



Boletim Informativo de Saúde e Segurança da Força de Trabalho da Saúde

Edição nº1 | Abril/Junho 2025

Análise das Notificações de
Transtornos Mentais
Relacionados ao Trabalho:

*Um Alerta Crucial para a
Gestão do Trabalho em Saúde*

Brasília – DF
2025



Boletim Informativo de Saúde e Segurança da Força de Trabalho da Saúde

**Análise das Notificações de
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho:
Um Alerta Crucial para a Gestão do Trabalho em Saúde**

N.º 1 | Abril/Junho 2025



**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde /
Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde / Ministério da Saúde**

2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

N. 1 | Abr./Jun. 2025

OS 2025/0184

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco O, 9º andar

CEP: 70052-000 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

E-mails: cossets@saude.gov.br / cgvats@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Padilha

Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

Felipe Proença de Oliveira

Coordenação:

Tânia Maria de Araújo

Tatiane Araújo dos Santos

Elaboração:

Camila Carvalho de Sousa

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa

Francesca de Brito Magalhães

Lhaís Rodrigues Gonçalves

Maria Eduarda Pereira Dias

Tarciso de Figueiredo Palma

Revisão técnica:

Erica da Silva Bowes

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa

Izabela Fonseca Sampaio Medeiros

Marcia Helena de Moraes Diniz

Projeto gráfico, capa e diagramação:

Eduardo Grisoni

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI

Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
MÉTODO	7
RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	26



INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), na atualidade, têm se tornado um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, não apenas no Brasil, mas em muitos países ao redor do mundo. Os TMRT representam a terceira causa de afastamento e concessão de benefícios previdenciários por incapacidade laborativa no País. A prevalência crescente de agravos como depressão, ansiedade e transtornos relacionados ao estresse tem impacto direto na produtividade, na qualidade de vida, no sustento pessoal e familiar das trabalhadoras e dos trabalhadores, bem como na satisfação pessoal e com o trabalho (Souza *et al.*, 2020).

O adoecimento mental é um problema de saúde crescente que impacta todos os grupos ocupacionais e atividades econômicas, contudo sua magnitude e sua abrangência são especialmente elevadas em setores como o da saúde. O ambiente de trabalho no setor da saúde é marcado pela exposição aos estressores ocupacionais, como altas demandas, longas jornadas de trabalho, necessidade constante de tomada de decisão e vivência diária de situações emocionalmente desafiadoras e que impactam diretamente a saúde e a vida de outras pessoas (Esperidião; Saidel; Rodrigues, 2020). Assim, a exposição prolongada e contínua a esses estressores tem impacto não apenas na saúde e no bem-estar das trabalhadoras e dos trabalhadores, mas afeta também a qualidade dos serviços prestados.

Cabe destacar que a pandemia da covid-19 intensificou o adoecimento mental relacionado ao trabalho, especialmente para aqueles grupos intensamente demandados nesse período, como foram as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde (TS) (Heliotério *et al.*, 2020). Os TMRT, que já tinham destaque como importante causa de adoecimento entre TS, cresceram ainda mais em relevância no contexto atual.

Conhecer melhor os transtornos mentais e sua distribuição entre TS é essencial para criar estratégias eficazes de intervenção e políticas públicas na área de Gestão do Trabalho em Saúde (GTS). O primeiro passo nesse processo é estabelecer um monitoramento regular, que comece com um diagnóstico preciso. Esse diagnóstico pode ser realizado a partir de dados de sistemas de informações já existentes, uma maneira rápida, útil e eficiente de obter informações que orientem ações e intervenções (Brasil, 2023).



Os TMRT, desde 2006, estão incluídos na lista de notificação na estratégia de vigilância sentinela no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sinan é uma fonte valiosa para diagnosticar a situação de saúde mental de grupos ocupacionais no Brasil, permitindo uma análise geral inicial e fornecendo um bom direcionamento para investigações futuras. Este Boletim tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico das notificações de TMRT entre trabalhadoras e trabalhadores da saúde no Brasil, registradas no Sinan no período de 2007 a 2023.



MÉTODO

Este é um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos casos de TMRT entre TS no Brasil. Os dados de TMRT foram provenientes do Sinan, atualizados em maio de 2024 e disponíveis publicamente na base de dados do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Ressalta-se que o banco de dados do Espírito Santo não está disponível no DataSUS desde o ano de 2020 – o estado possui um sistema próprio de notificação. Como os dados não são notificados ao Sinan, não foi possível acessar a situação de saúde mental de TS nesse estado.

A população do estudo incluiu trabalhadoras e trabalhadores da saúde, conforme a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) de 2010, através da seção “Saúde Humana e Serviços Sociais”, contemplando as subclasses 86, 87.1 e 87.2, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002, extraída do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes), conforme os seguintes códigos em nível de família: 2211 – Biólogos e afins; 2212 – Biomédicos; 2231 – Médicos; 2232 – Cirurgiões-dentistas; 2233 – Veterinários e zootecnistas; 2234 – Farmacêuticos; 2235 – Enfermeiros; 2236 – Profissionais da fisioterapia e afins; 2237 – Nutricionistas; 2238 – Fonoaudiólogos, 2239 – Terapeutas ocupacionais e afins; 2241 – Profissionais da educação física; 2515 – Psicólogos e psicanalistas; 2516 – Assistentes sociais e economistas domésticos; 3201 – Técnicos em biologia; 3221 – Tecnólogos de terapias complementares; 3222 – Técnicos e auxiliares de enfermagem; 3223 – Técnicos em óptica e optometria; 3224 – Técnicos de odontologia; 3225 – Técnicos em próteses ortopédicas; 3226 – Técnicos de imobilizações ortopédicas; 3241 – Técnicos em equipamentos médicos odontológicos; 3242 – Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica; 3251 – Técnico em farmácia e em manipulação farmacêutica; 3252 – Técnicos em produção, conservação e de qualidade de alimentos; 5151 – Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde; 5152 – Auxiliares de laboratório da saúde; 3253 – Técnicos de apoio à biotecnologia; 3281 – Técnicos em necrópsia e taxidermistas; 5151-05 – Agentes comunitários de saúde; 3522-10 – Agente de saúde pública.

As frequências absolutas e relativas foram calculadas para as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, ocupação (de acordo com a família CBO),



ano e unidade federativa (UF) de notificação, situação no mercado de trabalho e condutas adotadas.

Foram calculadas prevalências para o Brasil, por região, por UF e por CBO. Os grupos ocupacionais destacados na análise foram aqueles com maior frequência de TMRT, que incluíram: técnica e auxiliar de enfermagem, agente de saúde pública, enfermeira, agente comunitário de saúde, odontólogo, outras ocupações de nível técnico e auxiliar, outras ocupações de nível superior.

Para o cálculo das prevalências de TMRT, o numerador correspondeu ao número de casos registrados no Sinan, e o denominador correspondeu ao dado de população de TS extraído do Cnes a cada ano considerado na estimativa [Prev= (número de casos notificados de TMRT em TS / total de TS cadastrados no Cnes em junho do ano de referência) x 10⁰].

Também foram estimadas as prevalências de período por região do País. A prevalência de período é definida como a frequência de um agravo ou doença existente durante um determinado período de tempo (inclui casos existentes ou prevalentes somados aos casos novos ou incidentes que ocorreram no período). Para a prevalência de período, o denominador é definido como a população de referência média ao longo do período (Szklo; Nieto, 2014). A prevalência de período foi estimada por triênios (2015-2017; 2018-2020; 2021-2023). Nessas estimativas, o denominador utilizado foi o da população do ano do meio do período.

Para calcular a variação percentual proporcional (VPP) de TMRT, foi empregada a fórmula: $[(n.º \text{ de casos notificados no ano final}) - (n.º \text{ de casos notificados no ano inicial}) / (n.º \text{ de casos notificados no inicial}) \times 100]$.

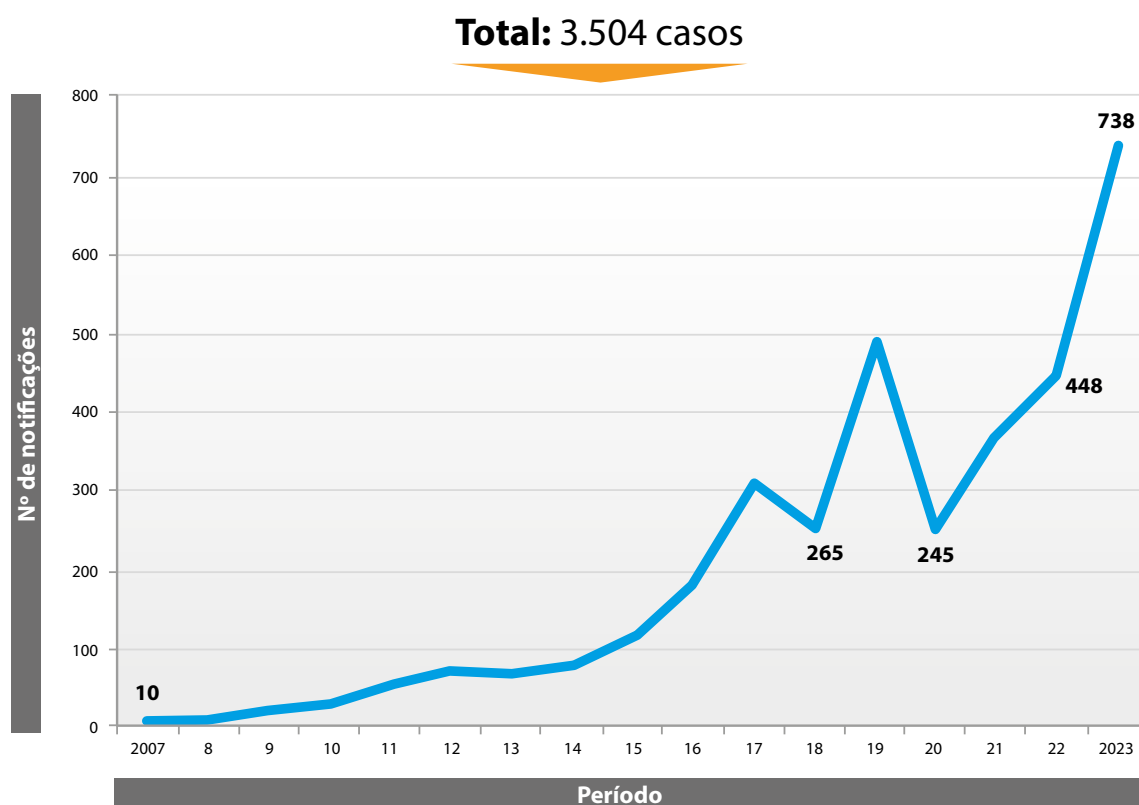
Os dados foram analisados utilizando *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0, e o Microsoft Excel, 2016.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, entre 2007 e 2023, foram notificados 3.504 casos de TMRT em trabalhadoras e trabalhadores da saúde (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Distribuição do número de notificações de TMRT em TS no Brasil, por ano, 2007 a 2023



Fonte: Sinan (2007-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

A maior parte dos casos de TMRT em TS ocorreu entre mulheres (87,5%), nas faixas etárias de 30 a 39 anos (35,3%) e de 40 a 49 anos (34,5%), entre pessoas de raça/cor branca (56,8%), seguida por parda (33,3%) e preta (8,5%), enquanto amarela e indígena representaram menos de 1% cada (**Tabela 1**).

O nível médio de escolaridade foi predominante (45,8%), com percentual próximo do ensino superior completo (43,0%). O município de Porto Alegre registrou o maior percentual de casos de TMRT, seguido por Natal, São Paulo, Belo Horizonte e Montes Claros. As características sociodemográficas apresentaram pouca variação entre os sexos (**Tabela 1**).



Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica das notificações de TMRT em TS – Brasil, 2007 a 2023

Características sociodemográficas			Homens		Mulheres	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	3.504	100	437	12,5	3.067	87,5
Faixa etária*						
De 17 a 29 anos	445	12,8	57	13,2	389	12,7
De 30 a 39 anos	1.229	35,3	155	36,0	1.074	35,2
De 40 a 49 anos	1.203	34,5	150	34,8	1.053	34,5
De 50 a 59 anos	542	15,5	52	12,1	490	16,0
De 60 a 69 anos	63	1,8	16	3,7	47	1,5
De 70 a 79 anos	4	0,1	1	0,2	3	0,1
Raça/cor**						
Parda	1.019	33,3	137	35,7	882	33,0
Preta	259	8,5	28	7,3	231	8,6
Branca	1.737	56,8	208	54,2	1.529	57,2
Amarela	26	0,8	7	1,8	19	0,7
Indígena	18	0,6	4	1,0	14	0,5
Escolaridade***						
Até o fundamental completo	96	3,2	11	2,9	85	3,3
Até o ensino médio completo	1.367	45,8	151	39,8	1.216	46,6
Superior incompleto	239	8,0	36	9,5	203	7,8
Superior completo	1.283	43,0	181	47,8	1.102	42,3
Municípios com maior número de registros****						
Porto Alegre	279	8,0	26	9,3	253	90,7
Natal	182	5,2	24	13,2	158	86,8
São Paulo	146	4,2	22	15,1	124	84,9
Belo Horizonte	119	3,4	10	8,4	109	91,6
Montes Claros	95	2,7	23	24,2	72	75,8

Fonte: Sinan, 2024.

*Para faixa etária, houve 18 registros com erro de notificação.

** Para raça/cor, 445 (12,7%) registros estavam perdidos ou ignorados.

***Para escolaridade, 519 (14,8%) registros não notificados, ignorados ou "não se aplica".

**** Os TMRT em TS foram registrados em 474 municípios do Brasil (8,5% do total de municípios do País). As cinco cidades com as primeiras posições de maior número de casos totalizaram 23,5% do conjunto de notificações feitas (n=821) – os dados estão apresentados na tabela. Ressalta-se que as proporções das características sociodemográficas foram calculadas nas colunas, comparando-se o dado da variável de interesse em homens (100%) e em mulheres (100%). No caso específico da análise pelos cinco municípios de destaque, os percentuais foram estimados separadamente para cada cidade (100% na linha) – o que permitiu avaliar a distribuição de casos por sexo em cada município.

A ocupação não foi registrada em 3,7% (n=129) das notificações de TMRT em TS (**Tabela 2**). As ocupações com maior frequência de casos foram: auxiliares e técnicos de enfermagem, que representaram mais de um terço dos casos (35,2%); agentes comunitários de saúde (19,4%) e enfermeiras(os) (17,7%) – essas ocupações,



em conjunto, responderam por 72,3% dos casos. A distribuição percentual de casos por ocupação foi similar entre homens e mulheres nas categorias com maior número de registros: auxiliares e técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde e enfermeiros(as). Entre as mulheres, essas três ocupações concentraram 74,4% dos casos; entre os homens, elas totalizaram 56,7%. Destacam-se, no entanto, diferenças na participação por sexo em algumas ocupações específicas, como na categoria médica (médicos foram 8,9% entre homens e médicas apenas 2,9% entre as mulheres), agentes comunitários(as) de saúde (7,9% entre os homens e 4,1% entre as mulheres) e outras ocupações de nível técnico e auxiliar (9,8% entre homens e 5,9% entre mulheres).

Tabela 2 – Distribuição dos TMRT em TS segundo ocupação e sexo – Brasil, 2007 a 2023

Grupos ocupacionais/sexo	N.º	%	Homens		Mulheres	
			N.º	%	N.º	%
Total de casos	3.375	100	-	-	-	-
Auxiliares e técnicos(as) de enfermagem	1.189	35,2	114	26,6	1.075	36,5
Agentes comunitários de saúde	654	19,4	69	16,1	585	19,9
Enfermeiras(os)	599	17,7	60	14,0	539	18,3
Outras ocupações de nível superior	324	9,6	50	11,7	274	9,3
Outras ocupações de nível técnico e auxiliar	216	6,4	42	9,8	174	5,9
Agentes de saúde pública	154	4,6	34	7,9	120	4,1
Médicas(os)	123	3,6	38	8,9	85	2,9
Outras ocupações administrativas	51	1,5	9	2,2	42	1,4
Cirurgião-Dentista	44	1,3	11	2,6	33	1,1
Outras ocupações de nível elementar	12	0,4	0	0,0	12	0,4
Administração	7	0,2	0	0,0	7	0,2
Serviços de limpeza e conservação	2	0,1	1	0,2	1	0,0

Fonte: Sinan (2007-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

Considerando os diagnósticos mais frequentes, destacaram-se os transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes, que representaram 21,3% dos casos entre os homens e 18,8% entre as mulheres (**Gráfico 2**). Os transtornos relacionados ao estresse pós-traumático (TEPT) ocuparam a segunda posição (16,1% em homens e 14,0% em mulheres). Transtorno de adaptação esteve na terceira posição entre os homens (11,4%), seguido dos transtornos do humor (10,2%) e

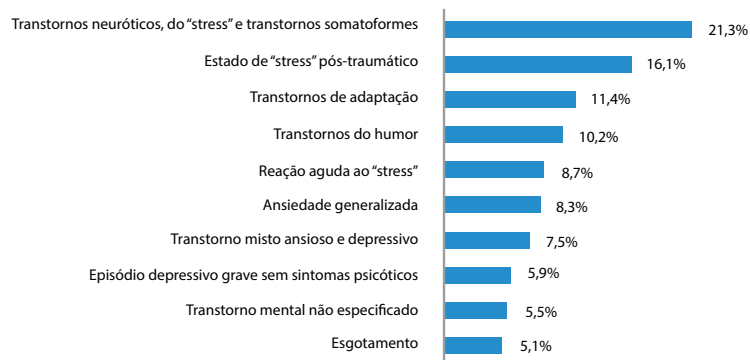
de reação aguda ao estresse (8,7%). Entre as mulheres, transtornos do humor ocupou a terceira posição (12,2%), seguidos de transtorno aguda ao estresse (9,8%) e transtorno misto ansioso e depressivo (9,2%).

Gráfico 2 – Distribuição percentual (%) dos dez diagnósticos de TMRT em TS mais prevalentes – Brasil, 2007 a 2023

Mulheres



Homens



Fonte: Sinan (2007-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

Considerando a situação no mercado de trabalho, houve predomínio de servidores públicos estatutários (45,8%), empregados registrados com carteira assinada (32,4%) e servidores públicos celetistas (15,1%) (**Tabela 3**). Não foram verificadas diferenças significativas na forma de contratação entre os estratos de sexo.



Quanto às condutas adotadas após a identificação de TMRT, predominaram: afastamento do trabalho (36,2%), afastamento da situação de desgaste mental (33,3%) e medidas de proteção individual (9,4%). Apenas 11,8% referiram mudança na organização do trabalho. Nenhuma medida foi adotada em 5,9% dos casos. Não foram observadas diferenças significativas entre as trabalhadoras e os trabalhadores.

As medidas adotadas foram predominantemente centradas no indivíduo, como afastamento do trabalho e de proteção individual, porém essas ações são insuficientes frente à complexidade do problema, dado que as fontes do adoecimento e do sofrimento estão diretamente relacionadas à forma como o trabalho é organizado, como são estabelecidos os modelos de gestão, de tomada de decisão, de hierarquia, de apoio da chefia e de colegas de trabalho, entre outros aspectos que estruturam as relações e as condições de trabalho em contextos específicos. Portanto, devem-se considerar elementos políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e organizacionais que expliquem o sofrimento mental da classe trabalhadora e direcionem ações de mitigação, redução e supressão dessas fontes (Pereira *et al.*, 2020).

A evolução dos casos relatada é preocupante, especialmente pela ausência de acompanhamento dos casos registrados (não havia informação desse dado em 31,3% dos casos). Entre os casos que notificaram esse campo, apenas 8% evoluíram para a cura (7,7% entre os homens e 8% entre as mulheres). A maioria dos casos (72,9%) resultou em incapacidade temporária (73,9% entre os homens e 72,9% entre as mulheres). Incapacidade permanente parcial ou total foi relatada por 3,8% dos casos – sendo maior entre os homens (5,7%) do que entre as mulheres (3,5%). Foram registrados dois óbitos por doença relacionada ao trabalho em homens (**Tabela 3**).

Mais da metade dos trabalhadores (59,2%) relatou que havia outros colegas com a mesma doença no ambiente de trabalho. Especificamente, entre os homens, 63,2% relataram a presença de outros afetados, enquanto entre as mulheres o percentual foi de 58,6%.

Tabela 3 – Caracterização dos casos de TMRT em TS considerando vínculo de trabalho e condições gerais das condutas adotadas – Brasil, 2007 a 2023

Características ocupacionais, de conduta e evolução	N.º	%	Homens		Mulheres	
			N.º	%	N.º	%
Vínculo empregatício*						
Servidor(a) público(a) estatuário	1.502	45,8	205	51,2	1.297	45,2
Empregado(a) com carteira assinada	1.060	32,4	114	28,4	946	32,9
Servidor(a) público(a) celetista	494	15,1	55	13,7	439	15,3
Cooperativado(a)	74	2,3	11	2,8	63	2,3
Trabalho temporário	55	1,7	4	1,0	51	1,8
Empregado(a) não registrado(a)	39	1,2	5	1,3	34	1,2
Trabalhador(a) avulso(a)	18	0,6	1	0,3	17	0,6
Autônomo(a)/conta própria	16	0,5	5	1,3	11	0,3
Outros	13	0,4	0	0,0	13	0,4
Condutas**						
Afastamento do local de trabalho	1.582	36,2	193	36,1	1.389	36,2
Afastamento da situação de desgaste mental	1.458	33,3	167	31,3	1.291	33,6
Adoção de proteção individual	412	9,4	51	9,6	361	9,4
Adoção de proteção coletiva	148	3,4	21	3,9	127	3,3
Adoção de mudança na organização de trabalho	516	11,8	66	12,4	450	11,7
Nenhuma medida	258	5,9	36	6,7	222	5,8
Evolução dos casos***						
Cura	192	8,0	23	7,7	169	8,0
Cura não confirmada	365	15,2	36	12,0	329	15,6
Incapacidade temporária	1.758	72,9	221	73,9	1.537	73,0
Incapacidade permanente parcial ou total	90	3,8	17	5,7	73	3,5
Óbito por doença relacionada ao trabalho	2	0,1	2	0,7	0	0,0
Trabalhadores com TMRT no mesmo local de trabalho****						
Sim	1.219	59,2	168	63,2	1.051	58,6
Não	841	40,8	98	36,8	743	41,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan, 2024).

Notas:

*Em “Situação no mercado de trabalho”, 6,6% (n=233) foram perdidos.

**As condutas podem ser cumulativas, portanto os percentuais não totalizam 100%.

***Na evolução dos casos, 1.097 (31,3%) registros constavam como ignorados/outros ou sem informação.

****Para 1.444 dos casos (41,2%), não foi registrada a informação sobre a notificação de outros trabalhadores doentes no mesmo local de trabalho.



As prevalências de TMRT entre TS foram estimadas para o Brasil, por região e por estado (**Tabela 4**). Cabe ressaltar que, entre 2007 e 2014, os dados sugerem elevada subnotificação; em função disso, para as estimativas de prevalência, optou-se por conduzir a análise com dados notificados a partir de 2015, portanto referem-se apenas ao período 2015-2023.

Para o Brasil, observou-se aumento de 525,4% no período analisado, passando de 3,5/100.000 TS, em 2015, para 13,3/100.000 TS, em 2023. Essa tendência de crescimento no período foi mantida em todas as regiões do País, com maior elevação nas Regiões Sul (com VPP=946,2%; variando de 2,5/100.000 TS, em 2015, para 15,1/100.000 TS, em 2023) e Centro-Oeste (VPP=661,5%; 2015: 5,2/100.000 TS e 2023: 21,9/100.000 TS).

Foi identificado problema significativo na notificação de casos em alguns estados brasileiros. O estado do Amapá, por exemplo, não notificou nenhum caso em todo o período analisado. O Piauí notificou casos apenas em 2023. Além disso, problemas de notificação também foram observados no Distrito Federal, no Mato Grosso, no Acre e em Roraima, com vários anos sem registro.

As mais elevadas prevalências de TMRT foram observadas no ano de 2023. Nesse ano, o estado do Mato Grosso do Sul apresentou a maior prevalência de TMRT (95,9/100.000 TS). Também se destacaram os estados do Rio Grande do Norte (50,8/100.000 TS), Roraima (45,7/100.000), Paraíba (35,2/100.000), Pará (30,5/100.000) e Rio Grande do Sul (26,4/100.000 TS) (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Prevalência de TMRT em TS por região e unidade federativa – Brasil, 2015 a 2023

Região e unidade da Federação	Prevalência /100.000 TS, por ano								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brasil	3,5	5,1	8,5	6,5	11,9	5,6	7,4	8,6	13,3
Região Norte	1,3	1,7	3,2	3,0	6,4	4,5	8,9	6,4	19,9
Rondônia	0,0	3,6	3,5	3,2	3,0	5,3	14,1	14,0	17,3
Acre	0,0	0,0	7,2	0,0	0,0	6,1	0,0	20,7	29,5
Amazonas	1,8	1,7	3,4	4,5	5,7	0,0	12,8	2,3	6,5
Roraima	0,0	0,0	18,3	0,0	41,3	14,5	19,8	0,0	45,7
Pará	1,2	2,3	1,1	3,1	3,0	6,4	7,5	5,4	30,5
Amapá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	3,9	0,0	3,2	3,1	14,9	5,5	2,5	9,8	11,8
Região Nordeste	5,7	4,4	8,3	5,9	8,9	7,8	10,7	10,1	13,6
Maranhão	2,5	1,2	0,0	2,1	0,0	5,6	2,5	4,8	5,1
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Ceará	0,9	3,6	3,4	6,5	5,2	2,7	15,8	11,9	19,2
Rio Grande do Norte	18,8	21,8	19,3	21,8	40,0	30,1	34,5	30,9	50,8
Paraíba	29,6	3,2	26,4	8,8	11,5	9,5	21,1	22,1	35,2
Pernambuco	0,8	2,2	11,1	2,7	3,8	3,6	5,4	7,7	5,4
Alagoas	2,2	10,4	14,4	20,9	24,6	22,6	20,8	6,9	10,4
Sergipe	13,0	5,1	2,5	2,4	13,7	10,6	17,4	9,2	11,7
Bahia	2,5	2,9	5,9	3,0	6,8	5,9	4,0	7,0	6,3
Região Sudeste	2,9	5,0	9,3	6,9	7,8	4,6	5,6	8,8	10,0
Minas Gerais	3,8	9,3	24,5	16,5	17,4	9,7	10,6	22,8	21,1
Espírito Santo	3,0	4,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio de Janeiro	1,4	0,7	0,3	3,0	2,9	0,9	2,6	1,8	2,5
São Paulo	3,0	4,4	5,8	4,1	5,3	3,6	4,4	5,0	7,9
Região Sul	2,5	9,5	8,5	7,5	30,8	5,4	8,6	6,8	15,1
Paraná	1,0	4,4	1,4	1,3	5,1	2,8	5,4	6,0	10,8
Santa Catarina	1,6	0,8	0,7	0,0	7,5	2,3	6,1	3,3	4,8
Rio Grande do Sul	4,4	19,7	20,1	17,9	69,8	10,1	13,2	9,8	26,4
Região Centro-Oeste	5,2	2,6	8,6	7,1	12,5	5,9	6,0	8,0	21,9
Mato Grosso do Sul	10,5	3,9	29,6	35,8	62,4	13,6	16,1	34,6	95,9
Mato Grosso	2,0	0,0	0,0	1,7	1,6	0,0	0,0	1,2	1,1
Goiás	1,0	5,0	0,0	0,0	0,8	9,3	8,3	2,5	4,7
Distrito Federal	10,8	0,0	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	10,8

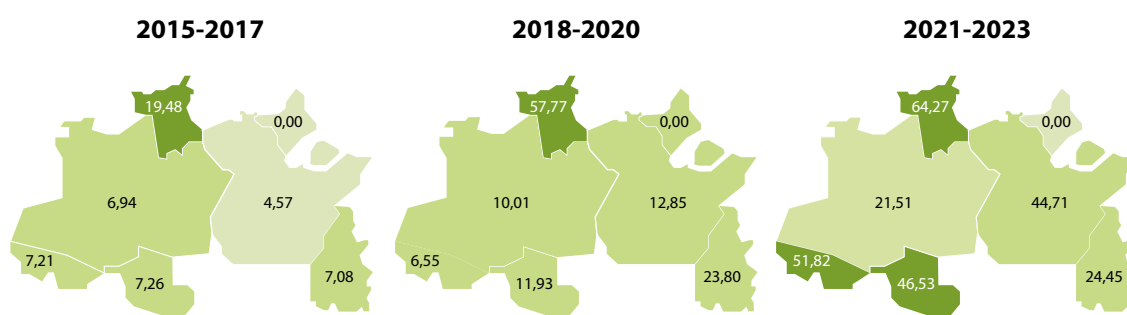
Fonte: Sinan (2007-2023). Dados atualizados em maio de 2024.



A visualização dos dados em mapas permite comparar a ocorrência de um evento em diferentes áreas geográficas e unidades temporais. A intensidade das cores favorece a identificação de diferenças e similaridades mais facilmente: maior intensidade da cor, maior magnitude do evento investigado (no caso, a prevalência). Assim analisamos as prevalências de TMRT em três períodos, ordenados por triênios: 2015-2017; 2018-2020 e 2021-2023. A análise foi conduzida por região do País, no intuito de analisar áreas (estados) com algum nível de semelhança com relação a características regionais e contextuais.

A **Figura 1** apresenta os dados da Região Norte. Nos triênios considerados, o incremento na prevalência de TMRT evidenciou claramente o aumento dos TMRT em TS em todos os estados, com destaque para Roraima, Acre, Rondônia e Pará. Cabe registrar que essa elevação também expressa, em alguma medida, os esforços e os avanços na notificação de casos.

Figura 1 – Prevalência de notificações de TMRT (/100.000 TS) por unidades federativas da Região Norte do Brasil, por triênios (2015 a 2023)

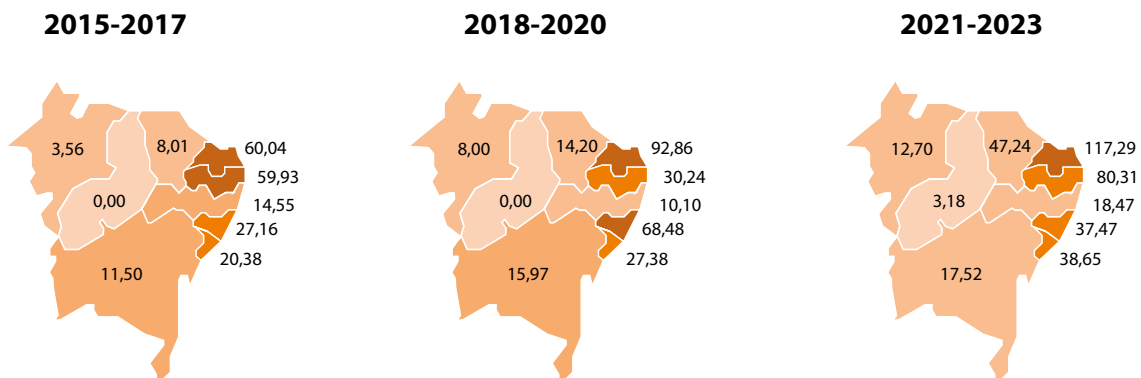


Fonte: Cnes. Sinan (2015-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

Na Região Nordeste, os estados do Rio Grande do Norte e da Paraíba destacaram-se nos três triênios, registrando as mais elevadas prevalências de TMRT (**Figura 2**). Como já mencionado, no estado do Piauí não houve notificação nos primeiros dois triênios. Os estados do Ceará (VPP=489,7%), do Maranhão (VPP=256,7%), do Rio Grande do Norte (VPP=95,3%) e de Sergipe (VPP=89,2%) foram aqueles com maior

incremento na prevalência de TMRT em TS, comparando o primeiro e o último triênio. Paraíba (VPP=34,0%) e Pernambuco (VPP=26,0%) foram os estados com as menores VPP nas notificações entre 2015-2017 e 2021-2023¹.

Figura 2 – Prevalência de TMRT em TS (/100.000 TS) por unidades federativas da Região Nordeste do Brasil, por triênios (2015 a 2023)



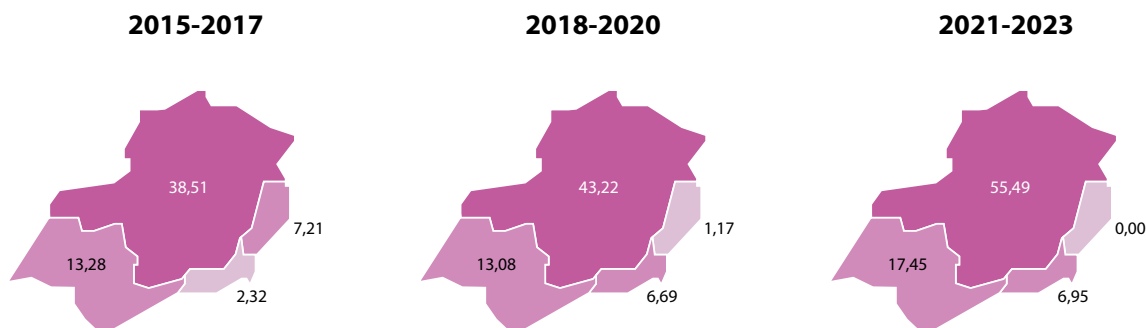
Fonte: Cnes. Sinan (2015-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

De modo similar às demais regiões, na Região Sudeste também se observou aumento da prevalência de TMRT nos triênios analisados, apresentando-se mais elevada em Minas Gerais (**Figura 3**). Contudo, as VPP das notificações nessas unidades federativas foram menores que nas regiões previamente analisadas. A VPP foi maior no Rio de Janeiro (199,5%). Em Minas Gerais, foi de 44,0% e, em São Paulo, de 31,4%. Ressalta-se, como previamente mencionado, que a partir de 2020 o Espírito Santo criou um sistema de notificação próprio; assim, no último triênio, os dados desse estado não constam no Sinan.

¹ Dados de VPP não apresentados em gráficos ou tabelas.



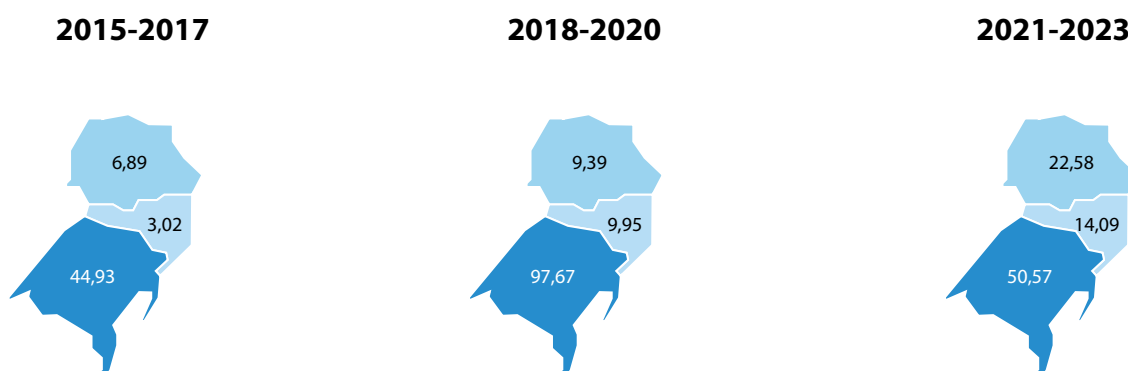
Figura 3 – Prevalência de TMRT em TS (/100.000 TS) por unidades federativas da Região Sudeste do Brasil, por triênios (2015 a 2023)



Fonte: Cnes. Sinan (2015-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

Nos três triênios, o Rio Grande do Sul (RS) apresentou prevalências de notificações de TMRT em TS maior que os demais estados da Região Sul (1º triênio: 44,9/100.000 TS, 2º: 97,6/100.000 TS; 3º: 50,5/100.000 TS) (**Figura 4**). As prevalências registradas no RS foram mais elevadas em comparação aos dois outros estados da região, contudo, quando se avaliou as VPP, comparando o 1º e o 3º triênios, observaram-se aumentos mais expressivos em Santa Catarina (VPP=366%) e no Paraná (VPP=227,7%).

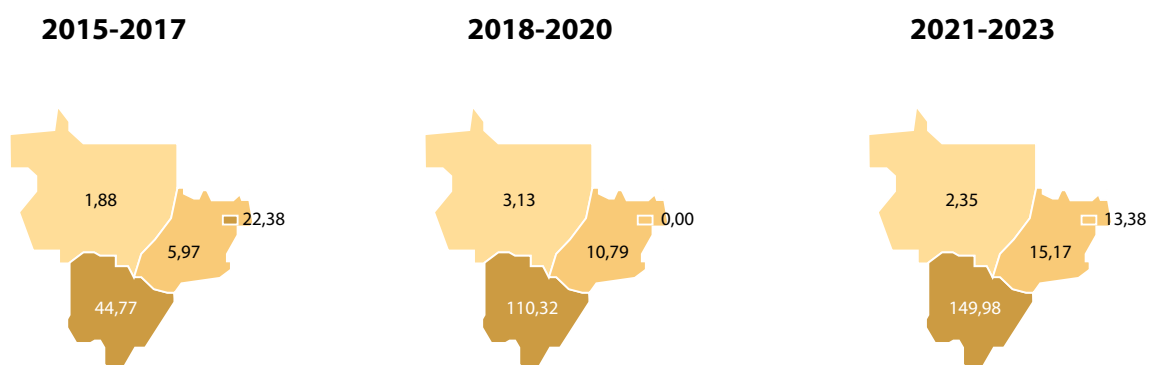
Figura 4 – Prevalência de TMRT (/100.000 TS) em TS por unidades federativas da Região Sul do Brasil, por triênios (2015 a 2023)



Fonte: Cnes. Sinan (2015-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

Na Região Centro-Oeste, as prevalências de TMRT em TS no estado do Mato Grosso do Sul apresentaram-se superiores à maioria dos estados nessa região e também das demais regiões do País: 1º triênio: 44,7/100.000 TS; 2º triênio: 110,3/100.000 TS; e 3º triênio: 149,9/100.000 TS (**Figura 5**). Chama a atenção o decréscimo da prevalência de TMRT em TS no Distrito Federal (DF), comprando-se o 1º e o 3º triênios (VPP=-40,2%), além da ausência de registros no 2º triênio. É possível que dificuldades nas ações de identificação e registro de casos no DF tenham impactado a notificação, gerando estimativas menores de prevalência de TMRT em TS, sem que, efetivamente, tenha havido decréscimo na ocorrência de casos.

Figura 5 – Prevalência de TMRT (/100.000 TS) por unidades federativas da Região Centro-Oeste do Brasil, por triênios (2015 a 2023)



Fonte: Cnes. Sinan (2015-2023). Dados atualizados em maio de 2024.

É importante considerar algumas limitações dos dados apresentados. Uma das principais é a subnotificação, que compromete a precisão do número de casos e dificulta a avaliação e o dimensionamento do problema. Essa limitação interfere na análise da distribuição dos casos entre as populações e regiões afetadas, além de dificultar a identificação dos fatores que causam ou agravam os TMRT. Isso é especialmente desafiador em um país como o Brasil, que apresenta grandes desigualdades sociais e uma vasta extensão territorial (Cardoso; Araújo, 2018).

A oscilação nos registros de TMRT, ao longo do período estudado por estado e região, evidencia a necessidade de estabelecimento de fluxos de acompanhamento



e de Vigilância Epidemiológica dos TMRT de abrangência nacional. Apesar de estar claramente identificado o crescimento da ocorrência dos TMRT entre trabalhadoras e trabalhadores da saúde no período investigado em todo o País, é importante considerar a possibilidade de viés nas informações. Estados que implementaram sistemas contínuos de monitoramento tendem a registrar prevalências mais elevadas devido à sua abordagem proativa. Em contrapartida, estados com menor investimento e ações limitadas podem apresentar prevalências mais baixas, muitas vezes por falta de detecção adequada e oportuna. Assim, a criação e a padronização de critérios de qualidade da informação em nível nacional permanecem um desafio essencial para obter um diagnóstico preciso da situação.

Importante também considerar as limitações relativas ao tipo de indicador estimado, especialmente a prevalência de período. O primeiro aspecto limitante na estimativa desse tipo de indicador de morbidade é que ele resulta da combinação de medidas de prevalência pontual e incidência (Costa; Kale, 2002), o que pode dificultar a sua interpretação, uma vez que a população pode mudar consideravelmente ao longo do período de acompanhamento e a ocorrência do desfecho também pode variar. Em síntese, é uma medida que não distingue indicadores que deveriam ser analisados separadamente (prevalência e incidência), posto que têm significados e usos específicos em epidemiologia. Porém, mesmo quando os dados disponíveis não permitem distinguir claramente entre casos prevalentes e casos incidentes, as medidas gerais ainda podem fornecer informações valiosas. Esses dados podem ajudar a identificar tendências gerais, avaliar o impacto de intervenções ou políticas, e compreender a magnitude de um problema de saúde ou outro fenômeno. Embora a distinção entre casos prevalentes e incidentes possa proporcionar uma análise mais detalhada e precisa, o uso de medidas mais gerais é uma alternativa útil quando os dados são limitados, podendo ser uma medida de significativa utilidade para os serviços de saúde e ações de saúde pública e para a definição de políticas de saúde.

Para doenças e agravos cujo início é difícil de detectar, como os transtornos mentais, as estimativas de prevalência são valiosas. Elas oferecem uma visão abrangente da magnitude do problema e ajudam a identificar quais grupos ou áreas são mais afetadas. Com essas informações, é possível direcionar recursos e intervenções de forma

eficaz, além de planejar estratégias de prevenção e tratamento. Esse acompanhamento da situação também permite monitorar mudanças ao longo do tempo. Apesar das limitações dessas estimativas, elas constituem uma base fundamental para o desenvolvimento de políticas e ações que visem melhorar a saúde mental e o bem-estar das populações trabalhadoras.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste Boletim evidenciam, com clareza, que os TMRT em trabalhadoras e trabalhadores da saúde cresceram em relevância em todas as regiões e estados do Brasil. O crescimento nos últimos anos, especialmente em 2022 e 2023, é alarmante. Os dados explicitam a necessidade urgente de medidas de proteção de saúde mental no trabalho em saúde e dão visibilidade ao conjunto de pessoas, já afetadas, que necessitam de apoio e atenção.

Para enfrentar esse crescente problema de saúde pública, é fundamental adotar medidas articuladas que visem à redução dos casos de adoecimento mental. Nesse sentido, a gestão do trabalho pode promover ações que reduzam fatores de risco ao adoecimento mental, sendo as principais:

a) Mudanças na organização do trabalho – implementar estratégias que controlem e reduzam os fatores estressores, promovendo um ambiente mais saudável e equilibrado. Isso pode envolver a reestruturação de processos, a promoção de pausas regulares e a revisão de metas e prazos.

b) Aumento da autonomia e da participação dos trabalhadores – estimular a participação ativa das trabalhadoras e dos trabalhadores nos processos decisórios, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e suas necessidades atendidas. Isso não apenas melhora a satisfação no trabalho, mas também fortalece o comprometimento e a motivação.

c) Apoio efetivo das chefias e dos colegas de trabalho – fomentar uma cultura de apoio e colaboração, em que as chefias e os colegas ofereçam assistência mútua nas atividades laborais. Isso pode incluir programas de mentoria, feedback construtivo e iniciativas de bem-estar que promovam a solidariedade e o respeito no ambiente de trabalho. Essas medidas, implementadas de forma integrada, são essenciais para criar um ambiente laboral que priorize a saúde mental e o bem-estar das trabalhadoras e trabalhadores.

Medidas coletivas de promoção e de prevenção da saúde mental devem ser fortemente encorajadas e implementadas. Ou seja, para garantir ambientes de trabalho saudáveis é crucial o envolvimento de empregadores(as), gestores(as) e trabalhadores(as)



para discutir e definir as características dos processos e da organização do trabalho e as medidas de promoção da saúde mental no trabalho. Dessa forma, as intervenções para proteção da saúde mental devem diminuir os fatores de riscos relacionados ao trabalho, favorecer as condições positivas no trabalho, desenvolver as habilidades das trabalhadoras e dos trabalhadores e fomentar condutas de cuidado às pessoas já afetadas pelos transtornos mentais.

O *Guia de Vigilância em Saúde* do Ministério da Saúde apresenta estratégias voltadas para a prevenção de agravos e a promoção da saúde mental. Ao focar especificamente as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde do SUS, é fundamental desenvolver ações como:

- Implementar a Política de Gestão do Trabalho em Saúde, a fim de garantir, junto com o Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios, espaços para discussão e operacionalização das ações de saúde do trabalhador para os TS do SUS.
- Desenvolver e implantar o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança dos TS do SUS (Pnaist/SUS).
- Determinar orientações e prioridades para a realização das ações de vigilância em saúde mental do trabalhador, desde ações da Vigilância Epidemiológica, para garantir a notificação da doença, e a vigilância de ambientes e processos de trabalho, por meio das inspeções sanitárias em saúde do trabalhador.
- Fortalecer a atuação da gestão do trabalho, principalmente na saúde e na segurança do trabalho, nas ações de proteção e promoção, assistência e reabilitação da saúde mental dos TS.
- Constituir a cultura organizacional do cuidado integral e da promoção da saúde mental dos TSS nos serviços do SUS.
- Realizar ações de Educação em Saúde, Educação Permanente para formação e qualificação dos profissionais de saúde que estão vinculados à gestão do trabalho nos municípios e no estado, considerando a saúde mental das trabalhadoras e trabalhadores.

Para informações adicionais, recomenda-se consultar o *Guia de Vigilância Epidemiológica* no componente de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no capítulo de “Transtornos mentais relacionados ao trabalho”.

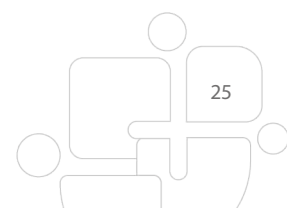


Cabe reforçar, uma vez mais, a importância da informação sobre a situação de saúde de trabalhadoras e trabalhadores para o desenvolvimento das ações de gestão do trabalho. A saúde mental das trabalhadoras e dos trabalhadores é um componente essencial para a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde. A coleta e a análise de dados sobre a saúde mental permitem um diagnóstico preciso das condições de trabalho e dos níveis de estresse, ansiedade e outras questões relacionadas. Esse mapeamento é fundamental para entender as necessidades específicas das equipes. O monitoramento da situação pode também ajudar a identificar os fatores de risco presentes no ambiente de trabalho que são produtores de sofrimento e adoecimento – o que é crucial para a implementação de intervenções direcionadas.

Assim, a gestão do trabalho em saúde deve integrar, aos modelos de organização e administração, ações de coleta, processamento e análise contínua de informações sobre a saúde mental no contexto laboral. Esses dados devem servir como base para o desenvolvimento de medidas efetivas de atenção e cuidado, garantindo que as intervenções sejam fundamentadas em evidências e adequadas às necessidades das trabalhadoras e dos trabalhadores.

Integrar informações sobre a saúde mental à gestão do trabalho em saúde é uma estratégia poderosa para promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo. Ao utilizar dados de forma sistemática, as organizações podem desenvolver ações que não apenas previnam o adoecimento, mas também melhorem a qualidade de vida, a satisfação, o envolvimento positivo e o bom desempenho das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde.

No entanto, é importante reconhecer que a precarização do trabalho interfere na saúde mental do TS. Dessa forma, ações conjugadas da gestão do trabalho para promoção do trabalho decente, seguro e humanizado são essenciais para a valorização do trabalho e do TS, tais como: a) instalação das mesas estaduais de negociação permanente no SUS; b) planejamento e dimensionamento da força de trabalho; c) valorização da carreira no SUS; d) regulação do exercício profissional; d) estratégias de prevenção e enfrentamento ao assédio e à discriminação no trabalho na saúde; e) transversalizar a equidade na gestão do trabalho na saúde. Todos esses esforços associados compõem o tecido de prevenção aos TMRT junto com a força de trabalho na saúde.



REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. F.; ARAÚJO, N. C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HwDr4tXNNb8SV4PDYFgsvTM/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF: MS, 2023. Coleção VISAT. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/colecao-visat-volume-1.pdf/view>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- CARDOSO, M. C. B.; ARAÚJO, T. M. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. **Psicologia Social**, v. 30, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Txhjv9PVns9HDcXV8HRRHPL/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Medidas de frequências de doenças. In: MEDRONHO, R. *et al.* (ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 2.
- ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2025.
- HELIOTÉRIO, M. C. *et al.* Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00289.
- LEÃO, L. H. C.; MINAYO-GOMEZ, C. M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4649-4658, 2014.
- PEREIRA, A. C. L.; SOUZA, H. A.; LUCCA, S. R. de; IGUTI, A. M. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira De Saúde Ocupacional**, v. 45, e18, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000035118>
- SALLAS J, *et al.* Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, e2021303, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100011>.
- SILVA, M. V. B.; SILVA, H. V. C.; VERAS, J. L. A.; GUIMARAES, F, J. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 15, e12722, 2023. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12722/12009>. Acesso em: 27 mar. 2025.



SOUZA, A.; TRAJANO, J.; BARCELOS, J. DUTRA, F. C. Perfil descritivo de notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho. **Trabalho (En)Cena**, Palmas, TO, e021009, 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/8541/18378>. Acesso em: 27 mar. 2025.

SZKLO, M.; NIETO, J. **Epidemiology Beyond the Basics**. 3th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2014.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

[Clique aqui](#) e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

