Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Afastamento do trabalho por transtornos
mentais e fatores associados: um estudo caso-
controle entre trabalhadores segurados da
Previdência Social**

João Silvestre da Silva Júnior

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde
Ambiental
Orientador: Prof^a. Dra. Frida
Marina Fischer

São Paulo
2012

**Afastamento do trabalho por transtornos
mentais e fatores associados: um estudo caso-
controle entre trabalhadores segurados da
Previdência Social**

João Silvestre da Silva Júnior

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde
Ambiental

Orientador: Prof^a. Dra. Frida
Marina Fischer

**São Paulo
2012**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico este trabalho aos meus pais, *João e Jesuíta*, cujos ensinamentos foram semente deste fruto. E, principalmente, pelas provas diárias do seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Saúde Pública da USP, seu corpo docente e técnico, pela oportunidade de usufruir a sua excelência acadêmica.

Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pela autorização que possibilitou a execução da pesquisa. E aos colegas Peritos Médicos Previdenciários pelo auxílio na coleta de dados.

À Prof. Dra. Frida Marina Fischer pela honra de ter compartilhado seu imenso arsenal de conhecimentos durante o tempo que desenvolvemos e realizamos o estudo.

À Prof. Dra. Lys Esther Rocha e Dra. Maria Carmen Martinez pelas valiosas contribuições desde a qualificação do Projeto de Pesquisa até a conclusão deste trabalho.

Ao Laboratório de Estudos Populacionais (LEP), na pessoa do Sr. Aires Ribeiro, pela importante ajuda na montagem dos instrumentos de pesquisa.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Morrone por ter investido no meu potencial, auxiliado na busca deste sonho e ser o Mestre na qual me espelho.

Aos colegas de Coordenação do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela parceria na missão de formar novos profissionais. Em especial a Josephina Caseri e sua alegria contagiante.

Às colegas pós-graduandas Samantha Turte, Amanda Silva, Andréa Luz, Luna Silva e Suleima Vasconcelos pela companhia, dicas e apoio.

Ao colega Prof. Eduardo Costa Sá pela parceria na troca de ideias e ajuda contínua.

A Leonardo Pinto de Moraes pela paciência e companheirismo em todos os momentos desta e outras jornadas.

À família que mesmo distante sempre está presente. E aos amigos de quem tive que me distanciar para cumprir esta meta.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade em fazer parte da pesquisa e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Silva-Júnior JS da. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Resumo

Introdução - As ausências ao trabalho por doença são usadas como indicador da saúde dos trabalhadores e consideradas um significativo problema de Saúde Pública. Diversos fatores são descritos como associados ao absenteísmo-doença, independentemente do agravo. A Previdência Social do Brasil regulamenta a concessão de benefício para trabalhadores que comprovarem incapacidade para o trabalho acima de quinze dias por adoecimento. Em 2010, transtornos mentais e comportamentais foram a terceira principal causa de concessão de auxílio-doença por incapacidade laborativa. **Objetivo** - Avaliar os fatores associados às longas ausências ao trabalho por transtornos mentais e comportamentais. **Materiais e Método** - Estudo de caso-controle composto por 385 participantes. Os casos foram requerentes de benefício previdenciário por transtorno mental incapacitante na cidade de São Paulo, Brasil. Foram realizadas entrevistas para preenchimento de questionários sociodemográfico e de hábitos/estilo de vida, ocupacional – inclusive percepção de fatores psicossociais no trabalho, avaliação de condição de saúde e dados do laudo médico-pericial da Previdência Social. Foi realizada regressão logística múltipla hierarquizada para a avaliação da associação das variáveis independentes ao desfecho. **Resultados** - Os fatores associados foram: sexo feminino, alta escolaridade, cor da pele autorreferida como branca, alto grau de consumo de fumo e de ingestão de álcool, vínculo com empresa estatal, exposição à violência no trabalho, baixo apoio social, elevado comprometimento com o trabalho, atendimento médico por mais de dois diagnósticos no último ano. Na modelagem com interação entre as dimensões dos modelos de estresse

ocupacional, a exposição à alta exigência com baixo apoio social, o desequilíbrio esforço-recompensa com elevado comprometimento e a interação entre essas quatro dimensões estão associadas ao desfecho de forma significativa. **Considerações Finais** - Aspectos sociodemográficos, hábitos e estilo de vida, característica e condição de trabalho, além do status de saúde, estão associados ao longo afastamento do trabalho por transtorno mental e comportamental. A exposição ocupacional a fatores desfavoráveis de natureza psicossocial é importante contribuidora no desfecho. Vê-se a necessidade de atenção para tais situações no intuito de ampliar as perspectivas de antecipação ao risco e implantação de ações intervencionistas que minimizem impactos negativos na saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Fatores Psicossociais no Trabalho, Absenteísmo, Previdência Social, Epidemiologia Ocupacional.

Silva-Júnior JS da. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social / Long-term sickness absence due mental disorders and associated factors: a case-control study among workers insured by Brazilian Social Security [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

Introduction - The absences from work due to illness are used as an indicator of the health of workers and are considered a significant public health problem. Several factors are described as associated with absenteeism and illness, regardless of condition. Brazilian Social Security regulates the payment of benefits to workers who prove work-disability longer than fifteen days due to illness. In 2010, mental and behavioral disorders were the third leading cause for granting disability benefits. **Objective** - To assess the factors associated with long-term sickness absences from work due to mental and behavioral disorders. **Methods** - A case-control study comprising 385 participants applicants for social security benefits due mental sickness was performed in the city of São Paulo, Brazil. Interviews were conducted and participants answered questionnaires about sociodemographic and habits/lifestyle, occupational characteristics (including perceptions of psychosocial factors at work), assessment of health status. Social Security medical expert data report were analyzed. It was performed hierarchical logistic regression to assess variables associated with the outcome. **Results** - The associated factors were: sex (female), college education, self-reported skin color as white, high consumption of tobacco and alcohol intake, working for a public company, exposure to violence at work, low social support, high overcommitment and more than two medical conditions diagnoses in the past year. There was observed interaction among the dimensions of occupational stress theoretical models, exposure to high strain and low social support, effort-reward imbalance with high

overcommitment. The interaction among those four dimensions were statistical significant to the outcome. **Conclusions** - Demographic aspects, habits and lifestyle, work features and condition of employment, and health status are associated with long-term sickness absence due mental and behavioral disorders. Occupational exposure to adverse psychosocial factors is an important contributor to the outcome. It's necessary attention to negative psychosocial factor at work in order to detect risk factors and promote interventions to minimize negative impacts on workers health.

Keywords: Occupational Health, Mental Health, Psychosocial Factors at Work, Absenteeism, Social Security, Occupational Epidemiology.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO POR DOENÇA.....	17
1.1.1. Ausências ao trabalho por doença.....	18
1.1.2. Fatores associados às ausências ao trabalho por doença.....	21
1.1.3. Ausência ao trabalho por transtornos mentais e comportamentais.....	22
1.1.4. Absenteísmo por doença e estresse ocupacional.....	25
1.2. RISCO PSICOSSOCIAL E OS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO.....	25
1.2.1 Modelo Demanda-Controle.....	29
1.2.2. Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa.....	32
1.2.3. Associação entre os Modelos Teóricos de Estresse Ocupacional.....	35
1.3. O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR ADOECIMENTO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO.....	36
HIPÓTESES DO ESTUDO	38
2. OBJETIVOS.....	39
2.1. GERAL.....	39
2.2. ESPECÍFICOS.....	39
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	40
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	40
3.2. POPULAÇÃO	40

3.2.1. Cálculo de amostragem.....	41
3.2.2. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	42
3.3. COLETA DE DADOS.....	43
3.3.1. Local.....	43
3.3.2. Método.....	43
3.4. INSTRUMENTOS.....	44
3.4.1. Questionário geral.....	44
3.4.2. Questionário sobre histórico ocupacional, características e condições do trabalho atual – inclusive percepção de exposição a fatores psicossociais no trabalho.....	46
3.4.3. Avaliação sobre condições de saúde.....	49
3.4.4. Dados do laudo médico-pericial emitido pelo INSS no dia da coleta.....	50
3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
3.5.1. Dados sociodemográficos:.....	50
3.5.2. Dados de hábitos e estilos de vida.....	51
3.5.3. Questionário sobre histórico ocupacional, características e condições do trabalho atual - inclusive percepção de exposição a fatores psicossociais no trabalho.....	52
3.5.4. Avaliação sobre condição de saúde.....	54
3.6. PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	55
3.7. ANÁLISES DOS DADOS.....	57
3.7.1. Análise das perdas.....	57
3.7.2. Análise de confiabilidade dos instrumentos.....	57
3.7.3. Análise descritiva	58
3.7.4. Análise univariada.....	58
3.7.5. Análise múltipla.....	58
3.7.6. Programas de computador utilizados no estudo	61
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	62

4. RESULTADOS.....	62
4.1. ANÁLISE DAS PERDAS.....	62
4.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS QUESTIONÁRIOS.....	63
4.3. ANÁLISE DESCRITIVA.....	63
4.3.1. Dados sociodemográficos.....	63
4. 3. 2. Dados de hábitos e estilo de vida.....	65
4.3.3. Dados do histórico ocupacional.....	67
4.3.4. Dados ocupacionais atuais.....	67
4.3.5. Percepção sobre as condições de trabalho.....	69
4.3.6. Fatores psicossociais no trabalho.....	70
4.3.7. Dados de condição de saúde.....	71
4.3.8. Dados dos laudos medicos-periciais.....	73
4.4. ANÁLISE UNIVARIADA DE FATORES ASSOCIADOS AO LONGO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR TRANSTORNO MENTAL.....	73
4.5. ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA DE LONGO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR TRANSTORNO MENTAL.....	78
4.6. COMPARAÇÃO ENTRE OS MODELOS DE ESTRESSE NO TRABALHO.....	80
5. DISCUSSÃO.....	83
5.1. VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS.....	83
5.2. VARIÁVEIS DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA.....	85
5.3. VARIÁVEIS OCUPACIONAIS.....	85
5.3.1. Variáveis de percepção sobre condições de trabalho.....	86
5.3.2. Variáveis de percepção de Fatores Psicossociais no Trabalho.....	87
5.4. VARIÁVEIS DE CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	92

5.5. LIMITAÇÕES.....	92
----------------------	----

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
------------------------------	----

REFERÊNCIAS.....	99
------------------	----

ANEXOS

Anexo I – AUTORIZAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)

Anexo II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP) DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA (FSP) DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

Anexo III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Anexo IV – QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NAS ENTREVISTAS

CURRÍCULO LATTES – JOÃO SILVESTRE DA SILVA JÚNIOR

CURRÍCULO LATTES – FRIDA MARINA FISCHER

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Distribuição dos casos do estudo, segundo código e descrição do agravo estabelecido no laudo médico-pericial, São Paulo, 2011.	56
Tabela 2 -	Distribuição dos controles do estudo, segundo grupamento de morbidades de acordo com capítulos da CID10*, conforme diagnóstico estabelecido no laudo médico-pericial, São Paulo, 2011.	57
Tabela 3 -	Distribuição da amostra e das perdas, segundo relato de sexo e idade, São Paulo, 2011.	63
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo dados sociodemográficos, São Paulo, 2011 (N=385).	64
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo relato de quantidade de estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho no último ano, São Paulo, 2011 (N=385).	65
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo tipos relatados de estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho no último ano, São Paulo, 2011 (N=385).	66
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo hábitos e estilo de vida, São Paulo, 2011 (N=385).	66
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo histórico de acidente de trabalho e/ou doença ocupacional diagnosticada, São Paulo, 2011.	67
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo dados ocupacionais atuais São Paulo, 2011 (N=385).	68
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes da amostra do grupamento de ocupações “prestação de serviços”, segundo código e descrição das ocupações mais frequentes, conforme CBO, São Paulo, 2011.	69

Tabela 11 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo percepção sobre condições no trabalho atual, São Paulo, 2011 (N=385).	70
Tabela 12 -	Prevalência dos eventos violentos no ambiente de trabalho relatado pelos participantes da amostra, São Paulo, 2011 (N=385).	70
Tabela 13 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo percepção sobre fatores psicossociais no trabalho, São Paulo, 2011 (N=385).	71
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo relato de número de morbidades com atendimento médico no último ano, São Paulo, 2011.	72
Tabela 15 -	Prevalência das morbidades com atendimento médico no último ano relatada pelos participantes da amostra, São Paulo, 2011 (N=385).	72
Tabela 16 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo ausência ao trabalho por acidente de trabalho no emprego atual e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), São Paulo, 2011 (N=385).	72
Tabela 17 -	Distribuição dos participantes da amostra, segundo índice de massa corporal (IMC), São Paulo, 2011.	73
Tabela 18 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores sociodemográficos (nível distal) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	74
Tabela 19 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores de hábitos e estilo de vida (nível intermediário I) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	75
Tabela 20 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores do perfil ocupacional (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	75

Tabela 21 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores ocupacionais de percepção sobre o ambiente de trabalho (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	76
Tabela 22 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores psicossociais (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385)	77
Tabela 23 -	Análise de regressão logística univariada dos fatores de Status de saúde (nível proximal) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	77
Tabela 24 -	Análise de regressão logística múltipla de fatores associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).	78
Tabela 25 -	Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre o modelo demanda-controle-apoio social e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385)	81
Tabela 26 -	Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre o modelo desequilíbrio esforço-recompensa-excesso de comprometimento e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385).	82
Tabela 27 -	Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre os modelo de estresse ocupacional e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385)	82

Lista de Siglas

AE	–	Alta exigência
AEC	–	Alto excesso de comprometimento
APS	–	Agência da Previdência Social
BAS	–	Baixo apoio social
CAT	–	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	–	Classificação Brasileira de Ocupações
CID10	–	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª versão
CNAE	–	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNIS	–	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CTPS	–	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CVS	–	<i>Computer Vision Syndrome</i>
DER	–	Desequilíbrio Esforço-Recompensa
ERI	–	<i>Effort-Reward Imbalance</i>
FPS	–	Fatores psicossociais no trabalho
IC95%	–	Intervalo de Confiança de 95%
IMC	–	Índice de Massa Corporal
INSS	–	Instituto Nacional do Seguro Social
JCQ	–	<i>Job Content Questionnaire</i>
LATD	–	Longas ausências ao trabalho por doença
MDC	–	Modelo Demanda-Controle
MDER	–	Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa
NTEP	–	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	–	Organização Internacional do Trabalho
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
OR	–	<i>Odds ratio</i>
PEA	–	População Economicamente Ativa
PIB	–	Produto Interno Bruto
PNAD	–	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPS	–	Política Nacional de Promoção da Saúde	
SAT	–	Seguro de acidente de trabalho	

1. INTRODUÇÃO

1.1. O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO POR DOENÇA

O trabalho faz parte do processo de integração social dos indivíduos. A participação em novas experiências, o desenvolvimento de atividades que vão além dos interesses individuais e a construção da identidade social, reforçam a autoestima e confiança nas próprias capacidades (VEZINA et al., 2004). Esta importância fundamental na constituição da subjetividade interfere diretamente nos modos de vida e, portanto, tanto na saúde física, quanto na saúde mental das pessoas (MIRANDA et al., 2009).

A doença é percebida como um desequilíbrio que pode tornar o indivíduo incapaz de ser plenamente produtivo e independente. Os processos de redução do status de saúde não devem ser tratados apenas em nível individual, pois sua repercussão atinge de maneira complexa diversas situações relacionais nos contextos da sociedade (MANGIA et al., 2008; SAMPAIO e LUZ, 2009).

Os custos dos adoecimentos podem ser estimados de forma direta ou indireta em seus aspectos econômicos e sociais. A queda da produtividade por perda na eficiência e o absenteísmo por doença afetam de forma direta os custos de produção. Como consequência, poderá haver elevação dos preços de bens e serviços pela queda da rentabilidade e da competitividade das empresas. Além disso, há gastos com assistência em saúde, benefícios por incapacidade laborativa temporária e aposentadoria precoces que oneram o Estado (WÜNSCH FILHO, 2004).

Segundo estudos realizados em diferentes países, os custos relacionados à morbidade e mortalidade relacionadas ao trabalho situam-se entre 2% e 14% do Produto Interno Bruto (PIB) (WÜNSCH FILHO, 2004).

Na Dinamarca o absenteísmo por doença atinge até 5% da força de trabalho (LUND e LABRIOLA, 2009). Na Noruega, em um dia útil, cerca de 7% dos empregados faltam ao trabalho por adoecimento (MARKUSSEN et

al., 2011). Em um estudo de base populacional no Brasil, a prevalência de faltas ao trabalho decorrentes de doenças e agravos à saúde foi de 13,5% na indústria (YANO E SANTANA, 2012).

1.1.1. Ausências ao trabalho por doença

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) conceitua o absenteísmo como:

“O período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez normal ou prisão” (OIT, 1991).

O absenteísmo-doença é a falta ao trabalho por motivo de doença ou problema de saúde, relacionado ou não ao trabalho (GEHRING JUNIOR et al., 2007). As ausências ao trabalho por doença têm sido usadas frequentemente como um indicador da saúde dos trabalhadores (VAHTERA et al., 2000). O estudo do absenteísmo-doença é relevante por ser uma medida de morbidade que permite estabelecer programas de prevenção a partir do conhecimento dos seus preditores (MARMOT et al., 1995).

Enquanto curtos períodos de ausência podem estar associados a fatores tanto sociais, quanto ocupacionais, longos períodos de ausência são indicadores mais confiáveis do estado de saúde do trabalhador (MARMOT et al., 1995). A literatura sobre o tema não apresenta um ponto de corte preciso para determinar os afastamentos considerados de longo prazo. Estudos estabelecem a partir de oito dias entre ingleses (MARMOT et al., 1995), a partir de 21 dias entre holandeses (ROELEN et al., 2008) ou mesmo a partir de 56 dias entre noruegueses (FOSS et al., 2010). No Brasil, estudos com informações autorreferidas optaram pelo prazo superior a dez dias (GRIEP et al., 2010; FERREIRA et al., 2012).

O regulamento da Previdência Social brasileira estipula que até quinze dias de ausência ao trabalho por incapacidade decorrente de doença, atestada por médico, caberá ao empregador manter o pagamento integral do salário ao funcionário. Caso haja continuidade comprovada da incapacidade

laboral, o trabalhador deverá ser encaminhado para solicitação de benefício junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (BRASIL, 1991). Portanto, para estudos que se propõem analisar a questão do absenteísmo-doença, o ponto de corte de quinze dias pode ser considerado adequado.

O conceito de incapacidade aceito pela Previdência Social é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em consequência de alterações morfofisiológicas. Doença ou acidente estão relacionados à etiologia dessas alterações e podem sofrer agravamento caso cronifiquem (BRASIL, 1991).

A maioria dos países industrializados possuem políticas de previdência social para proteger os trabalhadores em situações de incapacidade laborativa temporária ou permanente. A principal função dos sistemas previdenciários é oferecer assistência financeira à população adulta contribuinte ao sistema e que necessite se afastar do trabalho. A renda transferida pela instituição aos segurados tem um importante papel na economia interna do país e está relacionada com a estabilidade social (ELLERY JUNIOR e BUGARIN, 2003).

As ausências ao trabalho por doença são consideradas um significativo problema de saúde pública e tem um impacto importante na economia. Perda de produtividade, possibilidade de perda do emprego, necessidade de substituição da mão-de-obra e custos com seguro de saúde são descritos como repercussões diretas sobre a sociedade (ROELEN et al., 2006).

As longas ausências ao trabalho por doença (LATD) estão associadas à menor possibilidade de retorno ao trabalho com consequente exclusão econômica e social (LUND E LABRIOLA, 2009). BURR et al. (2011) justificam a importância de se minimizar as LATD: do ponto de vista econômico é importante manter o trabalhador sendo produtivo para a sociedade; e do ponto de vista de saúde e qualidade de vida deve-se minimizar o afastamento do ambiente social do trabalho.

VAHTERA et al. (2000) consideram que as ausências comprovadas por atestado médico minimizam influência de fatores comportamentais ou condição social nas estatísticas sobre afastamento do trabalho por doença. Na Finlândia, a elegibilidade para benefícios por incapacidade exige que seja apresentado atestado emitido pelo médico assistente e aprovado por um perito especializado do Instituto de Seguro Social (KARPANSALO et al., 2002). No estudo britânico *Whitehall II*, concluiu-se que o registro de episódios de faltas ao trabalho por motivo de doença atestadas por médico proporcionaram uma análise acurada das causas associadas ao adoecimento durante seu contrato de trabalho (KIVIMÄKI et al., 2003).

No ordenamento jurídico brasileiro cabe à Perícia Médica do INSS avaliar a incapacidade laboral alegada no requerimento para fins de obtenção de benefício previdenciário a partir de informações sobre o estado de saúde do paciente (FERNANDES e CHEREM, 2005). O auxílio-doença é um dos benefícios concedidos pela Previdência Social do Brasil e tem caráter temporário. O direito ao seu recebimento é dado ao segurado que comprove o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde (MOURA et al., 2007; SIANO et al., 2008).

Entre 2007-2010 houve uma incidência média anual de 3,8% de concessões de benefícios previdenciário auxílio-doença entre os segurados da Previdência Social. No ano de 2010 foram concedidos mais de 2,2 milhões de novos benefícios auxílio-doença para uma população de aproximadamente 60 milhões de contribuintes (MPS, 2011). O banco de dados do INSS serve como indicador das principais causas de adoecimento presentes na população adulta trabalhadora brasileira, particularmente daquelas que resultam em condições clínicas mais severas (BOFF et al., 2002).

Entre os beneficiários estão pessoas em idade produtiva acometidas por doenças crônicas não transmissíveis. Este adoecimento incapacitante para o trabalho pode inicialmente ser um quadro temporário, mas decorrente

da gravidade pode evoluir para situações permanentes (MOURA et al., 2008).

Um gerenciamento adequado dos fatores associados a frequentes casos de incapacidade laborativa de curta duração podem prevenir os quadros de longa duração (CORNELIUS et al., 2011). Tendo em vista o volume de gastos com pagamento de benefícios previdenciários por incapacidade laborativa, o custo social em consequência da exclusão do trabalho e as aposentadorias precoces que acometem os trabalhadores é justificada a importância do estudo das doenças crônicas não transmissíveis no panorama brasileiro (MOURA et al., 2007).

1.1.2. Fatores associados às ausências ao trabalho por doença

Os seguintes fatores foram descritos como associados ao afastamento do trabalho por adoecimento, independentemente do seu prazo ou diagnóstico:

- Aspectos sociodemográficos: sexo feminino (BURR et al., 2011; MARKUSSEN et al., 2011), idade avançada, ser solteiro, baixo nível de educação, baixo padrão socioeconômico (KROSTAD et al., 2002);
- Hábitos e estilos de vida: consumo de álcool, tabagismo, índice de massa corporal acima do padrão eutrófico (NORTH et al., 1993; KROSTAD et al., 2002);
- Fatores adversos externos ao trabalho: dificuldades financeiras e pouco apoio social doméstico (NORTH et al., 1993);
- Condições de trabalho: trabalho em turnos vespertino-noturno e noturno (FISCHER, 1986); tipo de emprego e tempo na função (CHEVALIER et al., 1987); mais de um vínculo de trabalho e ter vínculo de trabalho como servidor público trabalho com carga física extenuante, ritmo acelerado de

trabalho, condições ambientais desfavoráveis (KROSTAD et al., 2002); e fatores psicossociais como baixo controle sobre o ritmo, variabilidade e uso de habilidades no trabalho, além do apoio social (NORTH et al., 1993);

- Condições de saúde: autopercepção de saúde como ruim (FERREIRA et al., 2012).

1.1.3. Ausência ao trabalho por transtornos mentais e comportamentais

Os transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho. Os casos leves causam perda de quatro dias de trabalho/ano e os graves cerca de 200 dias de trabalho/ano, em média (DEMYTTENAERE et al., 2004). Esses quadros são frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo com absenteísmo pela doença e redução de produtividade (NIEUWENHUIJSEN et al., 2006).

No Brasil, no ano de 2010, os transtornos mentais e comportamentais, padronizados pelo capítulo V da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID10), foram a terceira principal causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa. Com incidência de 9% do total, mais de 201 mil novos benefícios foram concedidos no ano e cerca de 6% foram considerados acidentários. Ou seja, a perícia previdenciária considerou que o processo de adoecimento foi desencadeado ou uma doença de base foi agravada a partir da exposição a fatores presentes no trabalho (MPS, 2011).

O critério previdenciário para a caracterização da possível relação entre o adoecimento incapacitante e a situação de trabalho pode advir por três mecanismos (BRASIL, 1999):

- Nexó técnico profissional ou do trabalho: fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacionais de acordo com a profissiografia do segurado, constantes nas listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048/99 (BRASIL, 1999);
- Nexó técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexó técnico individual: decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91 (BRASIL, 1991);
- Nexó técnico epidemiológico previdenciário (NTEP): aplicável quando houver significância estatística da associação entre a entidade mórbida motivadora da incapacidade (CID10) e o CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) da empresa na qual o segurado é vinculado. Estas relações constam na lista C do anexo II do Decreto nº 3.048/99, alterado pelo Decreto nº 6.042/2007 (BRASIL, 1999; BRASIL, 2007).

Os sistemas de gestão do INSS indicam ao médico perito previdenciário as situações em que há possibilidade da caracterização da relação causal por nexó profissional ou epidemiológico. A autonomia médica decisória é exercida no momento da avaliação pericial. São levados em consideração outras informações - como histórico ocupacional, história natural da doença, exames e laudos complementares - que auxiliam a corroborar, ou não, o trabalho como dimensão de risco para a patologia incapacitante (GONZAGA, 2006).

1.1.4. Absenteísmo por doença e estresse ocupacional

O absenteísmo por doença está relacionado às flutuações cíclicas na economia. Descreve-se esta relação em decorrência de uma reação às pressões no trabalho, que podem piorar quando há solicitação de aumento

de produtividade e limitação na flexibilidade da organização temporal do trabalho. Portanto, o absenteísmo varia segundo tempo e lugar (LUSINIAN E BONATO, 2007).

Na segunda metade do século XX houve grandes transformações no modelo econômico capitalista com internacionalização dos mercados, fenômeno que foi denominado de globalização (WÜNSCH FILHO, 2004). O aporte de inovações tecnológicas gerou uma reestruturação produtiva e organizacional conduzindo a novas formas de organização, gestão e controle do trabalho, mudando a sua natureza e estabelecendo novos cenários produtivos (WÜNSCH FILHO, 2004). Esse processo de transformação solicita mudanças no perfil dos trabalhadores, com valorização da polivalência, do comportamento organizacional, da qualificação técnica, da participação criadora, da mobilização da subjetividade e da capacidade de diagnosticar e de decidir (GASPARINI et al., 2006). Para atender às novas exigências e desenvolver esse novo perfil, os trabalhadores precisam adquirir novas competências e capacidade para transitar para um novo modo de ser, fazer e pensar (GASPARINI et al., 2006). Em contrapartida, tem havido negligência nas necessidades de crescimento e desenvolvimento profissional dos trabalhadores impossibilitando a plena concretização de autorrealização. Esta realidade gera uma maior insegurança no emprego, repercutindo na forma de apreensão e tensão psicológica no trabalhador (SILVA et al., 2009).

O estresse ocupacional é descrito como a resposta que o trabalhador pode sofrer quando se expõe a exigências e pressões no trabalho na qual não tem conhecimento ou habilidade para lidar e que desafiam sua capacidade de adaptação (LEKA et al., 2004). Mudanças no perfil epidemiológico do adoecimento de trabalhadores no Brasil e no mundo estão relacionadas às situações na qual o processo de adaptação humana não tem acompanhado o ritmo imposto pelas necessidades das organizações.

O ritmo para alcançar a eficiência e cumprimento das solicitações impostas pelos gestores gera um excesso global da carga laboral nos

aspectos físico, psíquico e cognitivo. As exigências são originadas a partir dos aspectos de desenho, organização e gestão do trabalho, além de seus contextos sociais e organizacionais (KIVIMÄKI et al., 2006). Como consequência, a sobrecarga sobre o trabalhador predispõe a um aumento do risco de doenças relacionadas ao estresse (BELKIC et al., 2004).

Em uma visão mais abrangente, o ajustamento inadequado entre pessoa e meio-ambiente envolveria aspectos qualitativos e quantitativos. Não apenas o equilíbrio de volume de demanda de trabalho e capacidade individual de resposta, mas também aspectos de dificuldade para executar tarefas por dificuldades individuais. Existem quatro áreas distintas e inter-relacionadas no contexto de trabalho que influenciam na saúde do trabalhador: as tarefas, as relações interpessoais, as normas e os processos (SILVA et al., 2009).

Em estudos finlandeses, situações de *downsizing* organizacional foram associadas a aumento do LATD. Esse processo de demissões com achatamento da estrutura da organização para reestruturação e redução/racionalização de custos provoca insegurança no trabalho, mudanças na natureza/ambiente do trabalho e uma deterioração na relação entre gestores e empregados (ARIËNS et al., 2002; HURREL JR, 1998; VAHTERA et al., 1997).

1.2. RISCO PSICOSSOCIAL E OS FATORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

O risco psicossocial seria a resposta subjetiva do trabalhador à sua interação com as condições ambientais e organizacionais do trabalho. A percepção individual frente a tais situações pode ser influenciada por aspectos como: capacidade, necessidades e expectativas do trabalhador; hábitos e cultura; e questões relativas a condições não relacionadas ao trabalho (ILO, 1984).

A OIT descreve a presença frequente de estressores psicossociais nas condições de trabalho. Tais situações por vezes ultrapassam a capacidade humana de adaptação, traduzindo-se em problema (ILO, 1984).

Estressores decorrentes do ambiente, conteúdo ou contexto do trabalho podem estar associados a potencial desencadeamento de impactos negativos sobre a saúde, desempenho e satisfação do trabalhador (SAUTERS et al., 1998), além de absenteísmo e rotatividade (ILO, 1984).

Os principais fatores psicossociais no trabalho (FPS), conforme LEVI (1998), e atualizado por LEKA et al. (2004), são:

- No conteúdo do trabalho
 - Conteúdo das tarefas: monotonia, repetitividade, subutilização de habilidades, tarefas sem sentido, tarefas desagradáveis ou repugnantes;
 - Carga e ritmo de trabalho: sobrecarga ou pouca carga de trabalho, trabalhar sob pressão de tempo;
 - Horário de trabalho: pouca flexibilidade nos horários, longas jornadas, trabalho em horários na qual não há convívio social, horários imprevisíveis, esquema de turnos mal concebidos;
 - Participação e controle: baixa participação na tomada de decisões, pouco controle em relação aos métodos de trabalho, ritmo de trabalho, horário e ambiente de trabalho;
- No contexto do trabalho
 - Desenvolvimento de carreira, status e salário: insegurança no trabalho, baixa perspectivas ou pouca possibilidade de promoção, trabalho de baixo valor social, pagamento por produtividade, sistemas de

avaliação de desempenho pouco claros ou injustos, ser mais qualificados ou ter baixo nível de qualificação para o trabalho;

- Papel na organização: ambiguidade de papéis, papéis conflitantes dentro do mesmo trabalho, responsabilidade por pessoas, continuamente lidar com outras pessoas e seus problemas;
 - Relações interpessoais: precariedade nas relações com supervisores, baixo apoio social dos colegas, bullying, assédio e violência no trabalho, isolamento físico ou social, não existir procedimentos estabelecidos para lidar com problemas ou queixas;
 - Cultura organizacional: má comunicação, liderança “pobre”, falta de clareza sobre os objetivos organizacionais e estrutura organizacional;
 - Interface do trabalho-casa: demandas conflitantes entre trabalho e vida pessoal, pouco apoio no trabalho aos problemas domésticos, pouco apoio em casa para os problemas do trabalho.
- Condições ambientais: agentes ocupacionais físico e químicos, iluminação deficiente ou excessiva; odores incômodos e outros.

No trabalho, a exposição contínua a tais situações estressoras podem desencadear repercussões psicológicas e comportamentais. Distúrbios cognitivos como dificuldade de concentração, memória e capacidade de decisão comprometem a performance profissional. E os seus efeitos em longo prazo estão relacionados a queixas psicossomáticas, sintomas psiquiátricos e alterações do bem-estar (ILO, 1984). O esgotamento físico-mental, frustração psicológica, falta de prazer e apatia para desenvolver

estratégias de enfrentamento predispõe ao adoecimento mental, especialmente transtornos depressivos (SILVA et al., 2009).

TOOMINGAS et al. (1997) discutem a tensão psicossocial ocupacional crônica como responsável pela diminuição no limiar de características psicológicas, tais como exaustão emocional. Pelo estímulo frequente de ativação de excreção hormonal há conseqüentes estados de contração muscular e/ou a falta de capacidade para relaxar.

KRAUSE et al. (1997b) também descrevem evidências de que as cargas físicas e os fatores psicossociais no trabalho são simultâneos e independentes ao desfecho. Em longo prazo, o resultado poderia ser a redução do limiar de percepção da dor e o desenvolvimento de alterações orgânicas pelo agravamento dos sintomas musculoesqueléticos (BONGERS et al., 1993).

Estudos descrevem os FPS como associados ao absenteísmo-doença por qualquer motivo (NORTH et al., 1996; FAUERSTEIN et al., 1999), inclusive quadros depressivos (NETTERSTRØM, 2008). O risco aumentado para obtenção de benefícios da seguridade social por incapacidade foi descrito entre trabalhadores com baixa satisfação no trabalho (LABRIOLA et al., 2009). Aspectos psicossociais desfavoráveis no trabalho, como tensão psicológica e insatisfação, foram associados a situações de aposentadoria por invalidez (KRAUSE et al., 1997).

A atenção dada ao tema “estresse ocupacional” tem crescido e vários modelos teóricos foram desenvolvidos a fim de conceituar e explicar seus efeitos na saúde do trabalhador. Dois desses modelos têm recebido especial atenção: o Modelo Demanda-Controle (KARASEK, 1979) e o Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (SIEGRIST, 1996). Ambos se mostraram úteis na identificação de componentes específicos da organização da situação de trabalho e da sua interação com o trabalhador que afetam negativamente a saúde.

1.2.1 Modelo Demanda-Controle

Descrito por KARASEK (1979), o Modelo Demanda-Controle (MDC), ou *Job Strain Model*, foi desenvolvido inicialmente para avaliar o risco de distúrbio cardiovascular e sua associação com aspectos psicossociais do trabalho. Sua metodologia está baseada na avaliação de características específicas na execução do trabalho: grau de controle (ou latitude de decisão) e demandas psicológicas do trabalho. O modelo distingue situações laborativas específicas estabelecendo combinação entre essas dimensões. Cada uma destas dimensões indicam riscos diferenciados à saúde e à motivação em uma ampla gama de ocupações.

As demandas referidas no modelo demanda-controle são estressores de natureza psicológica tanto quantitativas, quanto qualitativas. Os aspectos quantitativos se referem à sobrecarga de trabalho, tempo disponível e o ritmo empreendido para tal. Os qualitativos seriam o grau de dificuldade para execução de tarefas e a existência de ordens de trabalho contraditórias ou discordantes. O controle sobre as tarefas abrange autonomia decisória (grau de autoridade para tomada de decisões, influência sobre o grupo de trabalho e sobre política gerencial) e o uso de competências individuais variadas (desenvolvimento de habilidades, aprendizagem de novas práticas, criatividade, variabilidade/repetitividade) (KARASEK, 1981; ARAÚJO et al., 2003).

Propõe-se que os trabalhadores expostos a condições sob alta demanda psicológica e baixo controle no trabalho estão sob tensão que, caso persista ao longo do tempo, pode desencadear perda da capacidade funcional e aumento do risco de desenvolvimento das doenças relacionadas ao estresse (DE LANGE et al., 2002).

Uma versão expandida deste modelo de estresse no trabalho foi proposta por JOHNSON e HALL (1988) ao adicionar a dimensão apoio social como um terceiro componente. A ênfase na conexão individual entre a pessoa e o seu trabalho sofre influência das relações coletivas estabelecidas de forma horizontal (com os colegas) e vertical (chefias).

Baseando-se na percepção do trabalhador acerca dos fatores psicossociais na sua rotina laboral, KARASEK (1985) elaborou uma escala de medida do estresse no trabalho, o Questionário sobre Conteúdo do Trabalho (JCQ – “*Job Content Questionnaire*”). Sua versão completa mais recente foi adaptada para a língua portuguesa falada no Brasil e compreende 49 questões com escalas sobre: controle sobre o trabalho, incluindo uso de habilidades e autoridade decisória em nível macro; demandas psicológicas; demandas físicas; apoio social proveniente da chefia proporcionado pelos colegas de trabalho; insegurança no emprego; e uma questão sobre nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado (ARAÚJO et al., 2003; FISCHER et al., 2005),

A partir da combinação de níveis alto e baixo das dimensões, o modelo pressupõe quatro situações específicas de trabalho que configuram riscos diferenciados para a saúde (KARASEK e THEÖRELL, 1990):

- Alta exigência (alta tensão – “*job strain*”): a combinação de alta demanda psicológica e baixo grau de controle favorece as reações mais adversas por desgaste físico e mental;
- Trabalho ativo: a combinação de alta demanda psicológica e alto controle predispõe à aprendizagem e crescimento profissional;
- Trabalho passivo: baixa demanda psicológica e baixo controle é um cenário pouco motivador e pode levar à perda gradativa de habilidades previamente adquiridas;
- Baixa exigência: baixas demandas psicológicas e alto controle sobre as tarefas se configuram numa situação de trabalho em estado confortável, pela possibilidade do trabalhador ditar seu próprio ritmo.

O nível de apoio social influencia a tensão no trabalho, pois a coesão das equipes representa um forte fator de proteção à saúde dos trabalhadores (PALACIOS et al., 2002).

Portanto, o maior risco de adoecimento é assumido como sendo relacionado ao trabalho sob alta tensão e isolamento social, denominado “*iso-strain*”, caracterizado por alta demanda, baixo controle e baixo apoio social (KIVIMÄKI et al., 2006). Esta situação estressora aumentaria a excitação fisiológica, promovendo alterações neuroendócrinas, metabólicas e distorção dos mecanismos homeostáticos. Em termos de mecanismos psicológicos, o impacto de um trabalho estressante é mediador de sentimentos de desvalorização profissional, diminuição da autoestima e autocontrole, afetando a saúde mental (STANSFELD e CANDY, 2006).

Revisões científicas sobre o Modelo Demanda-Controlle apresentam estudos da relação entre estresse no trabalho e desfechos de doença cardiovascular, incluindo infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronariana e mortalidade (BELKIC et al., 2004).

Em uma coorte norte-americana, trabalhadores usuários de computadores tiveram quadros osteomusculares em membros superiores associados à exposição ao trabalho de alta exigência (HANNAN et al., 2005). Em uma coorte holandesa, descreveu-se o mesmo fator de risco associado a cervicalgias incapacitantes (ARIËNS et al., 2002). A situação de isolamento social com tensão no trabalho esteve associada a distúrbios osteomusculares em região lombar entre trabalhadores na Suécia (TOOMINGAS et al., 1997) e nos Estados Unidos da América (KRAUSE et al., 1997b).

Em uma coorte francesa com trabalhadores da distribuidora de eletricidade e gás estatal (GAZEL) houve associação entre o trabalho de alta exigência com baixo suporte social e sintomas depressivos, independentemente do sexo (NIEDHAMMER et al., 1998), e a incapacidade para o trabalho por doença (MELCHIOR et al., 2003).

No estudo *Whitehall II* (NORTH et al., 1996) o absenteísmo por motivos de saúde esteve associado ao baixo nível de controle sobre o

trabalho. Na Dinamarca, CHRISTENSEN et al. (2008) também identificaram o baixo controle como preditor de pensões por incapacidade laborativa.

No Brasil, a maioria dos estudos de avaliação dos FPS a partir do MDC foram delineados de forma transversal. O trabalho de alta exigência foi descrito como associado à síndrome visual por uso de computador (*computer vision syndrome* – CVS) entre teleoperadores (SÁ et al., 2012). Foi constatada elevada prevalência de transtornos mentais comuns em ocupações cuja percepção foi de alta exigência como: médicos (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006), trabalhadores de enfermagem (ARAÚJO et al., 2003), professores da rede pública (REIS et al., 2005) e da rede particular (PORTO et al., 2006). Entre eletricitários, o comprometimento da saúde mental esteve associado à alta exigência e ao baixo apoio social no trabalho (SOUZA et al., 2010). Entre funcionários públicos, os trabalhadores em situação de alta exigência tiveram *odds ratio* (OR) 1,5 a 2 vezes maior para o desfecho de interrupção das atividades habituais por problema de saúde (MACEDO et al., 2007). Também entre servidores públicos foi visto que o baixo apoio social no trabalho é fator preditivo de absenteísmo-doença (SANTOS et al., 2011).

1.2.2. Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa

Os estudos sobre os efeitos do estresse ocupacional por exposição a fatores psicossociais no trabalho têm avançado. A abordagem conceitual voltada para questões relacionadas ao indivíduo e ao mercado de trabalho tem ganhado espaço. Como exemplo há a teoria do Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (*“Effort-Reward Imbalance”* - ERI) (KIVIMÄKI et al., 2006).

Desenvolvido por SIEGRIST (1996, 1998), o modelo baseia-se na reciprocidade de intercâmbio na vida profissional, descrevendo o trabalho como fonte de ganho de autoestima, eficácia e integração social, por meio de troca social. O equilíbrio se dá quando esforços empreendidos pelo trabalhador e as recompensas adquiridas em contrapartida são

equiparáveis. As recompensas esperadas podem abranger três aspectos: financeiro (salário, benefícios), autoestima (reconhecimento profissional) e percepção de controle do trabalhador sobre o seu status social (segurança no emprego, ascensão profissional) (CANEPA et al., 2008; CHOR et al., 2008).

A noção da reciprocidade contratual está no cerne das relações de trabalho, na qual há retribuição às tarefas realizadas através de um retorno adequado. Nas situações em que há o desequilíbrio entre esforços empreendidos e recompensas advindas, há o desenvolvimento de resposta negativa ao estresse, principalmente na situação de "alto esforço" e "baixa recompensa", com consequências para a saúde física e emocional do trabalhador em longo prazo (SIEGRIST, 1996).

O mecanismo de desgaste parte da erosão da autoestima, aflição psicológica e excitação do sistema nervoso autônomo pela percepção de que a situação profissional não lhe proporciona recompensas suficientes (STANSFELD e CANDY, 2006). Aqueles que se mantêm em exposição a esse desequilíbrio o fazem por diversos motivos, como: dependência econômica por falta de alternativas no mercado de trabalho, escolha profissional por investimento estratégico no planejamento da carreira e/ou excesso de comprometimento (SIEGRIST, 1996). Este último é um componente intrínseco do modelo relacionado com a excessiva disponibilidade e dedicação ao trabalho. É motivado por um perfil psicológico com forte desejo de ser aprovado, mas também por exposição a ambiente de trabalho excessivamente competitivo e hostil (SIEGRIST, 1998).

Para este modelo teórico foi desenvolvido um questionário ("*Effort-Reward Imbalance Questionnaire*" - ERI-Q) composto por 46 itens sobre a percepção do trabalhador frente estes fatores psicossociais no trabalho. Está dividido em três blocos de questões sobre esforço (seis itens), recompensa (11 itens) e excesso de comprometimento (seis itens sobre a necessidade de aprovação, seis itens sobre a competitividade, oito itens sobre irritabilidade e nove itens sobre dificuldade de se desligar do ambiente de trabalho) (SIEGRIST e PETER, 1996).

SIEGRIST (2002) formulou três hipóteses para o seu modelo:

- O desequilíbrio esforço-recompensa (DER): situação de alto esforço e baixa recompensa com aumento do risco para agravos à saúde, acima e além das questões individuais;
- O excesso de comprometimento intrínseco: baseia-se em exagero contínuo nos esforços intrínsecos, sem haver um desequilíbrio esforço-recompensa;
- A hipótese interativa: desequilíbrio esforço-recompensa com excesso de comprometimento, que se constitui como a pior situação para a saúde do trabalhador.

Do ponto de vista do mecanismo patofisiológico, a associação destes estressores no trabalho e as doenças relacionadas ao estresse é apresentada por duas vias (SIEGRIST E RODEL, 2006):

- Via direta: na qual há um efeito direto das situações estressoras nos eixos nervosos autônomos com resposta fisiológica danosa;
- Via indireta: quando os fatores estressores exercem influência sobre as decisões comportamentais influenciando hábitos de vida de forma nociva.

A teoria desenvolvida por Siegrist vem sendo utilizada em diversas pesquisas cujos desfechos envolvem a saúde do trabalhador. VAN VEGCHEL (2005) e TSUTUMI et al. (2001) citam seu uso em grupos ocupacionais para análise de associação de fatores psicossociais no trabalho e distúrbios cardiovasculares, osteomusculares e psiquiátricos.

Situações de desequilíbrio esforço-recompensa foram descritas como associadas a absenteísmo-doença de longa duração (HEAD et al., 2007).

1.2.3. Associação entre os Modelos Teóricos de Estresse Ocupacional

SELIGMANN-SILVA (1994) descreveu que a diversidade metodológica, teórica e conceitual limita os estudos voltados à avaliação dos aspectos relacionados à organização do trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador. Ao se encontrar pontos de similaridade em abordagens distintas abrange-se o olhar sobre questões que envolvem o trabalhador e sua relação com o trabalho.

PETER et al. (2002) demonstraram que a avaliação conjunta da exposição às dimensões dos dois modelos de estresse ocupacional (MDC e MDER) demonstra um aprofundamento no estudo sobre as condições de trabalho. BOSMA et al. (1998) descrevem que há associação significativa entre o desequilíbrio esforço-recompensa (alto esforço e baixa recompensa) e situações de baixo controle sobre o trabalho, a partir do Modelo de Karasek (MDC). Esta observação não é surpreendente, pois a dimensão “controle do trabalho” é essencial para os dois modelos. Ela se associa tanto ao desempenho da tarefa (aspecto micro, no modelo demanda-controle), quanto nas questões mais abrangentes como salário e progressão de carreira (aspecto macro – recompensas). Também o esforço extrínseco e as dimensões de demanda psicológica tem grande semelhança, mostrando correlação estatística (PETER et al., 2002).

Meta-análises que investigaram situações de exposição a estressores psicossociais no trabalho de alta exigência e com desequilíbrio esforço-recompensa descreveram associação de tais situações com risco aumentado de desenvolvimento de transtornos mentais comuns (STANSFELD e CANDY, 2006) e doença coronariana (KIVIMAKI et al., 2006; KIVIMÄKI et al., 2002).

Em Taiwan, CHEN et al. (2011) detectaram associação de quadros depressivos e aspectos ocupacionais como alta demanda, baixo apoio social, desequilíbrio esforço-recompensa entre engenheiros da indústria

microeletrônica. TSUTSUMI et al. (2001) encontraram entre trabalhadores japoneses a associação entre quadro depressivo e situação de baixo controle sobre o trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e excesso de comprometimento. No Brasil, estudos com profissionais de saúde têm sido realizados para avaliar o poder explicativo dos dois modelos teóricos sobre desfechos em saúde do trabalhador. FOGAÇA et al. (2009) descreveram que percepção da qualidade de vida de médicos e enfermeiros de unidades de terapias intensivas pediátricas estava associada a estressores ocupacionais psicossociais avaliados a partir de ambos os modelos. SILVA et al. (2010) descrevem que dimensões do desequilíbrio esforço-recompensa e do modelo demanda-controle foram preditores na pior percepção de qualidade de vida entre profissionais de enfermagem. Tal categoria também foi estudada por GRIEP et al. (2010), que encontraram tanto alta demanda e baixo apoio social, quanto desequilíbrio esforço-recompensa e alto comprometimento associados ao longo afastamento do trabalho por doença.

A presença das dimensões mais negativas do MDC (alta demanda, baixo controle, baixo apoio social) e do MDER (alto esforço, baixa recompensa, alto comprometimento) estiveram associadas entre bancários brasileiros com autopercepção de qualidade de vida considerada ruim (SILVA E BARRETO, 2012).

Assim, apesar dos modelos teóricos serem estruturados em bases conceituais e operacionais distintas, justifica-se estudar a sobreposição dos mesmos para uma ampliação das nuances de discussão sobre experiências estressantes no trabalho e melhora nas estimativas de risco (BELKIC et al., 2004).

1.3. O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR ADOECIMENTO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

No campo da saúde do trabalhador se reconhece a necessidade de investir no conhecimento da subjetividade do trabalhador e das suas relações de trabalho. O objetivo é apreender a dinâmica dos processos mórbidos pela confrontação do sujeito com a realidade a qual está exposto (NEVES e NUNES, 2009).

De acordo com SELIGMANN-SILVA (1994), o conhecimento da organização do trabalho e das situações de tensão vivenciadas coletivamente pelos trabalhadores é passo fundamental para compreender melhor as vias de desgaste mental, que se traduzem em adoecimentos individualizados. O estabelecimento de nexos causais entre adoecimento e situação laborativa é visto como uma questão complexa que envolve idiosincrasias, características individuais, história de vida e de trabalho enquanto fatores influenciadores, configurando-se um processo específico para cada indivíduo. GLINA et al. (2001) recomendam que deve ser analisado, além do ambiente e da organização do trabalho, a percepção do trabalhador a respeito da influência do trabalho no seu processo de adoecimento.

As “doenças relacionadas ao trabalho” são agravos à saúde cuja exposição a ambiente e/ou condições de trabalho contribuem como fatores provocadores ou agravadores de distúrbios latentes e doenças pré-existentes (MENDES, 1988). Nessa trajetória, a saúde do trabalhador é análoga à saúde da população em geral. Rompe-se a concepção hegemônica de relação unicausal do adoecimento por agentes biológicos, físicos ou químicos presentes no ambiente de trabalho passando a prevalecer análise multifatorial dos riscos ocupacionais. Assim, ao se trazer à tona determinantes sociais, reduz-se o olhar sobre o processo produtivo e se ampliam questões subjetivas relacionadas ao exercício das profissões (MENDES e DIAS, 1991).

O nexo de causalidade entre doença e condições desfavoráveis de trabalho tem gerado conflitos entre empresas, seguradoras e trabalhadores em todo o mundo, o que estimula o sub-registro. Consequentemente há prejuízo na elaboração de políticas públicas de prevenção das patologias de

etiologia ocupacional multifatorial, uma vez que não se dispõe de informações epidemiológicas confiáveis (SOUZA et al., 2008). Nesse contexto são inclusas as doenças osteomusculares e os transtornos por comprometimento da saúde mental relacionados ao estresse no trabalho (SILVA et al., 2007; SARDA JUNIOR et al., 2009).

Por seu impacto social, econômico e financeiro, a perda da capacidade para o trabalho da população economicamente ativa do país por adoecimento mental é um problema de Saúde de Pública. A abordagem de estressores psicossociais negativos no trabalho são de particular interesse porque podem ser mais preveníveis, ao contrário de situações de tensão resultante de eventos da vida que são muito mais imprevisíveis (BONDE, 2008).

Torna-se imprescindível seu estudo para subsidiar debates e elaborar políticas de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação profissional.

HIPÓTESES DO ESTUDO

- I. As longas ausências ao trabalho por doença caracterizada como transtorno mental ou comportamental estão associadas a aspectos sociodemográficos, hábitos e estilo de vida, exposição a fatores ocupacionais e condição prévia de saúde;
- II. As longas ausências ao trabalho por doença caracterizada como transtorno mental ou comportamental estão associadas à combinação de estressores psicossociais desfavoráveis presentes no trabalho de alta exigência, baixo apoio social, desequilíbrio esforço-recompensa e elevado comprometimento.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Avaliar os fatores associados às longas ausências ao trabalho por doença caracterizada como “Transtornos mentais e comportamentais” (CID10 – Cap. V) entre trabalhadores empregados e segurados da Previdência Social, na cidade de São Paulo, Brasil.

2.2. ESPECÍFICOS

- Descrever dados sociodemográficos, hábitos e estilos de vida, informações relativas às condições de trabalho e dados de condição de saúde, de população em longa ausência do trabalho por doença;
- Verificar a associação entre longa ausência ao trabalho por transtorno mental e comportamental e dados sociodemográficos, hábitos e estilos de vida, informações relativas às condições de trabalho e dados de condição de saúde;
- Comparar fatores associados à longa ausência ao trabalho por doença mental a partir de modelos que abordam a percepção do trabalhador à exposição a fatores psicossociais no trabalho: condições desfavoráveis presentes no Modelo Demanda-Control e no Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa;

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo de caso-controle proposto para investigar, de forma hierárquica, exposição prévia dos sujeitos de pesquisa a potenciais fatores de risco. A partir da investigação de dois grupos (os casos e os controles) busca-se demonstrar a influência de fatores no aumento da probabilidade do desfecho (FLETCHER e FLETCHER, 2006). Este delineamento é retrospectivo, pois a seleção dos casos é feita após a ocorrência do desfecho em estudo. Uma das suas vantagens é explorar simultaneamente múltiplas associações de exposições de risco (MASSAD et al., 2004).

3.2. POPULAÇÃO

Ao final do ano de 2009, a população economicamente ativa (PEA) do Brasil, ou seja, todas as pessoas acima de dez anos de idade e aptas para exercer atividade laborativa, era de aproximadamente 101 milhões, conforme Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE 2008-2009). Durante o ano de 2010, aproximadamente 60 milhões de trabalhadores foram contribuintes do Regime Geral da Previdência Social e, entre eles, aproximadamente 48 milhões tinham vínculo de trabalho com contrato formal registrado no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) (MPS, 2011).

Neste estudo, os casos foram trabalhadores que estivessem em longa ausência ao trabalho por adoecimento, isto é, por prazo superior a quinze dias e que requereram o benefício previdenciário auxílio-doença por incapacidade para o trabalho decorrente de diagnóstico “Transtorno mental e comportamental” (CID10 – Capítulo V). Os controles foram os trabalhadores que estivessem em longa ausência ao trabalho por adoecimento e requereram o benefício previdenciário auxílio-doença por incapacidade para

o trabalho decorrente de algum diagnóstico CID10 dos capítulos: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I); Neoplasia (Cap. II); Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (Cap. III); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV); Doenças do sistema nervoso (Cap. VI); Doenças do olho e anexos (Cap. VII); Doenças do ouvido e da apófise mastóide (Cap. VIII); Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX); Doenças do aparelho respiratório (Cap. X); Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Cap. XII); Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII); Doenças do aparelho geniturinário (Cap. XIV); Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV); Algumas afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI); Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Cap. XVII); Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Cap. XVIII); Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (Cap. XIX); Causas externas de morbidade e de mortalidade (Cap. XX); Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Cap. XXI).

3.2.1. Cálculo de amostragem

A fórmula para cálculo do tamanho da amostra para uma estimativa confiável da proporção em população ilimitada é dada por (CORREA, 2006; MAROTTI et al., 2008):

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * p * q}{E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar.

q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Para o cálculo, considerou-se a prevalência do desfecho desconhecida, pois os dados divulgados pela Previdência Social dizem respeito a todos os segurados e a nossa população do estudo é composta apenas pelos segurados empregados. Segundo LEVINE et al. (2000), sendo os valores de (p) e (q) desconhecidos pressupõe-se estimativa de 50-50%. Considerou-se grau de confiança de 95% ($\alpha < 0,05$), cujo valor crítico é 1,96, e erro máximo de estimativa de 5%.

O tamanho da amostra calculado para o estudo foi de 385 participantes. Não houve pareamento, pois casos e controles faziam parte da mesma base populacional e tinham a mesma possibilidade de desenvolvimento do desfecho (FLETCHER e FLETCHER, 2006).

3.2.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados como critério de inclusão de unidades na amostra:

- I. Sujeito segurado da Previdência Social com vínculo empregatício formal confirmado pelo registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Este critério visa caracterizar a situação de trabalho como permanente;
- II. Sujeito estar em avaliação médico-pericial por requerimento do benefício previdenciário auxílio-doença. Este critério visa caracterizar o afastamento do trabalho por adoecimento com prazo superior a 15 dias;

Foram utilizados como critério de exclusão de unidades na amostra:

- I. Trabalhadores afastados do seu posto de trabalho há mais de 12 meses, pela possibilidade de dificuldade de informar sobre as condições do exercício laboral pelo longo afastamento;
- II. Trabalhadores que exerçam dupla jornada em vínculos trabalhistas formais, pela impossibilidade de avaliar a influência de cada vínculo na percepção de exposição a fatores associados ao desfecho;
- III. Trabalhadores que já tenham respondido ao questionário, para conferir independência aos dados.

3.3. COLETA DE DADOS

3.3.1. Local

Foi selecionada a Agência da Previdência Social (APS) do INSS de maior volume de atendimento para avaliação do benefício previdenciário auxílio-doença em nível nacional. Tal unidade fica localizada na região central da cidade de São Paulo. O efetivo médico da unidade é de aproximadamente 30 peritos com atendimento diário médio de 12 perícias por dia. Portanto, em um mês realizam a emissão de aproximadamente 7.200 laudos médicos-periciais de avaliação de capacidade laborativa.

3.3.2. Método

O método de amostragem ocorreu alternadamente entre casos e controles a partir da mesma metodologia:

- Em uma primeira etapa as agendas médicas dos peritos previdenciários que realizam atendimento na APS selecionada foram separadas por turno (manhã e tarde);
- Na segunda etapa cada agenda pericial do turno foi considerada como unidade amostral tendo igual probabilidade casual simples de pertencer à amostra. Foram selecionadas, por sorteio, duas unidades por turno de coleta;
- Na terceira etapa os sujeitos de cada agenda pericial que cumpriam os critérios de inclusão eram encaminhados para a entrevista após realização da avaliação médica pericial.

3.4. INSTRUMENTOS

Foram realizadas entrevistas para preenchimento de quatro instrumentos de coleta de dados para levantamento de variáveis a serem analisadas: questionário geral (condições demográficas, sociais, hábitos e estilo de vida), questionário sobre características e condições do trabalho – inclusive percepção sobre fatores psicossociais no trabalho, avaliação sobre condição de saúde, dados do laudo médico-pericial emitido pelo INSS no dia da coleta (Anexo IV).

3.4.1. Questionário geral:

I) Dados sociodemográficos: sexo, idade, cor da pele autorreferida, estado civil, escolaridade, renda familiar mensal, número de residentes no domicílio, renda per capita;

II) Dados de hábitos e estilos de vida:

- Exposição a eventos de vida estressores em nível psicológico: exposição no último ano a problemas financeiros graves, morte

de parente próximo ou amigo, separação ou problema conjugal, briga com amigos ou parentes, final de relacionamento amoroso, perda de algum objeto de grande valor, problemas com a polícia ou a justiça (adaptado de CHENG et al., 2000);

- Tabagismo: apenas aqueles que informam consumo de cigarro responderam a versão validada para o português brasileiro do Questionário de Tolerância de Fagerström (HALTY et al., 2002), recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SANTOS, 2001). A escala consiste de seis questões sobre a frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco. Para sua interpretação considerou-se o somatório de pontos correspondentes às respostas: 0-2 (muito baixo), 3-4 (baixo), 5 (médio), 6-7 (elevado), 8-10 (muito elevado);
- Consumo de álcool: todos responderam a uma versão adaptada do "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT), questionário preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que avalia dependência ao álcool. (FIGLIE et al., 1997). Para sua interpretação considerou-se somatório de pontos correspondentes às respostas: 0-2 (muito baixo), 3-5 (baixo grau), 6-8 (médio), 9-10 (elevado), 12-13 (muito elevado).
- Avaliação do nível de atividade física: todos os voluntários responderam à forma curta do Questionário Internacional de Atividade Física - versão 8 (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ), da Organização Mundial da Saúde (OMS) – Comitê Internacional em Atividade Física e Saúde, validado no Brasil por MATSUDO et al. (2001). É abordada a quantidade de dias e minutos das atividades físicas realizadas na semana anterior à aplicação do questionário. Consideram-se os critérios de frequência, intensidade e duração,

estabelecendo os níveis de atividade física em: sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo.

3.4.2. Questionário sobre histórico ocupacional, características e condições do trabalho atual - inclusive percepção de exposição a fatores psicossociais no trabalho:

- I) Histórico ocupacional: idade de ingresso no mercado de trabalho, acidentes de trabalho prévios, doenças ocupacionais prévias diagnosticadas, recebimento de benefícios previdenciários prévios.
- II) Condições de trabalho atual: natureza da empresa e vínculo de trabalho, função laborativa atual, tempo na função atual, turno da jornada de trabalho;
- Estressores ambientais no local de trabalho: classificar a frequência de exposição à sujeira, calor, frio, barulho, desorganização, iluminação e ventilação inadequadas, umidade, odores fortes, trabalho ao ar livre em nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente ou sempre. Para sua classificação o somatório confere ao ambiente de trabalho a condição de péssimo (50 - 41 pontos), ruim (40 - 31 pontos), bom (30 - 21 pontos), muito bom (20 - 11 pontos) ou excelente (10 - 0); (adaptado de SILVA (2008));
- Esforços físicos no trabalho: classificar na frequência de nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente ou sempre em que executa atividade de empurrar/puxar ou levantar/carregar objetos, dirigir, trabalhar em pé, andar durante o trabalho, trabalhar sentado e movimentando os braços ou as pernas, agachar, dobrar ou torcer o tronco em. Para sua classificação o

somatório confere aos esforços físicos no trabalho a condição de muito esforço (50 - 41 pontos), moderado esforço (40 - 31 pontos), médio esforço (30 - 21 pontos), pouco esforço (20 - 11 pontos) ou pouquíssimo esforço (10 - 0); (adaptado de SILVA (2008)).

- Violência no trabalho: exposição no trabalho a situações como sofrer ameaça de agressão, sofrer agressão verbal ou física, sofrer violência sexual, sentir-se alvo de perseguição ou de piada/discriminação, sofrer assalto no trabalho ou trajeto, sofrer assédio sexual (adaptado de CHEVALIER, 2011);

III) Fatores psicossociais no trabalho

- a) Modelo Demanda-Controle: Todos os participantes responderam ao “Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ)”, elaborado por THEORELL et al. (1988) que é a versão reduzida do JCQ de autoria de KARASEK (1985). Foi utilizado neste estudo a tradução, adaptação e validação em português falado no Brasil por ALVES et al. (2004), que à época foi denominado como “*Job Stress Scale* (JSS)”. Atualmente é denominado “Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio social” (AGUIAR et al., 2010; GRIEP et al., 2011).

Composto por 17 questões estruturadas em escalas tipo Likert de 4 pontos: cinco sobre demanda psicológica (ritmo, volume, tempo de realização do trabalho e existência de solicitações conflitantes), seis sobre controle das tarefas (aprendizado, criatividade, habilidade, diferenciação das tarefas e repetição no trabalho) e seis sobre apoio social. Sua análise permite que sejam classificadas as condições de trabalho de acordo os quadrante do modelo: trabalho ativo, trabalho passivo, trabalho de baixa exigência e de alta

exigência (ARAÚJO et al., 2003b). No processo de adaptação foram observados valores de alpha de Cronbach de 0,72 para demanda, 0,63 para controle, e 0,86 para apoio social.

Em detrimento a outras opções de estudar os resultados, optou-se por manter os quadrantes por refletir de melhor maneira a concepção dos autores da escala (MACEDO et al., 2007). Esta forma de análise também favorece a discussão dos achados frente a demais artigos publicados. Os pontos de corte estabelecidos para delimitar os quadrantes foram o ponto médio de cada dimensão: 12,5 para demanda, 15,5 para controle, 15,5 para apoio social.

- b) **Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa:** Todos os participantes responderam as questões da versão reduzida do ERI-Q, desenhado por SIEGRIST (1996). Foi utilizado neste estudo a tradução, adaptação e validação para o português falado no Brasil conduzida por CHOR et al. (2008). Esta versão contém 23 perguntas, sendo 6 sobre esforço (escala que varia de 6 a 24 pontos), 11 sobre recompensa (escala que varia de 11 a 55 pontos) e 6 sobre comprometimento pessoal (que varia de 6 a 24 pontos). Foram observados valores de alpha de Cronbach de 0,72 para esforço, 0,73 para recompensa e 0,65 para comprometimento.

O índice que indicará a percepção do trabalhador acerca da sua condição de trabalho é calculado pela fórmula $(e/(r*c))$. O “e” é a pontuação da somatória da dimensão esforço (e), o “r” é a pontuação da somatória da dimensão recompensa e o “c” é um fator de correção considerando o número de itens da questionário. No cálculo em questão foi considerado o fator de correção 0,545454. O valor do

índice que indica desequilíbrio (alto esforço e baixa recompensa) é superior a um ($>1,0$). O valor igual ou abaixo de um ($\leq 1,0$) indica equilíbrio.

O ponto de corte na escala de excesso de comprometimento pessoal com o trabalho, que indica maior ou menor exposição, foi seu ponto médio (15,5).

3.4.3. Avaliação sobre condição de saúde:

I) Questionário sobre dados de saúde:

- Morbidades motivadoras de atendimento médico no último ano: problemas cardíacos, diabetes, bronquite/asma, dores na coluna, gastrite/úlcera, câncer, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, HIV/AIDS e/ou tuberculose, tendinites, artrites ou reumatismo, doenças de pele, transtornos mentais, cirurgias;
- Absenteísmo prévio por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais em qualquer momento do histórico ocupacional.

II) Avaliação física:

- Aferição do peso por medida única realizada no momento da coleta dos dados com uso da balança digital Modelo BAL-150 da marca Techline – fabricação 10/12/09 (contínuo);
- Aferição da altura por medida única realizada no momento da coleta dos dados com uso de fita métrica inelástica (contínuo);
- Cálculo do índice de massa corporal (IMC): foi considerado o critério estabelecido pela OMS cujo resultado da relação entre peso e altura ($\text{peso}/(\text{altura} \times \text{altura})$) é classificado como baixo peso ($\text{IMC} < 18,5\text{kg/m}^2$), eutrofia (IMC entre $18,5\text{kg/m}^2$ e

24,9kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9kg/m²) e obesidade (IMC $\geq$ 30kg/m²)(WHO, 2000);

- Aferição da pressão arterial por medida única realizada no momento da coleta dos dados com uso de Monitor Digital de Pressão Arterial BP3AA1-1, fabricado em 2007 Lote 2507. Foi considerado como critério para caracterização de níveis pressóricos anormais (hipertensão arterial) a padronização recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia: pressão sistólica igual ou maior a 140 mmHg e/ou pressão diastólica igual ou maior a 90 mmHg (SANTOS, 2001).

3.4.4. Dados do laudo médico-pericial emitido pelo INSS no dia da coleta

- Conclusão sobre incapacidade para o trabalho;
- Diagnóstico fixado pelo perito como motivo da incapacidade laborativa conforme CID-10;
- Caracterização de nexos técnico previdenciário entre doença incapacitante e exposição a agentes ou situações no ambiente de trabalho.

3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente do estudo é a longa ausência ao trabalho por adoecimento em decorrência de transtorno mental e comportamental.

As variáveis independentes consideradas no estudo foram os dados demográficos, sociais, hábitos e estilo de vida, histórico ocupacional, condições de trabalho atual, percepção de fatores psicossociais no trabalho e condição de saúde.

3.5.5. Dados sociodemográficos:

- Sexo: variável dicotômica masculino ou feminino;
- Idade: variável coletada de forma contínua mas agrupada por faixa etária para descrição da população; e dicotomizada de forma em menor ou maior/igual a 40 anos para análise;
- Cor da pele autorreferida: variável nominal (branca, preta, parda, outra) e dicotomizada em branca ou outras para análise;
- Estado civil: variável nominal (solteiro, casado, união estável, separado/divorciado, viúvo) e dicotomizada em casado/união estável ou outros para análise;
- Escolaridade: variável ordinal (analfabeto, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo ou ensino técnico incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo, pós-graduação incompleta/completa). Esta variável foi recodificada de forma dicotomizada como “tempo de estudo” partindo do pressuposto que o ensino médio ou técnico completos representariam 11 anos de estudo. Portanto, para análise a dicotomização foi tempo de estudo menor ou igual/maior que 11 anos;
- Renda familiar mensal: variável contínua
- Número de pessoas moradoras na residência: variável contínua
- Renda per capita: variável contínua a partir da divisão dos valores de renda familiar mensal pelo número de residentes no domicílio. Para análise foi dicotomizada em menor/igual ou maior que um salário mínimo (R\$ 545,00);

3.5.6. Dados de hábitos e estilos de vida:

- Exposição a eventos de vida estressores em nível psicológico: todos responderam de forma dicotômica (sim/não) se houve

exposição no último ano a problemas financeiros graves, morte de parente próximo ou amigo, separação ou problema conjugal, briga com amigos ou parentes, final de relacionamento amoroso, perda de algum objeto de grande valor, problemas com a polícia ou a justiça (adaptado de CHENG et al., 2000). Para análise foi dicotomizada em ausência ou presença de exposição a qualquer eventos de vida estressores em nível psicológico;

- Tabagismo: variável ordinal (não tabagista, muito baixo, baixo, médio, elevado, muito elevado) dicotomizada para análise em agrupamento não tabagista/muito baixo/baixo ou médio/alto/muito alto;
- Consumo de álcool: variável ordinal (muito baixo, baixo, médio, elevado, muito elevado) dicotomizada para análise em agrupamento muito baixo/baixo/médio ou elevado/muito elevado;
- Avaliação do nível de atividade física: variável ordinal (sedentário, irregularmente ativo, ativo, muito ativo) dicotomizada para análise em agrupamento de sedentário/irregularmente ativo ou ativo/muito ativo.

3.5.7. Questionário sobre histórico ocupacional, características e condições do trabalho atual - inclusive percepção de exposição a fatores psicossociais no trabalho:

I) Histórico ocupacional:

- Idade de ingresso no mercado de trabalho: variável contínua;
- Acidentes de trabalho: variável dicotômica (sim/não). Caso sim, dicotômica se foi no local atual ou outro emprego; e se houve

emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (sim/não);

- Doenças ocupacionais: variável dicotômica (sim/não). Caso sim, dicotômica se foi no local atual ou outro emprego; e se houve emissão de CAT (sim/não);
- Recebimento de benefícios previdenciários prévios: variável dicotômica (sim/não);

II) Condições de trabalho atual:

- Natureza da empresa e vínculo de trabalho: variável nominal (privada/efetivo, privada/terceirizado, público) dicotomizada para análise em privada ou pública;
- Função laborativa atual: variável nominal recodificada como discreta conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Nova recodificação como variável nominal agrupada conforme característica das atividades em cargos de chefia, trabalhadores técnico-administrativo, prestadores de serviços e trabalhadores operacional-manufatura. Para análise os grupamentos foram dicotomizados em prestadores de serviços ou outros;
- Tempo na função atual: variável contínua dicotomizada para análise em tempo na função menor ou igual/maior que quatro anos;
- Turno da jornada de trabalho: variável nominal (administrativo, turno matutino, turno vespertino, turno noturno, turnos alternados, irregular) dicotomizada para análise em diurno administrativo ou outros;
- Estressores ambientais no local de trabalho: variável ordinal (péssimo, ruim, bom, muito bom, excelente) e dicotomizada

para análise em agrupamentos bom/muito bom/excelente ou péssimo/ruim;

- Esforços físicos no trabalho: variável ordinal (muito esforço, moderado esforço, médio esforço, pouco esforço, pouquíssimo esforço) e dicotomizada para análise em agrupamentos muito esforço/moderado esforço ou médio esforço/pouco esforço/pouquíssimo esforço;
- Violência no trabalho: resposta dicotômica à exposição no trabalho a situações como sofrer ameaça de agressão, sofrer agressão verbal ou física, sofrer violência sexual, sentir-se alvo de perseguição ou de piada/discriminação, sofrer assalto no trabalho ou trajeto, sofrer assédio sexual; (adaptado - CHEVALIER, 2011) Para análise foi dicotomizada em ausência ou presença de exposição à violência no trabalho.

III) Fatores psicossociais no trabalho

- Modelo Demanda-Controle: variável nominal (trabalho ativo, trabalho passivo, trabalho de baixa exigência, alta exigência). Para comparação entre os modelos de estresse no trabalho a variável foi dicotomizada em alta exigência ou outros;
- Apoio social: variável dicotômica (alto ou baixo);
- Índice ERI: variável contínua dicotomizada para análise em índice ERI menor/igual ou maior que 1,00;
- Excesso de comprometimento: variável dicotômica (alto ou baixo)

3.5.8. Avaliação sobre condição de saúde:

I) Questionário sobre dados de saúde:

- Morbidades motivadoras de atendimento médico no último ano: variável dicotômica (sim/não) para problemas cardíacos, diabetes, bronquite/asma, dores na coluna, gastrite/úlcera, câncer, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, HIV/AIDS e/ou tuberculose, tendinites, artrites ou reumatismo, doenças de pele, transtornos mentais, cirurgias. Para análise foi considerado somatório de respostas positivas e a variável foi dicotomizada para presença de até duas ou mais de duas morbididades no último ano;
- Absenteísmo prévio por acidentes de trabalho em qualquer momento do histórico ocupacional: variável dicotômica (sim/não). Caso sim, dicotômica (sim/não) se houve emissão de CAT;

II) Dados da avaliação física:

- Peso: variável contínua;
- Altura: variável contínua;
- Índice de massa corporal (IMC): variável ordinal dicotomizada para análise em grupamento baixo peso/peso normal ou sobrepeso/obesidade;
- Pressão arterial sistólica: variável contínua dicotomizada para análise em menor ou igual/maior que 140 mmHg;
- Pressão arterial diastólica: variável contínua dicotomizada para análise em menor ou igual/maior que 90 mmHg.

3.6. PROCESSO DE COLETA DOS DADOS

Com o objetivo de minimizar vieses de aferição apenas um entrevistador, o próprio pesquisador, realizou a coleta dos dados. As entrevistas duravam uma média de 30-40 minutos em consultório da área de

Perícias Médicas da APS selecionada. Iniciava-se com a identificação do sujeito de pesquisa e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão. Nas situações onde tais critérios eram obedecidos era feito convite para participação no estudo. Em caso afirmativo procedia-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Durante a entrevista, caso sujeitos apresentassem dificuldade de compreensão para mais de cinco perguntas seriam excluídos do estudo.

Ao final da coleta totalizou-se 160 casos e 225 controles. A Tabela 1 descreve a frequência dos diagnósticos CID10 dos casos do estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos casos do estudo, segundo código e descrição do agravo estabelecido no laudo médico-pericial, São Paulo, 2011.

Código	Descrição do agravo	N	%
F32	Episódios depressivos	66	41,2
F41	Outros transtornos ansiosos	31	19,4
F43	"Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação"	15	9,4
F31	Transtorno afetivo bipolar	9	5,6
F33	Transtorno depressivo recorrente	8	5,0
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	5	3,1
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	4	2,5
F06	Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e a doença física	3	1,9
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	3	1,9
F34	Transtornos de humor (afetivos) persistentes	3	1,9
F44	Transtornos dissociativos (de conversão)	3	1,9
F60	Transtornos específicos da personalidade	3	1,9
F40	Transtornos fóbico-ansiosos	2	1,3
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	1	0,6
F20	Esquizofrenia	1	0,6
F25	Transtornos esquizoafetivos	1	0,6
F29	Psicose não-orgânica não especificada	1	0,6
F48	Outros transtornos neuróticos	1	0,6
Total		160	100,0

* CID10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão

A Tabela 2 descreve a frequência dos controles conforme capítulo da CID10 do agravo incapacitante do participante.

Tabela 2 - Distribuição dos controles do estudo, segundo grupamento de morbidades de acordo com capítulos da CID10*, conforme diagnóstico estabelecido no laudo médico-pericial, São Paulo, 2011.

Capítulo	Descrição	N	%
XX	Acidentes - Lesões por causas externas	83	36,9
XIII	Doenças do sistema osteomuscular	44	19,6
XI	Doenças do aparelho digestivo	17	7,6
IX	Doenças do aparelho circulatório	12	5,3
II	Neoplasias	12	5,3
VII	Doenças dos olhos	10	4,4
I	Doenças infectoparasitárias	8	3,6
XIV	Doenças do sistema genitourinário	7	3,1
XV	Gravidez, parto e puerpério	7	3,1
XXII	Causas não específicas	7	3,1
X	Doenças do aparelho respiratório	6	2,7
VI	Doenças do sistema nervoso	5	2,2
XII	Doenças da pele	4	1,8
III	Doenças do sangue	2	0,9
IV	Doenças endócrinas	1	0,4
Total		225	100,0

* CID10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão

3.7. ANÁLISES DOS DADOS

3.7.1. Análise de perdas

Para garantir a validade interna do estudo foram observados alguns cuidados de forma a evitar erros sistemáticos. Para avaliar um possível viés de seleção decorrente do levantamento de dados ser realizado junto a voluntários, foram analisadas taxas de perdas. Para este fim foi utilizado o teste do qui-quadrado para testar a significância estatística.

3.7.2. Análise de confiabilidade dos instrumentos

Para minimizar um possível viés de aferição, foram utilizados questionários já adaptados e/ou validados para uso no Brasil.

Em decorrência dão ineditismo da sua aplicação na população estudada e da possibilidade de erro inerente a questionários que avaliam construtos subjetivos, como os utilizados para avaliação da percepção sobre fatores psicossociais no trabalho, procedeu-se à análise da consistência interna dos instrumentos por meio do coeficiente alfa de Cronbach.

3.7.3. Análise descritiva

A caracterização da população de estudo foi feita por meio de análise descritiva de médias, desvios-padrão, valores mínimos, valores máximos e proporções.

3.7.4. Análise univariada

Inicialmente o desfecho foi dicotomizado entre positivo/casos e negativo/controles. Em seguida foram construídos modelos de regressão logística univariada entre o desfecho e as variáveis independentes.

Para o modelo final múltiplo foram selecionadas as variáveis cuja significância do p foi menor que 0,20 na regressão univariada. Definiu-se como categoria de referência aquela com menor *odds ratio* para o desfecho. Foi construída matriz de correlação para avaliar possível sobreposição de efeitos das variáveis.

3.7.5. Análise múltipla

I) Modelagem hierárquica

Optou-se pela técnica de níveis hierárquicos para modelagem da análise logística da regressão. Esta metodologia vem sendo empregada em

estudos relacionados à saúde do trabalhador (FISCHER et al., 2006) e é recomendada para aplicação em estudos epidemiológicos com um grande número de covariáveis. Seu uso permite a inclusão das variáveis em diferentes níveis, com hierarquização da cadeia de causalidade que conduz ao desfecho e as possíveis interrelações que se estabelecem entre eles. Assim, testam-se as associações, mas não se satura o modelo pelo excesso de variáveis (LIMA et al., 2008).

Nessa estratégia de análise, a introdução das variáveis se dá em etapas, iniciando com as variáveis dos níveis mais distais e introduzindo-se simultaneamente apenas variáveis de um mesmo nível. Os fatores distais (antecedentes) influenciam os fatores proximais (aqueles que agem de maneira mais direta sobre o desfecho). Desta forma é possível considerar e modelar fatores distintos de acordo com sua precedência no tempo e de sua relevância para a determinação do desfecho. Uma mesma variável pode atuar como fator de confusão para fatores proximais e como mediadora para variáveis distais. Ou seja, fatores situados nos níveis mais distais do modelo podem ainda apresentar efeitos diretos sobre o desfecho, não mediados pelas variáveis consideradas no nível proximal (FUCHS et al., 1996; VICTORA et al., 1997).

Nos níveis mais distais no modelo estarão as características sociais e demográficas. No nível intermediário I estão os hábitos e estilos de vida do trabalhador. Em nível intermediário II estão as características ocupacionais (atuais e prévias), dentre elas os fatores psicossociais no trabalho. No nível proximal estão as condições de saúde/adoecimento do sujeito. Todos os níveis interagem entre si e influenciam diretamente no desencadeamento do longo afastamento do trabalho por doença (Figura 1) (FISCHER et al., 2006).

Figura 1. Modelo teórico hierárquico para o desfecho longo afastamento do trabalho por doença mental

Na modelagem múltipla hierarquizada foram selecionadas e inseridas no modelo de forma seqüencial:

- 1º) Variáveis sociodemográficas;
- 2º) Variáveis sóciodemográficas + variáveis de hábitos e estilo de vida;
- 3º) Variáveis sóciodemográficas + variáveis de hábitos e estilo de vida + variáveis ocupacionais;
- 4º) Variáveis sóciodemográficas + variáveis de hábitos e estilo de vida + variáveis ocupacionais + variáveis de condição de saúde.

Foi considerada significância estatística como valor de $p < 0,05$. Variáveis que apresentaram $p < 0,05$ foram mantidas no modelo, mesmo que perdessem a significância estatística com a inclusão das variáveis dos outros níveis. Essa opção se deu para melhorar o ajuste da modelagem

final. Foi aplicado Teste de Hosmer-Lemeshow para descrever o poder explicativo do modelo final.

II) Comparação entre os modelos teóricos de estresse ocupacional

Após análise múltipla hierarquizada foi realizada a comparação entre os dois modelos teóricos de estresse ocupacional. Montou-se três modelos de regressão múltipla:

- Associação entre as dimensões do Modelo Demanda-Controle-Apoio Social com o desfecho, ajustado pelas demais variáveis. Para este modelo foi considerada a dicotomização para trabalho de alta exigência (sim/não) e apoio social (alto/baixo) de forma independente, no modelo parcial, e a interação entre as variáveis no modelo completo;
- Associação entre as dimensões do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa com o desfecho, ajustado pelas demais variáveis. Para este modelo foi considerada a dicotomização para o desequilíbrio esforço recompensa (sim/não) e excesso de comprometimento (alto/baixo) de forma independente, no modelo parcial, e a interação entre as variáveis no modelo completo;
- Associação entre os modelos completo com o desfecho, isto é, interação entre as variáveis do Modelo Demanda-Controle com o Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, ajustado pelas demais variáveis.

3.7.6. Programas de computador utilizados no estudo

Foi utilizado o programa EpiData versão 3.1 para montagem da máscara para o banco de dados. O questionário a ser respondido pelo

pesquisador durante entrevista era preenchido conforme respostas verbalizadas pelos participante. Os dados foram tabulados e analisados com uso do software Epi-info versão 3.5.2 e SPSS versão 19.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi autorizada pela INSS conforme Ofício nº 1454/2010/INSS/SERRH/21.150.7 (Anexo I) para realização do estudo em suas dependências físicas e dando acesso aos laudos medico-periciais emitidos nos requerimentos para benefício auxílio-doença, que motivaram a ida dos sujeitos da pesquisa à unidade previdenciária.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com processo nº 027/2011 (Anexo II).

A pesquisa não envolveu exposição dos participantes a riscos físicos, sociais ou legais, embora dados a respeito de questões consideradas delicadas tenham sido coletadas (renda, consumo de bebida alcoólica, diagnóstico de doenças, entre outros). A participação neste estudo foi voluntária e todos os participantes preencheram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISE DAS PERDAS

Foram convidadas a participar da pesquisa 438 pessoas que estavam afastadas do trabalho por mais de 15 dias em decorrência de adoecimento e buscavam benefício auxílio-doença no INSS. Houve recusa de 53 pessoas em participar da pesquisa. A população final do estudo foi composta por 385 participantes. Na análise das perdas não houve diferença significativa entre

os participantes e as perdas no que se refere ao sexo, mas entre a idade há diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra e das perdas, segundo relato de sexo e idade, São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	Amostra		Perdas		p*
		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	167	43,4	31	58,5	0,38
	Feminino	218	56,6	22	41,5	
Idade (em anos)	-- 35	217	56,4	19	35,8	0,00
	> 35	168	43,6	34	64,2	
	Total	385	100,0	53	100,0	

* Teste qui-quadrado

4.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS QUESTIONÁRIOS

O resultado do alpha de Cronbach para a Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio social foi de 0,73 para a dimensão demanda, para controle foi 0,56 e 0,84 para apoio social.

Em relação ao questionário do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa o resultado do alpha de Cronbach para a dimensão esforço foi 0,79, para recompensa foi 0,86 e 0,85 para excesso de comprometimento.

4.3. ANÁLISE DESCRITIVA

4.3.1. Dados sociodemográficos

O estudo foi composto por participantes do sexo feminino na sua maioria (56,6%). A média de idade foi 34,8 anos (com desvio padrão de 9,5 anos). Mais da metade deles (69,4%) tinham menos de 40 anos de idade.

A cor de pele autorreferida mais prevalente foi a branca (49,1%) e prevaleceu a situação conjugal de ter um parceiro, pois o somatório das prevalências casado e união estável é 51,4% da amostra (Tabela 4).

O grau de instrução de 67,7% dos participantes era superior a onze anos de escolaridade., ou seja, ensino médio ou técnico completo. A renda mensal domiciliar variava de R\$ 350,00 a R\$ 50.000,00, com média de R\$ 2.395,44 e desvio padrão R\$ 3.213,64. A quantidade de moradores na residência variou de 1 a 11 pessoas, sendo que a maioria dos relatos foram de 03 a 04 pessoas/residência (50,4%). A renda per capita média era de R\$ 839,22 reais, com desvio padrão de R\$ 1.215,22. O valor mínimo era de R\$ 100,00 per capita, e o valor máximo era R\$ 16.666,67 per capita. Aproximadamente metade dos participantes (49,4%) relataram renda per capita menor que um salário mínimo (R\$ 545,00, à época) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo dados sociodemográficos, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Faixa Etária (anos)			
<20	1	7	2,1
20 -- 30	49	68	30,4
30 -- 40	65	77	36,9
40 -- 50	39	50	23,1
50 -- 60	6	22	7,3
>60	0	1	0,2
Cor da pele autorreferida			
Branca	92	97	49,1
Parda	20	28	12,4
Negra	46	96	36,9
Outra	2	4	1,6
Estado Conjugal			
Solteiro	54	81	35,1
Casado	45	66	28,8
União Estável	38	49	22,6
Separado / divorciado	21	27	12,5
Viúvo	2	2	1,0

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo dados sociodemográficos, São Paulo, 2011 (N=385). (continuação)

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Grau máximo de formação escolar			
Ensino fundamental incompleto	13	42	14,3
Ensino fundamental completo	7	18	6,5
Ensino médio incompleto	8	23	8,1
Ensino médio completo	30	44	19,2
Ensino técnico incompleto	6	7	3,4
Ensino técnico completo	33	36	17,9
Ensino superior incompleto	34	32	17,1
Ensino superior completo	20	14	8,8
Pós-graduação incompleta	3	2	1,3
Pós-graduação completa	6	7	3,4
Renda per capita			
< 01 salário mínimo*	75	115	49,4
01 -- 02 salários mínimos*	55	66	31,4
> 02 salários mínimos*	30	44	19,2

*Salário-mínimo em abr/2011: R\$ 545,00

4. 3. 2. Dados de hábitos e estilo de vida

No estudo, um percentual de 84,7% dos participantes foram expostos a algum estressor psicológico não relacionado ao trabalho no último ano (Tabela 5). Os principais estressores foram problemas financeiros graves (53,2%) e morte de parente próximo ou amigo (51,7%) (Tabela 6).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo relato de quantidade de estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho no último ano, São Paulo, 2011 (N=385)..

Estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho	Caso	Controle	%
0	20	39	15,3
01 -- 03	68	156	58,2
04 -- 07	72	30	26,5
Total	160	225	100

Tabela 6 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo tipos relatados de estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho no último ano, São Paulo, 2011 (N=385).

Estressores psicológicos fora do ambiente de trabalho	Caso N=160	Controle N=225	%
Problemas financeiros graves	96	109	53,2
Morte de parente próximo ou amigo	86	113	51,7
Separação ou problema conjugal	88	65	39,7
Brigas com amigos ou parentes	83	53	35,3
Fim de um relacionamento amoroso	55	45	26,0
Perda de algum objeto de grande valor	52	31	21,6
Problemas com a polícia ou a justiça	23	4	7,0

Em relação aos hábitos e estilo de vida, 81.3% relataram não fumar. O consumo de álcool foi relatado como nenhum, ou muito baixo, por 82,3% dos participantes. Em relação ao grau de atividade física, exercitar-se de forma ativa ou muito ativa no último mês foi relatado por 28,8% da população (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo hábitos e estilo de vida, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Grau de dependência atual ao tabaco			
Nenhum (não usuário)	130	183	81,3
Muito baixo	6	22	7,3
Baixo	7	14	5,5
Médio	5	4	2,3
Alto	8	1	2,3
Muito alto	4	1	1,3
Grau de consumo atual de álcool			
Nenhum/Muito baixo	143	174	82,3
Baixo	8	32	10,4
Médio	4	17	5,5
Alto	1	2	0,8
Muito alto	4	0	1
Grau de atividade física no último mês			
Sedentário	36	64	26
Irregularmente ativo	71	103	45,2
Ativo	49	57	27,5
Muito ativo	4	1	1,3

4.3.3. Dados do histórico ocupacional

Em relação ao tempo de vida laborativa, houve uma variação de zero a 51 anos de trabalho. O tempo médio de vida laboral foi de 19,6 anos, com desvio padrão de 10,2 anos. A mediana foi 19 anos de inserção no mercado de trabalho.

Cerca de metade dos participantes referiram nunca ter sofrido acidente de trabalho (50,4%) ou diagnóstico de doença ocupacional (54,3%). Mas 39,2% sofreram algum tipo de lesão decorrente da atividade laborativa no atual vínculo de emprego, ou tiveram diagnóstico de doença relacionada ao trabalho (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo histórico de acidente de trabalho e/ou doença ocupacional diagnosticada, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Acidente de trabalho			
Não	89	105	50,4
Sim, no local atual	54	97	39,2
Sim, outro emprego	17	23	10,4
Doença ocupacional			
Não	61	148	54,3
Sim, no local atual	92	64	40,5
Sim, outro emprego	7	13	5,2

Histórico de recebimento de benefício previdenciário, pelo mesmo motivo do afastamento atual ou outro motivo, foi relatado por 54,3% dos participantes.

4.3.4. Dados ocupacionais atuais

Em relação à natureza da empresa e vínculo com o local de trabalho, a contratação como trabalhador efetivo em empresa privada foi relatado por 82,6% dos participantes. Acerca dos grupamentos profissionais, ser

prestador de serviços foi relatado por 61,6% da população (Tabela 9) sendo a função de operador de telemarketing a mais prevalente (18,1%) (Tabela 10).

O tempo médio de atividade na função atual era 7,7 anos, com desvio padrão de 7,8 anos. O tempo mínimo era inferior a um ano de trabalho e o máximo era 38 anos na função. A jornada de trabalho mais freqüente era diurna administrativa (42,6%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo dados ocupacionais atuais São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Natureza da empresa e vínculo de trabalho			
Privada (efetivo)	129	189	82,6
Privada (terceirizado)	19	31	13
Pública	12	5	4,4
Grupamento de ocupações			
Cargos de chefia	7	14	5,4
Técnicos-administrativos	30	35	16,9
Prestadores de serviços	112	125	61,6
Operacional-manufatura	11	51	16,1
Tempo na função atual na empresa (em anos)			
< 5	71	114	48,1
5 -- 10	36	34	18,2
10 -- 15	27	29	14,5
15 -- 20	10	21	8,1
> 20	16	27	11,2
Turno da jornada de trabalho			
Diurno administrativo	63	101	42,6
Turno fixo matutino	40	56	24,9
Turno fixo vespertino	41	48	23,1
Turno fixo noturno	8	14	5,7
Turnos alternados	1	1	0,6
Irregular	7	5	3,1

Tabela 10 - Distribuição dos participantes da amostra do grupamento de ocupações “prestação de serviços”, segundo código e descrição das ocupações mais frequentes, conforme CBO, São Paulo, 2011 (N=237).

Código	Descrição das ocupações	Caso	Controle	%
4223	Operador de telemarketing	29	14	18,1
5211	Operador do comércio em lojas e mercados	13	18	13,1
5143	Trabalhador nos serviços de manutenção de edificações	5	19	10,1
5173	Vigilante e guarda de segurança	10	9	8,0
3222	Técnico e auxiliar de enfermagem	8	8	6,8
5134	Garçom, barman, copeiro, sommelier	2	12	5,9
4221	Recepcionista	6	7	5,5
4211	Caixa e bilheteiro (exceto caixa de banco)	6	4	4,2
-	Outros	33	34	28,3
Total		112	125	100

4.3.5. Percepção sobre as condições de trabalho

Em relação ao local de trabalho 66,4% consideraram as condições de trabalho como boa ou muito boa ou excelente. Em relação ao esforço físico no trabalho, situações de trabalho onde não era exigido grande esforço físico foi relatado por 54% dos participantes (Tabela 11).

A exposição a situações de violência relacionada ao trabalho atual fez parte do relato de 80,5% trabalhadores. O principal estressor alegado foi a agressão verbal no ambiente de trabalho (61,8%), seguido da sensação de ser alvo de perseguição (53,8%) e alvo de piada/discriminação (48,6%) (Tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo percepção sobre condições no trabalho atual, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Condições ambientais do local de trabalho			
Péssimo	7	5	3,1
Ruim	62	55	30,4
Bom	68	100	43,6
Muito bom	22	62	21,8
Excelente	1	3	1,0
Esforço físico no trabalho			
Muito esforço	4	15	4,9
Moderado	69	89	41,0
Médio	66	96	42,1
Pouco	21	25	11,9
Pouquíssimo	0	0	0,0

Tabela 12 - Prevalência dos eventos violentos no ambiente de trabalho relatado pelos participantes da amostra, São Paulo, 2011 (N=385).

Evento violento no trabalho	Caso N=160	Controle N=225	%
Agressão verbal	130	108	61,8
Alvo de perseguição	124	83	53,8
Alvo de piada/discriminação	108	79	48,6
Ameaça de agressão	86	49	35,1
Assalto no trabalho ou trajeto	70	43	29,3
Nenhum	9	66	19,5
Assédio sexual	29	18	12,2
Agressão física	25	11	9,3
Violência sexual	3	1	1,0

4.3.6. Fatores psicossociais no trabalho

Em relação aos quadrantes do Modelo Demanda-Controle a maior prevalência foi do trabalho em alta exigência (44,9%), onde há baixo controle e alta demanda. O apoio social foi considerado alto para 68,1% dos participantes (Tabela 13).

Em relação ao Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, a situação agressora à saúde, ou seja, com índice ERI maior que 1,0, foi relatada por 37,9% dos participantes. E a condição de alto excesso de comprometimento foi relatado por 64,2% deles (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo percepção sobre fatores psicossociais no trabalho, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Caso N=160	Controle N=225	%
Quadrante do Modelo Demanda-Controle			
Alta exigência	92	81	44,9
Baixa exigência	7	29	9,4
Trabalho ativo	55	90	37,7
Trabalho passivo	6	25	8
Apoio social			
Baixo	86	37	31,9
Alto	74	188	68,1
Índice ERI			
-- 1,00	64	175	62,1
> 1,00	96	50	37,9
Excesso de comprometimento			
Baixo	21	117	35,8
Alto	139	108	64,2

4.3.7. Dados de condição de saúde

Dos participante, 91,4% relataram atendimento médico por morbidade no último ano (Tabela 14). O principal problema de saúde motivador desses atendimentos médico foram problemas emocionais (48,3%) e dores na coluna (35,6%) (Tabela 15).

Em relação ao absenteísmo, 58% dos participantes relataram já ter se ausentado em decorrência de acidente de trabalho. Importante ressaltar que mais da metade dos acidentados não tiveram a emissão da CAT (Tabela 16).

Tabela 14 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo relato de número de morbidades com atendimento médico no último ano, São Paulo, 2011 (N=385).

Morbidades com atendimento médico no último ano	Caso	Controle	%
0	0	33	8,6
1	17	60	20,0
2	42	58	26,0
3	34	43	20,0
4	26	17	11,2
> 5	41	14	14,3
Total	160	225	100

Tabela 15. Prevalência dos tipos de morbidades com atendimento médico no último ano relatada pelos participantes da amostra, São Paulo, 2011 (N=385).

Tipo de morbidade com atendimento médico no último ano	Caso N=160	Controle N=225	%
Problemas emocionais	160	26	48,3
Dores na coluna	72	65	35,6
Pressão alta	63	54	30,4
Cirurgia	20	101	31,4
Tendinite	57	44	26,2
Gastrite/úlcera	57	43	26,0
Problema de coração	39	24	16,4
Problema de pele	26	23	12,7
Bronquite ou asma	22	16	9,9
Diabetes mellitus	20	11	8,1
Artrite ou reumatismo	13	13	6,8
AIDS/tuberculose	6	12	4,7
Câncer	2	7	2,3
AVC/derrame	1	5	1,6

Tabela 16 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo ausência ao trabalho por acidente de trabalho no emprego atual e emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), São Paulo, 2011 (N=385).

Ausência por acidente de trabalho	Caso	Controle	%
Não	56	106	42
Sim, com CAT	23	50	19
Sim, sem CAT	81	69	39
Total	160	225	100

O IMC médio dos participantes da amostra foi de 28,84 kg/m², tendendo ao sobrepeso, com desvio padrão de 5,58 kg/m² (Tabela 17). Houve uma similaridade no nível de pressão arterial sistólica e diastólica com 24,5% da amostra apresentando elevação desses parâmetros.

Tabela 17 - Distribuição dos participantes da amostra, segundo índice de massa corporal (IMC), São Paulo, 2011 (N=385).

IMC	Categoria	Caso	Controle	%
< = 18,5	Baixo peso	7	5	3,1
18,6 -- 24,9	Eutrófico	58	94	39,5
25,0 -- 29,9	Sobrepeso	51	77	33,2
>= 30,0	Obesidade	44	49	24,2
Total		160	225	100,0

4.3.8. Dados dos laudos médicos-periciais

Entre os casos houve 19,4% de reconhecimento de agravo incapacitante relacionado ao trabalho. Entre os controles houve reconhecimento de incapacidade superior a quinze dias por agravo relacionado ao trabalho em 19,1% dos participantes.

4.4. ANÁLISE UNIVARIADA DE FATORES ASSOCIADOS AO LONGO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR TRANSTORNO MENTAL

Os resultados da análise de regressão univariada mostraram que algumas variáveis de caráter sociodemográfico estão associadas com o longo afastamento do trabalho por transtorno mental: o sexo feminino, cor da pele autorreferida como branca e o tempo de estudo maior que onze anos (Tabela 18).

Tabela 18 - Análise de regressão logística univariada dos fatores sociodemográficos (nível distal) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385)

Fatores sociodemográficos	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	p
Sexo					
Masculino	48	119	1		
Feminino	112	106	2,61	[1,70:4,01]	0,000
Idade (em anos)					
< 40	115	152	1,22	[0,78:1,91]	0,363
>= 40	45	73	1		
Cor da pele referida					
Outras	68	128	1		
Branca	92	97	1,78	[1,18:2,68]	0,005
Situação conjugal					
Outros	77	110	1		
Casado / União estável	83	115	1,03	[0,68:1,54]	0,882
Tempo de estudo					
< 11 anos	34	90	1		
>= 11 anos	126	135	2,47	[1,55:3,92]	0,000
Renda per capita					
< = um salário mínimo*	75	115	1		
> um salário mínimo	85	110	1,18	[0,78:1,77]	0,412

* Salário-mínimo (abr/2011): R\$ 545,00

Entre os fatores de hábitos e estilos de vida foi observada associação significativa entre o longo afastamento do trabalho por transtornos mentais e o médio/alto/muito alto grau de dependência ao fumo (Tabela 19).

Entre os fatores ocupacionais observou-se associação estatística entre o desfecho e o vínculo de trabalho com empresa de natureza pública, assim como ter uma ocupação classificada como prestadora de serviços (Tabela 20).

Tabela 19 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de hábitos e estilo de vida (nível intermediário I) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).

Fatores de hábitos e estilo de vida	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	p
Estressores psicológicos sociais					
Não	20	39	1		
Sim	140	186	1,46	[0,82:2,62]	0,190
Grau de dependência ao fumo					
Não tabagista / Muito baixo / Baixo	143	219	1		
Médio / Alto / Muito alto	17	6	4,33	[1,67:11,26]	0,001
Grau de ingesta de álcool					
Muito baixo / Baixo / Médio	155	223	1		
Elevado / Muito elevado	5	2	3,59	[0,68:18,77]	0,106
Grau de realização de atividade física					
Sedentário / Irregularmente ativo	107	167	1		
Ativo / Muito ativo	53	58	1,42	[0,91:2,22]	0,118

Tabela 20 - Análise de regressão logística univariada dos fatores do perfil ocupacional (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).

Fatores ocupacionais	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	p
Natureza da empresa do vínculo empregatício					
Privada	148	220	1		
Pública	12	5	3,56	[1,23:10,33]	0,013
Grupamento de ocupações					
Outras	48	100	1		
Prestador de serviços	112	125	1,86	[1,21:2,86]	0,003
Tempo de trabalho na função (em anos)					
< 04	71	114	1		
>= 04	89	111	1,28	[0,85:1,93]	0,223
Turno da jornada de trabalho					
Diurno administrativo	63	101	1		
Outros	97	124	1,25	[0,83:1,89]	0,280

A respeito da percepção do trabalhador acerca da sua situação de trabalho, houve significância estatística entre a percepção de ambiente de trabalho péssimo ou ruim como fator associado ao longo afastamento do trabalho por transtorno mental. O relato de exposição a situações de violência no trabalho também se mostrou associado com o desfecho (Tabela 21).

Tabela 21 - Análise de regressão logística univariada dos fatores ocupacionais de percepção sobre o ambiente de trabalho (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).

Fatores ocupacionais	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	p
Ambiente					
Bom / Muito bom / Excelente	91	165	1		
Péssimo / Ruim	69	60	2,08	[1,35:3,20]	0,000
Esforços					
Muito esforço / Moderado	73	104	1		
Médio / Pouco / Pouquíssimo	87	121	1,02	[0,68:1,53]	0,907
Violência no trabalho					
Não	9	66	1		
Sim	151	159	6,96	[3,35:14,46]	0,000

Conforme modelos de estresse no trabalho, houve associação para o desfecho longo afastamento do trabalho por transtornos mentais, quando foi relatada exposição a trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle), situação de baixo apoio social, desequilíbrio esforço-recompensa e alto excesso de comprometimento (Tabela 22).

Entre os fatores associados às condições de saúde foi observada associação entre o longo afastamento do trabalho por transtorno mental e o absenteísmo decorrente de acidente de trabalho anterior. Também esteve associado ao desfecho, relatos de morbidade acima de dois diagnósticos no último ano (Tabela 23).

Tabela 22 - Análise de regressão logística univariada dos fatores psicossociais (nível intermediário II) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385)

Fatores ocupacionais	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	P
Modelo Demanda-Controle					
Trabalho passivo	6	25	1		0,000
Baixa exigência	7	29	1,00	[0,29:3,38]	
Trabalho ativo	55	90	2,54	[0,98:6,59]	
Alta exigência	92	81	4,73	[1,84:12,11]	
Apoio social					
Alto	74	188	1		0,000
Baixo	86	37	5,90	[3,69:9,44]	
Índice ERI					
Até 1,00	64	175	1		0,000
Maior que 1,00	96	50	5,25	[3,36:8,19]	
Excesso de comprometimento					
Baixo	21	117	1		0,000
Alto	139	108	7,17	[4,22:12,15]	

Tabela 23 - Análise de regressão logística univariada dos fatores de status de saúde (nível proximal) associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).

Fatores relacionados à condição de saúde	Caso N=160	Controle N=225	OR	[IC 95%]	p
IMC					
Menor que 25	66	99	1		0,509
Maior ou igual a 25	95	126	1,14	[0,76:1,73]	
Absenteísmo por acidente de trabalho					
Não	56	106	1		0,017
Sim	104	119	1,65	[1,09:2,51]	
Morbidade relatada no último ano					
0 a 2	59	151	1		0,000
> 2	101	74	3,49	[2,28:5,34]	

4.5. ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA DE LONGO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR TRANSTORNO MENTAL

As análises hierárquicas mostraram um numeroso grupo de variáveis associadas ao desfecho analisado. Conforme Tabela 24, fatores sociodemográficos como o sexo feminino, a cor da pele autorreferida como branca, o tempo de estudo superior a onze anos; fatores de hábitos e estilo de vida como o elevado consumo de álcool e fumo; fatores ocupacionais como trabalhar em empresa de natureza pública; fatores psicossociais no trabalho como a presença de violência no ambiente de trabalho, a percepção de baixo apoio e um elevado excesso de comprometimento pessoal; fatores de condição de saúde como relato de mais de duas morbidades de saúde no ano anterior mantiveram-se no modelo final como associadas ao desfecho. Ajustam esta modelagem as variáveis idade, grupamento de ocupações dos participante, Modelo Demanda-Controle, Índice ERI (do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa). O teste de Hosmer-Lemeshow, que define o poder explicativo da modelagem, foi de 77,7%.

Tabela 24 – Análise de regressão logística múltipla de fatores associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385).

Variável	Nível Distal	Nível Intermediário I	Nível Intermediário II	Nível Proximal
	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]
Sexo				
Masculino	1 2,42*** [1,56;3,76]	1 3,06*** [1,91;4,90]	1 1,97** [1,11;3,51]	1 1,96** [1,09;3,52]
Feminino				
Escolaridade				
Baixa	1 1,99** [1,21;3,27]	1 2,18** [1,30;3,67]	1 2,48** [1,35;4,56]	1 2,57** [1,39;4,75]
Alta				

Tabela 24 – Análise de regressão logística múltipla de fatores associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385). (continuação)

	Nível Distal	Nível Intermediário I	Nível Intermediário II	Nível Proximal
Variável	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]
Cor da pele				
Outras	1 1,64** [1,06;2,52]	1 1,76** [1,12;2,74]	1 2,10** [1,23;3,58]	1 2,12** [1,24;3,62]
Branca				
Grau de consumo de fumo				
Baixo		1 6,28** [2,22;17,69]	1 6,21** [1,75;22,02]	1 6,12** [1,66;22,56]
Alto				
Grau de ingestão de álcool				
Baixo		1 8,22** [1,38;48,80]	1 9,85** [1,20;80,66]	1 11,81** [1,43;97,59]
Alto				
Grupamento de ocupações				
Outros			1 1,80** [1,02;3,16]	1 1,72 [0,97;3,06]
Prestador de serviços				
Natureza da empresa				
Privado			1 4,10** [1,13;14,87]	1 3,64** [1,01;13,03]
Público				
Violência no trabalho				
Não			1 2,70** [1,13;6,42]	1 2,6** [1,09;6,20]
Sim				
Modelo Demanda-Control				
Trabalho passivo			1 0,69 [0,15;3,16]	1 0,81 [0,17;3,77]
Baixa exigência				
Trabalho ativo			0,71 [0,21;2,39]	0,72 [0,21;2,47]
Alta exigência			0,80 [0,23;2,71]	0,84 [0,24;2,88]
Apoio social				
Alto			1 3,44*** [1,83;6,47]	1 3,3*** [1,74;6,24]
Baixo				

Tabela 24 – Análise de regressão logística múltipla de fatores associados à incapacidade laborativa de longa duração por transtornos mentais e comportamentais, São Paulo, 2011 (N=385). (continuação)

	Nível Distal	Nível Intermediário I	Nível Intermediário II	Nível Proximal
Variável	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]	OR* [IC 95%]
Índice ERI				
Até 1,00			1	1
Maior que 1,00			1,27 [0,67;2,40]	1,10 [0,58;2,11]
Excesso de comprometimento				
Baixo			1	1
Alto			4,78*** [2,47;9,26]	4,51*** [2,33;8,74]
Morbidade no último ano				
Até dois diagnósticos				1
Mais de dois diagnósticos				2,03** [1,17;3,52]

*Ajustado por idade; ** p<0,05; ***p<0,001

4.6. COMPARAÇÃO ENTRE OS MODELOS DE ESTRESSE NO TRABALHO

Como forma de comparação entre os dois modelos de estresse ocupacional foram construídas três modelagens, com manutenção das variáveis que foram significativas no modelo final hierárquico múltiplo (tabela 24).

Na Tabela 25 pode-se observar que, após ajuste, a dimensão baixo apoio social (BAS) sempre está estatisticamente associada ao desfecho. Isoladamente a dimensão alta exigência (AE) não está associada no modelo parcial (apenas AE) e no modelo completo sem interação (presença de AE e BAS). Todavia quando se promove a interação das dimensões AE e BAS há associação significativa com o longo afastamento do trabalho por transtornos mentais, inclusive com o maior OR entre as modelagens.

Tabela 25 - Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre o modelo demanda-controle-apoio social e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385).

Modelo Demanda-Controle	OR* [IC 95%]	p
Ausência de AE e BAS	1	
Apenas AE	1,79 [1,10;2,93]	0,019
Apenas BAS	4,32 [2,48;7,54]	0,000
Presença de AE e BAS	AE: 1,38 [0,81;2,32] BAS: 4,00 [2,26;7,06]	0,225 0,000
Presença da interação entre AE e BAS	4,54 [2,41;8,57]	0,000

*Ajustado por: idade, sexo, cor da pele autorreferida, tempo de escolaridade, tabagismo, etilismo, grupamento de ocupações, natureza da empresa de vínculo, violência no trabalho, morbidade no último ano

AE: alta exigência; BAS: baixo apoio social

Na Tabela 26 pode-se observar que, após ajuste, a dimensão alto excesso de comprometimento (AEC) sempre está estatisticamente associada ao desfecho. Isoladamente a dimensão desequilíbrio esforço-recompensa (DER) está associada no modelo parcial (apenas DER) mas perde sua força de associação no modelo completo sem interação (presença de DER e AEC). Quando se promove a interação das dimensões DER e AEC há associação significativa com o longo afastamento do trabalho por transtornos mentais, mas o maior OR entre as modelagens é aquele do modelo parcial com apenas o AEC.

Na modelagem com os modelos completos houve associação estatisticamente significativa do desfecho com cada um deles (AE+BAS e DER+AEC). As dimensões AE e DER perdem sua força de associação quando incluídas de forma independente no modelo. A modelagem com interação entre as quatro dimensões apresenta associação estatística com o longo afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais. Inclusive apresenta o mais alto OR entre as modelagens (Tabela 27).

Tabela 26 - Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre o modelo desequilíbrio esforço-recompensa-excesso de comprometimento e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385)

Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa	OR* [IC 95%]	p
Ausência DER e AEC	1	
Apenas DER	2,82 [1,66;4,80]	0,000
Apenas AEC	5,57 [3,02;10,29]	0,000
Presença de DER e AEC	DER: 1,82 [1,03;3,22]	0,038
	AEC: 4,58 [2,42;8,69]	0,000
Presença da interação entre DER e AEC	3,50 [2,04;6,01]	0,000

*Ajustado por: idade, sexo, cor da pele autorreferida, tempo de escolaridade, tabagismo, etilismo, grupamento de ocupações, natureza da empresa de vínculo, violência no trabalho, morbidade no último ano

DER: desequilíbrio esforço-recompensa; AEC: alto excesso de comprometimento

Tabela 27 - Odds Ratio brutos e ajustado* da análise de regressão logística múltipla para a associação entre os modelo de estresse ocupacional e a incapacidade laborativa de longa duração por transtorno mental, São Paulo, 2011 (N=385).

Modelos	OR* [IC 95%]	p
Ausência de AE, BAS, DER, AEC	1	
Apenas interação AE + BAS	4,54 [2,41;8,57]	0,000
Apenas interação DER + AEC	3,50 [2,04;6,01]	0,000
Presença de AE, BAS, DER e AEC	AE: 1,11 [0,63;1,95]	0,695
	BAS: 3,27 [1,73;6,18]	0,000
	DER: 1,09 [0,57;2,07]	0,788
	AEC: 4,40 [2,28;8,46]	0,000
Interação entre AE, BAS, DER e AEC	5,70 [2,67;12,18]	0,000

*Ajustado por: idade, sexo, cor da pele autorreferida, tempo de escolaridade, tabagismo, etilismo, grupamento de ocupações, natureza da empresa de vínculo, violência no trabalho, morbidade no último ano

DER: desequilíbrio esforço-recompensa; AEC: alto excesso de comprometimento

5. DISCUSSÃO

O valor dos benefícios auxílio-doença por transtornos mentais pagos pela Previdência Social ultrapassou 175 milhões de reais no ano de 2010 (AEPS, 2011). SOUZA E SANTANA (2012) recomendam que intervenções devam ser instituídas para reduzir custos econômicos, sociais e pessoais decorrentes da incapacidade laboral. Portanto conhecer os fatores de risco associados à incapacidade auxiliam na definição das estratégias de ação.

FERREIRA et al. (2012) relacionam as ausências ao trabalho por doença como um contexto de aspectos diferentes e superpostos que devem incluir avaliação de saúde, do ambiente de trabalho, de características individuais e de aspectos socioeconômicos.

5.1. VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Na população estudada prevaleceu o sexo feminino e neste estudo este fator se apresenta associado à incapacidade laborativa por transtornos mentais. STANSFELD et al. (2011) comentam que culturalmente se atribui ao sexo feminino uma maior facilidade para relatar sintomas psiquiátricos podendo estar associada à preocupação com o estado de saúde. Assim, as mulheres estariam predispostas a buscar atendimento médico mais precocemente que os homens. Todavia, em análises sobre a diferença entre os sexos é demonstrado que os trabalhadores do sexo masculino apresentam quadro mais graves (STANSFELD et al., 2011). É provável que haja barreiras culturais, nas quais a percepção do desgaste mental poderia sugerir fragilidade. Por isso o trabalhador do sexo masculino seria mais reticente a buscar o atendimento em fases menos graves do distúrbio.

BARBOSA-BRANCO et al. (2011) descrevem que possíveis fatores de confusão próprios à realidade da mulher são mais explicativos para a associação com o desfecho incapacidade laborativa do que propriamente o sexo biológico. ROCHA e DEBERT-RIBEIRO (2001) discutem que a

interface lar-trabalho promove uma superposição de responsabilidades à mulher. É cobrado delas tanto a responsabilidade por cuidados da família e da casa, além da necessidade de ser competente nos seus papéis no mercado de trabalho. ALLEBECK e MASTEKAASA (2004) concluem esta dupla jornada da trabalhadora feminina como sendo fator para a forte associação com episódios de incapacidade laborativa.

A cor de pele branca (49,1%) foi a mais prevalente, resultado compatível com a população brasileira, cuja proporção chega a 48,2%. (PNAD, 2009). Nas análises, tanto a cor de pele branca, quanto a alta escolaridade - classificada como mais de onze anos de estudo - aparecem como fatores associados a longa duração de ausências ao trabalho por transtornos mentais. Em população de trabalhadores de enfermagem brasileiros, FERREIRA et al. (2012) descrevem a raça mestiça/negra como fator de risco para os problemas mentais. Revisão realizada por CORNELIUS et al. (2011) apresenta a média/alta escolaridade como preditora de um maior tempo para retorno ao trabalho após afastamento em decorrência de transtornos mentais. Já entre trabalhadores escandinavos a baixa escolaridade é fator de risco para incapacidade laborativa (LU et al., 2010; MARKUSSEN et al., 2011). É provável que na sociedade brasileira haja uma maior possibilidade de acesso a informações sobre saúde em geral entre a população branca e que tenha maior escolaridade. Assim, o trabalhador mais esclarecido pode perceber com mais clareza situações de agravo à sua saúde mental e buscar seguimento adequado, que pode desencadear em afastamento do trabalho.

Assim como este mesmo perfil populacional (brancos de alta escolaridade) poderiam ocupar cargos mais elevados na hierarquia das empresas. Desta forma estariam mais susceptíveis a sobrecarga mental devido a maiores responsabilidades.

Revisão sobre fatores predisponentes para a manutenção da incapacidade laborativa por transtornos mentais indicam a idade (>50 anos) como fortemente associada ao desfecho (CORNELIUS et al., 2011). Neste estudo esta variável não foi significativa. Uma das possibilidades é que as

perdas por recusa foram significantes para a análise. Entretanto, por ser variável fundamental para entendimento do processo ela foi mantida no modelo final, como ajuste.

5.2. VARIÁVEIS DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

A questão dos hábitos de vida é controversa. Neste estudo, o alto consumo de álcool e a dependência ao fumo em níveis de médio a muito alto estão altamente associadas ao desfecho. ALLEBECK e MASTEKAASA (2004) discutem a condição de consumo de fumo e álcool como de difícil análise, principalmente em estudos que não são longitudinais e prospectivos. A relação causal não estabelecida cronologicamente e a presença da incapacidade laborativa pode tanto advir de uma situação de hábitos não saudáveis, quanto ser a causadora/agravadora da ingesta álcool e consumo de tabaco. FOSS et al. (2010) descrevem associação entre o afastamento do trabalho por transtorno psiquiátrico de longo prazo tanto entre homens consumidores de álcool, quanto entre mulheres tabagistas.

Assim como neste estudo, BERTERA (1991) também corrobora os achados do hábito de fumar e ao alto consumo de álcool como fatores de risco, mas não encontrou a prática de exercício físico como fator protetor. Possivelmente o grau de atividade física não esteja associada ao desfecho pois o instrumento de pesquisa coletava questões relativas ao último mês, quando os pacientes provavelmente já se encontravam em estado de adoecimento.

5.3. VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

A questão do vínculo de trabalho se apresenta como uma condição de risco quando o trabalhador é vinculado a empresa pública da esfera municipal, estadual ou federal. REIS et al. (2003) e FERREIRA et al. (2012)

encontraram associação de absenteísmo entre profissionais de enfermagem com status de vínculo estatutário.

Entende-se este tipo de contrato de trabalho como uma situação mais segura, portanto o trabalhador pode sentir-se mais livre para buscar atendimento médico e se afastar do trabalho quando necessário. A manutenção do emprego em vínculos privados é uma questão da sobrevivência e as ausências por doença podem influenciar no julgamento do empregador. O direito adquirido à estabilidade no emprego público concursado pode ser relacionada a uma maior segurança. LU et al. (2010) descrevem a insegurança no trabalho como estando associada a um menor grau de incapacidade laborativa, pois os trabalhadores têm medo de serem demitidos após retornar de um afastamento. Assim, corrobora-se a teoria de LUSINIAN E BONATO (2007) na qual há relação entre macroeconomia e o impacto sobre a Saúde do Trabalhador.

Por outro lado, o processo de adoecimento incapacitante entre servidores públicos também pode ser explicado pela falta de flexibilidade organizacional do sistema público. Há dificuldade de implementar ações de promoção de saúde e segurança no trabalho voltadas para o seu quadro de funcionários (MORRONE et al., 2004).

5.3.1. Variáveis de percepção sobre condições de trabalho

Diversas situações estressoras no trabalho se apresentaram como importante fator associado ao longo afastamento do trabalho por transtornos mentais.

As situações de exposição à violência no trabalho é fator associado para o desfecho provavelmente pela deterioração das relações de trabalho tanto verticais (chefia-subordinado) como horizontais (entre os colegas de trabalho). GARBIN E FISCHER (2012) descrevem que situações de violência no trabalho, como o assédio moral, podem desenvolver sofrimento mental. Além disso, a “cobrança transversal” que advém, principalmente, de

consumidores de serviços também se apresenta como situações de violência no trabalho.

No Brasil, o setor de serviços/comércio foi responsável por 65,5% dos contribuintes obrigatórios para a Previdência Social, em 2010 (MPS, 2011). Na população estudada, os trabalhadores classificados como prestadores de serviços corresponderam a 61,6% dos entrevistados. No estudo de RUGULIES et al. (2007) os autores comentam que a relação do trabalhador com demandas específicas de clientes como violência e ameaças, demandas emocionais, exigências para esconder as próprias emoções estiveram associadas a um aumento no número de dias de ausência ao trabalho por doença. As características deste tipo de trabalho é próprio dos prestadores de serviços e, portanto, compatível com os participantes do nosso estudo. Mais da metade deles referiram no último ano terem sido expostos a situação de agressão verbal relacionada ao trabalho.

O bullying, analisado pela resposta à questão de sentir-se perseguido ou alvo de piada/discriminação, foi respondido como positivo em mais da metade da amostra. ALLBECK e MASTEKAASA (2004) associam situações de bullying no local de trabalho com aumento do absenteísmo entre mulheres.

5.3.2. Variáveis de percepção de Fatores Psicossociais no Trabalho

I) Modelo Demanda-Controle

O alpha de Cronbach do questionário que avalia o Modelo Demanda-Controle apresentou resultados similares às análises de ALVES et al. (2004) e GRIEP et al. (2009). Apesar de ser usada de forma corriqueira como metodologia para avaliar o estresse no trabalho, a dimensão controle desta ferramenta apresenta um resultado mediano. GRIEP et al. (2011) justificam que a percepção do controle sobre o trabalho é diferente entre as profissões

e GRIEP et al. (2009) discutem a possibilidade da defasagem da forma como o MDC tem sido utilizado para avaliação dos fatores psicossociais no trabalho em algumas organizações de trabalho. No setor de serviços, por exemplo, a abordagem dada para o controle não são compatíveis com as interações sociais. Portanto, quando comparada a outras dimensões, o seu desempenho psicométrico é inferior podendo influenciar o poder preditivo (GRIEP et al., 2011; CALNAN et al., 2004). RUGULIES et al. (2007) descrevem que a complementação do modelo teórico com percepções sobre demandas emocionais é ponto focal na melhor compreensão dos desfechos.

Os quadrantes do MDC perdem a força de associação no modelo múltiplo quando o fator apoio social é adicionado na análise. ROELEN et al. (2008) também não encontraram associação do MDC com o desfecho incapacidade laborativa entre trabalhadores holandeses.

O baixo apoio social já foi descrito como associado ao afastamento do trabalho por longa duração (GRIEP et al., 2010), especialmente decorrente de adoecimento mental (FOSS et al., 2010). SANTOS et al. (2011) afirmaram que o baixo apoio social aumenta a gravidade dos casos, com aumento de dias de ausência. Este estudo reforça a importância do baixo apoio social como fator associado para a incapacidade laborativa por transtornos mentais. Condições de isolamento social, principalmente onde a competitividade é acirrada, podem levar a situações de violência no trabalho. Este achado corrobora a importância de relações de trabalho saudáveis para a manutenção da saúde mental dos trabalhadores.

Na avaliação do Modelo Demanda-Controle completo, a situação de alta exigência só aparece como fator associado a transtornos mentais incapacitantes quando analisado após interação com a dimensão apoio social. Portanto, para o trabalhador essa é a pior situação, corroborando o achado de GRIEP et al. (2010). VEZINA et al. (2004) descrevem que o processo de intensificação do trabalho promove um aumento de exigências, inclusive psicológicas, e o baixo apoio social diminui a margem de manobra reconhecida como latitude de decisões. O trabalhador se vê isolado tendo

que ser resolutivo frente a demandas excessivas com baixa possibilidade decisória.

II) Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa

O desempenho psicométrico da ferramenta utilizada para avaliar as dimensões do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa foi superior ao descrito por CHOR et al. (2008) no processo de validação e por GRIEP et al. (2009).

Este estudo não encontrou associação significativa do DER com o desfecho na avaliação do modelo parcial (tabela 26), apesar de GRIEP et al. (2010) descreverem-no como fator de risco para a incapacidade laborativa de uma forma geral. No processo de modelagem as dimensões do alto esforço e baixa recompensa se apresentam associados ao desfecho na análise univariada mas quando são incluídas outras variáveis, este fator perde sua significância no modelo mantendo-se apenas como ajuste.

O elevado excesso de comprometimento foi descrito como fator de risco para depressão no estudo de TSUTSUMI et al. (2001). GRIEP et al. (2010) concluiu haver associação significativa desta dimensão com a incapacidade laborativa. Os resultados apresentados nesse estudo concluíram haver associação estatística significativa da dimensão também com o longo afastamento do trabalho por transtornos mentais.

Quando se avalia o Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, este estudo descreve a pior situação para o trabalhador quando a modelagem inclui na análise apenas o excesso de comprometimento. Ou seja, sua interação com as dimensões do DER influenciam em menor grau o desfecho. Este resultado diverge do achado de GRIEP et al. (2010) que encontraram a pior situação com DER sem excesso de comprometimento. Uma possível explicação seria a força do chamado “*overcommitment*”, que se dá em nível intrínseco, e altera sobremaneira as percepções do trabalhador acerca dos esforços e recompensas. Ou seja, uma dedicação ao trabalho considerada bastante elevada influencia de forma negativa a saúde

do trabalhador até mesmo quando não há desequilíbrio entre as outras dimensões do modelo.

III) Comparação entre os modelos

No modelo interativo final (tabela 27) há significância estatística entre a interação dos modelos completos e o desfecho. O MDC completo, ou seja, alta exigência e baixo apoio social, se apresenta como mais perigoso para a saúde do trabalhador do que o DER com elevado comprometimento. Este resultado diverge de estudos prévios que descreveram o DER como mais importante na avaliação de escores de saúde mental (SILVA et al., 2011) e na incapacidade laborativa (GRIEP et al., 2010). Talvez tais resultados tenham sido encontrados pois as dimensões apoio social e excesso de comprometimento entraram na regressão do modelo final apenas como variáveis de ajuste. Todavia CALNAN et al. (2004) apresentam o DER interagindo com o elevado comprometimento, como um melhor preditor para situações de distress mental, quando comparado ao MDC com baixo apoio social.

Apesar de GRIEP et al. (2010) discutirem que diferentes combinações de estressores estão relacionadas a diferentes condições de incapacidade, o modelo final com interações entre os modelos completos demonstrou significância estatística. Ao se promover interação demanda-controle-apoio social e esforço-recompensa-excesso de comprometimento encontrou-se a pior situação para a saúde do trabalhador. A organização do trabalho percebida como sendo de alta demanda, baixo controle, baixo apoio social, alto esforço, baixa recompensa e elevado comprometimento no trabalho é a que apresenta o *odds ratio* mais elevado.

Em estudo de GRIEP et al. (2011) a piora na situação de saúde autorreferida entre profissionais de enfermagem esteve associada aos modelos parciais de forma significativa, mas a combinação de todas as dimensões diminuiu as limitações inerentes a cada modelo independente e contribui para aumentar a força das associações. Ou seja, os autores

defendem que há uma valorização das escalas quando analisadas em conjunto. O Modelo Demanda-Controle seria eficaz em discutir o estresse decorrente de tarefas do trabalho. Já as dimensões de esforço-recompensa reforçariam a interpretação individual do trabalhador frente às condições de trabalho.

As situações de baixo apoio social podem desencadear um excesso de comprometimento pessoal para suprir a falta de um ambiente de trabalho acolhedor. Portanto, promoveria um desgaste individual para suprir as expectativas que o trabalhador assume como sendo requeridas pelas chefias. O esgotamento mental pode vir da tentativa realizada pelo trabalhador para se sobressair em situações de competitividade no ambiente de trabalho. Essas situações podem estar presentes em condições de trabalho onde a eficácia não é visível, a avaliação é subjetiva e não necessariamente há reconhecimento por parte dos pares e chefia.

A resiliência é citada por OSTRY et al. (2003) como uma importante capacidade do trabalhador para lidar com enfrentamentos no ambiente de trabalho. Este raciocínio vai a encontro das questões sobre intensificação dos processos onde cada vez mais as corporações solicitam polivalência do trabalhador frente a cobranças diversas. SANTOS et al (2011) interrogam se, em longo prazo, os trabalhador têm se moldado a condições de baixo controle e alta demanda, sem desenvolver desfechos como os quadros incapacitantes. Portanto, o trabalhador se molda a uma estrutura organizacional com pouca margem de manobra para tentar alcançar um retorno que considera satisfatório.

Quando há perda da identificação do trabalhador com o seu trabalho pela percepção de sobrecarga cognitiva por excesso de demandas, o esforço para realizar múltiplas tarefas pode estar relacionado ao sofrimento mental. Também a ausência de perspectiva de crescimento profissional, por baixo controle ou baixa recompensa, pode ser promotora do desgaste psíquico.

5.4. VARIÁVEIS DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

Em relação à condição de saúde dos participantes, houve significância estatística entre o transtorno mental incapacitante e o relato de atendimento médico por mais de duas morbidades no último ano. ROELEN et al. (2006) descrevem que a presença de múltiplas queixas de saúde é fator de risco para o afastamento do trabalho por doença. Estudo de FERREIRA et al. (2012) apontam que a autopercepção de baixa condição de saúde esteve associado à incapacidade laborativa de longa duração. FOSS et al. (2010) relaciona esses achados à incapacidade laborativa por transtornos mentais. Provavelmente a percepção da deterioração do estado geral de saúde seja mais um estressor psicológico aumentando o desgaste psíquico. E, conforme mencionado, uma má condição de saúde influencia diretamente a sensação de insegurança no trabalho (LU et al., 2010).

Em seu estudo, SILVA E BARRETO (2012) encontraram as situações de baixo controle, alta demanda, baixo apoio social, alto esforço, baixa recompensa e alto excesso de comprometimento associadas a uma percepção de saúde ruim entre bancários brasileiros. Esta percepção pode estar diretamente associada a condições mórbidas prévias ou mesmo o desgaste físico-mental decorrente da condição de trabalho. Tal situação pode predispor a episódios de presenteísmo e absenteísmo-doença.

5.5. LIMITAÇÕES

Os estudos caso-controle apresentam poder limitado para estabelecer relações causais. Todavia a hierarquização das variáveis auxilia no estabelecimento da história natural do desfecho.

Como limitações a este estudo, os achados são restritos a uma população urbana de trabalhadores da região sudeste do Brasil. A população segurada não representa a PEA, visto que apenas parte dos trabalhadores efetivos do país são segurados da Previdência Social.

Tentou-se minimizar possíveis vieses de seleção pelo processo de amostragem aleatória. Todavia as perdas apresentaram significância no que tange à idade. A seleção dos casos e dos controles foram feitas a partir de diagnósticos médicos pré-estabelecidos e confirmados pela Perícia Médica Previdenciária. Todavia alguns controles podem ter diagnósticos de transtorno mental e comportamental associados ao motivo que justificou o longo afastamento do trabalho por doença.

Vieses de lembrança foram minimizados ao estabelecer um prazo máximo de afastamento do trabalho. FOSS et al. (2010) descrevem que entrevista com indivíduos com má condição de saúde mental podem interferir na sua percepção dos fatores de exposição, na qual poderia haver uma reinterpretação da condição de trabalho como menos favorável ao longo do tempo. Esta situação foi denominada de “*gloomy perception*”. Por outro lado, indivíduos com melhor saúde mental tendem a reinterpretar a condição de trabalho como mais favorável ao longo do tempo (“*rosy perception*”).

Acerca dos instrumentos de coleta, foram utilizados questionários validados e cuja confiabilidade interna foi considerada adequada. Aqueles que não passaram por esse processo podem se apresentar como uma possível limitação. A coleta padronizada e realizada por apenas um entrevistador tentou minimizar possível viés.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agravos que causam longos afastamentos ao trabalho por doença, como os transtornos mentais e comportamentais, devem ser avaliados para se compreender os mecanismos do adoecimento. É também fundamental conhecer a magnitude do problema para programar políticas de promoção de saúde que evitem ou minimizem repercussões clínicas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), promulgada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, estimula a análise do processo saúde-

doença de forma abrangente, assim como ações de promoção, proteção e reparação da saúde.

O adoecimento mental, por apresentar características de um processo de sofrimento crônico, pode levar à incapacidade temporária ou permanente e resultar em envelhecimento funcional precoce. Portanto, pode ser considerado um importante problema de Saúde Pública.

A hierarquização dos fatores de risco auxilia na compreensão do processo saúde-doença a qual o trabalhador está exposto durante toda sua trajetória de vida. As repercussões na saúde mental não podem ser analisadas de forma unicausal, visto que há influência de diversos determinantes. Na própria PNPS discute-se a necessidade de compreender os modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade como mediadores de agravos à saúde, a fim de estabelecer ações apropriadas.

Neste estudo concluiu-se que a exposição ocupacional a fatores desfavoráveis de natureza psicossocial deve ser reconhecida como contribuidora dos afastamentos do trabalho de longa duração por transtornos mentais e comportamentais

Fatores distais ao desfecho, como foi observado acerca de aspectos sociodemográficos, também estiveram associados ao agravo mental incapacitante. Dentre estes fatores cita-se a escolaridade e o sexo.

Em relação aos hábitos e estilos de vida, apesar do aspecto controverso acerca do mecanismo causal, recomenda-se implementar programas para estimular a diminuição do consumo de álcool e fumo. Tais ações teriam objetivo de prevenção de morbidades respiratórias, cardiovasculares, hepáticas, etc. Como visto neste estudo, comorbidades são fatores de risco para o desfecho.

Observou-se que as condições de trabalho são primordiais no contexto de casos de longos afastamentos do trabalho por adoecimento mental. Os resultados reforçam a mudança do paradigma do adoecimento relacionado ao trabalho, que migrou da preocupação sobre os agentes físicos, químicos, biológicos para aspectos de conteúdo e organização do

trabalho. Fatores do ambiente de trabalho não influenciaram o desfecho, mas o fizeram os fatores organizacionais e psicossociais do trabalho.

Os fatores psicossociais no trabalho são vivências coletivas de formas de organizar o trabalho. A violência no trabalho, o trabalho de alta exigência com baixo apoio social, o desequilíbrio esforço recompensa com elevado excesso de comprometimento estão presentes nos resultados. Tais situações são estressoras crônicas associadas à erosão da saúde mental do trabalhador levando a incapacidade laborativa de longa duração. Portanto, é fundamental lançar olhar sobre a complexidade e a dinâmica que envolvem as situações reais de trabalho. RUIZ e ARAÚJO (2012) consideram que a avaliar a defasagem entre o trabalho prescrito e o real, bem como o saber oriundo da experiência, são aspectos fundamentais para conhecer o risco psicossocial.

A avaliação dos FPS nas situações de trabalho apresenta dificuldades conceituais e metodológicas. Sendo assim, haverá condições nas quais os estressores desfavoráveis não sejam reconhecidos, ou haver um subdimensionamento dos fatores de risco. No atual contexto de Saúde e Segurança no Trabalho há poucas opções de ferramentas para mensuração da presença de fatores psicossociais no trabalho, tanto favoráveis quanto desfavoráveis. Tais instrumentos devem ser implementados como rotina nas organizações empresariais como forma de compreender e dar visibilidade à presença de riscos ocupacionais até então considerados invisíveis, ou com baixa visibilidade.

A aplicação de ferramentas, como os questionários dos Modelos Demanda-Controle e Desequilíbrio Esforço-Recompensa, podem auxiliar. Uma das suas vantagens é indicar fragilidades organizacionais que requerem grande carga de enfrentamento por parte dos trabalhadores e, portanto, são situações nas quais o estabelecimento de ações de proteção à saúde são necessárias. O estudo das interações entre as dimensões dos modelos teóricos teve um maior poder explicativo acerca do desfecho analisado.

FISCHER (2012) ressalta a necessidade de realização de estudos de intervenção para preencher lacunas acerca da investigação de fatores de natureza psicossocial e repercussões na saúde dos trabalhadores. A implantação de estudos em nível corporativo, a partir dos Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho, são factíveis e necessárias.

Modificação nos métodos da avaliação clínica ocupacional com inclusão de ferramentas para triagem que identifique sofrimento mental, assim como avaliação dos FPS nos ambientes de trabalho são indicados. O uso dos achados pode ser utilizado para mapear casos subclínicos e implantar medidas de prevenção primária para populações potencialmente em risco. Portanto, a mensuração por métodos epidemiológicos pode ser uma ótima maneira de validação da exposição coletiva às condições desfavoráveis nos ambientes de trabalho.

O esclarecimento, por vezes difícil, do nexos causal entre doença mental e estressores ocupacionais (GLINA et al., 2001) poderia ser mais bem identificado a partir da instituição de protocolos para abordagem dos diversos fatores de risco.

Além disso, após um longo período de absenteísmo-doença, cabe ao empregador promover um ambiente de retorno ao trabalho favorável. Isto só decorre do conhecimento dos fatores de risco psicossociais associados ao afastamento por adoecimento (GLINA et al., 2010). Legalmente cabe ao Médico do Trabalho evitar a exposição continuada dos trabalhadores aos agentes ou fatores de risco no trabalho (CFM, 1988).

A Previdência Social apenas lida com a situação do adoecimento mental incapacitante quando o afastamento do trabalho se torna longo. Todavia, a aplicação de métodos para estimativa da influência dos fatores psicossociais no desencadeamento ou agravamento do adoecimento incapacitante auxiliaria no estabelecimento do nexos técnico. A concessão do benefício acidentário é um direito do trabalhador que traz justos reparos na esfera trabalhistas. O reconhecimento da condição acidentária do benefício por incapacidade indica às empresas necessidade de melhorias nas condições de trabalho.

Cabe à Perícia Médica Previdenciária compreender a hierarquização do processo de desgaste mental incapacitante pode auxiliar a embasar conclusões técnicas sobre estabelecimento do nexo. O manejo das ferramentas e os laudos técnicos sobre riscos ocupacionais nem sempre estão acessíveis para os profissionais servidores públicos. Esta situação pode provocar insegurança no seu próprio exercício laborativo influenciando de forma negativa a saúde mental destes profissionais.

Protocolos que indiquem o uso pericial de avaliação dos riscos psicossociais podem vir a auxiliar na rotina da Perícia Médica Previdenciária. Como exemplo, citamos o nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP), que na sua matriz estabeleceu relações entre adoecimento mental e variados ramos econômicos (BRASIL, 1999). Esta importante ferramenta criada para minimizar a subnotificação das doenças ocupacionais poderia ser validada individualmente, visto que diversas situações observadas pelos peritos não encontram respaldo na literatura científica da Saúde do Trabalhador.

O nexo técnico do adoecimento incapacitante relacionado ao trabalho produz impactos econômicos no seguro acidente de trabalho (SAT). Este tributo pago pelas empresas ao Estado sofre majoração na sua alíquota de recolhimento quando há notificações excessivas de agravos ocupacionais (SANTANA, 2005).

Apesar de BARBOSA-BRANCO et al. (2011) descreverem que o Brasil tem uma menor incidência de benefícios por incapacidade quando comparado com dados de países desenvolvidos, há aspectos importantes a serem considerados. A ruptura da interação social com o trabalho, a “cristalização” de uma cultura da invalidez, assim como possíveis dificuldades à readaptação funcional e perda na qualidade de vida são possíveis repercussões negativas do ressarcimento previdenciário em longo afastamento. Portanto programas de promoção de saúde do trabalhador entre os beneficiários da Previdência Social devem ser instituídos para minimizar afastamento de longa duração desnecessários, que podem agravar uma condição de saúde já debilitada.

A imposição de políticas organizacionais nas esferas públicas e privadas, com características desfavoráveis, submetem os trabalhadores a desgastes mentais com comprometimento geral da sua capacidade laborativa. Portanto, vê-se a necessidade de um olhar mais atento para tais situações no intuito de ampliar as perspectivas de antecipação ao risco e implantação de ações intervencionistas que minimizem impactos negativos no processo saúde-doença. É altamente recomendável se estimular os programas de Promoção em Saúde do Trabalhador. É mais lógico, sob todos os pontos de vista, que ações preventivas são menos onerosas que a reparação do dano.

A legislação brasileira é insuficiente no que tange à regulação da organização do trabalho como risco ocupacional. São observadas situações desfavoráveis no trabalho que frequentemente são interpretadas como sendo inevitáveis e parte do contexto e conteúdo do trabalho de determinada função. As repercussões sobre a saúde física e mental do trabalhador às condições estressoras de natureza psicossocial não apresentam um limite individual legal, diferentemente dos patamares de tolerância descritos para diversos agentes ambientais. Portanto, ressalta-se a necessidade de um acompanhamento sistêmico e eficaz para construção de medidas de ação primária na prevenção de exposição ocupacional aos FPS, assim como novos estudos que avaliem as repercussões dos danos mentais em termos de gravidade e intensidade.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar OB de, Fonseca MJM da, Valente JG. Confiabilidade (teste-reteste) da escala sueca do questionário demanda-controle entre trabalhadores de restaurantes industriais do estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):212-222.
2. Albertsen K, Lund T, Christensen KB, Kristensen TS, Villadsen E. Predictors of disability pension over a 10-year period for men and women. *Scand J Public Health*. 2007;35(1):78-85.
3. Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sick leave—general studies. *Scand J Publ Health*. 2004;32(63 Sup):49-108.
4. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):164-171.
5. Araújo TM de, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003a;37(4):424-433.
6. Araújo TM de, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Cien Saude Colet*. 2003b;8(4): 991-1003.
7. Ariëns GAM, Bongers PM, Hoogendoorn WE, van der Wal G, van Mechelen W. High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neck pain. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28(4):222-231.
8. Baker D, Karasek RA. Occupational health: recognize and preventing workrelated disease and injury. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wwilkins; 2000.
9. Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of work and non-work related disability claims in Brazil. *Am J Ind Med*. 2011;54:858–871.
10. Batich M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo Perspec*. 2004;18(3):33-40.
11. Belkic K, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*. 2004;30(2):85–128.
12. Bertera RL. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employee costs in a large industrial population. *Am J Public Health*. 1990;80:1101-1105.
13. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saude Publica*. 2002;36(3): 337-342.
14. Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438–445.
15. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health*. 1993;19:297-312.

16. Borritz M, Christensen KB, Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Andersen I, et al. Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. prospective results of the danish PUMA study among human service workers. *J Occup Environ Med*. 2010;52(10):964-970.
17. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health*. 1998;88:68–74.
18. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 ago 1991.
19. Brasil. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 07 mai 1999.
20. Brasil. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências.. *Diário Oficial da União*. 13 fev 2007.
21. Brasil. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004.
22. Burr H, Pedersen J, Hansen JV. Work environment as predictor of long-term sickness absence: linkage of self-reported DWECS data with the DREAM register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Sup):147-152.
23. Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job strain, effort - reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? *Scand J Public Health*. 2004;32:84-93.
24. Camargo DA de, Caetano D, Guimarães LAM. Psiquiatria ocupacional I: aspectos históricos e conceituais. *J Bras Psiquiatr*. 204;53(5):321-330.
25. Campbell JC, Messing JT, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *JOEM*. 2011;53(1):82–89.
26. Canepa C, Briones JL, Pérez C, Vera A, Juárez A. Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *Ciencia & Trabajo*. 2008;10(30):157-160.
27. Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):217-221.
28. CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. *Diário Oficial da União*. 06 mar 1998. Seção I;150.
29. Chen S, Wang P, Hsin P, Oates A, Sun I, Liu, S. Job stress models, depressive disorders and work performance of engineers in microelectronics industry. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(1):91-103.

30. Cheng ATA, Chen THH, Chen C, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case—control psychological autopsy study. *BJP*. 2000;177:360-365.
31. Chevalier A, Luce D, Blanc C, Goldberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. *Br J Ind Med*. 1987;44:101-110.
32. Chevalier A, Dessery M, Boursier M, Grizon MC, Jayet C, Reymond C, et al. Working conditions and psychosocial risk factors of employees in French electricity and gas company customer support departments. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84:7–18.
33. Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MGM, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):219-224.
34. Christensen KB, Fèveile H, Labriola M, Lund T. The impact of psychosocial work environment factors on the risk of disability pension in Denmark. *Eur J Public Health*. 2008;18(3):235-237.
35. Cornelius LR, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic Factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21:259-274.
36. Correa SMBB. Probabilidade e estatística. 2. ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual; 2006.
37. De Lange AH, Taris TW, Kompier MAJ, Houtman ILD, Bongers PM. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scand J Work Environ Health*. 2002;28(2):94–108.
38. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. WHO World Mental Health Survey Consortium, Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004;291:2581- 2590.
39. Ellery Junior R de G, Bugarin MNSS. Previdência social e bem estar no Brasil. *Rev Bras Econ*. 2003;57(1):27-57.
40. Fernandes FC, Cherem AJ. Dano corporal e mensuração da incapacidade. *Rev Bras Med Trab*. 2005;3(2):123-134.
41. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM da, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):259-268.
42. Feuerstein M, Berkowitz SM, Huang GD. Predictors of occupational low back disability: implications for secondary prevention. *J Occup Environ Med*. 1999;41(12):1024-1031.
43. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? *J Bras Psiquiatr*. 1997;46; 589-593.
44. Fischer FM. Retrospective study regarding absenteeism among shiftworkers. *Int Arch Occup Environ Health*. 1986;58(4):301-320.
45. Fischer FM, Oliveira DC, Nagai R, Teixeira LR, Lombardi Júnior M, Latorre MRDO, et al . Job control, job demands, social support at work

- and health among adolescent workers. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):245-253.
46. Fischer FM, Borges FNS, Rotenberg L, Latorre MR, Soares NS, Rosa PLFS, et al. Work ability of health care shift workers: what matters? *Chronobiol Int*. 2006;23(6):1165-1179.
 47. Fischer FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador [editorial]. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):401-406.
 48. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 49. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martin LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):299-305.
 50. Foss L, Gravseth HM, Kristensen P, Claussen B, Mehlum IS, Skyberg K. Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo Health Study. *JOEM*. 2010;52(7):698-705.
 51. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saude Publica*. 1996;30(2):168-178.
 52. Garbin AC, Fischer FM. Assédio moral no trabalho e suas representações na mídia jornalística. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):417-424.
 53. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2679-2691.
 54. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):401-409.
 55. Glina DMR, Rocha LE, Batista ML, Mendonça MG. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):607-616.
 56. Glina DMR, Rocha LE. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São Paulo. *Rev Bras Med Trab*. 2003;1(1):31-39.
 57. Glina DMR. Modelo Teórico de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadores. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010.
 58. Glina DMR, Teixeira LR, Rocha LE. Aspectos psicossociais e desafios do retorno ao trabalho das vítimas de assédio moral. *Rev Bras Med Trab*. 2010;8(2):89-96.
 59. Goldberg M, Leclerc A, Bonenfant S, Chastang JF, Schmaus A, Kaniewski N, Zins M. Cohort profile: the GAZEL Cohort Study. *Int. J. Epidemiol*. 2007;36(1):32-39.
 60. Griep RH, Rotenberg L, Vasconcellos AGG, Landsbergis P, Comaru CM, Alves MGM. The psychometric properties of demand-control and

- effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82:1163-1172.
61. Griep RH, Rotenberg L, Chor D, Toivanen S, Landsbergis P. Beyond simple approaches to studying the association between work characteristics and absenteeism: Combining the DCS and ERI models. *Work Stress*. 2010;24(2):179-195.
 62. Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos-Silva PR. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde auto-referida na enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):145-152.
 63. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumologia*. 2002;28(4):180-186.
 64. Hannan LM, Monteilh CP, Gerr F, Kleinbaum DG, Marcus M. Job strain and risk of musculoskeletal symptoms among a prospective cohort of occupational computer users. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(5):375–386.
 65. Head J, Kivimäki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ, et al. Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: the Whitehall II study. *J Psychosom Res*. 2007;63(4):433-40.
 66. Hurrell, Jr, JJ. Are you certain?--uncertainty, health, and safety in contemporary work [editorial]. *Am J Public Health*. 1998;88:1012-1013.
 67. ILO - International Labour Office. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva; 1984.
 68. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988;78:1336-1342.
 69. Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among swedish men. *Am J Public Health*. 1996;86(3):324-331.
 70. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24:285-307.
 71. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of swedish men. *Am J Public Health*. 1981;71:694–705.
 72. Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3:322-55.
 73. Karpansalo M, Manninen P, Lakka TA, Kauhanen J, Rauramaa R, Salonen JT. Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men. *J Occup Environ Med*. 2002;44(10):930-939.

74. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 2002;325:857–860.
75. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003;327:364-368.
76. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6 Sup):431–442.
77. Kivimäki M, Vahtera J, Kawachi I, Ferrie JE, Oksanen T, Joensuu M, Pentti J, Salo P, Elovainio M, Virtanen M. Psychosocial work environment as a risk factor for absence with a psychiatric diagnosis: an instrumental-variables analysis. *Am J Epidemiol*. 2010;172(2):167-172.
78. Krause N, Lynch J, Kaplan GA, Cohen RD, Goldberg DE, Salonen JT. Predictors of disability retirement. *Scand J Work Environ Health*. 1997a;23(6):403-413.
79. Krause N, Ragland DR, Greiner BA, Syme SL, Fisher JM. Psychosocial job factors associated with back and neck pain in public transit operators. *Scand J Work Environ Health*. 1997b;23(3):179-186.
80. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1183-1191.
81. Labriola M, Feveile H, Christensen KB, Bültmann U, Lund T. The impact of job satisfaction on the risk of disability pension - A 15-year prospective study. *Scand J Public Health*. 2009;37:778–780.
82. Leino PI, Hanninen V. Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health*. 1995;21:134-142.
83. Leka S, Griffiths A, Cox T. *Work Organization & Stress*. Geneva: WHO, 2003.
84. Levi L. Factores psicosociales, estres y salud. In: *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo;1998, p. 34.3-34.6.
85. Levine DM, Berenson ML, Stephan D. *Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português*. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
86. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1910-1916.
87. Lin Y, Chen C, Hong W, Lin Y. Perceived job stress and health complaints at a bank call center: comparison between inbound and outbound services. *Ind Health*. 2010;48:349–356.
88. Lötters F, Meerding W-J, Burdorf A. Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(5):367–374.
89. Lu X, Laaksonen M, Aittomäki A, Leino-Arjas P, Rahkonen O, Saatamoinen P et al. Sickness absence, employment history, and high-

- risk employees: a 10-year longitudinal study. *JOEM*. 2010;52(9):913-919.
90. Lund T, Iversen L, Poulsen KB. Work environment factors, health, lifestyle and marital status as predictors of job change and early retirement in physically heavy occupations. *Am J Ind Med*. 2001;40:161-169.
 91. Lund T, Labriola M. Sickness absence in Denmark – research, results, and reflections. *Scand J Work Environ Health*. 2009;(7 Sup):5-14.
 92. Lusinyan I, Bonato L. Work absence in Europe. *IMF Staff Papers*. 2007;54:475–538.
 93. Macedo LET, Chor D, Andreozzi V, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2327-2336.
 94. Mângia EF, Muramoto MT, Lancman S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008;19(2):121-130.
 95. Markussen S, Knut R, Ole JR, Simen G. The anatomy of absenteeism. *J Health Econ*. 2011;30:277-292.
 96. Marmot MG, Feeney A, Shipley M, et al. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49:24–30.
 97. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostra. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 2008 20(2):186-194.
 98. Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Manole; 2004.
 99. Matsudo SM, Araújo T, Matsudo VKR, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2001;6(2):5-18.
 100. Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF, Goldberg M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:285-293.
 101. Melchior M, ScD, Nancy Krieger, PhD, Ichiro Kawachi, MD, PhD, Lisa F. Berkman, PhD, Isabelle Niedhammer, PhD and Marcel Goldberg, MD, PhD Work Factors and Occupational Class Disparities in Sickness Absence: Findings From the GAZEL Cohort Study. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1206-1212
 102. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. *Rev Saude Publica*. 1988;22(4):311-326.
 103. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica*. 1991;25(5):341-349.
 104. MPS - Ministério da Previdência Social, DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da

- Previdência Social: 2010. Brasília: MPS/DATAPREV; 2011. 19v. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1144>>. Acesso em 25 jun. 2012.
105. MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
 106. Miranda FAN, Carvalho GRP, Fernandes RL, Silva MB, Sabino MGG. Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(5):711-716.
 107. Morrone LC, Sá LHFM, Ária CB, Falótico CRG, Lautenshlager MFM. Saúde e Segurança do Trabalho de Servidores Públicos Estaduais: Resultados Iniciais de um Programa em São Paulo. *Rev Bras Med Trab.* 2004;2(2):94-102.
 108. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Cien Saude Colet.* 2007;12(6):1661-1672.
 109. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(1):131-140.
 110. Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, et al. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev.* 2008;30:118–132.
 111. Neves RF, Nunes MO. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. *Interface (Botucatu).* 2009;13(30):55-66.
 112. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health.* 1998;24(3):197-205.
 113. Niedhammer I, Chastang JF, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med (Lond).* 2008;58(1):15-24.
 114. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(1):67–74.
 115. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ.* 1993;306:361-366.
 116. North FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot, M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II Study. *Am J Public Health.* 1996; 86:332-40.
 117. OIT - Oficina Internacional Del Trabajo. Enciclopédia de Salud, Seguridad e higiene em el trabajo. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social; 1991.
 118. Ostry AS, Kelly S, Demers PA, Mustard C, Hertzman C. A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health.* 2003;3(1):10-21.

119. Palácios M, Duarte F, Câmara V de M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saude Publica*. 2002;18(3): 843-851.
120. Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, Reuterwall C, Theorell T. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP study. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:294–300.
121. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araújo TM, Reis EJFB, Delcor NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):818-826.
122. PRIMA-EF: orientação do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais: um recurso para empregados e representantes dos trabalhadores. Tradução do Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. Brasília: Sesi, 2011, 63 p.
123. Reis EJFB, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA, Silvany Neto AM. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1480-1490.
124. Reis RJ dos, La Rocca PF, Silveira AM, Lopez BIM, Navarro i Giné A, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):616-623.
125. Rocha LE, Debert-Ribeiro M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. *Rev Saude Publica*. 2001;35(6):539-547.
126. Roelen CAM, van der Pol TR, Koopmans PC, Groothoff JW. Identifying workers at risk of sickness absence by questionnaire. *Occup Med*. 2006;56:442-446.
127. Roelen CAM, Weites SH, Koopmans PC, van der Klink JJL, Groothoff JW. Sickness absence and psychosocial work conditions: a multilevel study. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(6):425-430.
128. Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Itman UB, Kristensen TS. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work Stress*. 2007;21(4):293–311.
129. Ruiz VS, Araujo ALL de. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. *Rev Bras. Saude Ocup*. 2012;37(125):170-180.
130. Sá EC, Ferreira Júnior M, Rocha LE. Risk factors for computer visual syndrome (CVS) among operators of two call centers in São Paulo, Brazil. *Work*. 2012;41:3568-3574.
131. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):475-483.
132. Santana VS. Bases epidemiológicas do Fator Acidentário Previdenciário. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4):440-453.

133. Santana VS, Araújo-Filho JB, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1004-1012.
134. Santos K, Kupek E, Cunha JCCB, Blank VLG. Absenteísmo-doença, modelo demanda-controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):609-619.
135. Santos RD [coord]. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77(Supl. 3):1-48.
136. Sardá Junior JJ, Kupek E, Cruz RM, Bartilotti C, Cherem AJ. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatr*. 2009;16(2):81-86.
137. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell Jr JJ, Levi L. Psychosocial and organizational factors. In: *Encyclopaedia of occupational health and safety* (34.1). Geneva: International Labour Office; 1998.
138. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2007;17:327–352.
139. Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez; 1994.
140. Shields M. Stress and depression in the employed population. *Health Rep*. 2006;17(4):11-29.
141. Siano AK, Ribeiro LC, Santiago AE, Ribeiro MS. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*. 2008;34(4):235-242.
142. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1:27-41.
143. Siegrist J. Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. In: Cooper C, editor. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press; 1998: p. 190-204.
144. Siegrist J, Rödel A. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6 Sup):473–481.
145. Silva AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepções sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem de hospital universitário no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.
146. Silva AA, Souza JMP, Borges FNS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):718-725.
147. Silva GGJ, Souza MLP, Goulart Junior E, Canêo LC, Lunardelli MCF. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Rev Bras Saude Ocup*. 2009;34(119):79-87.

148. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(12):2949-2958.
149. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Cien Saude Colet*. 2008;13(2):2049-2058.
150. Silva LS, Barreto SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(1):32–36.
151. Silva LS, Barreto SM. Stressful working conditions and poor self-rated health among financial services employees. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):407-416.
152. Souza ER, Franco LG, Meireles CC, Ferreira VT, Santos NC. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):105-114
153. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):630-638.
154. Souza NSS, Santana VS. Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):425-434.
155. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):710-717.
156. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6 Sup):443–462.
157. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. *Soc Sci Med*. 1995;40:189–197.
158. Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Workplace: Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med*. 2011;68(6):408-413.
159. Theorell T, Perski A, Akerstedt T, Sigala F, AhlbergHulten G, Svensson J et al. Changes in job strain in relation to changes in psychological state: a longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*. 1988;14(3):189–196.
160. Toomingas A, Theorell T, Michelsen H, Nordemar R, Stockholm MUSIC I Study Group. Associations between selfrated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(2):130-9.
161. Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health*. 2001;27(2):146-153.
162. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*. 1997;350:1124-1128.

163. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(7):484-493.
164. Van den Heuvel SG, Geuskens GA, Hooftman WE, Lando LJK, Seth NJB. Productivity loss at work; health-related and work-related factors. *J Occup Rehabil*. 2010;20:331–339.
165. van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):1117-31.
166. Vezina M, Derriennic F, Monfort C. The impact of job strain on social isolation:a longitudinal analysis of French workers. *Soc Sci Med*. 2004;59:29–38.
167. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 26:224-227.
168. Vilela LVO, Assunção AA. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. *Cad Saude Publica*. 2004;20(4):1069-1078.
169. WHO - World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2000. (WHO - Technical Report Series, 894)
170. Wünsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(1):41-52.
171. Wünsch Filho V. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(2):103-117.
172. Yano SRT, Santana VS. Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. *Cad Saude Publica*. 2012;28(5):945-954.

Anexo I - AUTORIZAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)

PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Ofício nº 1454/2010/INSS/SERRH/21.150.7

São Paulo, 13 de dezembro de 2010.

AO SR.
PROF. CLAUDIO LEONE
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Doutor Arnaldo, 715, Cerqueira César
São Paulo-SP CEP 01246-904

Ref.: Declaração de Anuência

Senhor Cláudio Leone,

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COEP / FSP
RECEBIDO: _____
DATA: 13/12/2010
HORÁRIO: 14 : 45

Em referência à solicitação do servidor Perito Médico Previdenciário do INSS **João Silvestre da Silva Júnior**, aluno do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Saúde Ambiental, para realização da pesquisa "Associação entre Fatores Psicossociais no Trabalho e Incapacidade para o Trabalho por Doença", declaro estar ciente de sua realização nas dependências da Gerência Executiva São Paulo Centro do Instituto Nacional do Seguro Social.

Informo que está autorizada a coleta de dados com os segurados que busquem o benefício previdenciário auxílio-doença na mencionada Gerência Executiva para os fins previstos no protocolo da referida pesquisa e que o servidor declara não haver menção à individualidade dos casos abordados, mantendo-se o sigilo e a confidencialidade na identificação dos segurados participantes do estudo.

Atenciosamente,

Miriam Carrera Martins Peixoto de Almeida
Superintendente Regional Substituta
Superintendência Regional Sudeste I
Viaduto Santa Ifigênia, 266 - 3º andar / CEP 01033-050
Fone: (11) 3544.3333

Proteção Social para o trabalhador e sua família

Anexo II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP) DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA (FSP) DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

GF.COEP/027/11

17 de Janeiro de 2011

Prezado pesquisador e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 12/11 Sessão Extraordinária, realizada em 14/1/2011, analisou, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa nº 2193, intitulado "ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO E INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR DOENÇA", do grupo III, sob responsabilidade do pesquisador João Silvestre da Silva Júnior e orientação da Professora Fridea Marina Fischer, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres (do(a) pesquisador(a)):

- 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa;
- 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria;
- 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa;
- 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
- 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

 Prof. Dr. Claudio Leone
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilma. Sra.
 Profa. Dra. Fridea Marina Fischer
 Departamento de Saúde Ambiental
 Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - CEP 01246-900 - São Paulo - SP
 Contatos: (55 11) 3061-7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Associação entre fatores psicossociais no trabalho e incapacidade para o trabalho por doença

Pesquisador Responsável: João Silvestre da Silva Júnior

Este projeto tem o objetivo de avaliar a relação entre fatores psicossociais no trabalho e a incapacidade laborativa por doença em trabalhadores da cidade de São Paulo, Brasil.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: responder a questionário sobre informações sociais, demográficas e de hábitos de vida; informações relacionadas ao histórico de trabalho, aspectos e condição do trabalho atual; acesso ao laudo médico da perícia realizada no INSS.

Durante a execução do projeto os participantes não serão expostos a riscos físicos, sociais ou legais, embora dados a respeito de questões consideradas delicadas devam ser coletadas (diagnóstico de doenças, renda salarial, hábitos de saúde, entre outros). Os participantes não terão qualquer prejuízo a respeito do seu requerimento de benefício previdenciário junto ao INSS.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, João Silvestre da Silva Júnior, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____.

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS

Projeto de Pesquisa:

“Associação entre fatores psicossociais no trabalho e incapacidade laborativa por doença”

Mestrando: João Silvestre da Silva Júnior

Questionário demográfico, social, ocupacional e de hábitos de vida

PARTE 01. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NUM - numero na amostra <idnum>

NIT - numero de informacao trabalhista #####

DAY - data da coleta <dd/mm/yyyy>

DOB - data de nascimento <dd/mm/yyyy>

AGE - dade (anos) ##

SEX - sexo #

1 Masculino

2 Feminino

PELE - cor da pele autorreferida #

1 Branco

2 Preto

3 Pardo

4 Amarelo

5 Indígena

CONJ - situacao conjugal #

1 Solteiro

2 Casado

3 Uniao_stavel

4 Separado_Divorciado

5 Viúvo

SCH - grau de formacao escolar ##

1 Ensino_fundamental_(1º_grau)_inc

2 Ensino_fundamental_(1º_grau)_com

3 Ensino_médio_(2º_grau)_incomplet

4 Ensino_médio_(2º_grau)_completo

5 Ensino_técnico_incompleto

6 Ensino_técnico_completo

7 Ensino_superior_incompleto

8 Ensino_superior_completo

9 Pós_graduação_incompleta

10 Pós_graduação_completa

MORA - local de moradia #

1 Cidade_de_São_Paulo

2 Grande_São_Paulo

3 Fora_da_Grande_São_Paulo

4 Fora_do_Estado_de_SP

REN - renda em reais #####.##

FAM - pessoas na residencia ##

PER - renda per capita #####.##

PARTE 02 . HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

PSICOLÓGICO: No último ano você foi exposto a:

PSI1	morte de parente proximo ou amigo	0 Não 1 Sim
PSI2	separacao ou problemas conjugais	
PSI3	final de um relacionamento amoroso	
PSI4	brigas com amigos ou parentes	
PSI5	problemas financeiros graves	
PSI6	problemas com a policia ou justica	
PSI7	perda de algum objeto de grande valor	

TABAGISMO

FUMA - Voce fuma atualmente?

0 Não

1 Sim

DEP1 - Quanto tempo após acordar vc fuma seu 1o cigarro? ##

0 Após_60_min_(Uma_hora)

1 Entre_31_e_60_min

2 Entre_06_e_30_min

3 Em_cinco_minutos

99 Nao_se_aplica

DEP2 - Vc acha difícil não fumar em lugares proibidos (restaurante)? ##

0 Nao

1 Sim

99 Nao_se_aplica

DEP3 - Cigarro do dia q traz mais satisfacao ##

0 Outro

1 Primeiro_da_manhã

99 Nao_se_aplica

DEP4 - Quantos cigarros fuma por dia ##

0 Menos_de_10

1 De_11_a_20

2 De_21_a_30

3 Mais_de_31

99 Indefinido

DEP5 Vc fuma mais frequentemente pela manhã? ##

0 Não

1 Sim

DEP6 Vc fuma mesmo doente (precisa ficar de cama)? ##

0 Não

1 Sim

SDEP Somatorio da dependencia ao fumo ##

DEP grau de dependencia ao fumo ##

- 0 Não tabagista
- 1 Muito baixo
- 2 Baixo
- 3 Médio
- 4 Alto
- 5 Muito alto

ÁLCOOL

ALC1 - Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas? ##

- 0 Nenhuma
- 1 De_1_ou_menos_por_mes
- 2 De_2_a_4_por_mes
- 3 De_2_a_3_por_semana
- 4 4_ou_mais_por_semana
- 9 Indefinido

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a 1 lata de cerveja ou 1 chope ou 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque, cachaça, vodka, conhaque ou 1 copo de caipirinha

ALC2 - Quantas doses de bebida alcoólica vc consome num dia típico quando está bebendo? ##

- 0 Nenhuma
- 1 De_1_a_2
- 2 De_3_a_4
- 3 De_5_a_6
- 4 De_7_a_9
- 5 10_ou_mais
- 9 Indefinido

ALC3 - Com que frequência vc consome 06ou+ doses de bebida alcoolica em uma ocasião? ##

- 0 Nunca
- 1 Menos_que_mensal
- 2 Mensalmente
- 3 Semanalmente
- 4 Diariamente_ou_quase
- 9 Indefinido

SALC Somatorio da dependencia ao alcool ##

ALC grau de ingesta de alcool ##

- 1 Muito_baixo
- 2 Baixo
- 3 Medio
- 4 Elevado
- 5 Muito_elevado

ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas estao relacionadas ao tempo que voce gasta fazendo atividade ffsica em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL.

As perguntas incluem as atividades que voce faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercfcio ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Atividades fisicas VIGOROSAS sao aquelas que precisam de um grande esforco fisico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal

Em quantos dias de uma semana normal, voce realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos continuos, como por exemplo correr, fazer ginastica aerobica, jogar futebol, pedalar rapido na bicicleta, jogar basquete, fazer servicos domesticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faca voce suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiracao ou batimentos do coracao.

ATV1 atividade vigorosa # pula
ATV2 tempo de atv vigorosa por dia(em min) ####
MET1 Met atv vigorosa (minutos/semana) ####

Atividades fisicas MODERADAS sao aquelas que precisam de algum esforco fisico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Em quantos dias de uma semana normal, voce realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos continuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginastica aerobica leve, jogar vo1ei recreativo, carregar pesos leves, fazer servicos domesticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faca voce suar leve ou aumentem moderadamente sua respiracao ou batimentos do coracao (POR FAVOR NAO INCLUA CAMINHADA)

ATV3 atv moderada ## pula
ATV4 tempo de atv moderada (em min) ####
MET2 Met atv moderada (minutos/semana) ####

Em quantos dias de uma semana normal voce caminha por pelo menos 10 minutos continuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercicio?

ATV5 caminhada > 10 minutos ##
ATV6 tempo de caminhada (em min) ####
MET3 Met atv leve (minutos/semana) ####

TMET - somatorio do MET (minutos/semana) #####

TATV - somatorio de dias de atividade fisica ##

ATV - grau de atividade fisica ##

- 0 sedentario
- 1 irregularmente_ativo
- 2 ativo
- 3 muito_ativo

PARTE 03. DADOS OCUPACIONAIS

OCUP - ocupacao atual _____

CBO - classificacao CBO #####

COD – grupamento de ocupacoes #

- 1 Gerentes/supervisores
- 2 Administrativo/financeiro

- 3 Prestação de serviços
- 4 Operacional/manufatura

JOB - vínculo com o local de trabalho ##

- 1 Efetivo
- 2 Terceirizado
- 3 Concursado
- 9 Indefinido

TOC - tempo na ocupacao atual (anos) ##

HIS - idade de inicio da vida laboral <dd/mm/yyyy>

THIS - tempo de vida laboral (anos) ##

INS - adicional de insalubridade ##

- 0 Não
- 1 Sim
- 9 Indefinido

JOR - turno de jornada de trabalho ##

- 1 Diurno_administrativo
- 2 Turno_fixo_Matutino
- 3 Turno_fixo_Vespertino
- 4 Turno_fixo_noturno
- 5 Turnos_alt_matutino_e_vesp
- 6 Turnos_alt_matutino_vesp_not
- 7 Irregular
- 9 Indefinido

AT - acidente de trabalho #

- 0 Não
- 1 No_local_atual_com_CAT
- 2 No_local_atual_sem_CAT
- 3 Outro_emprego
- 9 Nao_sabe

DO - doença ocupacional (diagnosticada) #

- 0 Não
- 1 No_local_atual_com_CAT
- 2 No_local_atual_sem_CAT
- 3 Outro_emprego
- 9 Nao_sabe

ABS - absenteismo por acidente de trabalho ou doença ocupacional #

- 0 Não
- 1 No_local_atual_com_CAT
- 2 No_local_atual_sem_CAT
- 3 Outro_emprego
- 9 Nao_sabe

BEN - beneficio previdenciario prévio por acidente de trabalho ou doença ocupacional #

- 0 Não
- 1 No_local_atual_com_CAT
- 2 No_local_atual_sem_CAT
- 3 Outro_emprego
- 9 Nao_sabe

PARTE 04. PERCEPÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

AMBIENTE: Com que frequência o seu ambiente de trabalho está:

AMB1 - sujo	1 Nunca 2 Quase_nunca 3 As_vezes 4 Frequentemente 5 Sempre
AMB2 - escuro	
AMB3 - quente	
AMB4 - frio	
AMB5 - abafado	
AMB6 - úmido	
AMB7 - barulhento	
AMB8 - mal cheiroso	
AMB9 - desorganizado	
AMB10 - ao ar livre	

SAMB - somatorio das condicoes ambientais ##

- 1 Pessimo
 - 2 Ruim
 - 3 Bom
 - 4 Muito_bom
 - 5 Excelente
-

ESFORÇOS FÍSICOS: Com que frequência você realiza esses movimentos na jornada de trabalho?

ESF1 empurrando ou puxando objetos	1 Nunca 2 Quase_nunca 3 As_vezes 4 Frequentemente 5 Sempre
ESF2 levantando ou carregando objetos	
ESF3 dirigindo	
ESF4 em pe e parado	
ESF5 em pe e andando	
ESF6 sentado e movimentando os bracos	
ESF7 sentado e movimentando as pernas	
ESF8 agachado	
ESF9 dobrando o tronco para frente	
ESF10 torcendo o troco	

SESF - somatorio dos esforços físicos no trabalho ##

- 1 Muito esforço
 - 2 Moderado esforço
 - 3 Médio esforço
 - 4 Pouco esforço
-

VIOLÊNCIA: Com que frequência você foi exposto a situacoes de:

VL1 ameaca de agressao no trabalho #	1 Nunca 2 Quase_nunca 3 As_vezes 4 Frequentemente
VL2 agressao verbal no trabalho #	
VL3 agressao fisica no trabalho #	
VL4 agressao verbal em casa #	
VL5 agressao fisica em casa #	
VL6 assedio sexual do chefe #	

VL7	violencia sexual	#	5 Sempre
VL8	alvo de piada/discriminacao no trab	#	
VL9	alvo de perseguiçao no trabalho	#	
VL10	assalto no trajeto ou durante o trab	#	

SVL somatorio de violencia no trabalho ##

- 1 Pessimo
- 2 Ruim
- 3 Bom
- 4 Muito_bom
- 5 Excelente

PARTE 05. FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

MODELO DEMANDA-CONTROLE – Escala Sueca de Demanda-Controle-Apoio social

D1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente • Às vezes • Raramente • Nunca ou quase nunca
D2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	
D3. Seu trabalho exige demais de você?	
D4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	
D5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	
C1. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	
C2. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	
C3. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	
C4. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	
C5. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	
C6. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	

A1. "Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho".	<ul style="list-style-type: none"> • Concordo totalmente • Concordo mais que discordo • Discordo mais que concordo • Discordo totalmente
A2. "No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros".	
A3. "Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho".	
A4. "Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem".	
A5. "No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes".	
A6. "Eu gosto de trabalhar com meus colegas".	

QUESTIONÁRIO DO MODELO DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA

E1. "Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho".	<ul style="list-style-type: none"> • Discordo • Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado
E2. "Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho".	

E3. "Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho".	<ul style="list-style-type: none"> • Concordo, e com isso fico um pouco estressado • Concordo, e com isso fico estressado • Concordo, e com isso fico muito estressado
E4. "Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora".	
E5. "Meu trabalho exige muito esforço físico".	
E6. "Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim".	

R1. "Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes"	<ul style="list-style-type: none"> • Concordo • Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado • Discordo, e com isso fico um pouco estressado • Discordo, e com isso fico estressado • Discordo, e com isso fico muito estressado
R2. "Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho".	
R3. "No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis".	
R4. "No trabalho, eu sou tratado injustamente"	

R5. "Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro"	<ul style="list-style-type: none"> • Discordo • Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado • Concordo, e com isso fico um pouco estressado • Concordo, e com isso fico estressado • Concordo, e com isso fico muito estressado
R6. "No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas"	
R7. "Tenho pouca estabilidade no emprego"	

R8. "A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento".	<ul style="list-style-type: none"> • Concordo • Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado • Discordo, e com isso fico um pouco estressado • Discordo, e com isso fico estressado • Discordo, e com isso fico muito estressado
R9. "No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço".	
R10. "Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas".	
R11. "Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado".	

O1. "No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo".	<ul style="list-style-type: none"> • Discordo totalmente • Discordo • Concordo • Concordo totalmente
O2. "Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho".	
O3. "Quando chego em casa, eu consigo relaxar e 'me desligar' facilmente do meu trabalho".	
O4. "As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho".	
O5. "O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir".	
O6. "Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje".	

PARTE 06. STATUS DE SAÚDE

PESO - peso (quilos) ###.##

ALT - altura (metros) #.##

IMC - indice de massa corporal ##.##

ABD - circunferencia abdominal (cm) ###

PAS - pressao arterial sistolica ###

PAD - pressao arterial diastolica ###

MORBIDADE: No último ano você teve diagnóstico e acompanhamento médico por:

0 Não 1 Sim	
MORB1 - problemas de coracao	MORB8 - AVC/derrame
MORB2 - diabetes	MORB9 - pressao alta
MORB3 - bronquite ou asma	MORB10 - HIV-AIDS/tuberculose
MORB4 - dores na coluna	MORB11 - tendinite
MORB5 - gastrite ou ulcera	MORB12 - artrite ou reumatismo
MORB6 - cancer	MORB13 - problemas de pele
MORB7 - problemas emocionais	MORB14 - cirurgia

MORB somatorio de morbidades no ultimo ano ##

PARTE 07. DADOS DO LAUDO MÉDICO PERICIAL

INSS - Concessao do beneficio no requerimento atual ##

B91 - Houve concessão de beneficio acidentario? ## pula

NEXO - Tipo de nexo tecnico previdenciario ##

- 1 Profissional
- 2 Individual
- 3 Epidemiologico
- 9 Nenhum

CID - Diagnostico do agravo incapacitante <AAAA>

FCID - Familia diagnostico do agravo ##

DESF - Desfecho do estudo #

CURRÍCULO LATTES – JOÃO SILVESTRE DA SILVA JÚNIOR

João Silvestre da Silva Júnior

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8530016527502011>
Última atualização do currículo em 25/07/2012

Graduação em Medicina, Pós-graduação em Medicina do Trabalho, Titulado Especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica Brasileira/Associação Nacional de Medicina do Trabalho. cursando Pós-Graduação em nível Mestrado no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com linha de pesquisa em Saúde do Trabalhador. Exerce atividade de Perito Médico Previdenciário no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social, e Professor Convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho. Atividades de coordenação adjuntas do programa teórico e atividades práticas. Experiência na área de Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde do Trabalhador, Medicina do Trabalho, Perícia Médica Previdenciária, Saúde Mental e Trabalho. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome João Silvestre da Silva Júnior
Nome em citações bibliográficas SILVA-JUNIOR J.S.; SILVA-JUNIOR, João Silvestre da; da Silva, J. S. Jr
Sexo Masculino

Endereço

Endereço Profissional Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho.
 Rua Cesário Motta Jr., 61 - 6º andar
 Santa Cecília
 01221-020 - São Paulo, SP - Brasil
 Telefone: (11) 32223812
 Fax: (11) 32220412
 URL da Homepage: <http://twitter.com/joaoasilvestrejr>

CURRÍCULO LATTES – FRIDA MARINA FISCHER

[Dados gerais](#)
[Formação](#)
[Atuação](#)
[Projetos](#)
[Produções](#)
[Educação e Popularização de C&T](#)
[Eventos](#)
[Orientações](#)
[Bancas](#)
[Citações](#)
[+](#)

Frida Marina Fischer
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B
 Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0894690311392249>
 Última atualização do currículo em 30/07/2012

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (1971), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1984). Realizou pós-doutorado no Institute of Occupational Health (Dortmund, Alemanha, 1984), Especialização em Ergonomia (Instituto de Psicologia da USP). Desde agosto de 1998 é professora titular da Universidade de São Paulo. Preside o Conselho Científico da Associação Brasileira de Ergonomia, sendo membro do Comitê de Certificação SisCEB. É membro do Conselho Científico da Associação Nacional de Medicina do Trabalho; É presidente da Working Time Society. É editora associada da Revista de Saúde Pública. Tem experiência em pesquisa e ensino na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador, atuando principalmente nos seguintes temas: ergonomia, organização do trabalho, trabalho em turnos e noturno, envelhecimento funcional precoce (early aging), trabalho de jovens adultos universitários e de adolescentes. Parecerista ad hoc de agências de fomento nacionais (CNPq, CAPES, FAPESP, entre outras). Parecerista ad hoc de vários periódicos nacionais e internacionais. Fellow da International Ergonomics Association. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Frida Marina Fischer

Nome em citações bibliográficas FISCHER, F. M.; Fischer, Frida Marina; Fischer, Frida; Fischer, Frida M.; Fischer, Frida M.; Fischer, F M

Sexo Feminino

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental.
Avenida Dr. Arnaldo, 715
Cercqueira Cesar