sobre o tema, que englobe tanto a abordagem individual quanto a coletiva. Porém, ainda se pode observar divergências e discussões em relação ao conceito de saúde. Este, é analisado em uma perspectiva histórica e, denuncia as constantes modificações sofridas, sendo que as mudanças estão diretamente relacionadas com a realidade vivenciada em cada época. Todavia, ainda não há uma definição de saúde que seja universalmente aceita pelas diferentes áreas do conhecimento.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como o perfeito estado de bem-estar físico, mental e social (OMS, 2000). Este conceito é questionado na literatura por Segre e Ferraz (1997). A expressão “bem-estar” carrega em seu bojo a ideia de perfeição, sendo considerado um termo que não se pode definir e nem medir. E eleva os termos “perfeição” e “bem-estar” a categorias que existem por si

mesmas, e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes confira sentido, a partir da linguagem e da experiência do sujeito.

Se o conceito proposto pela OMS é considerado amplo e deixa margens para discussões, por outro viés, a saúde também é estudada como o lado oposto da doença. Assim, enquanto a doença é definida como o grau extremo da variação biológica, resultante do êxito ou do fracasso do organismo para adaptar-se frente às demandas de trabalho e às condições variáveis do ambiente; a saúde, por sua vez, é descrita como ausência de doença. Neste sentido, a saúde e a doença, no modelo biomédico, são consideradas como dois extremos e podem ser claramente distinguidas, mas nem sempre é assim que ocorre. Há ainda áreas de indefinição nas quais o organismo do trabalhador ou parte deste organismo não pode ser classificado sem ambiguidade, indicando que os conceitos de saúde e doença, muitas vezes, apresentam um limiar de separação entre si que é muito tênue.

O conceito de processo saúde-doença propicia uma melhor compreensão dos determinantes das formas individuais e coletivas de adoecer. Nesse sentido, a saúde pode ser descrita como um “estado ideal em que forças vitais predominam na harmonização da variabilidade biopsicossocial” (Seligmann-Silva, 2011, p. 36), enquanto o adoecimento pode ser entendido como um processo que se desenvolve e, ao longo do qual, se estabelecem os confrontos entre forças vitais e forças desestabilizadoras.

A caminhada em direção à construção do conceito de saúde foi marcada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento no qual o conceito foi ampliado para ser entendido em um sentido abrangente,

como: resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde (Brasil, 1986). Esta ampliação conceitual de saúde, explica alguns determinantes, mas ainda não define a saúde do trabalhador, porém propicia a abertura do campo da saúde do trabalhador à psicologia, sendo consolidada na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei 8.080 de 1990 (Brasil, 1990). A partir da 8ª conferência, as discussões sobre o tema instigaram para que os saberes fossem compartilhados pelas categorias profissionais, para propor ações unificadas e interdisciplinares, rompendo, assim, com o modelo teórico centrado no conhecimento médico.

A Lei 8.080 de 1990 define a política de saúde do trabalhador como: “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. A legislação atual distingue, então, as doenças que ocorrem na população geral das doenças relacionadas ao trabalho, sendo que, estas últimas são aquelas definidas, a priori, como resultado do trabalho.

Os trabalhadores vivem numa sociedade que sofre profundas mudanças políticas, econômicas e sociais. Neste âmbito, a abordagem das relações trabalho e saúde-doença que parte da ideia cartesiana do corpo como máquina, que é exposto a fatores de risco existentes no ambiente de trabalho, mantém uma relação de externalidade e resume-se à estratégia de adequar este ambiente ao indivíduo, deve ser ampliada para considerar outras relações como as configuradas pela organização

do trabalho. O ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/conteúdo das tarefas e o controle da produtividade, também geram consequências para a saúde que é expressa como doenças crônicas e transtornos mentais e comportamentais (Lacaz, 2007).

As formas de adoecimento no trabalho na contemporaneidade estão cada vez mais complexas, já que envolvem a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores. Assim, a saúde do trabalhador constitui um campo na área da saúde coletiva em pleno desenvolvimento, mas que pouco tem contribuindo na compreensão da causalidade das doenças relacionadas ao trabalho, especialmente psicossomáticas e mentais, características do adoecimento pelo trabalho desenvolvido nos últimos anos (2007).

Uma das atividades referidas e que estão diretamente relacionadas ao fator de risco para a incapacidade para o trabalho está à agroindústria, a qual faz parte as indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (Previdência Social, 2012). Neste setor, as condições de trabalho como: ritmo de produção, cargas físicas e psicológicas relativas às exigências das tarefas operacionais tem contribuído para a alta incidência de doenças ocupacionais. Além disso, referente aos transtornos de humor, são quatro vezes menores, as chances de o trabalhador incapacitado¹ retornar para as suas atividades

¹São considerados incapacitados para o trabalho os segurados que ficaram temporariamente afastados para o exercício de sua atividade laborativa em função de doença. No Brasil, durante os primeiros 15 dias imediatos ao do afastamento da atividade, cabe à empresa pagar ao empregado o seu salário

laborais, se comparados com as outras doenças ocupacionais (Sardá Junior, Kupek, Cruz, Bartilotti & Cherem, 2009).

A Compreensão da relação dinâmica entre fatores biológicos, ambientais e psicológicos pode contribuir para que medidas de precaução e prevenção de doenças possam ser implementadas, para diminuir o impacto na saúde dos trabalhadores, as quais são decorrentes das condições ambientais e dos processos de trabalho (Sardá Junior et al, 2009).Mas, também se deve ponderar que o desenvolvimento de políticas públicas no campo da Saúde do Trabalhador nos últimos 25 anos ainda vive uma situação paradoxal.

Apesar da grande quantidade de agravos à saúde, principalmente em relação aos TMC, há uma lacuna na produção de informações sobre o impacto na saúde do trabalhador. A Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011), deveria ser uma resposta do Estado à fragmentação e à inconsistência das ações públicas na área. Todavia, ainda há omissão referente ao fornecimento e à disponibilização dos dados e das informações epidemiológicas dos bancos de benefícios da Previdência Social, o que contribui para uma dissociação de ações e programas de investimentos que visem à melhoria de condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores (Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013).

Referente aos trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, ainda são poucos os estudos

integral. Após este período, o trabalhador deverá ser encaminhado à perícia médica da Previdência Social, onde será avaliado, para que receba o benefício a que tem direito(Anuário Estatístico da Previdência Social, 2006).

epidemiológicos realizados que contemplem o possível nexos causal entre TMC e atividade laboral (Machado e Santana, 2011; Busnello & Dewes, 2013; Silveira & Merlo, 2014). Para conhecer a magnitude do problema, para então possibilitar a implementação de políticas de prevenção e promoção de saúde, buscou-se elaborar a presente pesquisa, a qual tem como objetivo responder à pergunta: Qual a relação entre prevalência de transtornos mentais e comportamentais e indicadores de fatores psicológicos de agravos de saúde mental em trabalhadores de frigoríficos afastados do trabalho no oeste do estado do Paraná?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar a relação entre prevalência de transtornos mentais e comportamentais e indicadores de fatores psicológicos de agravos de saúde mental em trabalhadores de frigoríficos afastados do trabalho no oeste do estado do Paraná.

1.1.2 Específicos

a) Analisar a distribuição da prevalência de TMC em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais no Brasil, sul do país e, mais especificamente o Estado do Paraná;

b) Verificar a relação entre as variáveis pessoais e do contexto de trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores afastados por licença de saúde;

c) Avaliar as qualidades psicométricas do Inventário de fatores psicológicos em doenças relacionadas ao trabalho (IP-T);

d) Verificar evidências de correlação entre transtornos mentais leves e fatores psicológicos relacionados ao trabalho (IP-T).

1.1.3 Hipótese geral

A prevalência de TMC está positivamente correlacionada com os indicadores de fatores psicológicos de agravos à saúde mental (IP-T, SRQ-20 e HADS);

1.2 MÉTODO

Para tratar do tema saúde mental e comportamental de trabalhadores de indústrias de abate foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo, de cunho exploratório e descritivo. Para responder aos objetivos foram realizados dois estudos: um epidemiológico e outro psicométrico.

2. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS E AVES: PERSPECTIVAS NACIONAL E REGIONAL

Neste capítulo, são expostos os resultados dos estudos de prevalência. As análises foram divididas em partes: na primeira, foram realizados cálculos da média de prevalência de benefícios previdenciários e acidentários do período entre 2008 e 2014, concedidos para trabalhadores do Brasil e suas regiões geográficas, em seguida para o estado do Paraná e, por fim, para a região oeste paranaense. Na sequência, buscou-se comparar o total de trabalhadores incapacitados na região oeste, com os que atuam somente em indústrias enquadradas no CNAE 1012 e, que estavam afastados de suas atividades laborais por apresentar doença ocupacional.

2.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, com a vinda dos imigrantes europeus para o país, no final do século XIX e início do século XX, o abate de pequenos animais se concentrou principalmente na volta das grandes fazendas de produção de milho, mais especificamente nos estados do Rio Grande do Sul e do Paraná (região sul), e em Minas Gerais e São Paulo (região Sudeste). Atualmente, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), a região Sul continua em destaque. No primeiro trimestre de 2015, esta região respondeu sozinha por 66% do

abate nacional de suínos, seguida pelas Regiões Sudeste (18,7%), Centro-Oeste (14,1%), Nordeste (1,1%) e Norte (0,1%). O mesmo ocorreu com o abate nacional de frangos, a Região Sul respondeu por 59,2%, seguida pelas Regiões Sudeste (20,5%), Centro-Oeste (15,1%), Nordeste (3,7%) e Norte (1,5%), (IBGE, 2015).

As regiões nordeste e norte possuem pouca participação nacional no abate de suínos e aves. Somada a esta informação as duas regiões, no período entre 2008 a 2014, tiveram prevalência de 0,60% de benefício B31 e B91 concedidos para trabalhadores diagnosticados com transtorno mental (casos notificados). Em função do exposto, este estudo irá analisar apenas as três regiões (Sul, Sudeste e Centro Oeste) que possuem uma maior concentração de trabalhadores de indústrias de abate de suínos e aves.

No âmbito internacional, o Brasil é considerado o primeiro exportador de carne de frangos e, em 2015, se consolidou como 2º maior produtor de produtos derivados de aves. Os Estados Unidos detêm 20% da produção mundial, enquanto Brasil e China têm participação de 15%, cada (Riberio, 2015). A cadeia de beneficiamento de carne é uma das esperanças para Brasil superar a crise econômica em 2016, esta é também responsável por gerar milhares de postos de trabalho, porém no que concerne à saúde e segurança dos trabalhadores do setor caracteriza-se como um grande problema, devido ao grande número de afastamentos por doenças ocupacionais (Heck, 2012).

Benefícios concedidos pela Previdência Social para os trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (CNAE 1012), denominados genericamente de frigoríficos, são

majoritariamente concedidos para doenças osteomusculares e para os denominados transtornos mentais (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009; Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009; Jakobi, 2014). Contudo, foi reduzido número de benefícios referente ao transtorno mental e que tinham nexos com o trabalho (Instituto Fator Humano, 2013; Ikedo & Ruiz, 2015).

A Previdência Social tem função de oferecer assistência financeira aos trabalhadores empregados formalmente (possuem registro em carteira de trabalho), e necessitem se afastar do trabalho temporária ou permanentemente. Porém, o empregador mantém o pagamento integral do salário ao trabalhador incapacitado até completar 15 dias de afastamento. A partir do 16º dia, ele é encaminhado para solicitação de benefício junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e do Trabalho, onde é realizado o exame médico pericial, que tem o propósito de avaliar a capacidade laborativa do segurado que solicita um benefício.

Uma das diferenças entre os benefícios concedidos, escopo deste estudo, está em que o B91 decorre de um acidente de trabalho e, mesmo que o trabalhador tenha vínculo com a Previdência por um curto período de tempo, ele terá direito ao auxílio. Já o B31 é concedido ao trabalhador em que foi constatado problema de saúde, supondo que não há relação com a atividade ocupacional e o ambiente de trabalho, devendo o trabalhador ter vínculo com a Previdência por um período de tempo superior a 12 meses.

Os transtornos mentais e comportamentais constam na lista de doenças relacionadas com o trabalho do Ministério da Saúde, de acordo

com a Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, mas, na maioria das vezes, os benefícios concedidos são B31 e não B91 (Lopes & Garcia, 2013). Neste estudo, considera-se como transtorno mental e comportamental “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (APA, 2013, p. 20). Também é frequentemente associado ao sofrimento ou incapacidade significativa que interfere na vida social, profissional e, de modo geral, em todas as atividades desenvolvidas pelo trabalhador (Cruz, 2010).

É plausível onexo entre trabalho e transtorno mental, mas na prática, a realidade pode ser bem diferente, conforme Ikedo e Ruiz (2015) revelam em sua pesquisa. Em um primeiro momento, 83,5% dos empregados de frigoríficos foram diagnosticados por doença sem nenhuma relação com o trabalho, e apenas 16,5% eram, oficialmente, relacionadas ao trabalho. Após as avaliações periciais realizadas no decorrer do Programa de Reabilitação Ampliada, os casos foram reavaliados, sendo que o percentual mudou para 70,1% de afastamentos relacionados ao trabalho, enquanto 29,9% não estavam relacionados. Esse resultado indica que, embora o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) incremente o reconhecimento da relação entre trabalho e doença incapacitante, ainda assim persiste a subnotificação das doenças e acidentes de trabalho. Uma explicação para essas subnotificações reside no fato de que após a criação do NTEP, em 2007, houve aumento nos números de registros sem Comunicação de Acidente

de Trabalho (CAT) registrada, resultando em diminuição dos registros especificados como acidentes típicos, acidentes de trajeto e doenças do trabalho, provocando, assim, novo tipo de subnotificação (Nasralla, Bittencourt, Nasralla, Sousa, & Rodera, 2014).

Recentemente, o Grupo de Trabalho Tripartite sobre Abate e Processamento de Carnes e Derivados (GTT) aprovou a Norma Regulamentadora 36 (NR-36), por meio da Portaria Nº. 555, de 18 de abril de 2013, que versa sobre a segurança e saúde no trabalho em empresas de abate e processamento de carnes e derivados. A NR-36 visa estabelecer os requisitos mínimos para a avaliação, controle e monitoramento dos riscos existentes nas atividades desenvolvidas nessas plantas industriais, de forma a garantir, permanentemente, a segurança e a saúde do trabalhador (Brasil, 2013). Porém, apesar da regulamentação, incidentes nessa atividade econômica, como os efeitos do trabalho na produção de agravos à saúde dos trabalhadores ocorrem frequentemente devido à intensificação e prolongamento da jornada de trabalho (Magro, Coutinho, Blanch,& Moré, 2014), somada, ainda, a insuficiente fiscalização no setor por parte dos órgãos estatais e aos baixos investimentos em segurança do trabalho (Vasconcellos, Pignatti, & Pignatti, 2009; Gemelli, 2011). A negligência no controle de riscos ocupacionais relevantes e a precarização das relações de trabalho contribuem para o aumento da prevalência de acidentes de trabalho (Vasconcellos, Pignatti, & Pignatti, 2009), no processo de degradação da saúde dos trabalhadores por doenças osteomusculares (Sardá, Ruiz & Kirtschig, 2009; Tokars, 2012) e transtornos mentais (Sardá, Ruiz,& Kirtschig, 2009; Cruz, 2010; Remijo, 2013).

No contexto internacional, da mesma forma que no Brasil, os trabalhadores de indústrias de abate apresentam altos índices de transtorno mental. Na Turquia, os trabalhadores de indústria de abate foram comparados com outros profissionais do mesmo ramo, mas de empresas de porte menor. O primeiro grupo apresentou sintomas mais elevados de somatização, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e depressão, indicando que existe uma relação entre o trabalho desenvolvido e um aumento do risco de psicopatologia (Emhan, Yildiz, Bez, & Kingir, 2012).

Diferentemente da Turquia, nos Estados Unidos os trabalhadores de indústrias de abate e de outros profissionais do mesmo ramo de atividade apresentaram os mesmos transtornos. O contato direto com a morte de animais, somado ao trabalho intenso das linhas de produção, gera não somente lacerações e lesões osteomusculares, mas também estresse pós-traumático, principalmente nos primeiros meses de trabalho, os empregados afirmaram que tiveram muitos pesadelos. Outros sintomas observados foram: uso de drogas e bebidas alcoólicas, crises de pânico, depressão, paranoia, dissociação, ansiedade e depressão. Para suportar a pressão do trabalho, muitos trabalhadores demonstraram ficar alienados em relação à atividade desenvolvida, porém ela também afeta as relações sociais e familiares, já que demonstram tornarem-se insensíveis frente a tudo e a todos que os cercam (Dorovskikh, 2015).

Transtornos mentais, nas indústrias de abate, ocorrem em proporção maior que em outros setores produtivos (Hutz, Zanona & Brum Neto, 2013), o que chama a atenção para a necessidade de

continuar investigando os aspectos que afetam a saúde do trabalhador. Referente às dificuldades em reconhecer onexo do transtorno mental com o trabalho, o primeiro inventário de saúde do trabalhador, realizado no ano de 2010 e 2011, no Brasil, revelou a existência de dificuldades importantes, sendo uma delas a falta de parâmetros epidemiológicos e de perfis produtivos relacionados ao trabalhador (Machado & Santana, 2011).

Na região sul do Brasil, mais especificamente no Estado do Paraná, as indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (CNAE 1012) são responsáveis pela geração de 74.585 mil postos de trabalho (Brasil, 2014). Embora seja considerada a segunda atividade econômica que mais contrata força de trabalho (Magajewski, 2014), nesses locais, a exposição dos trabalhadores a riscos se dá de maneira mais intensa (Ikedo & Ruiz, 2015).

De outra forma, os meios para prevenir agravos à saúde disponíveis e de domínio público estão no sentido oposto à ideologia de produzir mais com menos, implementada nas organizações, sendo possível observar a deterioração das relações de trabalho e o consequente agravamento dos riscos de adoecer (Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013). Em consequência, o grande número de vagas de emprego geradas por essas indústrias está no sentido oposto da rotatividade existente: de janeiro a julho de 2014 foram admitidos 10.940 trabalhadores na região oeste do Paraná, porém foram desligados 9.994. Destes, 5.780 pediram demissão (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014). Tal percentual (57,8%) de demissão voluntária de

trabalhadores pode indicar que essas indústrias apresentam dificuldade em manter sua força de trabalho.

São vários os fatores que contribuem para que ocorra demissão voluntária e, também, adoecimento, entre eles estão à dificuldade de deslocamento (Gemelli, 2011), irregularidades em máquinas e equipamentos (Franco, 2014), baixos salários (Heck & Carvalhal, 2010), ritmo de trabalho intenso (Heck & Carvalhal, 2010), acidentes de trabalho (Pereira, 2013), adoecimento (Gulhelmi, 2011; Tokars, 2012) entre outros. Todos estes indicadores apontam que se, por um viés a economia regional tem crescido, por outro, a realidade dos trabalhadores pode não estar sendo devidamente analisada. Essas evidências assinalam que é preciso ir além dos indicadores de emprego e renda para entender a realidade psicossocial do trabalho, sendo necessário relativizar as teorias que associam os indicadores estatísticos com o desenvolvimento regional (Heck, 2012).

Transtornos mentais relacionados ao trabalho podem gerar sofrimento crônico, levam a incapacidade laborativa precoce e afastam o indivíduo do seu trabalho temporariamente ou permanentemente. Os gastos com o adoecimento e afastamento são considerados altos para o trabalhador, que ao adoecer recebe benefício previdenciário, muitas vezes, menor que o seu salário, e ainda tem despesas com o tratamento; para a empresa, a qual tem um trabalhador a menos para realizar as atividades; e para os cofres públicos, os quais custeiam parte do tratamento e pagam os benefícios previdenciários. Nesse âmbito, o adoecer deve ser considerado um problema de saúde pública, o que aponta a urgência na adoção de políticas públicas voltadas para a

precaução, prevenção e proteção contra os riscos relativos às atividades laborais (Cruz, 2010).

Sob essa égide, deve-se avançar na análise da realidade e na reflexão sobre os saberes e práticas correspondentes ao campo da saúde do trabalhador (Silveira & Merlo, 2014), principalmente referente ao nexo entre transtorno mental e o trabalho desenvolvido em indústrias de abate de suínos e aves (Machado & Santana, 2011; Busnello & Dewes, 2013; Silveira & Merlo, 2014). Para tanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição da prevalência de TMC em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais no Brasil, Paraná e oeste paranaense. Ao investigar a ocorrência de TMC e relacionar com as características sociodemográficas obtêm-se informação sobre esta classe trabalhadora, as quais podem servir de base para as políticas e programas de proteção à saúde dos trabalhadores inseridos nessa atividade econômica.

2.2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica de caráter exploratório e descritivo acerca da prevalência de transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais no Brasil. Foram realizadas análises da distribuição da prevalência nas regiões do país e, especificamente na região sul (onde se concentra a maior parte dos frigoríficos) e na região oeste do Paraná.

2.2.1 Delineamento epidemiológico

O estudo epidemiológico pode ser descrito como um processo de busca de conhecimentos a fim de prover evidências, cada vez mais consistentes, de associação entre doença e fatores de risco (Timmreck, 1994). Quanto ao delineamento na aplicação do método epidemiológico, trata-se de um estudo descritivo. Com este delineamento é possível descrever a prevalência de agravos à saúde em uma população específica (Haddad, 2004), neste caso, TMC em trabalhadores de indústria de abate.

O delineamento pode ser também classificado como de corte transversal. Este se refere a estudos em que a exposição ao fator está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Com os dados obtidos foram realizados cálculos de prevalência de TMC (CID-F), neste caso, o estudo pode ser descrito como, um estudo de prevalência (Campana, Padovani, Iaria, Freitas, De Paiva, & Hossne, 2001).

Para atender aos objetivos específicos a e b, foi estudado o perfil dos casos de afastamento do trabalho por TMC em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (CNAE 1012), no Brasil, sul do país e, especificamente no estado do Paraná (capítulo 1).

2.2.2 Variável de estudo

A variável de interesse (variável dependente), deste estudo, é a ocorrência de TMC (expresso pelo código F da CID-10) em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (CNAE 1012). Com o delineamento epidemiológico buscou-se definir o perfil dos casos de afastamento do trabalho por TMC em trabalhadores de frigoríficos do Brasil, estado do Paraná e região oeste do mesmo estado. Este perfil foi realizado por meio de banco de dados obtido pelo INSS e foi utilizado para descrever a prevalência (nº de casos existentes com desfecho de transtorno mental) nos últimos 7 anos (2008 e 2014). A prevalência é o resultado da divisão do total de trabalhadores afastados por apresentar TMC, pelo total de trabalhadores de indústrias de abate, considerados com saúde, multiplicado por 100. Os resultados também foram relacionados com as seguintes variáveis independentes de contexto dos participantes: idade, sexo, cidade de trabalho, número de dias concedidos, CID-F e tempo de afastamento.

2.2.3 População estudada

Para o delineamento epidemiológico, a população de interesse de estudo foram os trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais (CNAE 1012), que estavam exercendo suas atividades, considerados, nesse estudo, como estando com saúde, e trabalhadores afastados de suas atividades por apresentar TMC (CID-10 – Capítulo V).

Entre o ano de 2008 e 2014, no Brasil, a média de trabalhadores registrados formalmente foi de 44.105.802, destes 1.478.169 trabalhadores receberam diagnóstico de TMC e receberam auxílio-doença previdenciário (B31) e auxílio-acidente de trabalho (B91). Além do estudo sobre prevalência de trabalhadores brasileiros afastados, foram realizados cálculos de prevalência de afastamentos por TMC de empregados de indústrias de abate enquadrados no CNAE 1012, das três regiões do país, que mais concentram estas indústrias.

Na região Sul, no ano de 2008 havia 140.472 trabalhadores e em 2014 este número subiu para 167.571, o que resultou em uma média anual de (total de trabalhadores no período/7 anos), 145.576 contratados. Na região Sudeste houve pouca diferença entre o ano de 2008 (45.789) e de 2014 (46.916), mas como no ano de 2010 (50.922) e 2011 (55.216) ocorreu aumento significativo de contratações, gerou média de 47.606 trabalhadores ao ano. Por fim, o Centro Oeste, embora também apresentasse oscilações em relação às contratações (2008 = 32.087 e 2014 = 44.088) fechou o período com aumento, que gerou média de 37.705 empregados.

O Paraná é o Estado que se destaca no país, em termos de produção de alimentos derivados de aves e suínos. No Estado a média de empregados, no período entre 2008 e 2014, foi de 59.558 e de afastados por TMC foi de 15.724. Na região oeste do Paraná estão localizados os maiores frigoríficos da América latina, neste local, a média de trabalhadores é de 29.205, destes 228 estavam afastados.

As oscilações no número de trabalhadores contratados nas empresas do ramo frigorífico, no período estudado, indica que a

rotatividade de pessoal é alta. Mas, em relação aos benefícios B31 e B91 concedidos, no período, na região Sul o total foi de 6.807, no Sudeste somaram apenas 2.154 e, no Centro Oeste somente 742 trabalhadores receberam benefícios em todo o período estudado, que sugere que em relação ao número de trabalhadores o total de benefícios concedidos é baixo.

2.2.4 Fontes de dados

Para realizar o estudo epidemiológico foram utilizadas duas fontes de dados documentais. Primeiramente, foi realizado contato com a Federação das Indústrias do Estado do Paraná, que prontamente respondeu e enviou as informações solicitadas. Foram utilizados dados documentais obtidos por meio da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), sobre o total de trabalhadores enquadrados no CNAE 1012, que estavam empregados em todo o território brasileiros e na região oeste paranaense. Estes no presente estudo foram considerados com saúde.

Para obter os dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sobre os benefícios concedidos para trabalhadores brasileiros afastados (CNAE 1012), por apresentar TMC, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, foi agendada, no mês de outubro de 2014, uma reunião com o responsável pela Agência da Previdência Social de Toledo, para expor os objetivos da pesquisa. No dia da reunião, foram solicitados documentos (cópia do projeto, vínculo da aluna e do orientador com a Instituição de Ensino e o TCLE), e uma carta assinada por ambos os pesquisadores, expondo por escrito à necessidade das

informações. Com estes documentos foi aberto um processo, chamado requerimento de dados para pesquisa, para o pedido ser analisado formalmente.

O processo foi remetido para a gerência do INSS em Cascavel, como houve demora em obter uma resposta, foi agendada reunião para obter informações sobre o andamento do mesmo. Nesta agência, foi possível observar pouca disposição em contribuir com a pesquisa. Como medida alternativa, foi agendada reunião com um procurador do trabalho, desta mesma cidade, o qual, na época, demonstrou não saber como auxiliar na obtenção dos dados junto a Previdência.

Em junho de 2015, o requerimento foi aprovado,mas houve dificuldade em obter os dados solicitados, já que a agência de Cascavel alegou não ter funcionários disponíveis para extrair no SUIBE as informações e configurá-los em forma de planilha. Como medida alternativa, a solicitação foi enviada para a agência de Florianópolis, que prontamente começou a auxiliar. Mas, como ainda havia dificuldade em obter dados mais precisos a nível Nacional, a agência de Brasília, também passou a contribuir para que o presente estudo fosse concluído.

Após obter apoio da Agência de Florianópolis e de Brasília, novas Dificuldades surgiram. Foram compilados alguns dados, mas não atendiam ao solicitado, ou seja, a descrição sobre os trabalhadores do oeste paranaense, que atuam em indústrias classificadas no CNAE 1012 e que recebem benefício por apresentar TMC. Segundo explicação obtida por servidor do INSS, o sistema de informação que armazena os dados no INSS sobre os trabalhadores, *“ainda não possui dados relacionados ao CNAE, somente as CAT emitidas e até 2012”* (sic).

Como medida alternativa, foi possível obter duas planilhas: 1) trabalhadores da região oeste que foram diagnosticados com TMC, e 2) outra via CNPJ das empresas que atuam no CNAE 1012, que possuem trabalhadores afastados por apresentar TMC.

Foram solicitados muito outros dados, além dos apresentados nos resultados como, por exemplo, setor de trabalho, escolaridade, estado civil, número de filhos, etc. Esperava-se obter um perfil mais claro destes trabalhadores. Porém, o sistema possui somente a data de nascimento, data de início e de término do benefício, sexo e cidade onde o benéfico foi requerido.

Somada as dificuldades já apresentadas, a legislação vigente da Previdência Social (lei 8.213/91), pondera que o empregado que cumpriu, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei e, ficar em afastamento do trabalho durante 15 dias consecutivos, no 16º dia ele é encaminhado para realizar a perícia médica e receber o auxílio-doença pago pelo INSS. Neste caso, o tempo de afastamento do trabalhador é maior ao apresentado pela planilha recebida.

2.2.5 Procedimentos

Após obter as planilhas com as informações solicitadas, os dados foram agrupados em tabelas, a fim de compilar somente as informações necessárias para responder aos objetivos A e B deste estudo. Foram considerados somente os benefícios referentes ao auxílio-doença Previdenciário (B31), este abarca as doenças pertinentes para a

população, em geral, e o auxílio-doença por acidente de trabalho (B91), este último que abrange as doenças relacionadas ao trabalho.

Os benefícios citados referem-se ao auxílio doença prestado ao trabalhador que se afasta da empresa por motivo de saúde. Para obter o B31, o empregado deve ter feito 12 contribuições para a Previdência Social e, no seu retorno, não há qualquer garantia de emprego. Mas, para receber o B91, não está previsto qualquer período de carência, e, na sua volta ao emprego, o trabalhador terá garantida a sua permanência na empresa pelo período de 12 meses.

Os dados sobre transtornos mentais foram agrupados de forma descritiva, em termos de prevalência total e conforme a classe do TMC. Utilizou-se como base o Capítulo V (Transtornos mentais e comportamentais) da CID-10, na qual os grupos estão dispostos da seguinte forma: (F00-F09) Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; (F10-F19) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; (F20-F29) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; (F30-F39) Transtornos do humor; (F40-F48) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes. Os benefícios de do grupo F50, F60, F70, F80 e F99 foram agrupados em apenas um grupo, em função do baixo número de auxílio cedidos para estes transtornos.

2.2.6 Tratamento e análise dos dados

Para realizar o estudo, foram realizados cálculos de prevalência com trabalhadores brasileiros que estavam exercendo atividades laborais, considerados com saúde, e trabalhadores afastados de suas atividades por receber diagnóstico enquadrado na CID-F como TMC (trabalhadores afastados/trabalhadores não afastados X 100). Foram realizadas, ainda, análises de prevalência de CID-F nas regiões sul, sudeste e centro-oeste do país (CID-F/ total de benefícios concedidos por Estado X 100).

Em seguida, foi realizada a análise da prevalência dos benefícios B31 e B91, no período entre 2008 e 2014, concedidos para trabalhadores de indústrias de abate do Estado do Paraná e região oeste paranaense. Foi possível observar, em muitas situações, que um trabalhador recebeu, mais de uma vez, o mesmo benefício no período estudado. Assim, foi considerado apenas o primeiro registro e os demais foram retirados da amostra.

No Estado do Paraná, foi considerada a distribuição do total de benefícios B31 e B91 concedidos (12.480), mas foram retirados os benefícios concedidos mais de uma vez para o mesmo trabalhador (2.184). Da mesma forma, no oeste paranaense, dos 360 benefícios B31 e B91 concedidos foram retirados 72. Foram realizadas, também, duas análises distintas de prevalência de benefícios concedidos: prevalência de CID-F (CID-F/ total de benefícios concedidos X 100) e de Transtornos depressivos (F32 e F33) (F32 e F33/CID-F X 100), tanto no Estado quanto na região oeste.

Por fim, foi realizada a associação entre variáveis: sociodemográficas, ocupacionais e clínicas. Para descrever o perfil dos trabalhadores de indústrias enquadradas no CNAE 1012 da região oeste, incapacitados para o trabalho por apresentar TMC, foi realizada distribuições de frequências. Na sequência foi comparado o total de trabalhadores incapacitados na região oeste, com os que atuam somente em frigoríficos. Para estimar a diferença entre o número real e esperado de trabalhadores de frigoríficos, foi calculado o valor de p observado na associação pelo chi-quadrado.

2.2.7 Considerações éticas

Nos estudos realizados foram respeitadas as diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados foi autorizada pelas instituições pesquisadas, conforme Anexo 1 (Apêndice A), e também, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Plataforma Brasil sob o número de parecer 1048856.

Foi elaborado o Requerimento de Dados para Pesquisa, que foi enviado para a agência do INSS de Toledo Pr. O Relatório de resposta do referido requerimento, foi assinado pelo procurador Seccional do INSS de Cascavel de novembro de 2014. Após, foi emitido para a assessoria de benefícios, que assinou em 01/06/2015, momento em que os dados começaram a ser provisionados.

2.3 RESULTADOS

Entre o ano de 2008 e 2014, no Brasil, a prevalência de trabalhadores afastados de suas atividades laborais por apresentar doença ocupacional foi de 5,33 (total de B31 + B91/total de trabalhadores X 100). Do total de benefícios concedidos, 4,60% foram auxílio-doença previdenciário e 0,72% auxílio-doença acidentário.

No tocante aos transtornos mentais, a prevalência foi de 0,45% (CID F/total de trabalhadores X 100) e, destes, 0,42%(B31) e 0,03% (B91), resultados similares aos encontrados por Barbosa-Branco, Bültmann e Steenstra (2012), mostram que, entre os anos de 2012 e 2014, não houve alteração no número de benefícios concedidos para transtornos mentais.

A tabela 1 apresenta o total de benefícios de auxílio doença previdenciária (B31) e de auxílio doença por acidente (B91), a partir de 2008 até 2014. Além disso, exibe o total de benefícios concedidos somente para os transtornos mentais e, quantos destes foram diagnosticados com transtorno depressivo e (F32) e transtorno depressivo recorrente (F33).

Tabela 1

Distribuição do total de benefícios concedidos para B31, B91 e CID-F entre trabalhadores afastados no Brasil (2008-2014).

<i>BENEFÍCIOS</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
TOTAL	2.168.894	2.048.426	2.233.468	2.346.923	2.467.866	2.581.402	2.612.032
B31	1.811.690	1.717.536	1.904.724	2.026.624	2.161.890	2.276.443	2.331.522
B91	357.204	330.890	328.744	320.299	305.976	304.959	280.510
CID F	210.732	190.374	201.013	211.081	214.397	228.959	221.713
B31	197.914	176.896	188.863	198.744	202.800	216.168	209.922
B91	12.818	13.478	12.150	12.337	11.597	12.691	11.791
CID F32/33	91.458	79.369	82.032	82.751	81.161	85.199	83.233
B31	85.469	73.350	77.028	77.801	76.802	80.498	78.876
B91	5.989	6.019	5.004	4.950	4.359	4.701	4.357

Fonte: INSS (2015)

Quanto ao transtorno depressivo (F32) e depressivo recorrente (F33), (F32 e F33/CID-F X 100) a prevalência foi de 39,38%. O resultado indica que no Brasil, da mesma forma que em alguns países europeus, como a França, os transtornos depressivos estão sendo mais relacionados ao trabalho em estudos epidemiológicos (Barbosa-Branco, Bültmann, & Steenstra, 2012).

Ao analisar o total de benefícios concedidos no período de 2008 a 2009, verificou-se que ocorreram decréscimos do número de B31 e B91 concedidos a partir de 2009, com relação aos anos anteriores. Apesar do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) ser

reconhecido no Brasil em 2007, dois anos depois, conforme a tabela 1 apresenta, o número de benefícios voltou a reduzir. A redução de benefícios concedidos não significa que os trabalhadores não estão adoecendo, apenas sinaliza como Silva Junior e Fischer (2014) descreveram que o número está em declínio, o que deve ser investigado, para que os trabalhadores não fiquem desprotegidos.

Evidências de TMC em trabalhadores do CNAE 1012 no Brasil

Dados obtidos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referente aos benefícios B31 e B91 concedidos para trabalhadores que receberam diagnóstico de TMC e, que estavam atuando em indústrias de abate de suínos e aves e outros pequenos animais (CNAE 1012), foram apresentados de acordo com as três regiões brasileiras descritas anteriormente. Por meio da análise dos resultados, foi possível verificar que a região sul exibiu prevalência de trabalhadores (69,74%), os quais receberam diagnóstico de TMC, seguida pela região Sudeste (22,06%) e Centro Oeste do país (7,60%).

No Brasil, cada região apresenta características peculiares quanto ao número de benefícios concedidos. Para analisar a prevalência de TMC em trabalhadores de indústrias de abate (CNAE 1012), também, foram utilizados dados da RAIS (2015) sobre o total de trabalhadores destes empreendimentos, os quais serão somados aos dados obtidos do INSS sobre o número de benefícios B31 e B91 concedidos para esta população. A tabela 2 apresenta o total de trabalhadores das três regiões que serão abordadas neste estudo: sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), Sudeste (Espírito Santo,

Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro) e centro-oeste (Mato Grosso do Sul, Goiás, Mato grosso e Distrito Federal).

Tabela 2

Total de trabalhadores do CNAE 1012 das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste do Brasil (2008 a 2014)

Região e Estados	Período						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sul							
Paraná	57.270	57.444	58.790	58.984	48.003	66.885	74.531
S Catarina	50.776	46.716	47.594	49.443	36.497	48.921	49.873
Rio GSul	37.426	37.284	36.589	38.599	39.035	40.294	43.164
Total	140.472	141.444	142.973	146.936	123.535	156.100	167.571
Sudeste							
EspSanto	1.010	1.357	1.730	2.102	2.501	2.771	3.169
Minas Gerais	19.158	20.272	21.325	22.628	15.724	16.410	17.689
São Paulo	23.093	22.007	24.937	27.461	22.714	22.078	23.227
Rio de Jan	2.528	2.608	2.930	3.025	2.995	2.961	2.831
Total	45.789	46.244	50.922	55.216	43.934	44.220	46.916
Centro Oeste							
Mato GSul	8.376	8.747	7.298	9.613	9.559	9.807	10.312
Goiás	14.348	14.284	14.910	16.274	16.736	18.142	19.308
Mato Grosso	6.032	8.289	9.128	10.332	7.140	11.568	11.700
Dist Federal	3.331	3.110	3.011	3.317	3.278	3.220	3.038
Total	32.087	34.430	34.347	39.536	36.713	42.737	44.088

Fonte: RAIS, 2015

É possível verificar, na tabela 2, que, em 2012, houve redução do número de trabalhadores contratados em todas as regiões do Brasil, com exceção dos Estados do Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Goiás. De acordo com o IBGE (2015), a atual crise econômica que gerou desemprego, no Brasil, iniciou em 2012 e afetou grande parte das

empresas, em função da elevação nos custos da matéria-prima para ração, inflação alta, além de diversos outros fatores. Como resultado, entre os setores mais afetados e que registram demissões significativas estão: o automobilístico, as fábricas de máquinas agrícolas e as indústrias de processamento de carne de suínos e aves, o que explica em parte a redução do número de trabalhadores no ano descrito.

No tocante ao abate de aves, houve redução de produtos exportados de 2011 (3.943.000 t) para 2012 (3.918.000 t) e 2013 (3.892.000 t), o que reflete também no número de aves abatidas, que diminuem e, conseqüentemente, em empregos disponíveis no mercado de trabalho. Referente à suinocultura, apesar do crescente aumento das exportações e do número de abates, em 2011 e parte de 2012, o setor operou com preços em queda e custos em alta, o que comprometeu a recuperação da rentabilidade. Como um dos maiores gastos, neste setor de produção, é a folha de pagamento dos trabalhadores, muitas empresas, fizeram ajustes e cortes, para manter-se produtiva e ativa no mercado.

Em janeiro de 2013, o mercado brasileiro estava mais otimista, tanto que as projeções eram: crescimento em 3,26%, diferente de 2012 que foi de 0,9%; taxa básica de juros (Selic) em 7,25%, igual ao fechamento de 2012, e IPCA em 5,49%, menor que no ano anterior que foi de 5,73% (Cezimbra, 2014), o que contribui para que os frigoríficos pudessem começar a reverter o quadro. Somado a isso, a progressiva abertura do mercado de frango na China para o Brasil, também contribui para que a produção e exportação de produtos de origem animal fosse exponencialmente ampliada, assim a partir de 2013 o valor das vendas

creceu quase 93%, o que influenciou para que os números das contratações também voltassem a aumentar, conforme a tabela 2 apresenta. Mas, como nem todos os Estados do Brasil reduziram o número de contratações, cabe analisar cada região do país de forma particular.

A tabela 3 apresenta a prevalência de benefícios B31 e B91 (total B31+B91/total de trabalhadores X 100) concedidos para trabalhadores de frigoríficos incapacitados para o trabalho, tanto por regiões quanto por Estados brasileiros. Além dessa diferença, também foi analisada a prevalência de benefícios B31 e de B91 e de CID-F concedidos para cada região do país.

Tabela 3

Prevalência de benefícios concedidos e transtornos de humor para trabalhadores afastados por região e Estados do Brasil

<i>Região</i>	<i>Prev.</i>	<i>Estados</i>	<i>B31</i>	<i>B91</i>	<i>T. Humor</i>
Sul	0,66%	Paraná	0,59%	0,03%	61%
		Rio Grande do Sul	0,83%	0,18%	79%
		Santa Catarina	0,35%	0,07%	69%
Sudeste	0,63%	Minas Gerais	1,44%	0,09%	55%
		São Paulo	0,55%	0,04%	47%
		Rio de Janeiro	0,24%	0,01%	27%
		Espírito Santo	0,18%	0,01%	46%
Centro Oeste	0,28%	Mato Grosso do Sul	0,62%	0,06%	67%
		Mato Grosso	0,29%	0,01%	63%
		Goiás	0,06%	0,00%	60%
		Distrito Federal	0,18%	0,01%	35%

No Sul, o Paraná é o Estado que mais contratou trabalhadores para as indústrias de abate, porém, porém referente à concessão de benefícios ficou com a terceira posição, esta diferença na concessão de benefícios nos Estados apresentados, remete a pensar sobre a forma como as avaliações clínicas e os diagnósticos dos trabalhadores que apresentam TMC vêm sendo realizado no Brasil. Nesse caso, é interessante que outro estudo possa analisar entre as várias questões que influenciam na avaliação, a formação dos peritos, tipo de protocolo utilizado, forma de registro dos dados, entre outras questões que podem estar divergindo de um Estado para o outro no momento de realizar a perícia médica.

Houve prevalência de transtornos do humor em todos os Estados brasileiros, mas um segundo grupo da CID-F também gerou benefícios, no Paraná em ordem crescente foram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 a F19), (18%), seguido pelos Transtornos neuróticos (11%), relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48), já nos dois outros Estados ocorreu exatamente o inverso.

O Sudeste é a segunda Região brasileira, que mais abateu suínos e aves no país. Conforme a tabela 2 apresenta, São Paulo e Minas Gerais lideram em número de contratações de empregados, enquanto o Espírito Santo e o Rio de Janeiro, quando comparados ao Estado de Estado de São Paulo, representam apenas 13,64% e 12,19% da força de

trabalho. Nesta Região, da mesma forma que no Sul, houve diferença entre os benefícios B31 e B91 concedidos no período estudado.

Entre os trabalhadores, embora em menor percentual, também houve ocorrência de transtorno de humor na maioria dos Estados, com exceção do Rio de Janeiro, que apresentou prevalência de 27% para os transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48), e com o mesmo valor de prevalência, os distúrbios esquizotípicos e delirantes (F20 a F29). O segundo transtorno que se destacou nos demais Estados foi o transtorno relacionado com o estresse e transtorno somatoforme.

A terceira região em número de abate de suínos e aves é o Centro Oeste. Ao comparar a prevalência dos benefícios concedidos no período, para cada Estado, apenas o Estado do Mato Grosso do Sul concedeu benefícios, de acordo com a média nacional. Goiás se destacou, pelo fato de deter o maior número de trabalhadores, mas em termos de concessão de benefícios, estes praticamente não ocorreram, principalmente em relação ao auxílio doença acidentário, o que sugere que ou os trabalhadores não estão apresentando transtorno mental ou podem estar recebendo mais diagnósticos físicos em detrimento dos psíquicos.

O transtorno de humor também apresentou prevalência em todos os Estados, mas poucos tinham nexos com o trabalho. Houve, ainda, uma segunda doença que se destacou, no Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal foi o grupo dos Transtornos neuróticos, mais especificamente, o transtorno relacionado com o “stress” e

transtorno somatoforme, já em Goiás foi o transtorno mental e comportamental devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19).

Prevalência de transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores de frigoríficos do Paraná

Os Estados do Brasil com maior número de habitantes, em ordem decrescente são: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná (IBGE, 2015), este último representando 5,5% do total de brasileiros. Mas, conforme foi descrito, a prevalência de benefícios concedidos para os TMC ocupou o primeiro lugar no Estado do Paraná. Em função disso, na Tabela 4 estão sistematizadas as análises referentes aos benefícios: auxílio-doença previdenciário (B31) e auxílio-doença por acidente (B91), concedidos para trabalhadores paranaenses incapacitados para o trabalho. Também foi realizado o cálculo da média de prevalência de B31 e B91 do período entre 2008 e 2014.

Tabela 4

Distribuição do total de benefícios B31 e B91 para trabalhadores incapacitados para o trabalho no Estado do Paraná e prevalência média anual (2008-2014).

<i>Tipo de benefício</i>	<i>Ano</i>							<i>Prev. Média (2008-2014)</i>
	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	
B31	129.901	121.680	131.228	134.733	142.261	155.417	150.159	
Prevalência	83,43%	84,44%	85,94%	77,35%	88,04%	88,27%	88,66%	85,01%
B91	27.696	22.429	21.464	19.717	19.322	20.657	19.216	
Prevalência	17,57%	15,56%	14,05%	11,32%	11,95%	11,73%	11,34%	13,36%
Total	157.597	144.109	152.692	154.450	161.583	176.074	169.365	

Em relação ao total de benefícios B31 concedidos para trabalhadores incapacitados para o trabalho, no Paraná, entre os anos de 2008 a 2014, na média houve um aumento, mas em relação ao B91 verificou-se que houve um decréscimo dos auxílios concedidos. Há, ainda, uma tendência de aumento de benefícios concedidos para B31 em detrimento ao B91, indicando dificuldade de reconhecimento do nexo de causalidade entre agravo à saúde e trabalho por parte dos peritos do INSS, o que pode contribuir para que as subnotificações das doenças e acidentes relacionados ao trabalho ainda ocorram; somado a isso quando o benefício auxílio-doença, concedido pelo INSS, não é o acidentário, mas o previdenciário (Silva-Junior & Fischer, 2014), ou seja, sem nexo com o trabalho, sinaliza que o direito do trabalhador, assegurado pela Lei 11.430/2006, pode não estar sendo efetivamente aplicado. A tabela 5

apresenta a prevalência de benefícios concedidos no Paraná para todos os trabalhadores de indústrias de abate, os quais receberam diagnóstico de TMC, no período dentre 2008 e 2014.

Tabela 5

Prevalência de benefícios B31 e B91 concedidos para o total de trabalhadores com TMC de indústrias de abate no Estado do Paraná e prevalência no período (2008-2014)

<i>CID-F</i>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Prev.
Trab/frig.	57.270	57.444	58.790	58.984	48.003	66.885	74.531	59.558
Previd.	16.902	15.010	15.255	16.072	15.052	16.547	15.228	15.724
Prev.	29,51%	26,12%	25,94%	27,24%	31,35%	24,73%	20,43%	26,47%
Acid.	624	477	456	388	351	383	474	450,43
Prev.	1,08%	0,83%	0,77%	0,65%	0,73%	0,57%	0,63%	0,75%
Total	17.526	15.487	15.711	16.460	15.403	16.930	15.702	16.174

Na tabela 5 observa-se que a prevalência de auxílio doença previdenciário concedido para os trabalhadores de indústria de abate que receberam diagnóstico de transtorno mental, apresenta flutuações mais ou menos aleatórias nesse período, e certamente uma magnitude bem maior do que o auxílio acidente. O auxílio acidente, por sua vez, de acordo com a tabela está diminuindo de um ano para o outro, indica, assim, a dificuldade dos trabalhadores em obter o reconhecimento do transtorno mental como decorrente do trabalho.

Foi possível verificar que no Paraná, entre os anos de 2008 a 2014, apesar do número de trabalhadores ter aumentado 30%, ocorreram várias quedas em relação ao número de benefícios concedidos, o que resultou em uma redução de 9,9% no ano de 2014, quando comparado com 2008, nos auxílios-doença previdenciários concedidos e em 24% nos acidentários. Se houve declínio de benefícios concedidos para a população geral, no período estudado, a redução foi ainda maior para os trabalhadores que apresentam transtorno mental e comportamental.

Em relação à saúde ocupacional, há uma tendência a pensar o diagnóstico no trabalho apenas quando há impedimentos ou restrições às atividades de trabalho, mais no âmbito físico, desconsiderando, assim, micro processos de constrangimentos físicos e psicológicos, nem sempre perceptíveis, mas que também influenciam para a ocorrência das doenças ocupacionais. Somado a isto, deve-se considerar o fato de a Classificação Internacional de Doenças (CID) ser um padrão, e um dos problemas gerados são as várias terminologias clínicas que são mal transcritas para a linguagem dos profissionais da saúde que a utilizam, as quais limitam realizar uma identificação clínica mais precisa (Cruz, 2010).

A tabela 6 apresenta o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de indústrias enquadradas no CNAE 1012, do oeste paranaense, os quais foram considerados incapacitados para o trabalho no período entre 2008 a 2014 e indica ainda os valores de p observados na associação pelo chi-quadrado (χ^2).

De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (Brasil, 2014), no ano de 2013 na região oeste havia 28.379 trabalhadores e no

ano de 2014 esse número aumentou para 30.030 empregados em indústrias enquadradas no CNAE 1012, com média de 29.205. A análise da média de trabalhadores por sexo mostrou que 71,9% do total de trabalhadores são mulheres. Entretanto, do total (288) de empregados incapacitados diagnosticados com TMC, 148 são mulheres. O valor de p observado na associação pelo chi-quadrado (χ^2) foi de 0,0001, o que mostra que a diferença entre o resultado esperado (51,55%) e o encontrado (71,9%) para o número de mulheres com diagnóstico de TMC é estatisticamente significativo.

Tabela 6

Perfil sociodemográfico dos trabalhadores incapacitados

Variáveis	Total incapacitados (N= 288)		p-value
	N	% real e esperado	
<i>Sexo</i>			0,001
Mulheres	207	71,9 (51,55)	
Homens	81	28,1 (48,45)	
<i>Faixa etária</i>			
19 a 27 anos	92	31,9	
28 a 38 anos	121	42,1	
39 a 49 anos	69	23,9	
50 a 58 anos	6	2,1	
<i>Mesorregião</i>			0,001
Cascavel	30	10,4%	
Foz do Iguaçu	13	4,5%	
Toledo	245	85,1%	
<i>Tempo afastado</i>			
0 a 15 dias	14	4,9%	
16 a 30 dias	21	7,3%	
31 a 60 dias	129	44,8%	
61 a 180 dias	122	42,4%	
Mais de 180 dias	0,2	0,7%	

Pessoas com idade entre 28 e 38 anos geralmente estão no auge de sua capacidade laborativa. Porém, em relação aos trabalhadores de indústrias de abate é, nesta faixa etária, que está ocorrendo o maior número de afastamento por TMC. Além disso, de acordo com a tabela, é preocupante o fato de que as pessoas jovens estão adoecendo rapidamente, indicando que os agravos à saúde, decorrentes do trabalho realizado, atinge a todos independente da faixa etária.

No Brasil, na região oeste paranaense, 71,9% dos trabalhadores são mulheres, com idade média de 32 anos (DP 7,7), enquanto os homens apresentaram idade média de 35 anos (DP 8,8). Diferentes estudos realizados, no âmbito internacional, com trabalhadores de indústrias de abate apontam que há diferença quanto à idade média dos trabalhadores em cada país. Na Holanda, a maioria dos trabalhadores de indústria de abate são homens e a média de idade é de 53 anos (Van Holland, Soer, Boer, Reneman, & Brouwer, 2015); em Portugal e nos Estados Unidos a população trabalhadora, em sua maioria, é do sexo feminino e tem idade média de 39 anos (Serranheira, Souza-Uva, & Espírito-Santo, 2009; Landeret al., 2015).

Van Holland et al. (2015) afirmam que quando os trabalhadores apresentam idade mais avançada podem apresentar problemas, por exemplo, musculoesqueléticos ou cardiovasculares, os quais influenciam no exercício das atividades exigidas pelas indústrias de abate. Mas, quando os trabalhadores de diferentes nações e que estão no auge de sua vida profissional estão entre os que mais adoecem, verifica-se que as atividades profissionais realizadas também afetam a saúde e,

apontam a necessidade de intervenções, principalmente em relação à medicina do trabalho.

Quanto ao tempo de afastamento do trabalho, para tratar da saúde, a maioria dos benefícios foi para trabalhadores que permaneceram entre 31 e 60 dias de licença, mas em segundo lugar veio o grupo que recebeu entre 60 e 180 dias. Até dois meses de licença, em muitos casos pode ser um tempo insuficiente para a recuperação completa, o que tende a acarretar em novos pedidos de afastamentos (Sardá & Ruiz, 2010). Mas até 6 meses de licença saúde, este tempo pode ser considerado longo, o que acarreta um grande custo econômico para a Previdência Social, muito embora, em alguns casos, este período possa ser insuficiente à reabilitação física e profissional (Instituto Fator Humano, 2013). Somado a tudo isto, o valor pago pela Previdência Social, assume a função de salário e é utilizado por muitos trabalhadores para a subsistência (e não para tratamento de saúde), durante o período de afastamento (Sardá Junior & Ruiz, 2015), o que tende também a interferir de forma negativa no processo de recuperação.

A mesorregião de Toledo concentrou o maior número de benefícios concedidos. Além disso, concentrou o maior número de trabalhadoras. Nas demais regiões a diferença entre homens e mulheres foi bem menor. Toledo é responsável pela produção do segundo maior rebanho de suínos do país e o primeiro do Paraná. Além disso, a cidade é sede do maior abatedouro de aves do Estado do Paraná e do maior frigorífico de suínos da América Latina. No contexto apresentado, em parte compreende-se que um número expressivo de trabalhadores esteja lotado nesta região, o que pode influenciar para que o número de

benefícios concedidos seja maior. Mas também sinaliza que não se pode reduzir a explicação dos adoecimentos à concentração de um polo industrial em uma determinada região, é necessário ir além e investigar a relação destas indústrias com a prevalência de TMC.

Nos frigoríficos, o desgaste não é apenas físico, o psiquismo também é afetado. Os trabalhadores adoecidos são afastados com atestado médico por algum tempo e quando retornam, geralmente, são encaminhados para o mesmo setor que atuavam antes de adoecer. Este modo recorrente de tratar o trabalhador, somada a prevalência de uma população em uma determinada região, sugere que os fatores de risco podem estar associados à pessoa-tempo-lugar, o que será analisado no estudo sobre os trabalhadores da região oeste paranaense.

A tabela 7 apresenta o número de trabalhadores do oeste paranaense afastados por apresentar transtornos mentais e que receberam benefícios previdenciários e acidentários. Além disso, possibilita também comparar o total de trabalhadores incapacitados na região oeste, embora nestes já estejam incluídos os que trabalham em indústrias de abate, com os que atuam somente em indústrias enquadradas no CNAE 1012.

Tabela 7

Distribuição do total de benefícios concedidos para B31, B91 e CID-F entre trabalhadores afastados no oeste paranaense e no CNAE 1012 (2008-2014).

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Total de benefícios	17.523	18.037	20.372	21.484	22.688	23.776	22.762	146.642
B31	14.354	14.963	17.311	18.672	19.922	21.026	20.422	126.670
B91	3.169	3.074	3.061	2.812	2.766	2.750	2.340	19.972
CID F	1.388	1.541	1.762	1.922	1.812	2.081	1.974	12.480
B31	1.310	1.479	1.713	1.874	1.763	2.023	1.937	12.099
B91	78	62	49	48	49	58	47	391
F32/F33	684	781	804	927	897	982	908	5.983
B31	629	736	776	906	873	957	890	5.767
B91	55	45	28	21	24	25	18	216
CNAE 1012	563	638	642	602	629	304	125	3.503
B31	399	446	480	456	532	242	93	2.648
B91	164	192	162	146	97	62	32	855
CNAE 1012 CID-F	67	62	51	65	69	34	12	360
B31	64	61	51	63	69	34	12	351
B91	3	1	0	2	0	0	0	6
CNAE 1012 eF32/F33	34	34	22	24	37	17	8	176
B31.	33	33	22	23	37	17	8	173
B91	1	1	0	1	0	0	0	3

Do total de benefícios previdenciários e acidentários concedidos no oeste paranaense, entre 2008 a 2014, para os trabalhadores de diferentes atividades, 18,51% foram para os TMC, destes 47,94% foram para os transtornos mentais depressivos ou depressivos recorrentes. Mas, ao analisar somente os benefícios acidentários, ou seja, que apresentaram nexos com o trabalho, apenas 3,05% dos benefícios concedidos foram para trabalhadores diagnosticados com TMC e 3,61% para os que apresentaram transtornos depressivos.

Referente aos trabalhadores de indústrias enquadradas no CNAE 1012, os transtornos mentais e comportamentais representam 2,88% (CID-F total / CID-F CNAE 1012 / X100) do total de benefícios concedidos na região e, destes 48,88% foram concedidos para trabalhadores que receberam diagnóstico de transtorno depressivo ou depressivo recorrente. Mas, somente 1,7% dos benefícios concedidos para os transtornos mentais possuem nexos com o trabalho. No Estado de Santa Catarina, também foi observado esta redução dos benefícios relacionados com o trabalho (Instituto Fator Humano, 2013), e reflete que o reconhecimento do nexo do transtorno mental com o trabalho não vem sendo considerado por parte dos médicos peritos do INSS.

A tabela 8 apresenta uma análise comparativa entre o total de trabalhadores afastados e os trabalhadores afastados de indústrias enquadradas no CNAE 1012, no tocante aos transtornos mentais concedidos para pessoas consideradas incapacitadas para o trabalho no período entre 2008 e 2014.

Tabela 8

Prevalência de diagnóstico CID-F/região oeste do Paraná no período de 2008 a 2014.

CID-10	Total de trabalhadores N=10.296		Trabalhadores CNAE 1012 N= 288	
	Frequência	Percentual	Frequência	Prevalência
F 0 a F 9	106	1,0	-	-
F10 a F 19	1826	17,7	29	10,1
F20 a F 29	2728	26,5	26	9,0
F30 a F 39	3815	37,1	154	53,5
F40 a F 48	1721	16,7	71	24,7
F50 a F59	36	0,3	3	1,0
F60 a F69	26	0,3	3	1,0
F70 a F79	20	0,2	1	0,3
F80 a F89	1	-	-	-
F90 a F99	17	,2	1	0,3
Total	10.296	100,0	288	100,0

O total de trabalhadores do oeste do Paraná apresentou 37,1% de prevalência de transtorno de humor (F30 a F39), já nos trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, a prevalência aumentou para 53,5%. O transtorno do humor (F30 a F39) é caracterizado por alteração do humor ou do afeto e resulta em depressão, pode ser associada ou não de ansiedade ou de uma elação. Esses transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência pode estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

No Brasil, ao analisar a incidência de benefícios concedidos entre trabalhadores na atividade de carne e pescado, a preponderância de episódios depressivos foi de 44,8, mas ao considerar todos os tipos de episódios depressivos descritos na CID-10 constata-se que a depressão representa a principal categoria de diagnóstico, totalizando uma

incidência de 57,1/10 mil vínculos empregatícios (Jakobi, Barbosa-Branco, Bueno, Ferreira, & Camargo, 2008).

As mulheres que atuam em abate receberam 23,7% dos diagnósticos de transtornos depressivos graves sem sintoma psicótico (F32.2) e 19,4% delas apresentaram transtornos depressivos recorrentes (F33.2). A diferença entre o total de trabalhadores do Oeste e os que atuam em abate indicou que, os do segundo grupo, podem estar sofrendo a interferência de fatores psicossociais, os quais propiciam ou potencializam para que os transtornos mentais ocorram.

Os transtornos que ficaram em segundo lugar na classificação, deste estudo, foram os que estão no agrupamento dos transtornos neuróticos, os transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (18,5%), sendo a maioria (14%) dos incapacitados composta por mulheres, dado este também corroborado por Silva Junior e Fischer (2014). Em terceiro os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (10,38%), nestes a maioria eram homens (8,33%).

A indústria de abate de suínos e aves da Região Sul do Brasil, ocupa o primeiro lugar em número de trabalhadores adoecidos, quando comparada com a de bovinos e pescado (Magajewski, 2015). Além disso, as doenças osteomusculares (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009; Tokars, 2012; Heemann, 2013; Reis et al, 2015), as neurológicas (Magajewski, 2015) e os transtornos mentais (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009; Heemann, 2013; Remijo, 2013), foram as que mais geraram concessão de benefícios, o que ratifica a magnitude dos riscos

ergonômicos, biomecânicos e psicossociais que afetam a saúde destes trabalhadores.

2.4 DISCUSSÃO

No Brasil, no período estudado, a prevalência de benefícios B31 e B91 concedidos para trabalhadores incapacitados para o trabalho foi de 5,33%, destes apenas 0,45% referem-se aos os transtornos mentais e comportamentais. Entre o total de benefícios concedidos para os TMC, os transtornos depressivos apresentaram prevalência de 39,38%. Os transtornos depressivos foram apontados como os responsáveis pela maioria dos afastamentos por incapacidade laboral (Barbosa-Branco, Bültmann, & Steenstra, 2012; Silva Junior & Fischer, 2014).

Os trabalhadores apresentaram, ainda, outros transtornos, embora em menor percentual, os quais foram: os Transtornos neuróticos, relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40 a F48), seguido pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas e de álcool (F10 a F19). Estes, também foram citados em outros estudos (Marra, Souza, & Cardoso, 2013; Dorovskikh, 2015), indicando que a saúde mental dos trabalhadores de indústrias de abate está sofrendo impactos.

No Sudeste, o Rio de Janeiro e Espírito Santo apresentaram prevalência inferior à média nacional nos dois benefícios estudados, o que pode estar associada à baixa participação de produtos derivados de suínos e aves no cenário nacional. Contudo, o Estado de São Paulo e de Minas Gerais são responsáveis pela maioria das contratações, mas

enquanto Minas Gerais se destacou em termos de auxílio doença previdenciário concedido, São Paulo foi superior, em termos de auxílio doença por acidente de trabalho. Apesar da prevalência do auxílio-doença acidentário estar acima da média nacional, foi inferior a apresentada pela região sul, indicando que a dificuldade de relacionar o transtorno mental com o trabalho, nesta região, é ainda maior.

No Centro Oeste, Goiás concentra o maior número de empregados e, no país possui a sexta posição no *ranking* de abate de súins, mas no que concerne a prevalência de benefícios, nesta região, somente o Estado do Mato Grosso do Sul ficou acima da média concedida no país. Como a prevalência de benefícios concedidos foi muito inferior à média nacional, denota que os trabalhadores, desta região, não apresentam transtorno mental ou, ainda, não procuram auxílio médico e psicológico para realizar tratamento mental, ou estão recebendo mais diagnóstico referente a doenças físicas em detrimento das mentais.

A região sul do Brasil apresentou maior prevalência de trabalhadores diagnosticados com transtorno mental e comportamental, em detrimentos do Sudeste e Centro Oeste. A diferença entre o percentual de benefícios concedidos pode estar relacionada, em parte ao número de pessoas empregadas, em cada região. Conforme a tabela 2 apresenta, no Sul a concentração de trabalhadores é bem superior às demais, mas em outra, pode também estar relacionado às peculiaridades de cada Estado que compõe cada região.

O Rio Grande do Sul e o Paraná, no tocante ao benefício B31, ficaram acima da média nacional, mas, em relação ao B91, novamente

se faz presente o Rio Grande do Sul acompanhado desta vez por Santa Catarina. A prevalência de benefícios B91 superior à média nacional pode estar relacionada aos estudos realizados tanto em Santa Catarina (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009; Instituto Fator Humano, 2013; Ikedo & Ruiz, 2015) quanto no Rio Grande do Sul (Walter, 2012; Heemann, 2013), os quais abordaram o perfil de agravos à saúde em trabalhadores de indústria de abate incapacitados por apresentar transtornos mentais, o que pode ter influenciado positivamente para que houvesse mais conscientização, nestas regiões, sobre onexo entre os transtornos mentais e o trabalho.

O Paraná, apesar de ser o Estado que concentra o maior número de empregados de indústrias de abate, referente à concessão de benefícios B91 foi o que teve a menor participação. Como em relação ao B31 o Estado superou a média nacional, denota-se que os trabalhadores estão apresentando transtorno mental, porém destes poucos estão sendo relacionados com a atividade laboral desenvolvida. Na região oeste paranaense, assim como em outros estudos (Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009; Jakobi, 2014; Serranheira et al., 2009; Lander et al., 2015), a maioria dos trabalhadores que recebeu benefício auxílio-saúde por apresentar transtorno mental, é do sexo feminino, com idade média de 32 anos e trabalham na cidade de Toledo.

A prevalência de trabalhadores com diagnóstico de TMC remete a um questionamento sobre a natureza do trabalho desenvolvido nos frigoríficos, que pode estar influenciando para que a população feminina adoeca mais. Todavia, como o trabalho adoeca tanto homens como mulheres, a prevalência de um grupo em

detrimento do outro sugere que pode haver outros fatores envolvidos. Algumas mulheres no período pré-menstrual ficam mais sensíveis às oscilações hormonais, além disso, ao somar as dificuldades vivenciadas tanto no âmbito do trabalho quanto da vida pessoal, tendem a se tornar mais vulneráveis as oscilações de humor, o que propicia para que busquem mais atendimento médico. Essa característica feminina, somada a uma cultura da medicalização, que no Brasil entre os anos de 2005 e 2009, apresentou crescente aumento (44,8%) da venda de estabilizadores de humor (Socudo, 2015), pode influenciar para que um determinado grupo fique em evidência como, neste estudo, elas apresentaram prevalência de TMC em detrimento dos homens.

Trabalhadores com idade entre 28 e 38 anos estão na faixa etária considerada uma das mais produtivas, porém estão submetidos ao desgaste físico e mental, devido à exigência da força física, atenção, concentração e estado de constante vigilância. A idade também foi investigada em outros estudos sobre indústrias de abate (Serranheira et al., 2009; Ortiz, Pizzol, & Quevedo, 2010; Tokars, 2012; Hutz et al., 2013; Lander et al., 2015), em que a faixa etária de trabalhadores acometidos por doença ocupacional situa-se entre os 30 a 39 anos. O adoecimento no trabalho na população considerada em plena fase produtiva, no Brasil, é atribuído à ênfase seletiva nos mais jovens, considerando a avaliação do estado de saúde e da disposição pessoal dos trabalhadores para suportar a intensa rotina de trabalho (Finckler & Cêa, 2009; Evangelista, 2011).

Toledo situa-se no Estado do Paraná, região sul do Brasil, e concentra a maior parte dos empregos formais deste setor neste Estado. Contudo, houve diferença entre o percentual observado e o esperado de trabalhadores incapacitados nesta região. Enquanto as outras duas regiões (Cascavel e Foz do Iguaçu) ficaram bem abaixo da expectativa, Toledo superou o número esperado de pessoas incapacitadas por TMC e que trabalham em indústrias de abate. A diferença no número de trabalhadores incapacitados indica que as condições de trabalho das indústrias em uma determinada região podem influenciar uma ocorrência mais frequente de transtornos mentais. Além disso, sugere que os trabalhadores de Cascavel e Foz do Iguaçu podem não estar adoecendo, e/ou não estão recebendo a devida atenção pelos peritos do INSS e profissionais da área da saúde.

Heck e Thomaz Júnior (2012) descrevem também que há diferença na concessão de benefícios na região oeste paranaense. Toledo exhibe o maior percentual de afastamentos, 30% dos trabalhadores de frigorífico apresentam doenças osteomusculares e TMC, que podem ser decorrentes das condições adversas de trabalho. Somado a isso, os autores chamam a atenção para a excessiva medicalização dos trabalhadores. Para diminuir os sintomas algícos e para continuarem exercendo as suas atividades, eles fazem uso constante de doses cada vez mais elevadas que tendem a resultar em novas formas de dor como, por exemplo, dores estomacais. Neste âmbito, o consumo de muitos remédios pode

agravar a condição física, deixando-os cada vez mais fragilizados, o que pode também afetar a saúde mental destes trabalhadores.

As trabalhadoras afastadas por TMC, em sua maioria, receberam diagnóstico de transtornos depressivos (F32.2) e, de acordo com os dados da RAIS (Brasil, 2015), somam 51,55% da força de trabalho na região oeste. Elas, também, procuram mais atendimento médico, seja para realizar exames preventivos e/ou tratamento (Instituto Fator Humano, 2013), o que pode explicar, em parte, o elevado número de trabalhadoras incapacitadas por apresentar transtorno mental.

Todos os trabalhadores podem sofrer as consequências de uma atividade degradante, no entanto no decorrer dos anos o trabalho realizado nas indústrias de abate sofreu modificações. Se antes homens e mulheres atuavam conjuntamente, atualmente enquanto os homens atuam em diferentes setores, a atividade desenvolvida pelas mulheres foi mais especificamente confinada a algumas posições como, por exemplo, ficar em pé retirando miúdos de frango, tornando-se assim mais precarizadas em termos de valorização e possibilidade de atuação profissional (Graf & Coutinho, 2012).

A prevalência de depressão em mulheres que trabalham em indústrias de abate foi abordada tanto no âmbito nacional (Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009; Jakobi, 2014), quando internacional (Serranheira et al., 2009; Lander et al., 2015), o que indica que as relações entre os fatores ambientais de trabalho e transtorno mental diferem por sexo. Mas, apesar de haver uma maior quantidade de

trabalhadores do sexo feminino, nas regiões estudadas, não é possível atribuir nexos do trabalho com a doença ocupacional, em função da participação feminina. De qualquer forma, é importante verificar indicadores epidemiológicos na etiologia e aumento de frequência de doenças ocupacionais, a fim de identificar grupos com maior vulnerabilidade a riscos ocupacionais, especialmente considerando a necessidade de desenvolver programas de atenção e prevenção a agravos à saúde.

A prevalência de depressão maior entre as mulheres e de TMC devidos ao uso de substância psicoativa maior entre os homens, sinaliza perfis diferentes em termos de agravos à saúde mental. Cabe destacar, porém, que os quadros depressivos associados ao trabalho, muitas vezes, não são típicos e como demonstrado, neste estudo, mais frequentemente assumem outras formas de transtornos, além do diagnóstico ser enquadrado como doenças da população geral (B31), mas que estão diretamente associadas ao absenteísmo e aos acidentes de trabalho (Seligmann-Silva, 2011).

No Paraná, entre 2008 e 2014, na média geral houve um aumento de auxílio previdenciário concedido para todos os trabalhadores considerados incapacitados. De forma similar, em outros estudos, houve um decréscimo dos auxílios acidentários cedidos (Silva Junior & Fischer, 2014). Nesse âmbito, os transtornos mentais e comportamentais equivalem a um risco ocupacional invisível, porque, muitas vezes, apesar de apresentar alta prevalência entre a população trabalhadora, no momento da

avaliação clínica não são relacionados ao trabalho e não são reconhecidos pelos médicos peritos como decorrentes da atividade laboral.

Ainda em relação aos benefícios acidentários, apesar da redução, houve diferença entre a concessão de benefícios cedidos para todos os trabalhadores incapacitados e para os que apresentaram transtorno mental. No segundo grupo, a redução foi praticamente 3 vezes maior quando comparada ao primeiro. Denota-se, assim, que se há dificuldade dos trabalhadores do Paraná em obter o reconhecimento da doença como decorrente do trabalho, especialmente quando caracterizadas como transtornos mentais.

Em relação aos auxílios concedidos no país, também houve diferença entre a concessão de benefícios B31 e B91. O Auxílio Doença por Acidente do Trabalho (B91) abarca os transtornos mentais e comportamentais, porém apenas 0,03% de todos os benefícios cedidos apresentaram nexos com o trabalho. A diferença entre os dois tipos indica que podem estar acontecendo dificuldades no momento da avaliação clínica, os quais podem estar associados à forma como o trabalhador está sendo diagnosticado para receber um determinado tipo de benefício.

A saúde do trabalhador pode ser pensada a partir de duas abordagens: individual ou coletiva. Apesar de se considerar que se deve ir além da simples dicotomia, é necessário considerar qual é o sistema ligado ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que pode ser mais eficaz tanto para o trabalhador quanto para a empresa. As duas abordagens podem gerar erros (tipo I e tipo II, descritos na introdução),

mas no caso exposto, entende-se que a abordagem coletiva supera a abordagem individual, já que, em matéria de saúde do trabalhador, tende a anular os vieses e erra menos, uma vez que aponta todos os casos registrados de milhões de trabalhadores, empresas e médicos no INSS (Oliveira, 2005).

Em se tratando de saúde do trabalhador, a abordagem coletiva da epidemiologia supera a abordagem individual. Todavia, é necessário considerar a indissociabilidade e a complementaridade das duas abordagens (médica, centrada no indivíduo e a epidemiológica, centrada no coletivo) considerando que cada uma delas possui a sua importância, o que não permite fazer apologias para eliminar uma em detrimento da outra (Oliveira, 2005).

No presente momento, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) processa a checagem do código da Classificação Internacional de Doenças (CID) registrada pelo perito no laudo médico-pericial. Caso o diagnóstico conste na lista A ou B do anexo II do Decreto 3.048/99, indica que houve exposição a algum dos agentes listados, neste caso, o benefício é considerado acidentário, sem outras exigências ou formalidades como as que existiam antes de 2007, quando ainda não era considerado o NTEP. Além disso, também está previsto no inciso 2º do art. 20 da Lei 8.213/91 o nexos técnico individual, que é aplicação do nexos para as doenças não incluídas na lista A e B, mas que o perito médico detectou elementos técnicos suficientes para reconhecer que o trabalho aumentou o risco de o trabalhador desenvolver a patologia (Lima, 2010).

Com base no decreto e na lei apresentada, que possibilitam tanto realizar a avaliação clínica o âmbito coletivo quanto individual, o esperado seria que na atualidade houvesse aumento do auxílio doença acidentário concedido, para trabalhadores com transtorno mental. Mas, ao analisar o número de benefícios pagos entre o período de 2008 a 2014, para os trabalhadores de indústrias de abate, a partir de 2009, houve novamente redução. Nesse caso, a redução não significa que os transtornos mentais diminuam a ocorrência, mas sim que a concessão de benefícios diminuiu.

A redução na concessão dos benefícios acidentários sinaliza que, no Brasil, ainda existem restrições por parte da empresa no preenchimento da CAT, o que gera diminuição dos registros especificados como acidentes típicos, acidentes de trajeto e doenças do trabalho, causando, assim, novo tipo de subnotificação (Nasralla Neto et al., 2014). Somado a isso, existe também dificuldade por parte dos peritos médicos da previdência, para avaliar e diagnosticar os transtornos mentais como decorrentes do trabalho, sendo necessário rever e melhorar os critérios que são utilizados para realizar o diagnóstico (Cruz, 2010).

A maioria dos processos de adoecimento no trabalho resulta de um conjunto de microprocessos de constrangimentos físicos e psicológicos, nem sempre visíveis aos olhos e escutas dos profissionais da área da saúde. Como consequência, no momento da avaliação clínica, os problemas conceituais, podem ser de difícil solução, já que o esperado seria definir o diagnóstico de transtorno mental da forma mais precisa possível, mas, muitas vezes, são questionáveis e controversos.

Somado a isto tudo, deve-se considerar ainda o fato de a CID-F ser um padrão, e um dos problemas gerados são as várias terminologias clínicas que são mal transcritas para a linguagem dos profissionais que a utilizam.

Apesar das dificuldades apresentadas, compreende-se que no Paraná, do mesmo modo como ocorreu em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul, a partir dos resultados de uma pesquisa, ocorreram mudanças no momento da avaliação clínica do trabalhador, assim os dados podem ter contribuído para que os peritos pudessem passar a reconhecer melhor o nexo entre transtorno mental e trabalho. Nesse âmbito, também torna possível impor custos adicionais ao empregador, além de ser possível dar estabilidade no emprego para o trabalhador (Lima, 2010). Somado a isso, ao mudar o foco, ao invés de gastos é possível obter recursos para estimular o investimento em saúde e segurança ocupacional.

No tocante às indústrias de abate, foi possível verificar que há uma lacuna na produção de informações sobre o impacto na saúde mental do trabalhador, isto sem somar as subnotificações e os trabalhadores informais, os quais não fazem parte desta estatística. Essa lacuna suscita uma dissociação entre ações e programas de investimentos que visam à melhoria de condições de trabalho e à saúde (Marra, Souza, & Cardoso, 2013; Hutz et al., 2013), somado ao atraso na implantação de uma política mais efetiva (Costa et al., 2013). Mas, conforme estudos apresentados, o olhar sobre a saúde do trabalhador está mudando para pesquisadores, governantes e profissionais ligados à área da saúde, todos preocupados com a

prevalência dos adoecimentos mentais e com os gastos destinados a recuperação.

Este estudo apresentou algumas limitações, uma delas refere-se às características da base de dados. Trata-se de base de dados secundária, na qual existem diferentes sistemas de registros de dados, os quais muitas vezes não se comunicam. Outra refere-se à amostra pesquisada, embasado nos resultados apresentados, não se pode esquecer as subnotificações relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais na concessão dos benefícios. Muitas vezes, além do benefício ser considerado previdenciário ao invés de acidentários, devido aos aspectos clínicos ponderados no momento da avaliação realizada pelo perito médico, a queixa do trabalhador referente ao transtorno mental apresentado, pode não ser considerada como imperativo para tratamento e conseqüentemente afastamento do trabalho, bem como pode receber ainda outro diagnóstico, relacionado a uma queixa física. Neste caso, o número de trabalhadores afastados por apresentar transtorno mental relacionado ao trabalho pode ser bem maior, ao apresentado no presente estudo.

3. EVIDÊNCIAS DE RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS LEVESE FATORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AO TRABALHO (IP-T), EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS, AVES E OUTROS PEQUENOS ANIMAIS NA REGIÃO OESTE DO ESTADO DO PARANÁ

3.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais passaram a ocupar o terceiro lugar em quantidade de concessões de auxílio-doença. Entre os transtornos que mais afastaram os trabalhadores estão os episódios depressivos. Embora os estudos sobre o tema denunciem a gravidade do problema, ainda há certa invisibilidade ou desconhecimento em nível nacional acerca do impacto que os transtornos mentais provocam na população (Brasil, 2015).

Os transtornos mentais mantêm-se como a terceira causa das concessões de benefícios auxílio doença e, entre 2008 e 2011, houve aumento médio anual de 0,3% de novas concessões (Silva-Junior & Fischer, 2014). Estima-se que 3% da população (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos em função de apresentar transtornos mentais severos e persistentes, e mais 9% (15 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual, devido aos transtornos mentais leves (Brasil, 2015).O aumento do número de casos na

população sugere que, mesmo em se tratando de uma área da saúde, na qual cada caso deve ser analisado de maneira singular, é preciso que os centros de pesquisas públicos avaliem constantemente qual é a população mais atingida, para, assim, melhorar o sistema de saúde mental.

O transtorno mental e comportamental é uma síndrome caracterizada por perturbações clinicamente significativas, que reflete em uma disfunção nos processos biológicos, psicológicos e/ou de desenvolvimento subjacentes ao desenvolvimento mental (APA, 2013, p. 20), está associado ao sofrimento ou incapacidade que interfere na autonomia dos indivíduos e em suas atividades cotidianas, dentre as quais o trabalho, o lazer, a vida social e familiar.

Transtornos mentais são um problema de saúde pública, cujas origens e formas de desencadeamento também se encontram no mundo do trabalho, embora com dados escassos e restritos, seja do ponto de vista clínico ou epidemiológico, em países em desenvolvimento (Cruz, 2010). Um dos principais fatores que favorecem a falta de informação precisa sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho são os subdiagnósticos (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008). Além disso, apesar do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) ter sido implementado no Brasil em 2007, a subnotificação das doenças no Brasil ainda é uma realidade (Ikedo & Ruiz, 2015).

O NTEP indica a existência do nexo de causalidade entre a atividade laboral desenvolvida nas indústrias de abate e os transtornos mentais, porém quando o trabalhador recebe o diagnóstico, este geralmente é o auxílio-doença previdenciário (B31), concedido aos

segurados portadores de doenças comuns, diferentemente daquele relacionado ao trabalho, denominado de auxílio-doença acidentário (B91). (Instituto Fator Humano, 2013). Nesse caso, os subdiagnósticos geram problemas sociais e de proteção à saúde dos trabalhadores, uma vez que restringem direitos aos trabalhadores assegurados em lei, influencia negativamente na busca e manutenção de tratamento aos agravos à saúde, em função decorrente do diagnóstico prescrito, assim como no processo de recuperação da saúde.

No que concerne à saúde mental do trabalhador, está envolve as relações entre a subjetividade e o processo de trabalho, neste caso, devem ser considerados os aspectos técnicos, sociais, culturais e econômicos, os quais circundam o fenômeno, o que torna a questão complexa, já que os fenômenos da saúde mental dos trabalhadores se dão em e nas relações (Leão & Brant, 2015). Neste âmbito, novas formas de diagnóstico precisam ser desenvolvidas para auxiliar as práticas instituídas na saúde pública e nas perícias do INSS, para não deixar à margem o sofrimento apresentado pelo trabalhador, posto que é uma categoria possível de ser quantificada.

Para realizar o diagnóstico de transtorno mental, existem instrumentos de rastreio que podem ser utilizados na avaliação clínica população adulta, proporcionando além da detecção precoce, diagnósticos mais precisos. Dos 15 instrumentos referidos por Bolsoni e Zuardi (2015), apenas 8 sustentam valores de confiabilidade e 10 referiram validade de critério, concorrente e discriminante. Desses, apenas dois instrumentos foram validados no Brasil, o *Dartmouth Primary Care Cooperative Research Network/World Organization of*

National Colleges (COOP/WONCA) e o *Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ)*, sendo que este último utilizado por esta pesquisa.

O SQR-20 é um instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns. A estrutura fatorial e consistência interna do SRQ-20 foram avaliadas em uma população de trabalhadores brasileiros, sendo que a proporção cumulativa de explicação da variância entre os trabalhadores estudados foi de 59,6%. Este resultado indicou que os quatro fatores extraídos (fator I – comportamento ansioso e depressivo, fator II – decréscimo de energia, fator III – sintomas somáticos, fator IV – humor depressivo), por meio da análise fatorial de correlações tetracóricas possuem um bom nível de explicação para a proporção de variância. Nesse caso, o instrumento foi considerado capaz de identificar fatores que, juntos, denotam características indispensáveis para o rastreamento do transtorno mental comum no âmbito ocupacional (Santos, Araújo & Oliveira, 2009).

Para avaliar aspectos psicológicos em doenças crônicas relacionadas ao trabalho, nesta pesquisa foi utilizado o Inventário de Fatores Psicológicos para Doenças Relacionadas ao Trabalho (IP-T), desenvolvido por Frutuoso (2006). A proposta deste instrumento é auxiliar na elaboração de diagnóstico, no planejamento do tratamento, além de ser útil no campo da ergonomia, já que fornece subsídios teóricos e metodológicos, para melhorar o ambiente e as condições de trabalho. A consistência externa do IP-T foi verificada por meio das correlações entre os itens das dimensões: ansiedade, depressão e transtorno somatoforme do IAP-T e o *Symptom Check List (SCL-90)*.

Os índices de precisão indicaram alta correlação e consistência externa para as três dimensões (Frutuoso, 2006). Contudo, os autores afirmam que é importante dar continuidade à busca de validade convergente e de critério do instrumento.

A validade das inferências dos estudos realizados depende inteiramente da qualidade dos instrumentos de mensuração utilizados. Para tanto, é imprescindível submeter o instrumento à análise das propriedades psicométricas, para buscar evidências de fidedignidade e validade, para comprovar se ele pode ser aplicado na população de estudo e se avalia o constructo para o qual foi desenvolvido (Alexandre & Coluci, 2011).

Um critério com o qual se pode com segurança validar um novo teste como, por exemplo, o IP-T, é utilizar testes validados para a medida de um traço como, por exemplo, transtorno mental leve. Nesse caso, trata-se da avaliação do grau com que o instrumento discrimina trabalhadores que diferem em determinada característica de acordo com o critério padrão-ouro (Pasquali, 2013). A correlação do novo teste deve ser elevada, de pelo menos 0,75 para ser considerado válido. Além disso, o novo teste deve apresentar vantagens sobre o antigo tais como, tratar-se de um instrumento específico para avaliar TM relacionada ao trabalho, o que ainda não foi validado para o Brasil.

Para avaliar as propriedades psicométricas do IP-T foi utilizado o SQR-20 e a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS). A escala foi originalmente desenvolvida para indicar a possível presença de estados de ansiedade e depressão em pacientes de ambulatório, não psiquiátricos, com idade entre 16 e 64 anos (Zigmond & Snaith, 1983).

No Brasil, foram realizados estudos para comparar vantagens e desvantagens psicométricas entre a HADS, o Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7) e Questionário sobre Saúde do Paciente (PHQ-9). (Bergerot, Laros, & Araújo, 2014). Os resultados do estudo indicaram que a escala HADS-D obteve os melhores resultados psicométricos: (1) coeficiente de fidedignidade – 0,84; (2) correlação média entre os itens – 0,42; (3) EPM – 1,44; (4) carga fatorial média – 0,65; e (5) correlação item-total média – 0,58. A escala GAD-7 apresentou o segundo melhor resultado e a escala HADS-A apresentou: 1) coeficiente de fidedignidade – 0,74; (2) correlação média entre os itens – 0,28; (3) EPM - 1,63; (4) carga fatorial média – 0,53; e (5) correlação item-total média – 0,45. O PHQ-9 obteve a menor qualidade psicométrica. Além disso, Bergerot, Laros e Araújo (2014) indicaram que a escala HADS se mostrou adequada para avaliar a frequência de transtornos ansiedade e depressão em pacientes internados em hospitais. Contudo, ainda não foram realizados estudos com uma amostra de trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, e que estão afastados do trabalho por apresentar doença ocupacional, sendo necessário avaliar as propriedades psicométricas também nesta população.

Para que o instrumento seja considerado adequado para um determinado fenômeno e população, é recomendável conhecer não somente as características do construto a ser avaliado, mas também as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação, tais como confiabilidade e validade. Dessa forma, inicialmente são apresentados os dados obtidos por meio do Protocolo de anamnese Ocupacional. Em

seguida, são apresentadas as análises de validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados (SQR-20, HADS e IP-T), e as evidências de transtornos leves em trabalhadores de indústrias de abate da região oeste paranaense.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Cenário do estudo

A economia do Paraná ocupa o quinto lugar em importância dentre todos os Estados brasileiros. A agricultura é diversificada, graças as diferentes características climáticas e físicas, mas de todos os produtos produzidos o Estado se destaca na produção de: suínos, frangos de corte e grãos. A mesorregião do Oeste Paranaense, região de interesse deste estudo, é formada pela união de cinquenta e quatro municípios, os quais estão agrupados em três microrregiões: Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo. Na microrregião de Foz do Iguaçu há uma população de aproximadamente 460.220, Cascavel possui cerca de 428.510 e Toledo tem cerca de 340.095 habitantes.

O agronegócio, que representa a produção e a industrialização dos produtos agrícolas e da pecuária, é o primeiro a se destacar na economia do Oeste paranaense, a soja, no momento, está em segundo lugar. Além disso, essa é a atividade que mais gera empregos. O Paraná, no ano de 2014, as indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos

animais (CNAE 1012) empregaram 74.585 trabalhadores, destes 30.030 estavam atuando na mesorregião oeste.

3.2.2 Participantes

Participaram 358 trabalhadores, escolhidos de forma intencional, que fizeram parte de três grupos distintos: a) aqueles que estão exercendo suas atividades laborais (62,3%); b) os afastados por doença ocupacional (36,3%); e os reabilitados profissionalmente (1,4%). As coletas foram realizadas nas mesorregiões do oeste paranaense e em diferentes locais, conforme descrito abaixo nos procedimentos de coleta de dados. Foram considerados, para efeito de análises psicométricas, somente os trabalhadores dos dois primeiros grupos.

3.2.3 Instrumentos

Foi utilizado o Protocolo de Anamnese Ocupacional proposto pelo Ministério da Saúde (2006), adaptado em forma de questionário para este estudo (ANEXO C). As perguntas foram agrupadas em três grandes temas: 1) dados gerais para coletar informações pessoais do trabalhador, o que contempla sete questões abertas e uma fechada; 2) dados ocupacionais, composto por 15 perguntas fechadas que versam sobre questões da rotina de trabalho, sendo que em 9 delas há possibilidade do trabalhador explicar melhor a sua resposta; 3) dados da saúde ocupacional, contém 13 perguntas, destas quatro são abertas. Por

fim, há um espaço para o pesquisador registrar as impressões sobre o trabalhador.

A anamnese ocupacional é definida como o conjunto de informações obtidas pelos profissionais de saúde junto ao trabalhador, por meio de entrevistas. Tem como principais objetivos a detecção e esclarecimento de alterações de saúde e a relação dessas alterações com as atividades profissionais que o trabalhador realiza ou realizou. Com este questionário, pretende-se obter a relação que o trabalhador faz entre riscos ocupacionais e saúde/doença. Sendo que por meio das informações obtidas com os trabalhadores busca-se a elaboração de ações de vigilância à saúde do trabalhador.

Outro instrumento utilizado foi o Inventário de Fatores Psicológicos em Doenças Relacionadas ao Trabalho (IP-T), que possui 103 itens agregados em cinco dimensões: ansiedade (28 itens), transtornos somatoformes (20 itens), depressão (20 itens), habilidades sociais (15 itens) e bem-estar no trabalho (20 itens). Há, na escala, 96 itens que são frases afirmativas, sendo 79 de correção positiva, 17 invertidas e sete itens são frases negativas, cuja correção é positiva. Dentre esses, sete itens pertencem à dimensão veracidade (inclusão e exclusão), os quais foram incorporados às outras dimensões do IP-T. Esses itens serviram de critério de seleção para discriminar comportamentos característicos de estrutura de personalidade do tipo psicótica, os quais não podem fazer parte da amostra, em função de apresentar uma distorção da realidade. Na nova versão foram retirados os itens 56 e 87.

As respostas são aferidas com base na frequência de ocorrência de cada item, com base em uma escala de 0 a 3 (0 = nunca, 1 = às vezes, 2 = geralmente, 3 = sempre). Respostas com escores 0 e 1 representam a não ocorrência de sinais e sintomas indicadores de alteração psicológica, assim como os escores 2 e 3 são sinalizadores da sua ocorrência. Na correção positiva foram somados os escores (0, 1, 2, 3) de todos os itens da dimensão, sendo a soma dividida pelo número de itens que a compõem (média aritmética simples para a soma dos escores obtidos). Na correção invertida, as respostas 0 e 1 foram alteradas respectivamente para 2 e 3, e vice-versa, permitindo padronizar o tratamento estatístico dos dados para posteriormente determinar a média por dimensão analisada.

Para verificar a fidedignidade do IP-T foi utilizado o delineamento que inclui duas amostras de participantes, dois instrumentos e uma única ocasião de aplicação, denominado de correlação formas paralelas (Pasquali, 2013). Os dois instrumentos utilizados foram: SQR-20 e o HADS.

O *Self-Reporting Questionnaire* (SQR-20) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (1994) para avaliar a presença de algum transtorno mental. O questionário contém 20 perguntas, que são respondidas assinalando “sim” ou “não”. Se no total de respostas do questionário houver um resultado maior ou igual a sete respostas “sim”, será considerado que o trabalhador apresenta sofrimento mental. O SQR-20 foi validado por Santos, Araújo, Pinho e Silva (2010), indicando sensibilidade e especificidade (0,696 a 0,882) e satisfatória discriminação entre casos e não casos, embora tenha apresentado maior

sensibilidade na avaliação de morbidade psíquica entre homens. Em geral, o SQR-20 apresenta estudos nacionais e internacionais com desempenho aceitáveis no tocante à sensibilidade, especificidade e valores preditivos (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Ludemir & Lewis, 2001). Além disso, é de fácil compreensão e de rápida aplicação.

A Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), utilizada na população em geral, é composta por 14 itens, sete dos itens (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) voltados para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete (2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14) para a depressão (HADS-D). A subescala de ansiedade verifica a presença de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada e a de depressão investiga, principalmente, a presença de anedonia, que se refere à perda da capacidade de cuidar das tarefas diárias de vida (Zigmond & Snaith, 1983; Faro, 2015).

As respostas são de múltipla escolha e são aferidas com base na frequência de ocorrência de cada item. Para cada item pode ser atribuído uma pontuação entre 0 e 3, com 3 indicando frequência de sintomas mais elevados (Zigmond & Snaith, 1983). As respostas dos itens que compõem as duas subescalas são somadas, para fornecer classificação separada para ansiedade e depressão. Na correção positiva são somados os itens 2, 4, 7, 9, 12 e 14, de acordo com a primeira alternativa de resposta, ou seja, no primeiro quadrante, zero para o menor valor e o último o maior valor, três. Na correção invertida, as respostas dos itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13 são alteradas respectivamente, neste caso, a resposta do primeiro quadrante tem valor 3. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21, sendo que uma pontuação elevada corresponde a uma maior gravidade dos sintomas.

Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr e Pereira (1995) obtiveram consistência interna de 0,68 e 0,77 nas subescalas de ansiedade e de depressão, respectivamente. A correlação dos itens com as respectivas subescalas sugere que essas possuem validades convergentes, não discriminantes. O ponto de corte indicativo de ansiedade igual ou maior que 8 e o escore indicativo de depressão igual ou superior a 9. A sensibilidade para HAD-A é de 93,7% e para HAD-D 84,6%. A especificidade para HAD-A é de 72,6% e para HAD-D de 90,3% (Botega et al, 1995). Os estudos realizados por Bergerot, Laros e Araújo (2014) corroboram com os resultados apresentados por Botega et al (1995), indicando que a HADS se mostra adequada para avaliar a frequência de transtornos ansiedade e depressão em pacientes internados em hospitais no Brasil.

3.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente buscou-se o consentimento dos frigoríficos da região oeste paranaense, para aplicar os instrumentos nos trabalhadores durante o intervalo da jornada de trabalho. Mas, como não foi possível obter a aprovação, como medida alternativa buscou-se o apoio dos sindicatos tanto de cooperativas quanto da alimentação, os quais auxiliam os trabalhadores que buscam apoio especializado como, por exemplo, médicos, odontologistas, farmácia, advogados, entre outros.

Com o apoio do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Toledo e Cascavel, somado a ajuda do Sindicato dos Trabalhadores em Cooperativas Agrícolas, Agropecuárias e

Agroindustriais de Medianeira e Região, toda a semana nos dias que eram previamente agendados, a equipe se dirigia para um ou para outro local. Contudo, era escasso o número de trabalhadores que frequentavam estes locais, destes muitos não concordaram em participar, apesar de todas as explicações dadas sobre sigilo, pois alegavam receio de perder o emprego. Como alternativa, buscou-se a ajuda da APLER de Toledo, a qual também presta auxílio jurídico para este público. Nos dias agendados muitos trabalhadores compareceram e, destes, muitos participaram, demonstrando que não sentiam medo, como os demais.

Antes de iniciar a coleta propriamente dita, foi realizado um treinamento para os alunos da Faculdade Sul Brasil – FASUL – que se dispuseram a participar. Estes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, além disso, foram orientados sobre como deveriam convidar os trabalhadores para participar do presente estudo.

Como os trabalhadores, geralmente, ficavam na sala de espera aguardando os atendimentos, o convite era realizado neste local. Os que concordavam, eram encaminhados para uma sala ampla, na qual a pesquisadora se encontrava para dar continuidade à pesquisa. A coleta de dados foi realizada em grupo, inicialmente eram esclarecidos sobre o TCLE e, após sobre as instruções de cada instrumento. Os que apresentavam dificuldades para escrever, por estar com alguma lesão, os alunos assessoravam, ou seja, sentavam ao lado do trabalhador, para obter as respostas e transcrevê-las para o questionário.

A coleta foi realizada no período entre 06/05/2015 a 30/08/2015. Neste período, praticamente todos os dias eram realizadas

visitas a um dos locais descritos, muitas vezes, no mesmo dia a equipe se dirigia para diferentes lugares. No processo descrito, houve dias em que um grande público aderiu a proposta da pesquisa, principalmente, em sábado ou domingo, quando a equipe se dirigia para eventos promovidos pelos sindicatos e pela APLER, onde um número maior de trabalhadores se concentravam. Mas, também houve outros, em que embora fosse agendada previamente a coleta de dados, não avisaram a pesquisadora que se deslocou até o local, que a programação havia sido modificada. Somadas as dificuldades e os sucessos, o resultado foi positivo, tanto que os dados obtidos são apresentados na sequência.

3.2.5 Tratamento dos dados

Todos os dados obtidos por meio dos instrumentos foram processados em um banco de dados (SPSS, versão 21). Para avaliar as propriedades psicométricas do IP-T, foram realizados três conjuntos de análise. A primeira, a validade de critério, foi verificada o uso das subescalas do IP-T para prever se um trabalhador está afastado ou ativo. A predição foi feita por meio de um modelo de regressão logística simples com um único preditor, e os escores dos participantes na escala e suas propriedades preditivas foram avaliados em termos de acurácia, sensibilidade, especificidade e área sob a curva ROC (AUC-ROC). O desempenho do IP-T é comparado às outras escalas utilizadas conforme o delineamento descrito.

O segundo conjunto de análises avalia a validade de construto do IP-T por meio de uma análise fatorial dos diversos construtos mensurados pelos instrumentos empregados. Especial atenção foi dada à convergência e discriminação entre construtos similares mensurados por diferentes instrumentos. Por fim, o último conjunto de análises apresenta os índices de fidedignidade das subescalas do IP-T, comparando-os com os outros instrumentos. A fidedignidade é apresentada utilizando dois descritores: λ_6 de Guttman e α de Cronbach.

Os dados do questionário sociodemográfico como: sexo, escolaridade, estado civil, cargos e turno de trabalho foram resumidos em um conjunto de dados através das tabelas de distribuições de frequências. Também, foram realizadas análises descritivas (média e desvio padrão). Para realizar análises de comparações entre grupos, foi utilizado o teste T, para amostras independentes. A análise descritiva é utilizada quando o interesse é apenas descrever um determinado conjunto de dados como, o estado de saúde mental.

Por fim, foram realizadas comparações entre trabalhadores afastados e não afastados de suas atividades laborais para estimar diferença média nos escores dos instrumentos aplicados. Essas diferenças podem ajudar a caracterizar as duas amostras em termos da presença de transtornos mentais e de sua condição geral de saúde. Para facilitar a comparação, a diferença entre médias foi padronizada para o tamanho de efeito d de Cohen e sua variabilidade é apresentada na forma de intervalos de confiança de 95%.

3.2.6 Considerações éticas

O estudo realizado foi aprovado sob o número de parecer 1048856. Foram respeitadas as diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, bem como a coleta de dados foi autorizada pelas instituições pesquisadas, conforme o modelo de documento exposto no Apêndice A.

O Termo de Autorização Institucional foi assinado pelos presidentes dos seguintes locais: Sindicato dos Trabalhadores em Cooperativas Agrícolas, Agropecuárias e Agroindustriais de Medianeira e Região (SINTRACOOM), Associação dos Portadores de LER/DORT (APLER), Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentos de Toledo e de Cascavel.

Todos os trabalhadores que participaram do presente estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido– TCLE (Apêndice B). Foram informados que são garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à sua identificação enquanto participante da pesquisa. Além disso, foi explicado que o estudo não prevê riscos à integridade física e moral dos trabalhadores. Mas, caso sintam-se constrangido com alguma pergunta e desejar interromper sua participação na pesquisa poderá fazê-lo em qualquer momento, sem que haja nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador, a empresa ou a instituição.

3.3 RESULTADOS

O presente estudo se caracteriza por uma pesquisa de campo que teve duas amostras de trabalhadores – afastados e não afastados. Inicialmente são apresentados os dados obtidos por meio do Protocolo de anamnese Ocupacional, para descrever o que os trabalhadores, deste estudo, pensam sobre o seu trabalho e sobre o seu estado de saúde. Em seguida, são apresentadas as análises de validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados (SQR-20, HADS e IP-T), e as evidências de transtornos leves em trabalhadores de indústrias de abate da região oeste paranaense, conforme descrito no objetivo C e D.

3.3.1 Trabalhadores de frigoríficos do oeste paranaense: características do trabalho e saúde ocupacional

Embora o foco do presente estudo englobe apenas dois grupos, trabalhadores não afastados (considerados teoricamente, neste estudo, como com saúde) e afastados por apresentar doença ocupacional, uma terceira categoria que é menos vista e estudada, os trabalhadores que apresentam problemas de saúde e são reabilitados profissionalmente, também estavam presentes na amostra.

No Brasil existe a garantia constitucional de bem-estar e Justiça Social aos trabalhadores prevista na lei 8.213/91 e republicada em 11 de abril de 2006. O Artigo 89, desta lei, versa sobre a Habilitação e a Reabilitação Profissional e Social. O serviço de reabilitação é prestado pelo INSS, para proporcionar aos segurados acidentados ou portadores

de doenças que os impedem de exercer a atividade laborativa atual, os meios para a (re) educação e de (re) adaptação profissional e social, visando reinseri-los no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

Quantidades relevantes de trabalhadores são afastados de seus empregos em decorrência de apresentar TMC, porém as pesquisas no campo da reabilitação profissional e saúde mental são recentes, além disso, ainda há dificuldade de reabilitação desses pacientes (Canal & Cruz, 2013). Todavia, o problema da incapacidade tem relevância social e econômica para a maior parte dos países, assim esse problema deve ser visto como questão de responsabilidade social.

A incapacidade física ou mental é vista como uma configuração complexa que envolve a relação entre pessoas e seu contexto social. Nessa perspectiva, a incapacidade pode ser gerada e construída socialmente, para tanto, para melhor atender os trabalhadores deve-se, além de respeitar a singularidade de cada pessoa, compreender os mecanismos responsáveis por gerar este fenômeno (Mângia, Muramoto, & Lancman, 2008).

Para conhecer um pouco os mecanismos responsáveis por gerar adoecimento, neste primeiro momento, foram realizadas comparações entre trabalhadores afastados e não afastados. Com base nos dados, observou-se que a proporção de trabalhadoras afastadas é maior do que a de homens, diferentemente dos que não estão afastados. A Tabela 9 mostra a proporção da amostra por sexo.

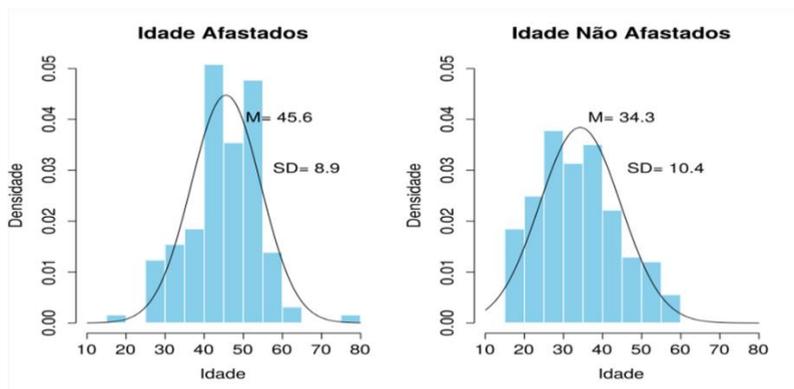
Tabela 9

Percentual de trabalhadores afastados e não afastados por sexo

Sexo	Afastado	Não afastados
Masculino	31,9%	66,5%
Feminino	41%	58%

A média e o desvio-padrão também são diferentes entre os dois grupos conforme a figura 1 apresenta. Os trabalhadores afastados são, em média, cerca de 10 anos mais velhos e apresentam menos variação na idade do que o grupo dos que estão trabalhando regularmente. Este resultado é corroborado pelo estudo realizado por Takeda, Moro e Dias (2015) que também identificaram que a faixa de idade dos trabalhadores afastados e reabilitados para o trabalho é mais elevada, geralmente entre 46 a 50 anos.

Figura 1. Histograma, média e desvio-padrão da idade dos trabalhadores.



Ao comparar a idade entre homens e mulheres que estão afastados de suas respectivas atividades ocupacionais ($F_{7,3}$; $p <$

0,008), por apresentar doença ocupacional, os dados evidenciaram que os homens são mais velhos tem em média 46,3 anos (DP 10,6) enquanto as mulheres têm em média 44,9 anos (DP 7,1). Esse resultado é corroborado por Jakobi, Barbosa-Branco, Bueno, Ferreira e Camargo (2015), que descrevem que acima dos 40 anos, independente do sexo ocorre mais episódios depressivos, lesões no ombro, fraturas do punho e mãos, incluindo a sinovite e a tenossinovite. Os autores afirmam que o ambiente de trabalho quando considerado degradante possa afetar a saúde de trabalhadores de qualquer idade como, por exemplo, nos jovens ocorrem mais doenças osteomusculares como a dor lombar, com o aumento da idade a prevalência tende a aumentar.

Os trabalhadores afastados do trabalho são em sua maioria casados (homens = 82,7%; mulheres = 63,8%); tem de zero até dois filhos (homens = 67,2%; mulheres = 68%) e frequentaram o ensino fundamental (homens = 65%; mulheres = 72%). O baixo nível de escolaridade, de acordo Finckler e Cêa (2009) é a realidade dos trabalhadores de produção deste segmento, o qual se caracterizar pelo trabalho manual, repetitivo, simples e altamente desgastante.

Foi investigado o vínculo empregatício dos trabalhadores entrevistados. A análise dos resultados revelou que, na amostra, 94,1% dos trabalhadores são registrados formalmente, 3,9% são aposentados, 0,3% são pessoas que relataram estar sem registro formal, 1,1% são prestadores de serviço e 0,6% estão buscando apoio nos sindicatos por terem sido demitidos apesar de apresentar problemas de saúde decorrentes da atividade laboral desempenhada.

O crescente aumento do emprego formal na região oeste paranaense é descrito por Carvalho (2009), que em seus estudos salientou que há uma forte expansão do trabalho assalariado no Oeste do Paraná, em função do incremento do emprego industrial, de forte vinculação com o agronegócio, no qual se inserem os frigoríficos.

O tempo de permanência no mesmo emprego da maioria (57,5%) dos trabalhadores pesquisados foi superior a cinco anos. Contudo, ao comparar trabalhadores afastados de não afastados observou-se diferença entre os grupos, principalmente nos primeiros anos de atividade profissional, conforme a tabela 10 apresenta.

Tabela 10

Tempo de permanência no emprego entre trabalhadores afastados e não afastados

<i>Tempo de permanência</i>	<i>Condição</i>	
	<i>Afastados (N=130)</i>	<i>Não afastados (N=223)</i>
Até 1 ano	0,82%	17%
De 1,1 a 3 anos	2,51%	9,7%
De 3,1 a 5 anos	4,74%	7,5%
Mais de 5 anos	28,21%	29,3%

Takeda, Moro e Dias (2015) observaram que quanto menor for o tempo de atividade exercida, menor é o percentual de trabalhadores afastados, o que corrobora com os resultados apresentados na tabela 10. Além disso, os autores afirmaram que os trabalhadores que apresentam doença ocupacional têm geralmente entre 10 a 20 anos de dedicação para a mesma indústria de abate.

Os trabalhadores entrevistados, em sua maioria (88,8%), atuam na área de abate e de produção de produtos de carne, em setores como: Carregamento, pendura, sangria, resfriamento, afiação de facas, salgadeira, embalagens, operador de caldeira, operador de máquinas e setor de produção linguiça e bacon (32,4%); Desossa (24,9%); Evisceração (7,3%); Espostejamento (5%); Higienização (5%). Nem todos informaram o setor, 14,2% apenas alegaram atuar como auxiliar de produção.

Em menor número estão os que atuam em setores como: técnico de segurança do trabalho, manutenção industrial, setor de expedição, logística, vestuário, supervisor, auxiliar de recursos humanos (5,9%), e em controle de qualidade (5,3). Embora 11,2% dos entrevistados atuem no setor administrativo, ao comparar os trabalhadores afastados e não afastados, observou-se que apenas 0,83% dos afastados atuavam no setor administrativo, todos os demais desenvolvem atividades no setor de produção.

As características das atividades desenvolvidas no setor de produção das indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais afetam o psiquismo e produzem mudanças significativas na vida dos trabalhadores, tanto dentro quanto fora do local de trabalho (Machado, Murofuse & Martins, 2016). Estes locais, quando comparados a indústrias de abate que utilizam outra matéria prima, ocupam o primeiro lugar em número de incidência de doenças ocupacionais (Magajewski, 2015).

No âmbito internacional, mais especificamente na África do Sul, as condições de trabalho das indústrias de abate também são

consideradas como insalubres, em função do ambiente frio, sangrento e malcheiroso. Somado a isso, foi observado que o primeiro contato com a morte dos animais gera traumas, que com o tempo tendem a agravar o sofrimento psíquico, considerando que o trabalhador necessita manter o emprego, para tanto, deve “adaptar-se” a violência assistida e executada diariamente (Victor & Barnard, 2016).

O efeito do trabalho violento realizado nas indústrias de abate sobre o psiquismo do trabalhador foi objeto de uma pesquisa realizada em 581 municípios americanos. Os resultados indicaram que uma das sequelas destas indústrias e que atingiu tanto os trabalhadores quanto as comunidades, foi o aumento da criminalidade. Além disso, o trabalho realizado, nas indústrias de abate, quando comparado com outras indústrias, situadas em uma mesma comunidade, evidenciou aumento das taxas de prisão relacionadas à: crimes, estupro e outras ofensas sexuais (Fitzgerald, Kalof, & Dietz, 2009).

Lidar com a morte diariamente, realizar trabalhos repetitivos e de forma rápida em ambientes insalubres, somado a dificuldades, tais como, não conseguir atingir as metas, pode gerar sentimento de fracasso e, conseqüentemente, depressão (Heck & Carvalhal, 2010). Neste caso, as características atuais do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores podem decorrer de inúmeros fatores e situações, que propiciam diferentes formas de anulação da subjetividade para que a produção não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas (Seligmann-Silva, Bernardo & Kato, 2010).

As mulheres, no presente estudo, em sua maioria atuam nos setores de evisceração (retirada de miúdos), espotejamento (corte das partes das aves), salgadeira e desossa (peito, coxa e asas). Além destas, elas atuam conjuntamente com os homens nas atividades como serviços gerais, técnicas de segurança do trabalho, setor de embalagens e setor administrativo. Os demais setores são ocupados quase que exclusivamente pelos homens.

No tocante as características do trabalho, 43,3% dos trabalhadores afirmaram que realizam as suas atividades em pé e no mesmo lugar, mas 28,2% relataram que podem se locomover durante o expediente de trabalho. Além destes, apenas 8,4% descreveram que para exercer suas atividades permanecem sentados, os demais (20,1%) podem sentar em alguns momentos, mas devido à exigência do trabalho, também devem permanecer a maior parte do tempo de pé.

Os trabalhadores descreveram a sua percepção sobre os principais fatores que geram desgaste físico e emocional. A análise dos resultados revelou três grupos distintos. No primeiro, 14,8% dos trabalhadores relataram que o principal fator de exaustão são os movimentos repetitivos. O segundo grupo (68,4%) afirmou que a soma dos movimentos repetitivos com outros fatores, os quais são descritos no último grupo, é que são os responsáveis por afetar a saúde. O último grupo, (16,7%) relatou como fatores prejudiciais à saúde: permanecer muito tempo na mesma posição, realizar muito esforço físico, exigência de concentração constante e ficar muito tempo em silêncio.

No Brasil, a implementação da Norma Regulamentadora (NR-36) fez com que fosse lançado um novo olhar sobre a segurança e saúde

no trabalho em empresas de abate e processamento de carnes e derivados, o que possibilitou melhoria dos processos de trabalho. Porém, os dados apresentados e que são corroborados por Harmse, Engelbrecht e Bekker (2016), indicam que as indústrias ainda apresentam riscos ocupacionais relevantes, especialmente no setor de produção, dentre os quais o trabalho intensivo, tarefas e ciclos repetitivos.

Na Norma Regulamentadora¹⁷ está descrito que os ambientes de trabalho se adaptem ao homem, para proporcionar bem-estar físico e psicológico. Contudo, conforme foi descrito pelos trabalhadores os riscos ergonômicos ocorrem mais do que os riscos físicos, biológicos, químicos e mecânicos. A altura das mesas, bancadas, pias e equipamentos, onde trabalhadores exercem suas atividades é alta, o que exige que permaneçam em pé praticamente durante toda a jornada de trabalho. Somado a isso, não podem alternar entre posições em pé e sentado, por conseguinte, os danos atingem diretamente os membros superiores e inferiores e geram abalo psíquico em função das dores e da submissão a estas tarefas desgastantes (Rodrigues, Santana, & Rodrigues, 2012).

A legislação que trata de Equipamento de Proteção Individual – EPI - no âmbito da segurança e saúde do trabalhador é a Lei 6514 de dezembro de 1977. A Seção IV é composta pelos artigos 166 e 167 e, estabelece a obrigatoriedade de a empresa fornecer o EPI gratuitamente ao trabalhador, e a obrigatoriedade dele ser utilizado apenas com o Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). No presente estudo, 96,6% dos entrevistados

afirmaram que os empreendimentos de abate de suínos, aves e outros pequenos animais fornecem todos os equipamentos necessários para a sua segurança, e 95% disseram que fazem uso dos equipamentos. Porém 3,4% afirmaram que não recebem e, muitas vezes, quando são fornecidos estão sem condições de serem utilizados, por se tratar de material que já foi usado e deveria ter sido descartado. Além disso, 5% alegaram que não utilizam, mesmo sendo informados que podem se colocar em situação de risco.

Também foi investigado se o período de trabalhado excede à jornada contratualmente acordada. 54,4% dos trabalhadores afirmaram que não precisam fazer horas extras, todos os demais relataram que cumprem horas adicionais. Os trabalhadores afirmaram que o pagamento destas horas é realizado em dinheiro (49,7%), outros disseram que o empreendimento no qual trabalham possui o sistema de banco de horas (34,1%) e, por fim, um menor percentual (2,8%) falou que não são pagas. Além destes, 13,4 não responderam à questão.

Em relação às férias, de acordo com a CLT, Art. 129, “todo empregado terá direito anualmente ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração”. Para compreender melhor a saúde do trabalhador, foi investigado como os trabalhadores utilizam o seu período de descanso. Do total dos trabalhadores entrevistados, 86,6% disseram que tiram 30 dias. Mas, 5,9% afirmaram que tiram apenas 10 dias e vendem os outros 20 dias para a empresa. Enquanto 3,4% contaram que tiram férias fracionadas, 4,1% dos empregados, neste período, trabalha em outras atividades, sem registro formal.

Quanto ao descanso semanal remunerado, a maioria (76,9%) respondeu que não trabalha nos finais de semana, enquanto 5,4% afirmaram que o seu dia de descanso ocorre geralmente durante a semana, 17,7% disseram que não tem dia fixo para ocorrer. De acordo com a Constituição Art. 7º, XV, “o repouso semanal remunerado, deve ocorrer preferencialmente aos domingos”. Mas, para àqueles que ainda não podem usufruir deste direito, é importante que possam conciliar o seu dia de descanso com o mesmo dia que os seus familiares e amigos, a fim de manter e fortalecer os laços afetivos e sociais.

No tocante, ao número de meses que os trabalhadores permanecem afastados de suas atividades laborais por apresentar doença ocupacional, ao comparar homens e mulheres, embora os resultados evidenciam pouca diferença, sugerem que eles (M 30,21; DP 35,5) permanecem mais tempo afastados do que elas (M 29,68; DP 28,7). Este resultado foi corroborado por outros estudos, que observaram que a prevalência de doenças ocupacionais é maior nas mulheres, mas a duração é mais longa nos homens (Sardá Junior, Kupek,& Cruz, 2009; Barbosa-Branco, Bültmann,& Steenstra, 2012; Jakobi, 2014).

Os fatores de risco ambientais, organizacionais e psicossociais do trabalho influenciam negativamente na sua saúde, conforme a Tabela 11 apresenta. Com base nas respostas, verificou-se que muitos dos trabalhadores afastados, diferentemente dos não afastados, consideram que os fatores de risco afetam a saúde.

Tabela 11 Percepção do efeito dos fatores de risco do trabalho sobre a saúde entre trabalhadores afastados e não afastados

Condição	Efeito dos fatores de risco do trabalho sobre a saúde		
	Percebem	Não percebem	Não sabem responder
Afastados	87,7%	6,9%	5,4%
Não afastados	37%	52%	11%

De acordo com a tabela 11, a percepção do estado de saúde atual difere consideravelmente entre os dois grupos. Entre os trabalhadores afastados, 61,3% consideram seu estado de saúde ruim ou muito ruim, enquanto 67,7% dos não afastados consideram seu estado de saúde bom ou muito bom.

Tabela 12

Percepção do estado de saúde entre trabalhadores afastados e não afastados

Condição	Percepção do estado de saúde					
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	Não resp.
Afastados	0,8%	6,2%	31%	32,6%	28,7%	0,8%
Não afastados	16,6%	51,12%	22,4%	7,2%	2,2%	0,4%

A descrição da saúde conforme os resultados mostraram pode estar associada a sensação de dor. 90% dos trabalhadores afastados e 57% dos não afastados afirmaram que sentem dor, porém a intensidade dos sintomas algícos é diferente nos dois grupos. Entre os afastados, 74,2% descrevem sua dor como forte ou muito forte; enquanto os

trabalhadores não afastados (64%) relataram que sua dor é fraca ou moderada.

A primeira causa de afastamento do trabalho em indústrias de abate de aves e suínos (Tabela 13) foram as queixas de dor dos membros superiores e inferiores. O volume e a intensidade dos riscos ocupacionais nesse setor econômico contribuem decisivamente para a quantidade de afastamentos do trabalho e em danos à saúde dos trabalhadores, dentre os mais prevalentes, os distúrbios musculoesqueléticos (Pinetti & Buczek, 2015) e os transtornos mentais (Ikedo & Ruiz, 2015).

Depressão e ansiedade aparecem em terceiro lugar dentre os motivos de afastamento (11,5%), muitas vezes, é associada à dor e geralmente é expresso em termos comprometimentos psicológicos (13,1%). O fenômeno do adoecimento do trabalhador nas indústrias de abate e processamento de carnes está se agravando nas últimas décadas. As queixas destes trabalhadores destacam a dor, irritabilidade, ansiedade, alterações no sono, limitação na realização de atividades cotidianas e isolamento social, e mostram que há uma grande semelhança entre as queixas dos empregados de outros empreendimentos, o que indica que a sua origem tem relação com o trabalho realizado (Dal Magro, Coutinho, Trzcinski, & Tonezer, 2016).

Tabela 13

Motivos dos afastamentos do trabalho

<i>Queixas</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Depressão e Ansiedade	15	11,5
Dor e inflamação nos membros superiores	39	30,0
Dor e inflamação nos membros inferiores	5	3,8
Coluna	15	11,5
Misto: emocional x físico	17	13,1
Misto: físico - superior e inferior	22	16,9
Não informaram	17	13,1
Total	130	100,0

Muitos trabalhadores (35,2%) relataram fazer uso contínuo de medicamentos, 12% afirmaram fazer uso de bebidas alcoólicas, 11,2% disseram que usam medicação, somada a outras alternativas de tratamento como: fisioterapia e psicoterapia. Em menor número estão os (3,9%) que fazem uso de tabaco e, 37,7% não responderam à questão. O uso de substâncias psicoativas inicialmente configura-se como um recurso para suportar e resistir às exigências de um trabalho desgastante, todavia, no decorrer do tempo surgem novas dificuldades associadas à dependência da substância utilizada, que as quais geram novos problemas no ambiente de trabalho como: punições, transferências, rebaixamento de função e o isolamento do trabalhador (Machado, Murofuse & Martins, 2016).

Os TMC relacionados com o trabalho não resultam de fatores isolados, mas das condições de labor em interação com o aparato físico e psíquico dos trabalhadores, para tanto, faz-se necessário compreender o sofrimento relacionado ao trabalho e seus diferentes níveis. Assim, pensando em contribuir para a produção de informação sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho, foram aplicados, nos

trabalhadores de indústrias de abate de aves e suínos, da região oeste do Paraná, três instrumentos (HADS, SQR-20 e IP-T). O objetivo deste estudo foi: 1) avaliar as qualidades psicométricas do Inventário de fatores psicológicos em doenças relacionadas ao trabalho (IP-T) e, 2) verificar evidências de correlação entre ansiedade e depressão (HADS), transtornos mentais leves (SQR-20) e fatores psicológicos relacionados ao trabalho (IP-T). Inicialmente é apresentada a validade fatorial do IP-T.

3.3.2 Validade fatorial do IP-T

Os cinco fatores do IP-T (ansiedade, transtornos somatoformes, depressão, habilidades sociais e bem-estar no trabalho) representam 41% da variância total explicada cumulativa. A análise da matriz de componente rotativa (Varimax com normalização de Kaiser) foi estimada pressupondo os cinco fatores do instrumento.

A Tabela 14 apresenta as dimensões do IP-T e seus respectivos itens vinculados por meio da análise fatorial exploratória.

Tabela 14

Análise fatorial exploratória do IP-T

<i>Ansiedade</i>		<i>Transtorno Somatoforme</i>		<i>Depressão</i>		<i>Habilidades Sociais</i>		<i>Bem-estar no Trabalho</i>	
Item	Fator	Item	Fator	Item	Fator	Item	Fator	Item	Fator
			r				r		r
2	1	9	1	1	1	4	1	5	2
16	1	25	1	3	1	11	4	13	4
20	1	31	1	7	2	28	3	19	4
45	1	33	2	29	1	37	3	22	4
47	1	40	2	34	2	44	4	46	4
59	1	53	2	36	1	67	4	55	4
85	1	60	2	58	1	80	3	82	4
90	1	63	2	66	1	88	1	91	4
		65	3	69	1			94	4
		77	2	72	1			102	4
		96	2	81	1				
				86	1				
				103	1				

Ao analisar o resultado da matriz dos fatores rotativa pode-se observar que a maioria dos itens concentra maior força no primeiro fator. Esse resultado indica que apenas um fator responde por 35,5% da variância total explicada cumulativa. Somado a isso, muitos itens estão representados em mais de um fator como, por exemplo, o número 14 (*irrito-me facilmente com as pessoas*) que tem praticamente a mesma carga no fator 1 (0,444) e no fator 3 (0,447). Além disso, os itens 23, 26, 70, 76 e 87 mostraram não ser representativos de nenhuma das dimensões. Esse resultado aponta que é necessário rever os itens, já que podem estar gerando viés de confusão. Para tanto, todos esses itens foram retirados do inventário, além daqueles que apresentaram carga máxima inferior a 0,30, resultando em uma redução de 53 itens.

Os itens também carregaram em fatores diferentes do esperado. Ansiedade e depressão carregam principalmente no fator 1, o que gera dificuldade para discriminar entre as duas dimensões na comparação com outras escalas. Já o fator 2 refere-se principalmente aos itens do transtorno somatoforme, mas nessa dimensão contém ainda vários itens relativos ao fator 1, de ansiedade e depressão, o que aponta a necessidade de também analisar e avaliar o conteúdo destes itens. A dimensão bem-estar no trabalho está razoavelmente coerente, com a maioria dos itens carregando no fator 4 e um único item carregando no fator 2. Além disso, todos os itens que carregaram no fator quatro possuem carga negativa. Ao comparar com a primeira versão do IP-T, pode-se observar que estes itens são de correção invertida.

A dimensão Habilidade Social precisa ser melhor compreendida em função dos itens carregarem em fatores diferentes. Além disso, o fator 5 carregou apenas itens que pesaram em outros fatores. Esse resultado indica que além dos itens, faz-se necessário também rever as dimensões que compõem a escala. As dimensões Bem-estar e Ansiedade foram as que apresentaram melhor discriminação de itens na análise fatorial.

3.3.3 Validade de Critério do IP-T

Para analisar quão bem o IP-T permite discriminar entre trabalhadores afastados (com problemas de saúde) e trabalhando normalmente (a princípio, sem problemas de saúde), foram ajustados vários modelos de regressão logística. Em todos os modelos, a variável

de desfecho é a condição do trabalhador: afastado (1) ou trabalhando normalmente (0). Cada modelo foi construído com apenas uma variável preditiva, o escore do sujeito na escala em questão. Para facilitar a comparação entre os diferentes preditores, os valores foram padronizados como escores-z. Foram também testados os modelos que incluíam uma variável indicadora do sexo do participante e sua interação com o preditor principal, mas como o acréscimo dessa informação não melhorou significativamente o poder preditivo dos modelos, os resultados não são apresentados aqui. A Tabela 15 apresenta os coeficientes obtidos em cada regressão logística, a transformação desses coeficientes em razão de chances e a área sob a curva ROC (AUC-ROC), em conjunto com os erros-padrões de cada estimativa em parênteses.

Tabela 15

Comparação dos Diferentes Modelos de Regressão Logística para Predição da Condição do Trabalhador em Função do Escore da Variável Indicada

Variável preditora	Coefficiente (EP)	Razão de Chances (EP)	Área sob ROC (EP)
HADSD	1 (0,13)	2,8 (1,03)	0,77 (0,03)
HADSA	1,1 (0,14)	3,1 (1,18)	0,78 (0,03)
SQR20	1,2 (0,14)	3,3 (1,24)	0,8 (0,03)
IPT-Ansiedade	0,84 (0,13)	2,3 (0,82)	0,73 (0,03)
IPT-Trans. Somato.	1,5 (0,16)	4,4 (1,79)	0,84 (0,022)
IPT-Depressão	0,94 (0,13)	2,6 (0,93)	0,75 (0,03)
IPT-Hab. Soc.	0,53 (0,12)	1,7 (0,58)	0,64 (0,03)
IPT-Trabalho	0,96 (0,14)	2,6 (0,97)	0,75 (0,03)

Todas as variáveis consideradas mostraram-se predictoras positivas da condição de afastamento. As razões de chances de cada variável são elevadas, chegando a 4,4 para cada desvio-padrão na escala de Transtorno Somatoforme do IP-T. O escore de Habilidades Sociais e de Bem-Estar no Trabalho, ambos do IP-T, também predizem positivamente a condição de afastamento, ainda que seus coeficientes sejam menores.

A área sob a curva (AUC) da ROC de todos os modelos é maior que 50%, indicando sua adequação em predizer os casos de afastamento. Convém lembrar, porém, que os dados de ajuste e de predição são os mesmos, o que significa que as estimativas estão superestimando a qualidade preditora das variáveis. A maioria das AUC está entre 73% e 78%, com exceção do Transtorno Somatoforme e Habilidades Sociais, que estão nos extremos dos valores com 83% e 64%, respectivamente.

Apesar do desempenho mediano das escalas de Habilidades Sociais e Bem-Estar no Trabalho do IP-T, as outras subescalas desse instrumento tem desempenho preditivo comparável a instrumentos já referendados pela literatura. Em particular, os escores de Transtorno Somatoforme do IP-T apresentam desempenho preditivo superior a qualquer outra medida considerada neste estudo.

Considerando a predição de 0,5 na escala de probabilidade como corte entre uma resposta positiva (trabalhador afastado) ou negativa (trabalhador em condição normal de trabalho), foi estimado o desempenho de cada modelo comparando-o com a performance modelo nulo que prediz apenas a categoria mais provável (não afastado). Em alguns modelos, o ponto de corte ideal não é exatamente 0,5, mas a

diferença é pequena o suficiente para ser ignorada. A performance de cada modelo é mensurada por meio do erro absoluto (proporção de casos preditos errados, tanto negativos quanto positivos), acurácia (complemento do erro absoluto, ou seja, proporção de casos preditos corretamente), sensibilidade (proporção de casos positivos corretamente identificados), especificidade (proporção de casos negativos corretamente identificados).

Entretanto, o interesse é verificar em que medida a escala IP-T atinge a situação-alvo, ou seja, o afastamento de trabalhadores por questões de saúde. Nesse quesito, podemos verificar que algumas subescalas do IP-T apresentam desempenhos satisfatórios e até melhores que os instrumentos comparados, com base nos critérios escolhidos, indicativo de sua validade com relação aos fenômenos que se propõe mensurar.

3.3.4 Validade Convergente e Discriminante do IP-T

Foram verificadas as validades convergente e discriminante das subescalas do IP-T, entre si e com os outros instrumentos aplicados. Por se tratar da comparação dos escores totais de cada escala, utilizamos a correlação de Pearson, uma vez que as variáveis em questão são praticamente contínuas. Foram analisadas as correlações entre as variáveis latentes mensuradas por cada instrumento, assim como a matriz de correlação desatenuada, utilizando o índice de α de Cronbach como medida de fidedignidade para corrigir a correlação entre os escores verdadeiros (Tabela 16).

Tabela 16

Matriz de Correlação Desatenuada dos Índices dos Instrumentos Comparados.

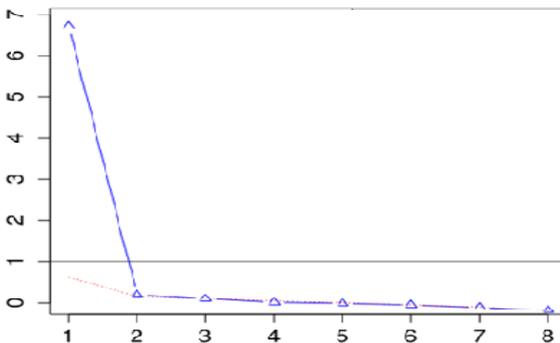
	QRS-20		HADSA		HADSD		IP-T	
				Ans	TSom	Dep	HSoc	BEsTr
QRS-20	1	0,89	0,92	0,88	0,89	0,91	0,76	0,76
HADSA	0,89	1	0,91	0,88	0,87	0,86	0,72	0,74
HADSD	0,92	0,91	1	0,87	0,81	0,92	0,79	0,81
IP-T Ans	0,88	0,88	0,87	1	0,89	0,96	0,87	0,73
IP-T-TSom	0,89	0,87	0,81	0,89	1	0,9	0,7	0,75
IP-T-Dep	0,91	0,86	0,92	0,96	0,9	1	0,88	0,81
IP-T-HSoc	0,76	0,72	0,79	0,87	0,7	0,88	1	0,82
IP-T-BEsTr	0,76	0,74	0,81	0,73	0,75	0,81	0,82	1

A matriz de correlação entre as escalas utilizadas na pesquisa é bastante uniforme. A maioria das correlações se encontra entre 0,8 e 0,91 (implicando, portanto de 64% a 82% da variância compartilhada). As correlações mais fortes acontecem entre as três primeiras subescalas do IP-T, o HADS e o SQR20. As subescalas de Habilidades Sociais e de Bem-estar no Trabalho também estão positivamente correlacionadas às outras variáveis, mas com menos força. Mesmo assim, seus coeficientes de correlação variam de 0,7 a 0,87, índices consideravelmente altos.

A homogeneidade das correlações sugere que há apenas um fator comum responsável pela maior parte da variância das diferentes escalas. Em outras palavras, há forte convergência das escalas entre si. As subescalas de Habilidades Sociais e de Bem-estar no trabalho poderiam compor outras duas dimensões separadas, mas a força de suas

correlações com as outras variáveis não justificaria, a princípio, um ou mais fatores distintos do principal. Esse resultado, em conjunto com a alta correlação entre escalas que se propõe mensurar ansiedade e depressão indicam pouco discriminação entre os construtos, novamente apontando para a solução de um único fator. Para averiguar se a solução de um único fator é de fato a melhor, procedemos à análise paralela da extração de componentes principais. A análise paralela, em conjunto com o *scree-plot*, ajudam a observar visualmente a melhor solução.

Figura 2 Análise Paralela e Scree-Plot das escalas do IP_T



Tanto utilizando o critério de Kaiser (valores acima de 1), quanto localizando o "cotovelo" no gráfico, ou seja, o ponto no qual há uma forte desaceleração na diminuição dos valores próprios, ou então pelas simulações de dados aleatórios da análise paralela, a solução de

um único fator parece ser a mais indicada. O critério *Mínima Média Parcial* de Velicer também é minimizado com um único fator.

Apesar de alguns dos critérios indicarem outras soluções possíveis, é evidente que, se considerarmos a parcimônia do modelo, a solução de um fator parece ser suficiente para explicar a maior parte da variação entre as diferentes escalas e subescalas. Com base nessa escolha, foi realizada a análise fatorial das medidas para identificar sua fidedignidade com o fator latente. Como se trata de uma matriz bem-comportada e composta por variáveis praticamente contínuas, utilizamos o método de estimação por máxima verossimilhança. Sendo uma solução de fator único, não foi feita nenhuma rotação da matriz de cargas.

Tabela 17

Análise Fatorial das Escalas Considerando Solução de Um Único Fator

<i>Escalas</i>	<i>Carga Fatorial</i>	h^2	u^2
IP-T Depressão	0,98	0,97	0,034
IP-T Ansiedade	0,97	0,93	0,068
HADSD	0,94	0,89	0,113
SRQ20	0,94	0,88	0,12
HADSA	0,92	0,85	0,154
IP-T T.S.	0,91	0,84	0,165
IP-T Habilidades Sociais	0,87	0,76	0,24
IP-T Bem-Estar no Trabalho	0,82	0,68	0,32

As cargas das escalas e subescalas foram consideravelmente altas, indo de 0,82 para os escores de Habilidades Sociais e Bem-estar no Trabalho até 0,98 para Depressão e Ansiedade do IP-T. As comunalidades (h^2) podem ser interpretadas aqui como índices de fidedignidade (r_{xx}) das diferentes escalas em relação a sua determinação por um único fator latente. A maioria das comunalidades é consideravelmente alta, entre 0,68 e 0,97, ou seja, 68% a 97% da variação dos escores pode ser atribuída à variável latente de interesse. Isso indica a forte convergência entre a maioria das escalas utilizadas.

Essa forte determinação por um único fator, apesar de referendar a validade convergente do IP-T considerando as outras escalas utilizadas, também indica uma fraca discriminação entre construtos. É esperado que os construtos considerados pelos instrumentos, como ansiedade, depressão, habilidades sociais, sejam correlacionados; os dados, porém, apontam que essa correlação pode ser atribuída a um único fator latente, o que invalida a teoria de que estamos lidando com construtos distintos. Esse problema não afeta apenas o IP-T, mas também o HADS e o SRQ20.

As subescalas do IP-T para avaliar Habilidades Sociais e Bem-estar no Trabalho também estão fortemente correlacionadas a este mesmo fator, mas sua variância residual é um pouco mais alta. Isso pode ser interpretado como um fraco indício de discriminação dessas duas subescalas com relação às outras. Porém, é necessário levar em consideração que não há discriminação clara entre os mesmos construtos mensurados por diferentes instrumentos.

3.3.5 Análise da Fidedignidade das Escalas do IP-T

Para finalizar a análise das propriedades psicométricas do IP-T, a fidedignidade de suas subescalas foram computadas e comparadas às fidedignidades dos outros instrumentos aplicados. Utilizamos tanto o α de Cronbach quanto o λ_6 de Guttman. O índice λ_6 é mais robusto no caso de itens heterogêneos, com grande variação nas cargas fatoriais; por outro lado, o α estima o limite inferior de fidedignidade com maior precisão no caso de itens homogêneos. Por outro lado, como cada escala é composta apenas por itens que supomos estarem relacionados exclusivamente com a variável latente de interesse, o α de Cronbach e o λ_6 de Guttman produzem estimativas semelhantes do limite inferior da fidedignidade.

Tabela 18

Análise de Fidedignidade das Escalas

<i>Escalas</i>	<i>Alfa de Cronbach (α)</i>	<i>Guttman(λ_6)</i>
SRQ20	0,92	0,93
HADSA	0,88	0,87
HADSD	0,84	0,83
IP-T Ansiedade	0,94	0,95
IP-T Transtornos Somatoformes	0,93	0,94
IP-T Depressão	0,91	0,93
IP-T Habilidades Sociais	0,74	0,78
IP-T Bem-Estar no Trabalho	0,82	0,84

Os índices de fidedignidade estão dentro do limite aceitável. O maior índice, para o IP-T Ansiedade, é de 0,94 (0,95); o menor índice, também do IP-T, é da subescala de Habilidades Sociais: 0,74 (0,78). Esse valor pode ser parcialmente explicado pelo fato de que o item 52 correlacionou-se negativamente com a escala e deveria ser invertido. Preferimos, porém, manter o padrão de correção original da escala.

Os índices de fidedignidade intraescalas concordam parcialmente com os índices de fidedignidade interescalas encontrado pela análise fatorial dos escores. De maneira geral, os escores das escalas de ansiedade, transtornos somatoformes e depressão são tão confiáveis quanto às escalas utilizadas para comparação.

Além de analisar as propriedades psicométricas do IP-T, também foram realizadas análises para buscar investigar se há diferença entre grupos nos escores das escalas aplicadas. Fazem parte do grupo trabalhadores não afastados do trabalho, considerados com saúde, e trabalhadores afastados por apresentar doença ocupacional. Para o HADSA, a diferença em termos de d de Cohen foi de 1,2 (IC 95%: [0,94; 1,38]); enquanto para o HADSD, $d = 1,1$ (IC 95%: [0,86; 1,3]). As escalas de ansiedade e depressão do IP-T obtiveram a diferença de $d = 0,9$ (IC 95%: [0,65; 1,1] e $d = 1$ (IC 95%: [0,8; 1,2]), respectivamente. Apesar das pequenas diferenças entre as estimativas, fica evidente que a diferença média entre os escores dos afastados e dos trabalhadores não afastados é bastante grande, cerca de um desvio-padrão, tanto para depressão quanto para ansiedade.

Outro resultado foi o SQR-20, $d = 1,26$ (IC 95%: [1; 1,5]). Estes dados indicam que os trabalhadores afastados apresentam mais sofrimento mental, quando comparados aos trabalhadores que estão em pleno exercício de sua profissão.

3.4 DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 358 trabalhadores da região oeste do Paraná, os quais foram divididos em dois grupos: os trabalhadores afastados (36,3%) por apresentar doença ocupacional e os que não estão afastados (62,3%), (considerados com saúde), foram excluídos os reabilitados profissionalmente (1,4%). Os trabalhadores afastados, que é a população de interesse deste estudo, apresentaram idade média de 45,6 anos (SD 8,9), são mais velhos e apresentam menos variação na idade do que o grupo dos que estão trabalhando regularmente, os quais tem idade média de 34,3 (SD 10,4).

Conforme foi apresentado, os grupos de participantes não foram homogêneos, porém ao comparar os trabalhadores afastados com os que estão laborando em relação ao tempo de serviço, observou-se diferença entre eles. Embora o percentual de trabalhadores afastados seja maior, nos primeiros anos de atividade laboral, eles somam o menor número, quando comparados ao segundo grupo, mas este algarismo vai aumentando no decorrer dos anos, com o tempo de serviço de cinco anos ou mais eles praticamente igualam o percentual com os que não estão afastados. Este dado indica que a atividade laboral desenvolvida

nestas indústrias pode influenciar para a ocorrência gradual da doença laboral.

A maioria dos trabalhadores que apresentaram doença ocupacional possui registro formal de trabalho, tempo de empresa superior a cinco anos e são mulheres e laboram em locais considerados mais insalubres que os homens. Outro estudo (Marcatti, 2014) também identificou que as mulheres laboram em locais específicos da linha de produção como: setor de esteiras, neste caso, nas áreas de miúdos e no corte. O trabalho masculino, por sua vez, é realizado em sua maioria na área externa como: na sangria (setor responsável pelo abate das aves), na pesagem e na contagem dos frangos congelados. Além destes, atuam como mecânicos, motoristas de empilhadeira, na expedição, no transporte dos pacotes aos caminhões.

Nessas indústrias, há também setores nos quais o trabalho é realizado tanto por homens como por mulheres. Contudo, por mais que as mulheres são a maior parte da força de trabalho, elas estão alocadas nos piores postos de trabalho (Marcatti, 2014). Somada a isso, há prevalência de mulheres acometidas por doença ocupacional (Serranheira, Uva, & Esprítio-Santo, 2009; Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009; Jakobi, 2014). Conforme os resultados apontaram a maioria dos trabalhadores afastados de suas atividades por estar realizando tratamento de saúde, está alocado no setor de produção, mas isso tudo ainda não foi suficiente para motivar ações estruturais no sentido de pensar em melhorias das condições de trabalho.

Homens e mulheres relataram que estão expostos a fatores que geram danos a sua saúde, tais como: passar a maior parte de seu tempo

de pé e no mesmo lugar, somado a isso, o principal fator de exaustão são os movimentos repetitivos, realizar esforço físico, exigência de concentração constante e permanecer muito tempo em silêncio. A exposição frequente a alguns fatores de risco, como os citados pelos trabalhadores brasileiros, são também os que mais afetam a saúde desta mesma população em Portugal (Serranheira, Uva, & Espírito-Santo, 2009), o que sugere que estas indústrias possuem características que lhes são peculiares.

No tocante a auto percepção do estado de saúde atual, os grupos pesquisados apresentaram diferenças. Enquanto os trabalhadores afastados consideram seu estado de saúde ruim, os que não estão afastados consideram seu estado de saúde bom. Mas, ambos afirmaram que sentem dor, apenas a intensidade dos sintomas álgicos mostrou ser diferente. Entre os afastados, a dor é descrita como forte ou muito forte; já entre os trabalhadores não afastados a dor foi considerada fraca ou moderada.

Referente à intensidade da dor o exame clínico do trabalhador deveria visar à prevenção do agravo à saúde. A prevenção concentra suas ações na antecipação, na detecção, no controle e no enfraquecimento dos fatores de risco. Seu foco principal é a ausência de doença, para tanto busca evitar a enfermidade, atacando os fatores que podem provocar danos à saúde, enquanto a promoção busca manter ou aumentar o nível de bem estar das pessoas (Czeresnia, 2009).

Em setembro de 2002, com a publicação da Portaria 1.679/GM, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). A RENAST compreende uma rede nacional de informações

e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais de vigilância, prevenção e promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Em 2003, a RENAST foi definida como a principal estratégia para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Está estruturada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sendo implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal, e os municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações (Brasil, 2009).

Os CERESTs são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores - em articulação com a rede de atenção do SUS (Brasil, 2009).

Machado e Santana (2011) apontam que a proporção de CERESTs estaduais que tiveram avaliação satisfatória para a produção de informações foi pequena, em média de 33%. As informações descritas eram: realizar levantamentos do perfil produtivo, fazer síntese de dados demográficos e ocupacionais, fazer análise de dados de mortalidade e análise de dados de morbidade. A análise da atividade de produção de informações revelou ser incipiente, além da falta do estabelecimento de prioridades com base em informações epidemiológicas. Assim, denota-se que há uma lacuna na produção de

informações sobre o impacto dos programas e investimentos na melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores.

Para proteger ainda mais os trabalhadores, foram criadas leis, das quais podemos citar como exemplo: o Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA), que tem como objetivo estabelecer uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores frente aos riscos dos ambientes de trabalho. Além desse programa, também foi criado o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que tem como objetivo monitorar por anamnese e exames laboratoriais a saúde dos trabalhadores, para identificar precocemente qualquer desvio que possa comprometer a saúde dos mesmos.

A intensidade da dor quando descrita como fraca ou moderada, pode ser um fator que influencia para que muitos trabalhadores continuem desempenhando as suas atividades, por não se considerarem ainda pessoas doentes. Mas, de acordo com Machado, Murofuse e Martins (2016) o medo de ser demitido também pode fazer com que eles, mesmo quando acometidos por doenças ou por sintomas álgicos, permaneçam desenvolvendo as suas funções, o que pode agravar o estado de saúde. Neste âmbito, os programas PPRA e PCMSO, que tem na sua base a prevenção, para tornarem-se mais eficazes deveriam também ponderar a intensidade dos sintomas álgicos observados no momento da avaliação clínica do trabalhador.

Além da autopercepção dos trabalhadores sobre o seu estado de saúde, a análise da diferença entre grupos nos escores das escalas HADSA, HADSD, SQR-20 e IP-T, também apontou diferenças. Foi

possível observar que média entre os escores dos dois grupos de trabalhadores (afastados e não afastados) foi consideravelmente suficiente, para indicar que o primeiro grupo apresenta mais sofrimento mental, quando comparados ao segundo grupo.

Sobre a diferença da intensidade dos sintomas álgicos descrita pelos trabalhadores, compreende-se que as manifestações de dor tendem a iniciar de forma leve e esporádica, mas com o passar do tempo aumentam a frequência e a intensidade e se alastram para outros membros do corpo. Como resultado, diante da exposição contínua aos riscos laborais da atividade, muitos trabalhadores passaram a conviver com a dor permanentemente (Dal Magro, Coutinho, & Moré, 2013). Neste âmbito, enquanto os trabalhadores não afastados e descritos teoricamente, neste estudo, como saudáveis, apresentam alguns sintomas álgicos, por estar expostos a um ambiente considerado prejudicial à saúde, nos afastados e considerados como doentes, a dor evoluiu para crônica, o que pode estar relacionado, de acordo com os resultados, com os anos de labor dedicados para a mesma indústria.

Diante do fato dos dois grupos de trabalhadores afirmarem sentir dor, a atenção deve voltar-se em um primeiro momento, para as questões do ambiente de trabalho, as quais devem ser melhoradas, mas, também, deve-se pensar no atendimento à saúde dos trabalhadores de indústrias de abate realizada pelos serviços públicos e privados. Dal Magro, Coutinho e Moré (2013) descrevem que estes serviços ainda pautam o diagnóstico e o tratamento em alguns procedimentos básicos como: prescrever medicamentos, orientar para a mudança de função, realizar fisioterapia e, por fim, emitem atestados médicos para

afastamento do trabalho. Todos estes, conduzem a um obscurecimento do sintoma álgico, que serve tanto no sentido de amenizar momentaneamente algumas dificuldades, quanto no sentido de produzir a invisibilidade das doenças ocupacionais que atingem os trabalhadores.

De acordo com os resultados apresentados, às doenças osteomusculares geraram o maior número de afastamentos, as referentes aos ombros, punhos e mãos ocuparam o primeiro lugar, em seguida ficaram as doenças relacionadas aos membros inferiores. Os TMC foram descritos inicialmente como uma consequência da dor física, mas alguns trabalhadores também afirmaram que receberam diagnóstico de doença mental. Embora os TMC se configurassem, neste estudo, como uma doença praticamente invisível, o resultado também apontou que o trabalho realizado esgota tanto a saúde física quanto a mental do empregado e, muda substancialmente a sua condição de pessoa saudável para a de doente (Machado, Murofuse, & Martins, 2016).

Embora nem todos os trabalhadores recebessem diagnóstico de TMC, o sofrimento psicológico pode estar também associado à situação de estar afastado do trabalho. O trabalhador quando adoece e é afastado de suas atividades tende a se tornar mais fragilizado, a autoestima diminui, se não receber, também, tratamento psicológico, quanto maior for o tempo de afastamento, maiores são os níveis de sintomas álgicos e menores as possibilidades de retorno ao trabalho. Na pesquisa realizada, os trabalhadores, em sua maioria, estavam recebendo benefício por um período inferior a um ano. Contudo, a doença física quando somada ao transtorno mental e comportamental é um dos fatores que geram maior duração para a incapacidade para o trabalho e maior número de

benefícios concedidos, principalmente entre trabalhadores de indústrias de abate (Jakobi, Barbosa-Branco, Bueno, & Camargo, 2013).

Em amostras de pessoas com dor e sem dor, as dimensões Ansiedade, Depressão e Transtorno Somatoforme da IP-T apresentaram maior consistência interna (Frutuoso, 2006). Nesse estudo, também foi analisado quão bem o IP-T permite discriminar entre trabalhadores afastados (com problemas de saúde) e trabalhando não afastados. A curva ROC ficou entre 0,64 e 0,84, indicando que todas as subescalas do IP-T se mostraram preditores positivas da condição de afastamento por doença ocupacional.

Frutuoso (2006) analisaram, ainda, a consistência externa das dimensões, ansiedade, depressão e transtorno somatoforme do SCL-90-R, que é um inventário desenvolvido para identificar e avaliar sintomas psicológicos, com as mesmas dimensões do IP-T. Os resultados indicaram alta correlação e consistência externa, o que sugere que os itens das dimensões descritas, dos dois instrumentos, medem propriedades psicológicas similares.

No presente estudo, foram utilizados três instrumentos, ao comparar a habilidade das subescalas do IP-T em prever a situação de afastamento do trabalho com as outras escalas utilizadas, ficou evidente que o IP-T consegue discriminar os casos com acurácia semelhante, e também superior à das outras escalas. Neste âmbito, considerando o critério de diagnosticar a situação de um trabalhador, há evidência de validade de critério do IP-T.

Os padrões de correlação entre os escores das escalas sugere uma forte convergência entre elas. A análise fatorial exploratória indica

que a solução unifatorial é, de fato, a melhor para representar a variância compartilhada entre as variáveis. Isso indica que há evidência para a validade convergente das subescalas do IP-T com as outras escalas utilizadas para comparação.

Essa convergência, porém, traz um problema preocupante: há pouca evidência de discriminação entre as diferentes dimensões dos construtos utilizados. A solução unifatorial parece implicar a existência de um único fator comum a todas as escalas e subescalas, mas os construtos teóricos pressupõem a existência de mais fatores: o HADS deveria ter um fator relativo à ansiedade e outro à depressão, mas não há diferença entre eles nos dados; da mesma forma, o IP-T possui cinco dimensões, mas apenas o Bem-Estar no Trabalho e Habilidades Sociais parecem se destacar -- e muito fracamente -- da influência de um único fator.

Ao analisar cada dimensão em particular, denota-se que as dimensões: habilidades sociais, transtorno Somatoforme e bem-estar no trabalho, alguns itens de cada uma destas carregam em fatores diferentes aos da maioria, assim, precisam ser melhor discriminados. Como exemplo, na dimensão bem-estar no trabalho em sua maioria, os itens carregam no fator 4; ao analisar cada item individualmente denota-se que eles realmente referem-se à categoria “trabalho”, com exceção do item número 5 (Ao executar as atividades de trabalho sinto muito cansaço), que está na mesma dimensão, porém carrega no fator 2 (representa momentaneamente o transtorno somatoforme). Nesse caso, é possível verificar que na análise fatorial a importância foi dada ao tema “cansaço” e não para o “trabalho”, dando ênfase assim ao sentimento

negativo. É aconselhado, então, rever o conteúdo deste item, bem como todos os das demais dimensões, que carregam em fator diferente, para melhor atender a dimensão ou transferi-lo para o fator correspondente, no caso do exemplo citado, o fator 2.

Por meio dos sintomas mais evidentes descritos para nas dimensões ansiedade e depressão, ao analisar os itens do transtorno depressivo, de acordo com o DSM-V, eles traduzem bem as características melancólicas referentes a este transtorno. Da mesma forma, o item da dimensão ansiedade atende a característica de que o medo é um sentimento apresentado por pessoas que apresentam transtorno ansioso. Se os itens construídos estão de acordo com os principais sintomas descritos para cada transtorno, então como explicar o resultado da análise fatorial que carrega o fator 1 tanto para ansiedade quanto para depressão?

Nas patologias de ansiedade, os ataques de pânico se destacam como um tipo particular de resposta ao medo, porém não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais (Borsonello, Santos, Schmidt, & Andrade, 2002). Assim, os transtornos depressivos podem ter além da característica melancólicas outros atributos mistos associados a características ansiosas como, por exemplo, agitação, insônia, fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. Todos estes sintomas, apesar de representar o transtorno depressivo, podem ser facilmente confundidos com o transtorno ansioso.

Como os itens das dimensões ansiedade e depressão carregam no mesmo fator 1, mas deveriam representar sintomas dos dois

transtornos, para aumentar a distância entre as duas dimensões sugere-se que seja realizada uma escolha entre um dos diagnósticos de transtorno depressivo, apresentados no DSM-V e um entre os diagnósticos de transtornos ansiosos. Neste caso, para melhor descrever cada dimensão de forma mais clara, os itens devem ser revistos para atender a dimensão para cada qual está representado.

Entre os diagnósticos apresentados no DSM-V os sintomas de ansiedade generalizada (F41.1) indicam ser bem distintos a tal ponto de se diferenciar dos transtornos depressivos. Entre as principais características estão; A) ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo por pelo menos seis meses; B) O indivíduo considera difícil controlar a preocupação; C) A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seis sintomas (sensação de estar com os nervos à flor da pele; Fatigabilidade; Dificuldade em concentrar-se; Irritabilidade; Tensão muscular; Perturbação do sono; D) A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas (DSM-V, 2013).

O transtorno depressivo maior também possui critérios diagnósticos bem definidos, os quais em sua maior parte referem-se ao humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, que influenciam para diminuir o interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia; reduz ou aumenta o apetite, além de sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico (2013). Com base nos critérios diagnósticos de cada dimensão, denota-se

que se forem alterados somente os itens da dimensão ansiedade, para corresponder mais a descrição de um transtorno de ansiedade generalizada pode haver uma distinção mais precisa entre este e o transtorno depressivo.

Os índices de fidedignidade das escalas estão dentro do aceitável. Porém, esses índices foram computados utilizando a chave original das escalas. Não foi verificado se os itens permaneceram estáveis em suas cargas nos seus respectivos fatores. Assim, sugere-se que novos estudos sejam realizados, para que seja novamente analisado se as cargas dos itens permanecem estáveis nos seus respectivos fatores.

Referente às limitações, neste estudo, elas estão relacionadas à dificuldade de ter acesso aos trabalhadores de indústrias de abate. Como os locais indicados para realizar a pesquisa recebem apenas trabalhadores que estão buscando auxílio médico, jurídico ou outro, foram entrevistados somente os que estavam presentes no dia agendado para realizar a coleta. Assim, se por um viés, a dificuldade apresentada não permitiu ter uma amostra mais equilibrada dos dois grupos pesquisados, por outro, sinalizou que existe um terceiro grupo, os que estão sendo reabilitados ao trabalho nas indústrias de abate e que, embora em menor número, também, necessitam da atenção tanto de pesquisadores, profissionais de saúde e governantes.

4. RELAÇÃO ENTRE PREVALÊNCIA E INDICADORES PSICOMÉTRICOS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE ABATE DE SUÍNOS, AVES E OUTROS PEQUENOS ANIMAIS DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ.

Foram realizados dois estudos, a fim de analisar se as variáveis clínicas estavam diretamente associadas às variáveis epidemiológicas, e se poderia resultar em uma relação de associação com a prevalência de TMC em trabalhadores de indústrias de abate de suínos, aves e outros pequenos animais da região oeste do Paraná.

O objetivo proposto para essa análise foi construir um modelo preditivo da condição de afastamento do trabalho associado ao diagnóstico de TMC. Para esse fim, o desfecho é modelado como uma variável binária, considerando os trabalhadores afastados com diagnóstico de TMC como casos positivos, e o restante dos trabalhadores (afastados ou não) como casos negativos.

Os preditores utilizados para construção do modelo provêm de duas bases de dados diferentes. O primeiro conjunto de preditores, de caráter psicométrico, foi levantado especificamente para este estudo com trabalhadores afastados e ativos no oeste do Paraná, em uma amostra composta por 358 observações. Os instrumentos utilizados foram: o IP-T, o HADS e o SQR20. Esses dados foram mensurados individualmente e cada observação na base de dados possui uma medida distinta. O segundo conjunto de dados, de caráter epidemiológico,

provém dos dados documentais fornecidos pelo INSS sobre os trabalhadores afastados na região. Essa base de dados documental contém 288 observações e seus descritores foram apresentados no Capítulo 1. Esses dados não estão diretamente cruzados com a base de dados anterior. Para tanto, foi necessário construir descritores de prevalência de TMC com base em níveis de variáveis categoriais (p.e., prevalência de TMC entre homens e mulheres afastados, prevalência de TMC entre faixas etárias de trabalhadores afastados, etc), para em seguida inserir esses descritores na base de dados psicométrica de acordo com o nível da variável categórica observada em cada sujeito.

Em função da natureza binária do desfecho, escolhemos construir o modelo preditivo com base na transformação logística da equação de predição. Os preditores foram divididos em dois blocos: preditores psicométricos e preditores epidemiológicos. Iniciando com o bloco dos preditores epidemiológicos, o modelo foi construído incluindo cada variável por vez e avaliando seu impacto no aumento medida de área sob a curva (AUC) da ROC (Receiver Operating Characteristic) das predições do modelo. A variável com maior aumento na AUC-ROC é mantida e o procedimento é repetido para as variáveis restantes, até acabarem as variáveis ou até não haver nenhum aumento superior a 5% na medida de objetivo.

A escolha da AUC-ROC como medida de objetivo, em vez de outras medidas mais intuitivas, como acurácia ou erro absoluto, se deve ao fato desta medida levar em consideração tanto a especificidade do modelo quanto à sensibilidade das predições ponderadas ao longo dos limiares possíveis de classificação. A AUC-ROC pode variar de 0,

indicando que o modelo prediz erroneamente tanto casos positivos quanto negativos, passando por 0.5, quando o modelo acerta puramente por acaso, até 1, quando o modelo acerta todos os casos. Sua interpretação pode ser feita da seguinte maneira: para dois casos, um positivo e um negativo, escolhido aleatoriamente da população alvo, a AUC indica a probabilidade de o modelo classificar o caso positivo com um escore maior que o caso negativo.

Por não termos dados completos de todos os trabalhadores entre os dados disponíveis, as estatísticas epidemiológicas consideradas são a prevalência de TMC entre trabalhadores do setor em função do sexo e em função da faixa etária. Partindo do modelo de regressão logística mais simples, apenas com o intercepto, o primeiro preditor selecionado é a prevalência por sexo do trabalhador, que faz a ROC passar de 0.5 (no modelo nulo, mais simples) a 0.65, um ganho substancial, se considerar que se trata de uma única variável. Mas, o acréscimo da prevalência em função da faixa etária não melhora o poder preditivo do modelo. Pelo contrário, faz com que a AUC seja reduzida de 0.65 para 0.61. Por esse motivo, esse preditor não é mantido no modelo final.

O acréscimo de qualquer uma das variáveis psicométricas aumenta consideravelmente a AUC do modelo, variando de 0.71 a 0.88. Apesar desse primeiro aumento considerável na AUC, o acréscimo subsequente de outras variáveis não melhora o desempenho preditivo. Por esse motivo, o modelo final, juntando as variáveis epidemiológicas e psicométricas, permanece com apenas dois preditores: a prevalência de TMC entre trabalhadores afastados em função do sexo e o escore do SRQ20.

Por um lado, a suficiência de apenas um indicador psicométrico poderia ser previsto pelo que foi apresentado no Capítulo 2. Não há grande discriminação entre as diferentes escalas utilizadas, e a análise fatorial sugeriu a existência um único fator comum explicando a variância dos escores. Justamente por isso, uma vez tendo um indicador dessa variável latente, as outras variáveis deixam de ser informativas.

Também é interessante notar que o aparente aumento considerável com o acréscimo da variável epidemiológica se deve à ordem de inserção – se escolhermos inserir primeiramente as variáveis psicométricas, a melhoria ocasionada pela variável epidemiológica é bem menos aparente. Uma explicação provisória, porém, bastante plausível, é que as variáveis psicométricas são mensuradas diretamente nos sujeitos, enquanto a variável epidemiológica é um agregado do conjunto que dá uma informação geral, mas menos relevantes para casos particulares.

4.1 DISCUSSÃO GERAL

No primeiro estudo, os dados indicaram que no período entre 2008 e 2014, no país, houve prevalência de benefícios auxílio doença previdenciária em detrimento dos acidentários concedidos para trabalhadores afastados por TMC. A diferença de concessão de benefícios para menor, no tocante aos transtornos mentais, foi constatada tanto a nível nacional quando nas regiões sul, sudeste e centro oeste.

O Sul do país emprega o maior número de trabalhadores de indústrias de abate de aves e suínos e, também, ao comparar com a região Sudeste e Centro Oeste exibiu prevalência de trabalhadores, que receberam diagnóstico de TMC. Ao ponderar a concessão de auxílio doença acidentário, nesta região, embora no Paraná haja a maior concentração de trabalhadores, ao comparar a concessão de benefícios entre os Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, verificou-se que o último concede menos benefícios acidentários aos seus trabalhadores. Este dado sugere que deve ser analisada a forma como as avaliações clínicas e os diagnósticos vêm sendo realizada em cada Estado brasileiro.

Como ocorreu diferença na concessão de benefícios na maioria dos Estados brasileiros, com exceção do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, ficou evidente que a concentração de trabalhadores em uma determinada região, não pode ser considerada como o principal fator que influencia na concessão de um tipo de benefício, para maior ou para menor, sendo necessário rever outros elementos. Neste âmbito, os estudos realizados por pesquisadores (Sardá, Ruiz, & Kirtschig, 2009; Walter, 2012; Heemann, 2013; Instituto Fator Humano, 2013; Ikedo & Ruiz, 2015), nestes dois Estados, pode ter contribuído positivamente para que ocorresse maior conscientização, sobre o nexos entre o transtorno mental e o trabalho, gerando mudanças expressivas na prática dos peritos médicos do INSS no momento de avaliar o trabalhador.

Em todos os Estados brasileiros, no período estudado, também ocorreram flutuações mais ou menos aleatórias na concessão dos benefícios previdenciário e acidentário. Somado a isso, houve uma

redução 9,9% de auxílio doença previdenciários concedidos e 24% dos acidentários. Esta redução na concessão de benefícios para a população geral, somado ao declínio ainda maior para os trabalhadores que apresentam TMC, não significa necessariamente que os trabalhadores não estão adoecendo, mas sinaliza que, após a implementação do NEPT em 2007, novas formas de subnotificação podem estar ocorrendo.

Os transtornos mentais e comportamentais se configuram, atualmente, como um importante problema de saúde pública. Se, por um viés, há dificuldade em obter o diagnóstico de TMC relacionado ao trabalho, que pode ser observado pelos dados apresentados, outra tendência observada foi que entre os benefícios concedidos para os TMC, no Brasil, no período estudado, houve prevalência de 39,3% dos transtornos depressivos. Na região oeste do Paraná, aumentou para 48,8%, mas este último foi concedido somente para os trabalhadores de indústrias de abate.

A prevalência do transtorno depressivo entre os trabalhadores de indústrias de abate foi, também, observada em outros estudos realizados (Sardá Junior, Kupek, & Cruz, 2009; Serranheira et al., 2009; Jakobi, 2014; Lander et al, 2015), o que sugere, por um viés, que estes locais de alguma forma propiciam para que os trabalhadores desenvolvam doenças ocupacionais, quando comparados aos que exercem outras ocupações (Emhan, Yildiz, Bez, & Kingir, 2012). Mas, a questão que se coloca é se ainda ocorrem subnotificações na concessão do benefício auxílio-doença acidentário, o alto percentual apresentado de diagnóstico depressivo pode estar indicando uma supernotificação?

Silva-Junior e Fischer (2014) apontaram que os transtornos do humor (F30-F39) ocupam o primeiro lugar na concessão de benefícios acidentários, com frequência média anual de 47,7%, mas, também, observaram que com o passar dos anos está havendo declínio do registro dos transtornos depressivos (F30 e F39). Na pesquisa realizada, ao contrário do que os autores apresentaram, a prevalência de transtorno depressivo aumentou, contudo, a recente explosão no número de casos de suposto transtorno depressivo não significa necessariamente um aumento real dessa condição, mas remete a uma reflexão sobre o que pode estar influenciando para haver aumento deste diagnóstico (Horwitz & Wakefield, 2007; Soares & Caponi, 2011).

Na atualidade, o reconhecimento dos fatores desencadeadores do transtorno depressivo sai de cena, resulta então, que o tratamento é direcionado quase que exclusivamente à sintomatologia, o que pode contribuir para que um grande número da população possa ser diagnosticado com depressão (Soares & Caponi, 2011). Para os profissionais da saúde é essencial saber distinguir entre reações anormais devido à disfunção interna e tristeza provocada por circunstâncias externas como, por exemplo, perda do emprego; rompimento de um relacionamento; vivências de situações constrangedoras no ambiente de trabalho, entre outras. A dificuldade em diferenciar sentimento de tristeza de depressão, faz que com todas as pessoas que passam por alguma dificuldade e estão tristes sejam consideradas, geralmente, como depressivas. Neste sentido, observa-se que a falta de critérios definidos para distinguir uma patologia de um

sentimento apresentado no cotidiano, pode ser o cerne das causas do aumento do diagnóstico depressivo (Horwitz & Wakefield, 2007).

As dificuldades para discernir entre uma patologia ou outra não ocorrem somente no momento da entrevista, mas podem estar presentes na avaliação clínica como um todo, principalmente se alguma dimensão de um determinado instrumento psicológico não for precisamente definida. No presente estudo, considerando o critério de diagnosticar a situação de afastamento de um trabalhador por doença ocupacional, houve evidência de validade de critério do IP-T, porém as análises indicaram, também, pouca discriminação entre as dimensões de ansiedade e depressão.

Ao ponderar os itens das duas dimensões foi observado que elas carregam no mesmo fator, assim tendem a representar sintomas dos dois transtornos, neste caso, com base nos critérios diagnósticos do DSM-V e da CID, em um primeiro momento, foi sugerido que fosse realizada uma distinção entre os conceitos, para propiciar também critérios de diagnóstico mais preciso. Contudo, tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID) quanto o DSM-V são manuais padronizados, assim sendo, existem vários termos técnicos que podem induzir profissionais menos habilitados a equívocos, como resultado pode haver falso diagnóstico positivo (Araújo & Lotufo Neto, 2014).

Com relação à depressão, no DSM-V foi retirado o luto como critério de exclusão do transtorno depressivo maior, neste caso, a mudança permite que indivíduos que estão passando por um sofrimento psíquico, mesmo sendo em função de uma reação comum, sejam diagnosticados com transtorno depressivo maior. Além disso, os

sintomas centrais deste transtorno foram mantidos, mas aceitam especificadores como características mistas e/ou com ansiedade. Assim, embora na nova versão do DSM-V os critérios diagnósticos foram exaustivamente avaliados, a principal crítica é de que ele se tornou pouco criterioso, contribuindo para que um número maior de pessoas seja diagnosticada com algum transtorno psíquico (2014).

Referente às outras três dimensões do IP-T, habilidades sociais, transtorno Somatoforme e bem-estar no trabalho, apesar de alguns itens carregarem em um fator diferente dos demais, comparadas as dimensões de ansiedade e depressão, estão melhor discriminados. Mas, ao comparar com outros instrumentos (HADS e SQR-20), os resultados evidenciaram, ainda, que as dimensões ansiedade e depressão e transtorno somático, apresentam resultados até melhores, o que evidencia que o inventário é adequado para medir os fenômenos que se propõe mensurar.

Para comprovar se o IP-T consegue discriminar dois grupos, um considerado doente e outro saudável, foi realizada, também, a diferença média entre os escores dos trabalhadores afastados e não afastados, os resultados foram consideravelmente suficientes, para indicar que os incapacitados apresentam mais sofrimento psíquico, quando comparados aos do segundo grupo, ou seja, os considerados com saúde. Mas, conforme descrito alguns ajustes ainda são necessários, o que é considerado pertinente, considerando que o instrumento ainda está em processo de aperfeiçoamento em seus indicadores psicométricos.

Em relação, ao termo transtorno somatoforme, na nova descrição do DSM-V, foi substituído por transtorno somático, em

função de que o diagnóstico era considerado confuso. Os sintomas do transtorno somatoforme são geralmente múltiplos e atuais, provocam sofrimento ou resultam em perturbação significativa da vida diária, mesmo que, às vezes, apenas a dor, esteja presente. Os sinais podem ser: específicos, como uma dor localizada; ou ainda inespecíficos, como uma fadiga (APA, 2013).

No tocante aos trabalhadores, foi desenvolvido o NTEP, para presumir o nexo causal entre trabalho e adoecimento, a partir da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na CID. Mas, mesmo assim, conforme os resultados epidemiológicos evidenciaram, ainda ocorrem subnotificações e, também, supernotificações.

A prevalência de adoecimento ocupacional é um problema social, mas ao analisar mais especificamente a região onde as indústrias de abate estão localizadas, torna-se possível compreender melhor o problema, para pensar em formas de intervenções. No oeste paranaense a mesorregião de Toledo, nos dois estudos, concentrou o maior número de benefícios, em detrimento de Cascavel e Foz do Iguaçu. Se, por um viés, no segundo estudo a amostra foi intencional, o que pode ter contribuído para que a maioria dos trabalhadores fosse de Toledo, no primeiro, houve também prevalência de benefícios concedidos pelo INSS para trabalhadores desta mesma região.

Toledo é o maior responsável pela produção do rebanho de suínos e aves no Estado e, emprega um número expressivo de trabalhadores, o que pode influenciar para que o número de benefícios concedidos seja maior. Porém, não se pode reduzir a explicação dos

adoecimentos à concentração de um polo industrial em uma determinação região, é necessário ir além e investigar a relação destas indústrias com a prevalência de TMC.

No estudo psicométrico, ao comparar o número de trabalhadores afastados por apresentar doença ocupacional com os que receberam diagnóstico de transtorno mental, o segundo grupo somou apenas 3,8% da população de amostra, mas 8,5% afirmaram que embora o motivo do afastamento fosse devido a uma lesão orgânica, também fazem uso de medicamentos para tratar a saúde psíquica. Este dado ressalta que o corpo não pode ser considerado um somatório de fragmentos anatômicos, no qual se pode separar o psíquico, do físico e do social. Entende-se, assim, que a saúde psíquica é uma dimensão indissociável do processo saúde/doença visto em seu todo, não havendo adoecimento psíquico constituído de forma isolada do corpo e das inter-relações humanas (Seligmann-Silva, 2011).

Do ponto de vista de um modelo biopsicossocial, as respostas do corpo em relação ao seu meio não são isoladas ao acaso, elas ocorrem simultaneamente em todo o organismo (França & Rodrigues, 2009). Como resultado, embora, algumas vezes, a tensão gerada pelo impacto do trabalho manifesta-se em apenas uma dimensão como, por exemplo, a dimensão biológica, também mobiliza todas as demais (psicológica e social), contribuindo para que a condição de saúde diminua. Logo, não cabe mais estudar a saúde biológica ou geral separada da psíquica. Neste âmbito, o conceito de processo saúde-doença propicia uma melhor compreensão dos determinantes das formas individuais e coletivas de adoecer.

Se por um lado é possível observar novas formas de adoecer, por outro, os dados apresentados sugerem que são poucos os trabalhadores de indústrias de abate de aves e suínos que recebem diagnóstico de transtorno de humor relacionado ao trabalho, e que buscaram ajuda nos locais onde a pesquisa foi realizada. O mesmo foi observado no estudo epidemiológico, o benefício B91 (0,24%), que possuem nexos com o trabalho, concedido para os trabalhadores que receberam diagnóstico de TMC, somou o menor percentual, conforme a tabela abaixo apresenta.

Tabela 19

Relação entre achados empíricos para os delineamentos: epidemiológico e psicométrico

	<i>Delineamento</i>			
	Epidemiológico (prevalência)		Psicométrico	
Ocorrência de TMC por região	Toledo = 85,1%		Toledo = 63,4%	
	Cascavel = 10,4%		Cascavel = 7%	
	Foz do Iguaçu = 4,5%		Foz do Iguaçu = 29,6%	
Prevalência de CID-F (2008-2014) para CNAE 1012	TMC = 0,41 % (B91 = 0,24%)		Diagnósticos referidos:	
	F32 e F33 = 6,98% (B91 = 0,24%)		1 – Membros Superiores 2 – Membros inferiores 3 – Transtornos de humor (depressão e ansiedade)	
Perfil dos trabalhadores do oeste paranaense para CNAE 1012	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
	Real (esperado)	Real (esperado)	Afastadas=41%	Afastados=31,9%
	71,9 (51,55)	28,1 (48,45)	Idade média= 44,9	Idade média= 46,3
	Idade média 32 anos (DP 7,7)	Idade média 35 anos (DP 8,8)	(DP 7,1) Não afastados= 58%	(DP 10,6) Não afastados= 66,5%
		Idade média = 34,3 (DP 10,4)	Idade média= 34,3 (DP 10,4)	
Tempo afastado	31 a 60 dias = 44,8%		Homens = M 30,21 meses; (DP 35,5)	
	61 a 180 dias = 42,4%		Mulheres = M 29,68 meses (DP 28,7)	

Nos dois estudos, a maioria dos trabalhadores de indústrias de abate que receberam benefício por apresentar transtorno mental e comportamental, é do sexo feminino e são mais jovens quando comparadas aos homens. Todavia, a idade difere de um estudo para outro, enquanto no primeiro elas têm idade média de 32 anos e eles de 35 anos, no segundo a idade aumentou praticamente 10 anos. Este dado

somado ao tempo de afastamento pode indicar que quando mais idade tiver o trabalhador maior é o tempo que permanece afastado de suas atividades laborais, sendo o oposto também verdadeiro, independente do sexo.

Considerando que o grupo de trabalhadores do segundo estudo foi composto por pessoas que estavam buscando ajuda nos sindicatos e na APLER, por apresentar doenças ocupacionais, necessariamente à maioria deles pode não fazer parte da primeira amostra, na qual foram analisados somente os trabalhadores que apresentavam TMC e estavam recebendo benefícios da Previdência Social. Denota-se, assim, que enquanto os trabalhadores afastados por TMC são mais jovens e permanecem menos tempo incapacitados, os que foram afastados por apresentar doença ocupacional somada ao sofrimento psíquico estão com idade superior a 40 anos e ficam mais tempo em tratamento.

O tempo de permanência afastado do trabalho menor em trabalhadores mais jovens do que nos que possuem mais idade, foi confirmada em outro estudo (Jakobi, Barbosa-Branco, Bueno, Ferreira & Camargo, 2015), além disso, a incidência de afastamentos devido aos transtornos mentais comuns, também, foi identificada na Holanda (Roelen, Koopmans, Hoedeman, Bültmann, Groothoff, & Van Der Klink, 2009). A alta demanda de trabalho físico e a exigência psíquica são características do trabalho realizado no setor de produção das indústrias de abate, estas somadas aos sintomas depressivos e as comorbidades típicas do envelhecendo humano, podem contribuir para o maior tempo de duração do benefício por incapacidade em trabalhadores com idade avançada (Jakobiet al., 2015; Van Holland et al. (2015).

Todavia, se trabalhadores de diferentes nações estão adoecendo, torna-se evidente que as atividades profissionais realizadas também afetam a saúde e, apontam a necessidade de intervenções, principalmente em relação à medicina do trabalho.

O número de empregados que adoecem no decorrer dos anos, principalmente após cinco anos ou mais de trabalho na mesma indústria, aumentou expressivamente que praticamente igualou com os que estavam laborando, ou seja, considerados com saúde. Somado a isso, ao ponderar a percepção sobre o sentimento de dor, houve pouca diferença entre os dois grupos, assim os trabalhadores que estavam exercendo as atividades e considerados com saúde, também afirmaram ter sintomas algícos. Este dado sinaliza que embora ainda não fossem considerados doentes, os sintomas estão presentes. Mas, continuam desempenhando as suas atividades, por motivos que lhes são singulares, entre eles o medo de perder o emprego.

Quando o adoecer permeia a zona do psiquismo, o medo de perder o emprego pode aumentar a probabilidade de mascarar os sintomas psíquicos. Assim, não é comum o trabalhador atribuir o seu sofrimento como sendo de ordem psíquica, o que também propicia para que o diagnóstico seja realizado, geralmente, tardiamente. (Borges, Guimarães, & Silva, 2013). Neste âmbito, relacionar os estudos psicométricos com os epidemiológicos contribuiu para que fossem identificados os preditores que apresentaram prevalência: TMC entre trabalhadores afastados em função do sexo, conforme já havia sido identificada nos estudos, a população mais vulnerável é o das mulheres,

e o escore por transtorno mental leve, que é foi relacionado ao transtorno depressivo.

Conhecer qual é a população mais vulnerável de trabalhadores que pode apresentar TMC, por meio de dois estudos com métodos diferentes de pesquisa, possibilitou ampliar o foco do diagnóstico para não responsabilizar estes pelo seu processo de adoecimento. Além disso, sinalizou ser possível confirmar onexo entre TMC e trabalho, tanto no âmbito epidemiológico quanto no clínico, para que estratégias de enfrentamento possam ser adotadas, não somente para a população que já foi diagnosticada, mas também em relação aos trabalhadores que ainda não estão afastados, mas que sinalizaram ter sintomas álgicos. Neste contexto, a saúde do trabalhador é responsabilidade de todos os envolvidos no processo: da instituição, do Estado e dos profissionais de saúde.

5. CONCLUSÃO

Os dados epidemiológicos evidenciaram que, entre trabalhadores de indústria de abate de suínos, aves e outros pequenos animais, a prevalência de transtorno mental é superior à média nacional. Mas, essa prevalência é referente aos benefícios auxílio-doença previdenciário, o qual se refere à população em geral, em detrimento do acidentário, que é destinado aos trabalhadores. Sob essa égide, os trabalhadores de indústrias de abate afastados por TMC não possuem garantias legais, o que os coloca a margem da sociedade, sem qualquer apoio estatal, para tratar da saúde psíquica.

O número de benefícios previdenciários e acidentários concedidos nos diferentes Estados brasileiros, para maior ou para menor, sinaliza que as diferenças culturais, também, podem influenciar no aumento ou não de diagnósticos e benefícios cedidos. Mas, o acréscimo ou decréscimo de um tipo de benefício não significa que os trabalhadores não adoecem, apenas indica que as formas como eles são avaliados podem estar sofrendo além das interferências técnicas, outras como as: culturais, políticas e sociais, que são peculiares de cada região do Brasil.

Houve prevalência do transtorno de humor, neste grupo os transtornos depressivos ocuparam o primeiro lugar em número de benefícios concedidos. Contudo, embora a maioria dos afastamentos seja decorrente dos transtornos depressivos, os resultados do estudo

clínico evidenciaram que estes são a segunda causa de incapacidade para o trabalho, em primeiro lugar estão às doenças osteomusculares. Uma das características do TMC, principalmente na sua relação com o trabalho, é a invisibilidade, porque parte das alterações psíquicas envolvem processos cumulativos e multicausais, neste caso, muitos dos diagnósticos físicos podem ter relação com problemas psíquicos.

O perfil dos trabalhadores afastados nos dois estudos também foi diferente, enquanto os dados epidemiológicos evidenciaram que os afastados por TMC são mais jovens, são mulheres e permanecem menos tempo incapacitados, dos que fizeram parte do estudo clínico, estes apresentam outras doenças ocupacionais e tem idade superior a 40 anos. Em um determinado segmento produtivo o transtorno mental e comportamental não ocorre devido a um fato isolado e acidental, neste caso, pode ser considerado como um mal social. Ora, um mal que regularmente atinge muitos trabalhadores em um país, e que segue uma progressão ascendente, não é devido a uma causa fortuita. Ele deve ter uma causa, principalmente quando se vê um grande número de pessoas adoecendo nas mesmas indústrias, o que deve chamar a atenção dos profissionais da saúde e das autoridades.

O nexo epidemiológico foi criado pelo INSS com a intenção clara de combater as subnotificações, que são os casos não informados à Previdência Social. Pensando em auxiliar foi realizada a análise das evidências psicométricas do IP-T, a fim de aperfeiçoar o instrumento e disponibilizá-lo como mais um método de apoio para os profissionais que dele necessitam para realizar avaliações clínicas. O IP-T, embora ainda em fase de desenvolvimento, mostrou-se adequado para medir os

fenômenos que se propõe mensurar, ou seja, os aspectos psicológicos em doenças relacionadas ao trabalho. Assim, este instrumento pode ser considerado útil tanto para auxiliar na elaboração de diagnóstico, quanto no planejamento do tratamento.

A complexidade do diagnóstico tem contribuído para o acolhimento de estratégias que articulam mais de um método ou técnica. Assim, pode-se realizar o diagnóstico em diferentes níveis de abrangência: no nível individual se analisa o processo de saúde-doença do trabalhador, neste caso, os que se utilizam deste método partem do diálogo com a psicometria; no nível coletivo se investiga a prevalência de determinados transtornos em um grupo específico, estes utilizam uma linguagem epidemiológica (Borges, Guimarães, & Silva, 2013). No presente estudo, ao relacionar as variáveis psicométricas e epidemiológicas, os dados evidenciaram que permaneceram apenas dois preditores: a prevalência de TMC entre trabalhadores afastados em função do sexo e o escore por transtorno mental leve, o que foi corroborado pelos estudos realizados, nestes foi observado que as mulheres são as que mais apresentam transtorno depressivo.

Leis estão sendo implementadas para proteger os trabalhadores, porém os dados indicaram que além da dificuldade de estabelecer nexo entre os determinantes e os TMC, também pode estar ocorrendo problemas para efetivá-las, o que pode estar relacionada à dificuldade, por parte das autoridades competentes, em fiscalizar estes segmentos. Embora os problemas apresentados sejam atuais, a discussão é antiga. Contudo por meio do estudo realizado observou-se que ainda

não houve um despertar para a questão da saúde psíquica do trabalhador.

Com base no exposto, sugere-se que os estudos sobre transtorno mental e comportamental, que buscam realizar um diálogo entre epidemiologia e psicologia, continuem sendo desenvolvidos, para que as diferentes áreas do conhecimento possam juntas mostrar que ainda há muito a ser realizado no campo da saúde psíquica do trabalhador.

Referente às limitações, podemos citar duas, a primeira refere-se às características da base de dados. Trata-se de base de dados secundária, na qual existem diferentes sistemas de registros de dados, os quais muitas vezes não se comunicam. Como resultado é difícil para os operadores do INSS compilar os dados para realizar uma pesquisa, visto que esta atividade deve ser realizada paralelamente a todas as outras funções diárias. Como resultado, obtivemos poucos dados sobre o perfil dos trabalhadores, o que limitou as análises entre os dois estudos. Além disso, como são dados que foram agrupados em uma planilha, podem não apresentar a população real de trabalhadores. Embasado, ainda, nos dados apresentados, não se pode esquecer as subnotificações relacionadas aos TMC na concessão dos benefícios, o que também sugere que pode haver um número maior de afastados do que os dados mostram.

A outra limitação é decorrente da população que compôs a segunda amostra da pesquisa. Como não foi possível obter apoio das indústrias de abate, a medida alternativa adotada foi coletar dados nos sindicatos e na APLER, onde os trabalhadores buscaram auxílio médico e/ou jurídico. Neste caso, como não pode se ter acesso aos dados

documentais sobre o afastamento, embora todos estavam recebendo benefício, não é possível afirmar que os trabalhadores que fizeram parte da primeira pesquisa (TMC) são necessariamente os mesmos que fizeram parte da segunda.

6. REFERÊNCIAS

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. C. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciências e Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. Doi: 10.1590/S1413-81232011000800006
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>. Acesso em:
- Barbosa-Branco, A, Bültmann, U., & Steenstra I. (2012). Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cadernos de Saúde Pública*. 28(10), 1854-66. Doi:10.1590/S0102-311X2012001000005
- Bergerot, C. D., Laros, J. A., & Araújo, T. C. C. F. (2014). Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. *Psico-USF*, 19(2), 187-197. Doi: 10.1590/1413-82712014019002004.

- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Blacker, D., & Endicott, J. (2002). Psychometric properties: concepts of reliability and validity. *Handbook of psychiatric measures*. Washingtons.
- Bolsoni, L. M., & Zuardi, A. W. (2015). Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 63-69. Doi: 10.1590/0047-2085000000058.
- Borges, L. de O., Guimarães, L. A. M., & Silva, S. S. da, (2013). Diagnóstico e promoção de saúde psíquica no trabalho. In: L. de O. Borges & L. Mourão. *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia*. (pp. 581-618) Porto Alegre: Artmed.
- Borsonello, E. C., Santos, L. C., Schmidt, M. L. G., & Andrade, T. G. C. S. (2002). A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(3), 32-37. Doi: 10.1590/S1414-98932002000300006
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363. Doi: 10.1590/S0034-89101995000500004
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
>. Acesso em: 2 maio 2004

Brasil, C. C. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, 128(182).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2008). Lista de doenças relacionadas ao trabalho: Portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999 / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: do da Editora Ministério Saúde– (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2006). Anamnese Ocupacional: manual de preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2013). Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria N. 555 de 18 de abril de 2013.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Diário Oficial

- [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 nov. 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2013.
- Brasil. (2007). Diário Oficial da União. *Anexo V do Decreto 6.042/2007*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6042.htm. Acesso em: 15 de maio de 2016
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego (2014). *Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho (PDET): Bases Estatísticas RAIS*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5) – Brasília : Ministério da Saúde.*
- Busnello, G. F., & Dewes, M. (2013). Doenças osteomusculares relacionadas à atividade de trabalhadores de frigoríficos de frangos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 4(3), 27-32.
- Campana, A. O., Padovani, C. R., Iaria, C.T., Freitas, C.B. D., De Paiva, S.A. R &, Hossne, W.S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.
- Canal, P., & Cruz, R. M. (2013). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4) I 593-601. Doi: 10.1590/S0103-166X2013000400012
- Carvalho, M. D. (2009). A expansão do trabalho fabril na região Oeste do Paraná: a (re) centralidade do trabalho e o desenvolvimento

- desigual capitalista. Anais do VIII Encontro Nacional da ANPEGE. Curitiba.
- Cêa, G. S. S., & Murofuse, N. T. (2008). Associação dos portadores de LER (AP-LER) na luta pelos direitos dos trabalhadores de frigorífico do Oeste do Paraná. In: P. S. Tumolo & R. L. Batista. (Orgs.). *Trabalho, economia e educação: perspectivas do capitalismo global* (p. 421-436). Maringá: Práxis; Massoni.
- Cezimbra, N. (2014). Perspectivas 2014: Brasil avançará favorecido pela recuperação global. Recuperado: www.acionista.com.br/bb_investimentos/200114_Top_Picks.pdf. Acesso em: 12/05/2017.
- Chronbach L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. Doi: 10.1007/BF02310555
- Codo, W. (1988). Saúde mental e trabalho: uma urgência prática. *Psicologia, Ciência e Profissão*. vol.8 no.2 Brasília. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931988000200008>
- Codo, W., Soratto, L., & Vasques-Menezes, I. (2004). Saúde mental e trabalho. In: J. C. Zanelli, J. E., Borges-Andrade, & V. B. Bastos (Org.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 277-299). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2012). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, . Recuperado de: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 12 de maio de 2013.
- Costa, D, Lacaz, F. A. F., Jackson Filho, J. M., & Vilela, A. A, G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política

- pública. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, 38(127), 11-21.
Doi: 10.1590/S0303-76572013000100003.
- Cruz, R. M. (2010). Nexo técnico e vigilância à saúde do trabalhador: uma agenda científica para o Ntep. In: V. Machado, J. Soratto, L., Codo, W. *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa - O NTEP e a previdência social*. (pp. 256-272). Rio de Janeiro: Vozes.
- Czeresnia, Dina & Freitas, Carlos Machado de. (2009). *Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dal Magro, M. L. P., Coutinho, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2013). O obscurecimento da dor como dispositivo de controle da força de trabalho frente às LER/Dort: o caso das indústrias de abate e processamento de carnes. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1195-1209. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.oodd
- Dal Magro, M. L. P., Coutinho, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2016). Relações de poder na atenção à saúde do trabalhador formal: o caso da indústria de abate e processamento de carnes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41(e4). Doi:10.1590/2317-6369000100314
- Dal Magro, M. L. P., Coutinho, M. C., Trzcinski, C., & Tonezer, C. (2016). Queixas e diagnósticos relacionados ao trabalho em agroindústrias do oeste de Santa Catarina – Brasil. *Revista Brasileira de Planejamento e de Desenvolvimento*, 5(2), 198-218. Doi: 10.3895/rbpd.v5.n2.4492
- Dorovskikh, A. (2015). Killing for a Living: Psychological and Physiological Effects of Alienation of Food Production on

Slaughterhouse Workers. *Undergraduate Honors Theses*.

Recuperado:

http://scholar.colorado.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2157&context=honr_theses. Acesso em: 14 de junho de 2016.

Emhan, A., Yildiz, A. S., Bez, Y., & Kingir, S. (2012). Psychological Symptom Profile of Butchers Working in Slaughterhouses and Retail Meat Packing Business: a comparative study. *Journal of the Faculty of Veterinary Medicine*, 18(2), 319-22. Doi: 10.9775/kvfd.2011.5494

Evangelista, W. L., Tinôco, I. F., Souza, A. P., Minetti, L. J., Baêta, F. C., Silva, E. P., ... & Oliveira, L. A. (2012). Postural analysis of workers in a typical meat processing company in Brazil. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 41(Supl. 1), 5392-5394. Doi: 10.3233/WOR-2012-0829-5392

Evangelista, W. L. Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2011. Análise ergonômica do trabalho em um frigorífico típico da indústria suinícola do Brasil. Orientadora: Ilda de Fátima Ferreira Tinôco. Coorientadores: Fernando da Costa Baêta e Amaury Paulo de Souza.

Faro, A. (2015). Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 349-353. Doi: 10.1590/0102-37722015032072349353.

Federal, S. (2003). Constituição federal de 1988. Retrieved March, 13, 2004.

- Finckler, A. L., & Cêa, G. S. S. (2009). Atuação dos trabalhadores em frigoríficos da região oeste do Paraná: as qualificações requeridas. *Revista da RET - Rede de Estudos do Trabalho* 3(5), 1-13. Recuperado de: www.estudosdotrabalho.org. Acesso em: 23 de setembro de 2014.
- Fitzgerald, A. J., Kalof, L., & Dietz, T. (2009). Slaughterhouses and Increased Crime Rates. *Organization & Environment*. Vol 22, Issue 2, pp. 158 – 184. DOI 10.1177/1086026609338164
- Limongi-França, A.C., & Rodrigues, A.L. (2009). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
- Frutuoso, J. T. (2006). Mensuração de aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho. Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação da Engenharia de Produção e Sistemas, área ergonomia, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Gemelli, D. D. (2011). Mobilidade territorial do trabalho como expressão da formação do trabalhador para o capital: Frigorífico de Aves da Copagril de Marechal Cândido Rondon/PR. Dissertação de Mestrado, não publicada, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Campus de Francisco Beltrão.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde*

Pública, 24(2),380-390. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017

Graf, L. P.,& Coutinho, M. C. (2012). Entre aves, carnes e embalagens: trabalho em abatedouro. *Estudos Feministas*, 20(3),384. Doi: 10.1590/S0104-026X2012000300009.

Guglielmi, F. (2011). *Trabalhadores e industrialização em Marechal Cândido Rondon-PR (2000-2010): O sentido do trabalho e o cotidiano da fábrica*. Recuperado de <http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7snep/docs/084.pdf>. Acesso em: 01/06/2014.

Guilland, R. & Curz, R. M. (2017).Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Trabalhadores de Indústrias de Abate de Suínos e Aves no Sul do Brasil. *Revista Colombiana de Psicologia*, Volumen 26, Número 1, p. 163-177. Doi: 10.15446/rcp.v26n1.57479

Haddad, N. (2004). Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca.

Harmse, J. L., Engelbrecht, J. C.,& Bekker, J. L. (2016). The Impact of Physical and Ergonomic Hazards on Poultry Abattoir Processing Workers: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13(2), 197.Doi:10.3390/ijerph13020197

Heck, F. M.,& Carvalhal, M. D. (2010). *Os paradigmas das relações de trabalho em Marechal Cândido Rondon/PR e suas implicações para a classe trabalhadora*. Recuperado de <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografi>

- asocioeconomica/Geografiaeconomica/19.pdf. Acesso em: 07 de setembro de 2014
- Heck, F. M., & Thomaz Júnior, A. (2012). O trabalho degradado em frigoríficos e o adoecimento dos trabalhadores. Disponível em: http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt6/o_trabalho.pdf. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- Heck, F. M. (2012). Do desenvolvimento regional aos territórios da degradação do trabalho: o trabalho em frigoríficos. Recuperado <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/jtrab/n1/33.pdf>. Acessado em: 08/07/2014. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- Heemann, S. (2013). *Agravos à saúde e doenças ocupacionais nos trabalhadores matadouro-frigorífico de aves do Rio Grande do Sul no ano de 2012*. (Pós-Graduação em Saúde Pública), Porto Alegre.
- Heloani, J.R. (2008). Saúde Mental no Trabalho: algumas reflexões. In: A. M., Mendes. (2008). *Trabalho e Saúde: O sujeito entre a emancipação e servidão*. (pp. 153-168). Curitiba: Juruá.
- Horwitz A.V., & Wakefield J.C. (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.
- Hutz, C. S., Zanon, C., & Brum Neto, H. (2013). Condições adversas de trabalho e doença mental em abatedouros de aves no Sul do Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 296-304.
- Ikedo, F., & Ruiz, R.C. (2015). Fazendo nexos entre a doença e o trabalho. In: F., Ikedo, F., Magajewski, J., Sardá, M. A., Espíndola, P. A. B., Oliveira, & R. C. Ruiz. (2015). *Trabalhar e adoecer na agroindústria: da reabilitação à construção da Norma*

Regulamentadora dos Frigoríficos (NR36). (p. 119-124). Florianópolis: Insular.

Ikedo, F., & Ruiz, R.C. (2015). O ambiente de trabalho na agroindústria.

In: F., Ikedo, F., Magajewski, J., Sardá, M. A., Espíndola, P. A. B., Oliveira, & R. C. Ruiz. (2015). Trabalhar e adoecer na agroindústria: da reabilitação à construção da Norma Regulamentadora dos Frigoríficos (NR36). (pp. 95-102). Florianópolis: Insular.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015). População Residente enviada ao Tribunal de Contas da União Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação série 2001-2015. Recuperado de ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/serie_2001_2015_TCU.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2016

Instituto Fator Humano (2013). Relatório de Pesquisa: Perfil de Agravos à Saúde em Trabalhadores de Santa Catarina. [Mídia de gravação: CD]. Florianópolis: Instituto Fator Humano; UFSC, Univali, MPT, FECESC, FETIESC, SINTIARC, DIEESE.

Jakobi, H. R., Barbosa-Branco, A., Bueno, L., F. R. de G. M., & Camargo, L. M. A. (2013). Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no Estado de Rondônia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3157-3168. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100006>

Jakobi, H. R., Barbosa-Branco, A., Bueno, L. F., Ferreira, R. de G. M., & Camargo, L. M. A (2015). Benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores no ramo de carne e pescado no Brasil

- em 2008. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1)*, 194-207. Doi.org/10.1590/0102-311X00087213
- Jakobi, H.R. (2014). Incapacidade para o trabalho no Brasil: Análise de benefícios auxílio-doença segundo um recorde de atividade econômica, diagnóstico e localização geográfica. *Tese de doutorado*, não publicada, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Recuperado de: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14946>>. Acesso em: 12 de abril de 2015.
- Jekel, J.F., Katz, D.L., & Elmore, J.G. (2005).Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- Krus, D. J., & Helmstadter, G. C. (1993). The problem of negative reliabilities. *Educational and Psychological Measurement*, 53(3), 643-650. Doi: 10.1177/0013164493053003005
- Lacaz, F. A. de C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 23, n.4, pp.757-766. Doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003.
- Lander, L., Sorock, G.S., Smith, L. M., Stentz, T. L., Kim.S.S., Mittleman, M. A.,& Perry, M. J. (2015). Is depression a risk factor for meatpacking injuries? *Journal of Work*, 53(2), 307-311. Doi: 10.3233/WOR-152147.
- Leão, L. H. da C., & Brant, L. C. (2015).Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador.

- Physis [online]. 2015, vol.25, n.4. pp.1271-1292. Doi.org/10.1590/S0103-73312015000400012.
- Lima, B. G. de C. (2010). A perícia médica do INSS e o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. In: J. Machado, L. Soratto, & W. Codo. . *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: o Ntep e a Previdência Social*. (pp. 55-74). Petrópolis, Rio de Janeiro.
- Lopes, V. J., & Garcia, F. C. (2013). *Transtornos mentais e de comportamento como causa de incapacitação dos segurados perante o INSS: um estudo de caso com os peritos do INSS*. Dissertação. Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes. Belo Horizonte/MG.
- Ludemir, A. B., & Lewis, G. (2001). Links between social class and common mental disorders in northeast Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 101-107.
- Machado, J. M. H., & Santana, V. (Orgs.). (2011). *1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia. Recuperado de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inventario_renast.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2015.
- Machado, L. de F., Murofuse, N. T., & Martins, J. T. (2016). Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. *Saúde Debate*, 40(110), 134-147. Doi: 10.1590/0103-1104201611010

- Magajewski, F. (2015). Caracterização da economia e dos riscos laborais na indústria de abate de animais do Sul do Brasil. In: F., Ikedo, F., Magajewski, J., Sardá, M. A., Espíndola, P. A. B., Oliveira, & R. C. Ruiz. *Trabalhar e adoecer na agroindústria: da reabilitação à construção da Norma Regulamentadora dos Frigoríficos (NR36)*. (pp. 119-124). Florianópolis: Insular.
- Magro, M. L. P. D, Coutinho, M. C., Blanch, J. M., & Moré, C. L. O. O. (2014). Intensificação e prolongamento da jornada de trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes e seus impactos na saúde dos trabalhadores. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17(1), 67-83. Doi: 10.11606
- Mandarini, M. B., Alves A. M., & Sticc, M. G. (2016). Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literature. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 16(2), 143-152.
- Mângia, E. F, Muramoto, M. T., & Lancman, S. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional*, 19(2), 121-130. Doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130
- Marcatti, A. A. (2014). *Labor da carne: o trabalho em um frigorífico de aves*. 132p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em:
<http://www.mstemdados.org/sites/default/files/2014%20m>

estrado%20UFMG%20Amanda.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2015.

Marra, G. C., Souza, L. H. de, & Cardoso, T. A. de. (2013). Biossegurança no trabalho em frigoríficos: da margem do lucro à margem da segurança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3259-3271. Doi: 10.1590/S1413-81232013001100016.

Medeiros, E. N., Ferreira Filha, M. O., & Vianna, R. P. T. (2006). Epidemiology of mental health and insanity: a review of literature. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(1). Doi: 10.5935/1676-4285.2006138. Recuperado de www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/138/39. Acesso em: 14 de abril de 2014.

Ministério do Trabalho e Emprego. (2014). Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED. Recuperado de <http://bi.mte.gov.br/eec/pages/consultas/evolucaoEmprego/consultaEvolucaoEmprego.xhtml#relatorioSubSet>. Acesso em: 17 de junho de 2015

Nasrala Neto, E., Bittencourt, W. S., Nasrala, M. L. S., Sousa, F. P. de, & Rodera, I. B. (2014). A Influência do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário Sobre as Notificações de LER/DORT no INSS. *Journal of Health Sciences*, 16(3), 209-12. Doi: 10.17921/2447-8938.2014v16n3p%25p

Oliveira, P.R. A. (2005). *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP*. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. 3ª CNST: Trabalhar sim! Adoecer não! Coletânea de Texto.

- Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). Relatório Mundial da Saúde 2000: Sistemas de Saúde: Melhorar o desempenho de Genebra: Organização Mundial da Saúde
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde Mental: New Understanding*. New Hope. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Ortiz, I. B., Pizzol, F. D., & Quevedo, J. (2010). *Transtornos mentais em uma indústria de abate de aves da região sul de Santa Catarina*. (Mestrado em Ciências da Saúde), Criciúma (SC).
- Pasquali, L. (2013). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pereira, F. G. (2013). Trabalho, trabalhadores e a experiência operária: o trabalho precário nas fábricas de alimentos do Extremo oeste paranaense (2005-2010). *Revista Pegada*, 14(2), 163-173.
- Pinetti, A. C. H., & Buczek, M. D. R. (2015). *Ergonomic Work Analysis in a Brazilian poultry slaughterhouse cutting room*. Proceedings 19th Triennial Congress of the IEA, Melbourne 9-14. Recuperado de: <http://www.iea.cc/congress/2015/77.pdf>. Acesso em: 02 agosto de 2015.
- Previdência Social. (2012). *INSS ajuíza 1.833 ações regressivas*. Publicação do Ministério da previdência Social. 2(2), 18-19.
- Reis, D. C. dos, Ramosa, E., Reisb, P. F., Hembeckera, P. K., Gontijoa, L.A., & Moroa, A. R. P. (2015). Assessment of risk factors of upper-limb musculoskeletal disorders in poultry

slaughterhouse.*Procedia Manufacturing*, 3, 4309-4314. Doi: 10.106/J.promfg.2015.07.423.

Relação Anual de Informações Sociais. *RAIS* (2015). Recuperado de: <http://bi.mte.gov.br>. Acesso em: 14 de janeiro de 2016.

Remijo, A. P. (2013). *A Situação da classe trabalhadora nos frigoríficos de Barretos: antagonismo da superexploração*. Dissertação de Mestrado, não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, SC.

Ribeiro, S. (2015). Líder mundial, Brasil vende carne de frango para 150 países. Recuperado de: <http://www.ebc.com.br/noticias/economia/2015/09/lider-mundial-brasil-vende-carne-de-frango-para-150-paises>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

Rodrigues, L. B., Santana, N. B., & Rodrigues, M. S. B. (2012). Identificação dos Riscos Ocupacionais em uma Unidade de Produção de Derivados de Carne. *Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 14(2), 115-9. Doi: dx.doi.org/10.17921/2447-8938.

Roelen, C. A., Koopmans, P.C., Hoedeman, R., Bültmann, U., Groothoff, J. W., & Van Der Klink, J.J. (2009). Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 19(6), 625-30. Doi: 10.1093/eurpub/ckp090. Epub.

Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. F. de. (2008). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire

- (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222. Doi: 10.1590/S0102-311X2009000100023.
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-reporting questionnaire (SQR-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544-560.
- Sardá Junior, J., & Ruiz, R.C. (2015). Resultados. In: F., Ikedo, F., Magajewski, J., Sardá, M. A., Espíndola, P. A. B. , Oliveira, & R. C. Ruiz. *Trabalhar e adoecer na agroindústria: da reabilitação à construção da Norma Regulamentadora dos Frigoríficos (NR36)*. (pp. 131-144). Florianópolis: Insular.
- Sardá Junior, J. J., Kupek, E., & Cruz, R. M. (2009). Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, 16(2), 76 - 80. Doi: 10.5935/0104-7795.20090002
- Sardá Junior, J. J., Kupek, E. Cruz, R. M., Bartilotti, C., & Cherem, A. J. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, 16(2): 81 – 86. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20090001>
- Sardá, S. E., Ruiz, R. C., & Kirtschig, G. (2009). Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. *Acta Fisiátrica*, 16(2), 59-65.

- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.31, n.5, pp.538-542. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Seligmann-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M. & Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, São Paulo, 35 (122): 187-191. [Doi.org/10.1590/S0303-76572010000200002](http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200002)
- Serranheira, F., Souza-Uva, A., & Espírito-Santo, J. (2009). Work-related upper limbs musculoskeletal disorder risk evaluation strategy in a Portuguese meatpacking plant. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(119), 58-66.
- Silva-Junior, J. S. D., & Fischer, F. M. (2014). Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, 48(1),1-4. Doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004802.
- Silveira, A. L. D., & Merlo, A. R. C. (2014). O caso dos frigoríficos: contribuições da fenomenologia existencialista e da psicodinâmica do trabalho para refletir sobre a deficiência física adquirida. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(13), 1-21.
- Soares, G. B., & Caponi, S. (2011). Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 437-46. Doi: 10.1590/S1414-32832011005000006

- Socudo, A.M. C. L. (2015). *Da patologização dos afetos à medicalização da tristeza: aspectos do discurso médico-científico sobre medicamentos antidepressivos no Brasil: 1959-1991*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(02), 363-370. Doi: 10.1017/S0033291796004382
- Streiner, D. L.; & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to development and use*. 4 ed. New York: Oxford Press.
- Takeda, F., Moro, A. R. P., & Dias, N. F. (2015). Qualidade de vida no trabalho de funcionários reabilitados em um abatedouro de frangos. *Revista Espacios*, 36 (20), 14. Recuperado de: <http://www.revistaespacios.com/a15v36n20/15362014.html>. Acesso em: 27 de dezembro de 2016
- Timmreck, T. C. (1994). *Introduction to Epidemiology*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Tokars, E. (2012). *Abordagem ergonômica do afastamento por adoecimento de trabalhadores da indústria de processamento de frango suíno*. Tese de doutorado, não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, SC.

- Van Holland, B.J., Soer, R., Boer, M.R. de., Reneman, M.F., & Brouwer, S. (2015). Workers' health surveillance in the meat processing industry: work and health indicators associated with work ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 618-26. Doi: 10.1007/s10926-015-9569-2.
- Vasconcellos, M. C., Pignatti, M. G., & Pignati, W. A. (2009). Emprego e Acidentes de Trabalho na Indústria Frigorífica em Áreas de Expansão do Agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde Sociedade*, 18(4), 662-672. Doi: 10.1590/S0104-12902009000400010
- Victor, K., & Barnard, A. (2016). Slaughtering for a living: A hermeneutic phenomenological perspective on the well-being of slaughterhouse employees. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 10.3402/qhw.v11.30266. <http://doi.org/10.3402/qhw.v11.30266>
- Walter, L. I. (2012). *A saúde por um fio: submissão voluntária de afastados de frigoríficos de aves*. Porto Alegre: Abecer.
- World Health Organization. (1994). Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Division of mental Health. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

APÊNDICES

Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Toledo, 08 de agosto de 2014.

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Eu, Romilda Guiland, estudante do curso de pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC - e o professor e orientador Dr. Roberto Moraes Cruz, responsáveis pelo projeto de pesquisa que tem como objetivo estudar os ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PSICOMÉTRICOS DOS AGRAVOS A SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE FRIGORIFICOS DO OESTE DO PARANÁ solicitamos vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa no Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Alimentos de Toledo PR.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, tem como objetivo analisar a relação entre aspectos epidemiológicos e psicométricos de agravos à saúde mental de trabalhadores de frigoríficos afastados do trabalho, da região do oeste do Paraná. Os procedimentos adotados serão: aplicar questionários que visam coletar dados sobre a saúde mental de trabalhadores de frigoríficos, afastados do trabalho.

Esta atividade não apresenta riscos para os trabalhadores, e nem eventuais desconfortos resultantes do processo. O período previsto para coleta de dados é de fevereiro a outubro de 2015.

As informações fornecidas pelos trabalhadores serão armazenadas em um banco de dados para análises clínico-epidemiológicas. As respostas darão aos pesquisadores mais informações, que auxiliarão compreender melhor o sofrimento mental no trabalho, para então, pensar em ações de prevenção e de promoção de saúde. Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação oral pública, assim como publicação impressa e virtual da tese de doutorado. Todavia, não serão divulgadas informações que permitam a identificação nominal do trabalhador. Portanto, será garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à sua identificação enquanto participante da pesquisa. Além disso, de modo algum as informações fornecidas implicarão em prejuízo de pessoas e/ou comunidades.

Espera-se com esta pesquisa, fornecer resultados que possibilitará direta e/ou indiretamente, propor medidas para a diminuição do sofrimento psíquico apresentado por trabalhadores de frigoríficos. Qualquer informação adicional poderá ser obtida no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (48-3721-9206) – ou entrando em contato com a pesquisadora Romilda Guiland (telefone 45-9992-7257 – e-mail guil.ro@hotmail.com).

A participação dos trabalhadores de frigoríficos e do sindicato é voluntária, e não há qualquer incentivo financeiro ou qualquer ônus, sendo a finalidade exclusiva a de colaborar para o sucesso da pesquisa. A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo estudar os ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PSICOMÉTRICOS DOS AGRAVOS A SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE FRIGORÍFICOS. Com a realização deste estudo espera-se propor medidas para a diminuição do sofrimento psíquico de trabalhadores de frigoríficos. A responsabilidade técnica desta pesquisa é da psicóloga e estudante de do curso de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC - Romilda Guiland e do professor e orientador Dr. Roberto Moraes Cruz.

Estamos convidando você a participar como voluntário deste estudo. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Também tem direito a receber uma síntese adequada das condições de tratamento das informações e orientação, a qualquer momento. Para tanto, basta entrar em contato com o responsável técnico pela pesquisa com seu orientador.

Se você concordar em participar da pesquisa, deve ter conhecimento de que a participação é voluntária, e não há qualquer incentivo financeiro ou qualquer ônus, a finalidade exclusiva é de colaborar para o sucesso da pesquisa. Ao concordar em ser voluntário terá que responder o protocolo de saúde geral, e dois questionários

sobre saúde mental. Os questionários são de fácil compreensão, sendo simples e rápida a sua aplicação. O estudo não prevê riscos à integridade física e moral dos trabalhadores. Contudo como medida protetora, caso algum participante sinta-se constrangido com alguma pergunta e desejar interromper sua participação na pesquisa poderá fazê-lo em qualquer momento, sem que haja nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador, a empresa ou a instituição. Neste caso, será adotado o seguinte procedimento: o participante deverá entrar em contato com a responsável pelo projeto e solicitar a retirada de seus dados da pesquisa, o que será feito prontamente.

As informações fornecidas por você serão armazenadas em um banco de dados para análises psicométricas e epidemiológicas. Suas respostas darão aos pesquisadores mais informações, que auxiliarão compreender melhor o sofrimento mental no trabalho, para então, pensar em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação oral pública, assim como publicação impressa e virtual da tese de doutorado. Todavia, não serão divulgadas informações que permitam a identificação nominal do trabalhador. Portanto, será garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à sua identificação enquanto participante da pesquisa. Além disso, de modo algum as informações fornecidas implicarão em prejuízo de pessoas e/ou comunidades.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:
Romilda Guiland, RG: 4.092.698-4 CPF: 581127239-15, Matrícula (UFSC):
201302103

Rua Guarani, nº 1393 – sala 204 – Centro, Toledo, PR.

CEP: 85900-190. Email: guil.ro@hotmail.com Telefone: (45) 9992-7257 (Tim).

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Nome completo: _____

Documento de Identificação: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Eu (nome do participante), declaro que em ____/____/201__, ter recebido uma explicação clara e completa sobre o estudo “ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PSICOMÉTRICOS DOS AGRAVOS A SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE FRIGORÍFICOS”, e dos objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação.

As informações fornecidas, por mim, aos pesquisadores serão utilizadas somente para atender aos objetivos e finalidades da pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma renumeração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Também estou ciente de que poderei interromper a minha participação se assim o desejar, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação nesta pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (telefone: 48-3721-9206) ou com o professor e orientador, Roberto Moraes Cruz – Telefone 48-3721-9904 ou, ainda, com a Pesquisadora Romilda Guiland (CRP 08/15370), pelo telefone: 45 9992 7257.

_____, _____ de _____ de 201__
 (local) (data)

 (Assinatura do participante/voluntário)

 Romilda Guiland

Apêndice C

Protocolo de Anamnese Ocupacional

Adaptado da Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasil, 2006

1. Dados Gerais

Nome:

Idade:

Estado civil?

Número de filhos:

Religião:

Cidade em que reside?

Cidade em que trabalha?

Escolaridade: Ensino Fundamental – 1º grau () Completo () Incompleto
 Ensino Médio – 2º grau () Completo () Incompleto
 Superior - Graduação () Completo ()
 Incompleto

3. Dados Ocupacionais

Empregado: () Sim () Não

Qual era a sua **ocupação/atividade**?

- () Descarregamento
- () Pendura das aves vivas
- () Sangria, escaldagem, depenagem, pendura das aves
- () Evisceração (retirada de miúdos)
- () Espostejamento (corte das partes das aves)
- () Desossa (peito, coxa, asa)
- () Resfriamento
- () Serviços gerais
- () Supervisor/encarregado

Outra.

Qual? _____

Tempo em que está exercendo ou exerceu a ocupação atual?

Menos de 6 meses Entre 6 meses e um ano Entre 1 ano e 3 anos

Entre 3 anos e 5 anos Mais de 5 anos

Vínculo com o trabalho

Assalariado - com carteira assinada Assalariado sem carteira assinada

Aposentado Prestador de serviço

Outro: _____

Benefícios que você recebe junto com seu salário?

Vale alimentação Vale transporte Farmácia Convênio Médico

Outros. Quais:

No seu **local de trabalho** você realiza atividades em:

Grupo - pessoas à sua volta Sozinho

Outro: _____

Como você trabalha (**atividade postural** principal)?

De pé Sentado Caminhando Outro. Qual?

As **atividades** que você realiza no seu trabalho exigem:

Movimentos repetitivos

Que você fique muito tempo na mesma posição

Que você se movimente muito durante o expediente

Que você faça muito esforço físico

Muita concentração

Silêncio

Que você converse muito

Outros. Quais?

Você recebe da empresa **Equipamentos de Proteção Individual (EPI)** e **Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)**.

Sim Não.

Você usa **Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**?

Sim Não

Você realiza o trabalho em qual **turno**?

Primeiro turno Segundo turno Terceiro turno

Outro.

Qual? _____

Quando as **folgas** ocorrem?

Dias úteis Finais de semana Não tem dia

fixo para ocorrer

Quantas **horas extras** você faz por semana? _____

Como são pagas as **horas extras**?

banco de horas em dinheiro não são

pagas

O que você faz com as suas **férias de trabalho**?

Tira 30 dias de férias e sai para descansar

Tira 15 dias e vende os outros 15 dias.

Não tira férias

Tira férias e vai trabalhar em outro local para aumentar a renda

Outros.

Quais? _____

4. Dados da Saúde Ocupacional

Você está afastado do trabalho? Sim Não

Caso sim: até 2 vezes 3-5 vezes mais de 5 vezes

Motivo do
afastamento: _____

Duração do último
afastamento: _____

Assinale a(s) alternativa(s) que você considera que a(s) resposta(s) é SIM.

Você é tabagista (fumante)?

Você faz uso prolongado de medicações?

Você toma algum tipo de bebida alcoólica?

Você faz uso de alguma substância química que não foi prescrito por um médico?

Você percebe que o seu trabalho influenciou **negativamente na sua saúde**?

Sim Não Não sei responder

Se respondeu sim, descreva quais foram às **alterações na saúde** que você percebeu?

Resposta: _____

Há quanto tempo você apresenta **alterações na saúde**?

Um mês ou menos + 3 meses + 6 meses Um ano + de um ano

Como você percebe seu **estado de saúde atual**?

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim

Você sente **dor**? Sim Não sinto dor

Se sim, em qual **intensidade**:

Muito forte Forte Média Fraca

Ao receber o diagnóstico, qual ou quais foram os **procedimentos** adotados?

- Afastamento do trabalho
- Cirurgia (especificar):
- Tratamento médico
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Tratamento psicológico
- Nenhum procedimento

Outros aspectos importantes que foram perguntados?

Pesquisador - Impressão geral sobre a saúde do trabalhador no momento da coleta.

Anexo D

SRQ 20 - Self Reporting Questionnaire

Instrução: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, assinale SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, marque NÃO.

Perguntas	Respostas	
1- Você tem dores de cabeça frequente?	Sim	Não
2- Tem falta de apetite?	Sim	Não
3- Dorme mal?	Sim	Não
4- Assusta-se com facilidade?	Sim	Não
5- Tem tremores nas mãos?	Sim	Não
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Sim	Não
7- Tem má digestão?	Sim	Não
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	Sim	Não
9- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não
10- Tem chorado mais do que o costume?	Sim	Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim	Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	Sim	Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?	Sim	Não
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	Sim	Não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Sim	Não
19- Têm sensações desagradáveis no estomago?	Sim	Não
20- Você se cansa com facilidade?	Sim	Não

Anexo E

Inventário de fatores psicológicos para doenças relacionada ao trabalho (IP-T)

Instrução: Será apresentada uma lista de comportamentos (itens) onde você deverá responder baseado no que aconteceu nos **últimos 4 meses**. Antes de responder, tente lembrar a frequência de ocorrência de cada comportamento. Responda a todos os itens sem deixar frases em branco. Escolha, marcando com um **X** a palavra NUNCA (0), ÀS VEZES (1), GERALMENTE (2) e SEMPRE (3). Quando a resposta não se adequar perfeitamente a palavra selecionada, tente fazer sua escolha baseando-se no que mais se aproxima.

Nunca	Às Vezes	Geralmente	Sempre	Com que frequência estes comportamentos têm ocorrido nos últimos 4 meses?
0	1	2	3	Gosto de ir a festas e outras reuniões com muita gente e animação.
0	1	2	3	Sinto que alguém controla os meus pensamentos.
0	1	2	3	Quando me sinto abatido nada me tira desse estado.
0	1	2	3	Quando estou com problemas ou dificuldades, tenho vontade de quebrar algo.
0	1	2	3	Ao executar as atividades de trabalho sinto muito cansaço.
0	1	2	3	Meu sono é agitado.
0	1	2	3	Meu dia a dia não é interessante.
0	1	2	3	Tenho acordado mais cedo que o habitual.
0	1	2	3	Dou atenção exagerada (demasiada) ao que me acontece.
0	1	2	3	Sou uma pessoa tensa.
0	1	2	3	Gosto de ajudar os amigos.
0	1	2	3	Sou inquieto.
0	1	2	3	Considero estimulantes minhas atividades de trabalho.
0	1	2	3	Irrito-me facilmente com as pessoas.
0	1	2	3	A maior parte do tempo estou triste.
0	1	2	3	Grande parte do tempo fico a chocar ou a ruminar idéias.
0	1	2	3	Sinto minhas mãos frias e pegajosas.
0	1	2	3	Tenho dificuldades em lembrar das coisas.

0	1	2	3	Tenho boa comunicação/interação com meus colegas de trabalho.
0	1	2	3	Pensamentos e ideias sem importância me vêm à mente.
0	1	2	3	Altero a voz sem que eu esteja resfriado.
0	1	2	3	Executo com segurança minhas atividades de trabalho.
0	1	2	3	Tenho ânimo e disposição para executar minhas atividades diárias.
0	1	2	3	Durante o sono qualquer ruído me acorda.
0	1	2	3	Tenho náuseas.
0	1	2	3	Tenho diálogo conflitante com membros de minha família.
0	1	2	3	Gosto das atividades que realizo no meu trabalho.
0	1	2	3	Tenho dificuldade de realizar atividades em grupo.
0	1	2	3	Sinto que desejaria sumir ou desaparecer.
0	1	2	3	Tenho dificuldade de expor meu ponto de vista.
0	1	2	3	Sinto como se estivesse com uma faixa prendendo minha cabeça.
0	1	2	3	Tenho medo de coisas e/ou pessoas, apesar de saber que não podem me fazer mal.
0	1	2	3	Sinto dores nos membros superiores (braços ou em parte dos braços).
0	1	2	3	Não consigo desenvolver minhas atividades rotineiras.
0	1	2	3	Manter-me no trabalho me preocupa.
0	1	2	3	Penso em acabar com minha vida.
0	1	2	3	Vejo pessoas conhecidas e prefiro não cumprimentá-las.
0	1	2	3	Não consigo resolver os problemas cotidianos do trabalho.
0	1	2	3	Não consigo ficar concentrado numa atividade.
0	1	2	3	Costumo ir ao médico várias vezes ao ano.
0	1	2	3	Sou impaciente com as pessoas.
0	1	2	3	Tenho alterações no apetite (com ganho ou perda de peso).
0	1	2	3	Sinto como se estivesse com um objeto ou nó na garganta.
0	1	2	3	Tenho bom relacionamento com as pessoas.
0	1	2	3	Tenho medo de perder o controle da minha vida.
0	1	2	3	Tenho um bom relacionamento com a maioria das pessoas do

				meu trabalho.
0	1	2	3	Tenho preocupações exageradas com situações que não apresentam perigo real.
0	1	2	3	Sinto dores nos membros inferiores (pernas ou em parte das pernas).
0	1	2	3	Sinto um desânimo geral.
0	1	2	3	Tenho problemas gastrointestinais (vômito, diarreia, intolerância a alimentos).
0	1	2	3	Acontecem coisas no trabalho que me incomodam ou me aborrecem.
0	1	2	3	Minhas ações são influenciadas pelo comportamento de pessoas próximas.
0	1	2	3	Sinto dor.
0	1	2	3	Sem motivo aparente, fico muito agitado e nervoso.
0	1	2	3	A quantidade de horas que dedico ao trabalho é suficiente.
0	1	2	3	Diariamente, tenho pensamentos confusos.
0	1	2	3	Tenho dificuldades em me concentrar no trabalho.
0	1	2	3	Tenho sentimentos de inferioridade.
0	1	2	3	Sou exigente com tudo que faço e isso me incomoda.
0	1	2	3	Sinto dores na região da coluna.
0	1	2	3	Tenho a sensação de solidão mesmo em companhia de outras pessoas.
0	1	2	3	Minhas atividades de trabalho consomem praticamente todo o meu tempo.
0	1	2	3	Quando estou com dor, tenho dificuldade de realizar minhas atividades.
0	1	2	3	Tenho dificuldade de encontrar soluções satisfatórias para meus problemas diários.
0	1	2	3	Transpiro com facilidade mesmo nos dias de frio, mesmo sem esforço físico.
0	1	2	3	Sinto que não vale a pena viver.
0	1	2	3	Costumo interagir bem com pessoas que defendem ponto de vista contrário ao meu.

0	1	2	3	Tenho preocupações excessivas com algo ou alguém.
0	1	2	3	Choro com facilidade sem saber o motivo.
0	1	2	3	Tenho mal-estar na “boca” do estômago.
0	1	2	3	Meu desempenho no trabalho não é reconhecido.
0	1	2	3	Percebo que meu “apetite” sexual está reduzido.
0	1	2	3	Sinto-me pressionado no meu ambiente de trabalho.
0	1	2	3	Pensamentos e ideias me incomodam.
0	1	2	3	Fico tão agitado que custo a adormecer.
0	1	2	3	No meu ambiente de trabalho há incentivo para o crescimento profissional.
0	1	2	3	Sinto falta de ar.
0	1	2	3	Sinto indisposição.
0	1	2	3	Sinto-me insatisfeito em realizar as atividades de trabalho.
0	1	2	3	Minhas ações são mal interpretadas pelos outros.
0	1	2	3	Fico sozinho ou permaneço em casa nos finais de semana e feriados.
0	1	2	3	Consigo cumprir/terminar minhas tarefas dentro dos prazos.
0	1	2	3	Tenho formigamento em algumas partes do corpo.
0	1	2	3	Meu salário cobre minhas despesas básicas.
0	1	2	3	Tenho medo de ficar louco.
0	1	2	3	Sou uma pessoa infeliz.
0	1	2	3	Tenho poderes mágicos que as outras pessoas não têm.
0	1	2	3	Quando estou entre pessoas conhecidas, tenho dificuldade de iniciar uma conversa.
0	1	2	3	Não tenho confiança em mim mesmo.
0	1	2	3	Fico preocupado em viajar sozinho.
0	1	2	3	Meu salário é pago em dia.
0	1	2	3	Sinto dificuldade de controlar movimentos do meu corpo.
0	1	2	3	Tenho medo de ficar em locais públicos.
0	1	2	3	Sinto-me útil no meu ambiente de trabalho.
0	1	2	3	Durmo mal com pensamentos ou ideias que me perturbam.
0	1	2	3	Sinto dores relacionadas com minha atividade de trabalho.
0	1	2	3	Meus problemas de saúde interferem na minha vida social e

				familiar.
0	1	2	3	Tenho medo de morrer.
0	1	2	3	Tenho dificuldade de manter minhas amizades.
0	1	2	3	Tenho dificuldade em parar de me preocupar com as coisas.
0	1	2	3	Tenho medo de entrar sozinho em uma sala onde pessoas estão reunidas.
0	1	2	3	Sinto-me valorizado no trabalho.
0	1	2	3	Tem ocorrido diminuição do interesse ou prazer sexual.

Anexo F

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Instrução: Este questionário nos ajudará a entender como você tem se sentido. Leia todas as frases. Marque com um “X” as alternativas que melhor correspondem a como você tem se sentido **na última semana**. Não é preciso pensar muito para responder; suas respostas imediatas provavelmente têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

A1) Eu me sinto tenso ou contraído:

<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Boa parte do tempo	<input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Nunca
---	---	---	--------------------------------

D2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

<input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Só um pouco	<input type="checkbox"/> Já não sinto mais prazer em nada
--	---	--------------------------------------	---

A3) Sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

<input type="checkbox"/> Sim, e de um jeito muito forte	<input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte	<input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa	<input type="checkbox"/> Não sinto nada disso
---	---	---	---

D4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes	<input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos	<input type="checkbox"/> Atualmente bem menos	<input type="checkbox"/> Não consigo mais
---	--	---	---

A5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Boa parte do tempo	<input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Raramente
---	---	---	------------------------------------

D6) Eu me sinto alegre:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo
--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

A7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

D8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Nunca
---------------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------

A9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no

estômago:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre
--------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------

D10)Perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como deveria	<input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes
--	--	--	--

A11)Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

<input type="checkbox"/> Sim, demais	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não me sinto assim
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

D12)Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

<input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes	<input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes	<input type="checkbox"/> Bem menos do que antes	<input type="checkbox"/> Quase nunca
---	--	---	--------------------------------------

A13)Derepente, tenho a sensação de entrar em pânico:

<input type="checkbox"/> A quase todo momento	<input type="checkbox"/> Várias vezes	<input type="checkbox"/> De vez em quando	<input type="checkbox"/> Não sinto isso
---	---------------------------------------	---	---

D14)Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Várias vezes	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	<input type="checkbox"/> Quase nunca
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------