

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE GOÁS
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GERENCIAMENTO
DE SEGURANÇA PÚBLICA

**TRANSTORNO PSICOLÓGICO/SAÚDE MENTAL NA PMGO:
Abordagem necessária de alguns aspectos importantes**

JANY FALKNER BATISTA – CAP QOPM

NÚCIO GUEDES DA PAIXÃO – CAP QOPM

GOÂNIA

2011

CAP PMGO JANY FALKNER BATISTA
CAP PMGO NÚCIO GUEDES DA PAIXÃO

**TRANSTORNO PSICOLÓGICO/SAÚDE MENTAL NA PMGO:
Abordagem necessária de alguns aspectos importantes**

Monografia apresentada à Academia de Polícia Militar do Estado de Goiás, para atender a exigência do currículo do Curso de Especialização em Gerenciamento de Segurança Pública (CEGESP/2011).

ORIENTADOR: Arésio Barbosa da Cruz Júnior - TC QOPM

ORIENTADORA: Míriam Terezinha Bueno Nogueira Belém - TC QOSPM

ORIENTADOR: METODOLÓGICO: Virgílio Guedes da Paixão - MAJ QOPM

GOÂNIA

2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Goiandira Ayres do Couto

Batista, Jany Falkner.

B333t Transtorno psicológico/saúde mental na PMGO: abordagem
necessária de alguns aspectos importantes / Jany Falkner Batista,
Núcio Guedes da Paixão. - - 2011.

52 f. : il ; enc.

Trabalho Técnico-Científico (especialização) – Polícia Militar
do Estado de Goiás, Academia de Polícia Militar do Estado de
Goiás, 2011

1. Polícia Militar de Goiás. 2. Transtorno psicológico. 3.
Transtorno mental. 4. Estresse. 5. Síndrome de Burnout. 6. Policial
Militar – Saúde mental – plano de ação. I. Paixão, Núcio Guedes
da. II. Título.



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR
CEGESP/2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

Orientador de Conteúdo: Arésio Barbosa da Cruz Júnior - TC QOPM

Orientador de Conteúdo: Míriam Terezinha Bueno Nogueira Belém - TC QOSPM

Orientador de conteúdo: Virgílio Guedes da Paixão - MAJ QOPM

Tema da Monografia: TRANSTORNO PSICOLÓGICO/SAÚDE MENTAL NA PMGO:
Abordagem necessária de alguns aspectos importantes

Discentes: Jany FALKNER Batista - CAP PMGO
Nício Guedes da PAIXÃO - CAP PMGO

Jany FALKNER Batista - CAP PMGO

Nício Guedes da PAIXÃO - CAP PMGO

Atestamos que o presente trabalho está em conformidade com as observações feitas por ocasião da sua avaliação final.

Goiânia 27 de junho de 2011.

Arésio Barbosa da Cruz Júnior - TC QOPM

Míriam Terezinha Bueno Nogueira Belém - TC QOSPM

Virgílio Guedes da Paixão - MAJ QOPM

Carlos Antonio Borges - TC QOPM

RESUMO

A atividade de policial militar é considerada de alto risco, uma vez que esses profissionais trabalham, no seu dia a dia, com a violência, a brutalidade e até a morte. A literatura aponta que os policiais estão entre os profissionais que mais sofrem de estresse, pois estão constantemente expostos ao perigo e à agressão, devendo frequentemente intervir em situações de problemas humanos muito conflitantes e carregados de tensão. Pelas características da sua profissão, o policial militar apresenta forte tendência a desenvolver transtornos e até doenças mentais. Percebe-se a falta de conhecimento e de conscientização dos malefícios que tais situações trazem não só para o policial que sofre do mal, mas principalmente para a Polícia Militar enquanto instituição responsável pela manutenção da segurança e ordem pública. Exemplo é a falta de policiais nas ruas devido a baixas por motivo de doença, quer sejam temporárias ou definitivas, é a má prestação de serviços à comunidade por não estar em pleno gozo de suas faculdades mentais, é o risco de que o policial acabe por descontar nas pessoas em situação de polícia, seus surtos causados pela doença e mais uma série de exemplos que serão explorados ao longo do texto. Assim sendo, da mesma forma que a sociedade exige e necessita de policiais competentes, honestos e comprometidos com os preceitos da organização a que pertencem, esses profissionais também precisam estar em plenas condições de saúde física ou mental, principalmente quanto aos aspectos psicossomáticos até porque os constantes picos de estresse têm um enorme poder de destruição da capacidade de trabalho dos indivíduos. Para que possamos oferecer à sociedade este profissional completo física, psicológica e intelectualmente de forma ideal, precisamos antes conhecer e aceitar que, apesar de não palpável, as doenças que atingem o equilíbrio mental e psicológico do ser humano são de extrema importância. A partir dessas considerações, bem como da carência de pesquisas na nossa instituição nesta área, o presente estudo buscou na literatura pertinente, através de pesquisas, informações importantes acerca do assunto em questão, assim como entrevista com profissional da área da psicologia e teve como objetivo trazer à luz discussões sobre o tema com o objetivo de difundir e popularizar alguns conceitos, principalmente concernentes ao estresse e à síndrome de burnout que é mascarada através de outros sintomas. Além de divulgar dados colhidos em questionário para, em forma de amostragem, determinar o possível nível e a fase de estresse em que se encontram os policiais militares da nossa corporação, se existe a possibilidade do preconceito quando da procura de tratamento e, ainda determinar a predominância de sintomas físicos e mentais nesses profissionais. Para finalizar, sugere-se uma linha de plano de ação para amenizar a incidência, assim como demais encaminhamentos, desses profissionais quando afetados pelo mal.

Palavras-chave: transtorno psicológico/mental, estresse, burnout, plano de ação.

ABSTRACT

The military police activity is considered high risk, since these professionals work in their day to day, with violence, brutality and even death. The literature indicates that police officers are professionals who suffer from stress because they are constantly exposed to danger and aggression, and often intervene in situations of very human problems of conflict and tension-filled. By virtue of their profession, military police officer has a strong tendency to develop disorders and even mental illness. We can see the lack of knowledge and awareness of the harm that such situations bring not only the policeman who suffers from evil, but mostly for the Military Police as an institution responsible for maintaining security and public order. Example is the lack of police on the streets due to low by sickness whether temporary or permanent, is the unsatisfactory service to the community for not being in full possession of his mental faculties, is the risk that the police eventually discounted people in the police, their outbreaks caused by the disease and a series of examples that will be explored throughout the text. Thus, the same way that society demands and needs of police officers competent, honest and committed to the precepts of the organization they belong to, these professionals must also be fully capable of physical or mental health, especially with regard to psychosomatic aspects especially because the constant peak stress has an enormous destructive power of the work capacity of individuals. To offer this complete professional society physically, psychologically and intellectually optimally, we must first acknowledge and accept that although not palpable, the diseases that affect the mental and psychological balance of the human being are paramount. From these considerations and the lack of research in our institution in this area, this study sought on relevant literature, through research, key information about the subject matter, as well as interviews with professional psychology and aims bring out discussions on the subject in order to disseminate and popularize some concepts, especially pertaining to stress and Burnout syndrome that is masked by other symptoms. In addition to disseminating data collected by questionnaire in the form of sampling to determine the possible level and stage of stress where they are military officers of our corporation, if there is a possibility of prejudice when seeking treatment, and also determine the prevalence of symptoms physically and mentally in these professionals. To end a suggested line of action plan to mitigate the incidence of such other directions as well as professionals when affected by evil.

Key words: psychological / mental stress, burnout and action plan.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 O ESTRESSE.....	12
2.1 Escala de evolução do estresse.....	12
2.2 Variações de estresse policial e tempo de serviço	13
2.3 Interpretação das manifestações e queixas	14
3 A SÍNDROME DE BURNOUT.....	16
3.1 Modelo de Leiter (1993)	17
3.2 Modelo interativo.....	18
4 FATORES DE RISCO DA PROFISSÃO	20
4.1 Perfis necessários na execução das atividades policiais	21
5 AVALIAÇÃO	26
5.1 Instrumentos jurídicos disponíveis	26
5.2 Instrumentos de avaliação	26
5.3 Questionário.....	26
5.3.1 Interpretação dos níveis de stress.....	27
5.3.2 Questionário da frequência com o nível de estresse	27
5.4 Sujeito alvo de Estudo	28
5.5 Estratégia de coleta de dados.....	29
5.6 Coleta de dados	30
5.7 Apresentações e análise dos dados	30
5.8 Limitações da pesquisa.....	35
6 PLANO DE AÇÃO.....	37
6.1 Cultura e aceitação	37
6.1.1 Problemas elencados como óbices para o tratamento ou aceitação do policial ..	37
6.2 Medidas que cada indivíduo pode fazer para minimizar os níveis de estresse	38
6.3 Medidas preventivas a serem adotadas pela instituição	40
6.4 Propostas de procedimentos e diretrizes do programa de avaliação e tratamento pós-ocorrência.....	41
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICE	53
ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

No contexto profissional, segundo estudos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS), certas atividades desempenhadas são sujeitas a mudanças que provocam alterações comportamentais e psíquicas no organismo humano. Dentre estas atividades estão professores, médicos, enfermeiros e policiais, pois exercem as profissões mais vulneráveis ao desenvolvimento das doenças ligadas ao trabalho. Corroborando com estes dados, foi publicada no portal do Ministério Público do Trabalho (16.05.2007), fala do procurador do trabalho Fábio Fernandes que ressalta: “estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam que a atividade de controlador de voo é a segunda profissão mais estressante do mundo, perdendo apenas para a atividade policial”.

As doenças relativas à saúde psíquica são reconhecidas, inclusive, pelo sistema previdenciário brasileiro cujos aspectos mais importantes a se observar são as determinações legais previdenciárias. Esta legislação determina a prevalência de modelos diagnósticos, adequação à Portaria/MS nº 1339 de 1999 (que lista os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho (Anexo I) e o necessário estabelecimento de relação causal entre o dano e/ou a doença e o trabalho. Através deste modelo diagnóstico as disfunções mentais têm sido discutidas dentro de um enfoque com implicações éticas, políticas e profissionais.

No caso da Polícia Militar os fatores que mais contribuem para o desencadeamento denexo causal se devem em grande parte, à carga horária excessiva, ao contato permanente com o perigo e a violência das ruas, à rígida disciplina e hierarquia nos quartéis, as cobranças da sociedade e a necessidade permanente de acuidade e higidez mental na profissão. Portanto, estes são alguns dos fatores que tornam estes trabalhadores mais suscetíveis a desvios sociais e problemas de ordem psíquica diversas. (SILVA, 2004).

Em um contexto geral, vários estudos realizados no Brasil e veiculados pela mídia ofereceram informações de alerta sobre a necessidade de maior investigação do assunto. Uma das primeiras evidências dessa necessidade de pesquisa foi uma matéria publicada em 1986, em uma época em que a discussão em torno da relação saúde mental versus trabalho era praticamente inexistente no Brasil. Trata-se de uma reportagem publicada na revista Veja (1986 apud LIMA, 2003) sobre a disseminação do uso da cocaína entre executivos que atuavam, especialmente, nas áreas de publicidade, jornalismo, moda, no setor financeiro e em qualquer outra atividade que exija pique e trabalho concentrado.

Outras evidências reveladas por estudos desenvolvidos no meio acadêmico são igualmente instigantes. Muitas delas têm sido constantemente divulgadas em jornais e revistas do país, desde meados da década de 90, cujo principal teor trata do aumento crescente do índice de suicídios entre policiais militares. Ainda esta constatação pode ser confirmada por estudos realizados em várias partes do país, mas as primeiras informações foram extraídas de uma tese desenvolvida por um psicólogo da Polícia Militar de São Paulo, intitulada Uma Cultura Suicida e publicada na revista IstoÉ (19/11/1994). O estudo revela que o número de suicídios naquela corporação havia aumentado 50% em 1994 e que era crescente desde 1979, tendo sido considerado excessivo em 1989 com 19 mortes e alcançado seu pico em 1992 com 35 caso.

Segundo Lima (2003), um aspecto importante é que levantamentos feitos nas polícias militares do Brasil concluem que o índice de suicídio nessas corporações é maior do que o da população em geral. Na PM de São Paulo, a conclusão foi de que seu índice de suicídio era 5,7 vezes maior do que na população local e 6,5% maior do que na sociedade brasileira, em geral. O depoimento de um policial que havia tentado suicídio três vezes é contundente: “Quando entrei para a PM, eu queria ser gentil com as pessoas, mas me estraguei aqui dentro”.

Em uma reportagem veiculada pelo jornal O Globo (1/3/1998) nota-se o aumento alarmante de suicídios nas polícias militares, focalizando especialmente a Polícia Militar do Rio Grande do Sul, onde o índice de suicídios seria 61% superior ao da média registrada na população em geral. Essa reportagem cita uma pesquisa realizada por um sociólogo e ex-sargento da PM, (LIMA, 2003) que detectou um número de suicídios (48 casos) praticamente idêntico ao de mortes em serviço (51 casos).

Durante o ano de 1999, foi realizada uma extensa pesquisa no Brasil a respeito das profissões com alto nível de estresse: o levantamento feito pela equipe coordenada pelo professor Wanderley Codo na Universidade Nacional de Brasília (UNB), em torno da síndrome da burnout, entendida como uma síndrome da desistência (daquele que permanece no trabalho, apesar de já ter desistido). Através de uma investigação que alcançou 26 Estados brasileiros e Distrito Federal e 52.000 sujeitos, os autores da pesquisa concluíram que 48% das pessoas com a síndrome pertencem à categoria de profissionais que lidam diariamente com o público.

A nossa realidade nos mostra que cresce a cada ano a quantidade de dependentes de substâncias tóxicas, psicotrópicas e entorpecentes lícitas e ilícitas no meio

policial. Até que ponto o estresse devido à pressão e outras circunstâncias da profissão não levariam o policial ao uso desregrado dessas substâncias e, por conseguinte, às doenças psiquiátricas? A necessidade de prevenção ou de tratamento adequado no caso do policial já estar acometido da doença/transtorno mental se faz premente para ao menos minimizar as consequências negativas de tal problema para a imagem da corporação, já que o policial “doente” representa perante a sociedade a Polícia Militar. Este estado de falta de saúde mental, na maioria das vezes, leva o PM a uma má prestação de serviços, além de trazer prejuízos para a administração pública como faltas, licenças para tratamento e/ou aposentadorias precoces. Em alguns casos leva o policial à delinquência ou ao crime. Há ainda o risco da ocorrência de situações que fogem ao controle, pois o policial, na maioria das vezes, porta arma de fogo ou tem fácil acesso a elas, dentre outras atitudes violentas ou criminosas. Fatos que exemplificam o retro mencionado e os que envolvem policiais em desvio de conduta sempre são amplamente explorados pela mídia manchando o nome de toda uma corporação e de seus integrantes.

Em Goiás, segundo matéria publicada no site do Sindicato dos Policiais Civis (SINPOL-GO), 70% das reformas na Polícia Militar no ano de 2009 se deram por pacientes da psiquiatria, ou seja, 28 dos 40 reformados tiveram comprovadas ocorrências de patologias ligadas ao capítulo 5 do Código Internacional de Doenças (CID- F), capítulo este que trata dos transtornos do comportamento e mentais sejam eles orgânicos os relacionados ao humor e ao estresse.

Ainda segundo a matéria publicada, os 779 Policiais Militares acompanhados na época pela Junta Médica do Hospital da Polícia Militar (HPM) 410 (53%) apresentavam algum tipo de transtorno mental. Desses, 151 foram considerados aptos para o serviço administrativo os outros 259 tiveram afastamento total do Serviço Policial Militar (SPM). Com a observação deste quadro, pode-se avaliar o tamanho do prejuízo para a Instituição Polícia Militar e para a sociedade. (SINPOL apud, O POPULAR 2010).

A adoção de políticas voltadas à preservação da boa saúde mental do policial militar pode refletir de forma positiva na produtividade e no desempenho desses profissionais trazendo inúmeros benefícios para a sociedade, dentre os quais merecem destaque o aumento do número de policiais em atuação, a diminuição dos riscos de ocorrência de eventos críticos provocados por policiais doentes, a maior qualidade na prestação de serviços, a melhor qualidade de vida e rendimento profissional.

As principais consequências da falta dessas políticas são: o desgaste sem precedentes para a imagem institucional, prejuízos para a administração como faltas ao serviço, licenças para tratamento médico, aposentadoria por problemas de saúde, etc.

Diante de tantos e expressivos dados, e a fim de proporcionar ao policial militar o exercício pleno de suas atividades e em perfeito gozo de sua saúde, de forma a melhorar a qualidade na prestação de serviços à comunidade, bem como propiciar melhor qualidade de vida aos policiais militares, a atenção à saúde mental da corporação se torna um grande instrumento estratégico na atuação diferenciada para segurança pública do século vinte e um. Desta forma, o conhecimento e aceitação das causas e consequências do estresse na atividade profissional é um grande instrumento para minorar a incidência e nortear os caminhos para tratamento adequado do mal.

Ressalte-se que os termos doenças, distúrbios, transtornos e patologias, sejam eles do ponto de vista sociológico, neurológico, psiquiátrico ou psicológico, são utilizados rotineiramente nos diversos campos acadêmicos. Apesar de existirem diferenciações conceituais formuladas acerca do assunto, no presente trabalho tais expressões serão consideradas iguais didaticamente. Desta forma, esses termos serão utilizados para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem mental.

Nessa perspectiva, este trabalho monográfico não tem como objetivo primordial a produção de diagnóstico, mas o reconhecimento dos efeitos psicológicos de exposição ao serviço policial militar, definições e características da atividade militar, conceituação do estresse e da síndrome de burnout e o risco de desenvolvimento desta doença associada, de modo geral, diretamente ou indiretamente, ao quadro de outros transtornos psicológicos, levantamento estatístico e variável considerado no presente estudo, e por fim, a organização e interpretação dos resultados apresentando um direcionamento de ações preventivas e de combate aos fatores geradores das doenças ocupacionais. Para isso, o presente trabalho foi realizado através de uma parceria com o Serviço de Psicologia do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás (HPM) por meio principalmente, de entrevistas com profissionais da área, partindo de preceitos gerais e genéricos para conclusões específicas e particularizadas. Foram realizadas, também, pesquisas de campo com aplicação de questionário, análise dedutiva e estudo bibliográfico, tendo como parâmetro as seguintes abordagens:

- a) A pesquisa de campo teve o propósito de obter informações e conhecimentos a respeito do problema estudado, buscando diminuir as dúvidas e obter

conhecimento a respeito do problema que o presente estudo visa solucionar;

- b) Na análise dedutiva foi possível observar, correlacionar os fatos com a finalidade de descobrir a frequência dos fenômenos estudados e identificar sua relação com outros fatos, levando-se em consideração o estudo de caso contextualizado e amostragem;
- c) Com a realização da pesquisa bibliográfica foi possível apresentar o problema com base em estudos anteriormente realizados. Para tanto foram utilizados: gráficos, materiais de registro das informações colhidas no decorrer da pesquisa, assim como diversas anotações e material impresso para a realização de questionários visando ao monitoramento de dados.

2 O ESTRESSE

Estresse ocupacional é definido como a soma de respostas físicas e mentais, ou ainda, reações fisiológicas que, quando intensificadas, transformam-se em reações emocionais negativas. Ele aumenta consideravelmente o número de trabalhadores afastados e reflete na vida das organizações, seja em perda de produtividade, seja na diminuição da qualidade dos produtos e serviços prestados. (Alexandra Rinaldi, 2007). É o conjunto de alterações psicológicas e físicas que surge durante o exercício de uma atividade profissional. Geralmente manifesta-se em profissões cuja rotina exige do indivíduo postura e recursos (profissionais, intelectuais, mentais, sociais). Os principais sinais que o corpo e a mente manifestam são: cansaço físico e mental, dificuldade para se concentrar, falta de paciência, irritabilidade, tensão emocional, ansiedade, sentimento de incapacidade ou inutilidade, frustração, isolamento social, insônia ou sono exagerado, desânimo, baixa produtividade, vontade de fugir do seu ambiente de trabalho, entre outros.

Desta forma, os fatores estressantes podem ser externos e internos. Externos são os riscos circunstanciais a que nos submetemos no dia-a-dia e os internos são oriundos dos conflitos pessoais. Contudo há um erro se entendermos que o estresse é apenas um vilão. Muito pelo contrário, em doses certas, o estresse é um elemento motivador que nos impulsiona para os desafios da vida; contudo a exposição prolongada a essas reações pode trazer consequências perigosas para a saúde do homem. (ROSSI apud, VITÓRIO 2006).

2.1 Escala de evolução do estresse

Uma “escala” dos oito passos da evolução do estresse foi organizada por uma especialista em Ciências da Saúde e Comportamento Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Segundo Vitória (2006), com ela é possível perceber o estágio do estresse: o primeiro passo é a ansiedade que basicamente se deve à falta de controle sobre o futuro ou de enfrentar a imprevisibilidade do trabalho; o segundo passo consiste no excesso de cobrança consigo mesmo, por estar inseguro; o terceiro passo compreende a incapacidade de planejamento, principalmente nos compromissos pessoais; o quarto passo se relaciona com a preocupação com tarefas com antecedência, mas sem conseguir planejá-las; o quinto passo caracteriza-se pelas expectativas exageradas. Nesta fase, existe uma tentativa de fugir das

tarefas cotidianas; no sexto passo a pessoa envolvida passa a perceber o problema de forma inflexível e sem esperanças; no sétimo passo a estrutura familiar começa a ruir e por último, o oitavo passo é a hipersensibilidade onde absolutamente tudo irrita o profissional estressado. Nesta fase, o tratamento torna-se, não apenas necessário, mas urgente.

2.2 Variações de estresse policial e tempo de serviço

Nas variações do estresse policial e tempo de serviço, estudadas por Violanti (1993 apud, SILVA 2009), percebe-se que:

a) Período de 0 a 5 anos de serviço policial militar (evolução do estresse).

É o choque de realidade. Quando o policial percebe que a realidade da vida policial e das ruas é bem diferente do que viveu na escola de formação. O policial recruta está afeito com o que vê, tiroteios, cadáveres, pessoas sofrendo com acidentes e violências diversas, e sente o fardo da realidade das ruas incompatíveis com sua capacidade de reação pessoal;

b) Período de 6 a 13 anos de serviço policial militar (desencanto pela profissão).

Geralmente se estende até o meio da carreira. É a continuação do choque de realidade somado ao fato de que os ideais da época da formação se tornam cada vez mais distantes da realidade. Para muitos é o tempo da decepção com a constatação de que as exigências da Corporação em muito ultrapassam sua capacidade de reação exitosa. O policial fica desencantado com a falta de valorização ou apreciação de seu trabalho e muitos adotam o cinismo como estratégia de adaptação. O nível do estresse continua a aumentar porque o policial tem a sensação de fracasso pessoal por se sentir incapaz de lidar com as exigências do serviço. Se sente ineficaz para lidar com o crime, com a carreira e com o bem comum;

c) Período de 14 a 20 anos de serviço policial militar (o estresse começa a decrescer e personalizar ou cristalizar).

O policial coloca uma nova ênfase na vida pessoal em detrimento da profissional. Constata-se que nesta fase o deslocamento de metas é muito comum. Corre-se o risco de o policial não se preocupar com as exigências do

policciamento. Muda a condição do que realmente importa, o fracasso na atividade já não provoca a mesma preocupação de antes. Esta redução na preocupação com o fracasso nas tarefas faz com que os níveis de estresse diminuam;

d) Período superior a 20 anos (estágio de introspecção).

É tempo em que os policiais, já saudosistas, relembram os primeiros anos da carreira como bons tempos. Nesse período os Policiais estão em uma posição de segurança em relação ao trabalho e se preocupam menos ainda com as exigências e fracassos no trabalho pois acham e sabem que o trabalho ficou fácil. É provavelmente a época menos estressante e cujo estresse continuará a diminuir durante este estágio.

“Os estágios descrevem uma considerável mudança de postura diante da vida e do trabalho ao longo dos anos na Instituição. Se, num primeiro momento o ponto principal da vida do policial passa a ser sua relação com o trabalho, e por consequência o estresse relacionado com ele, mais adiante ele passa a ter outro olhar para a vida pessoal que provavelmente ficou relegada a segundo plano, quando sua relação com o trabalho e os problemas decorrentes dele eram mais evidentes. Parece que, seja por amadurecimento ou apaziguamento das fontes de estresse, o Policial Militar vai desenvolvendo estratégias, consciente ou não, para lidar com seu cotidiano atribulado, a ponto de em certo momento seu trabalho se tornar mais ameno mesmo que as circunstâncias sejam as mesmas.” (SILVA, 2009 p.28).

2.3 Interpretações das manifestações e queixas

As profissões que exigem muita atividade mental, especialmente as que envolvem a responsabilidade em lidar com a resolução de conflitos humanos, apresentam alta suscetibilidade para manifestações de patologias associadas ao estresse ocupacional.

É muito comum ouvir-se: “isto não é nada, é só psicológico”. Na verdade, essa afirmação traz um grande engano, pois, dentro da abordagem psicossomática, nada é só psicológico, pois dores, queixas e outras manifestações clínicas são respostas a condições de vida, combinadas à personalidade e ao seu estado imunológico. Segundo o escritor Rubem Alves (1985), “cada corpo é o centro do mundo”, os limites do desejo, do prazer, da dor, dos desafios do viver são desenhados na dinâmica do corpo de cada um de nós.

Quando se trabalha, o corpo vai se modelando às exigências e necessidades mentais e físicas de cada função. Entender o nosso desconforto e as queixas como reações desse modo de viver, especialmente dentro do trabalho, é o primeiro passo para conhecer nossas necessidades como pessoa e os limites entre capacidade, exigência de esforço físico-mental e de realização.

O “só psicológico” é uma interpretação que ocorre de somatização e tem algumas características culturais muito específicas, que é a tendência discriminatória de atribuir qualquer manifestação ou queixa, sem diagnóstico clínico visível ou dor, com forte carga emocional ao “só psicológico”. Outro aspecto é a crença de que as “coisas da cabeça” devem ser resolvidas pela própria pessoa (quando não se trata de distúrbio psicológico mais grave), ou então de que sempre são processos benignos, que não fazem “adoecer de verdade”. Vários tipos de sintomatologia com forte carga emocional levam a problemas graves e, com muita frequência, à morte, em alguns casos lentamente, em outros de modo fulminante (SILVA, 2004).

3 A SÍNDROME DE BURNOUT

Maslach e Jackson (1981) definiram a síndrome de burnout como sendo “uma reação emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas”.

Para Codo et al!l. (1999, p. 238), o transtorno envolve três componentes: “exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento emocional no trabalho”.

E segundo Pereira (2009, p. 36), o termo burn out ou burnout, “queima até a exaustão”, vem do inglês e indica o colapso que sobrevém após a utilização de toda a energia disponível. A exaustão emocional caracteriza-se pela sensação de esgotamento emocional e físico. Trata-se da constatação de que não se dispõe mais de nenhum requisito de energia para levar adiante as atividades laborais. O dia a dia da atividade profissional passa a ser encarado com muito sacrifício, até mesmo como castigo, e assim aos poucos diante deste quadro, o indivíduo começa a se desumanizar, cujas características principais são atitudes de distanciamento emocional em relação às pessoas as quais deve prestar serviços e os colegas de trabalho. O profissional afetado por este mal passa a tratar os outros de forma impessoal, sem afetividade e, às vezes, até de forma desumana. Em determinados casos, o comportamento é revestido de rispidez, cinismo, ironia. Esta dimensão é considerada como o elemento defensivo da síndrome.

Aos poucos, o que antes trazia realização pessoal em desenvolver as atividades laborais decresce e o profissional vai deixando de sentir satisfação no que faz, comprometendo a eficiência no trabalho.

Considerando que o burnout se origina de um estado de estresse ocupacional crônico e que este estado altera o equilíbrio psicofisiológico do indivíduo, o organismo de forma inconsciente se vê obrigado a utilizar recursos extras de energia, assim como tende a evitar ações desnecessárias ou incompatíveis com as estratégias a que se propõe para enfrentar as consequências deste contexto.

Observe-se que as consequências negativas da síndrome de burnout afetam não somente o indivíduo doente, mas a todos que dele dependem direta ou indiretamente. Isto se dá em virtude de que a qualidade no trabalho executado diminui pela falta de atenção e de interesse, assim como as faltas e afastamentos do serviço por sintomas referentes à somatização, etc. Outro aspecto é que, por vezes, o indivíduo adquire hábitos e atitudes negativas para com as pessoas, além de outras características próprias da síndrome,

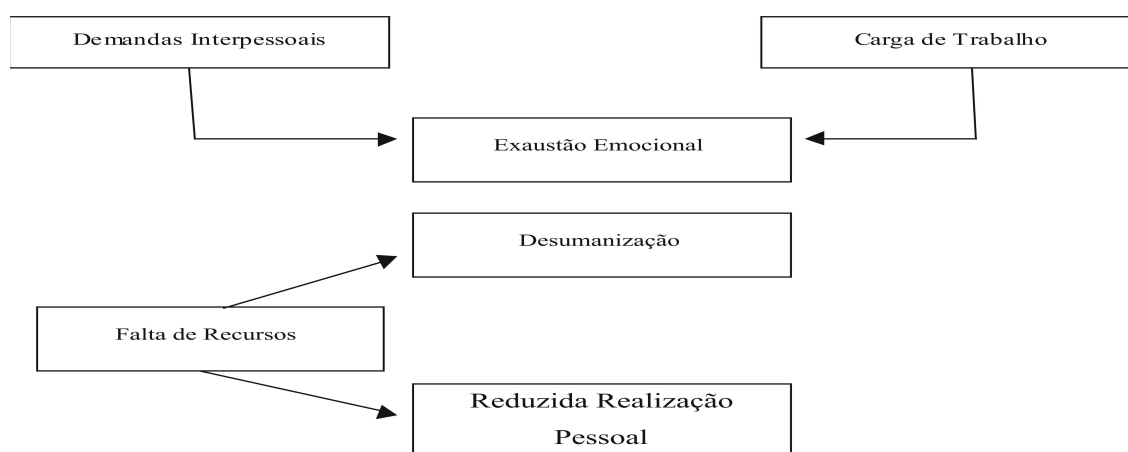
dificultando o clima saudável dentro da organização a que pertence. Em resumo, atinge também os que dependem do serviço deste profissional, os colegas de trabalho e por fim a instituição.

Devido a faltas e afastamentos motivados por doenças, a alta rotatividade ocasiona uma quebra na sequência e harmonia das atividades, provocam ainda queda na produtividade e qualidade que acabam por refletir negativamente na imagem da instituição e, em uma visão macro do problema, acaba por trazer uma sobrecarga de trabalho aos demais componentes da organização e ainda onera a folha de pagamento.

A seguir são expostos alguns exemplos de representações da expansão da percepção, dos desencadeadores do estresse culminando na síndrome de burnout.

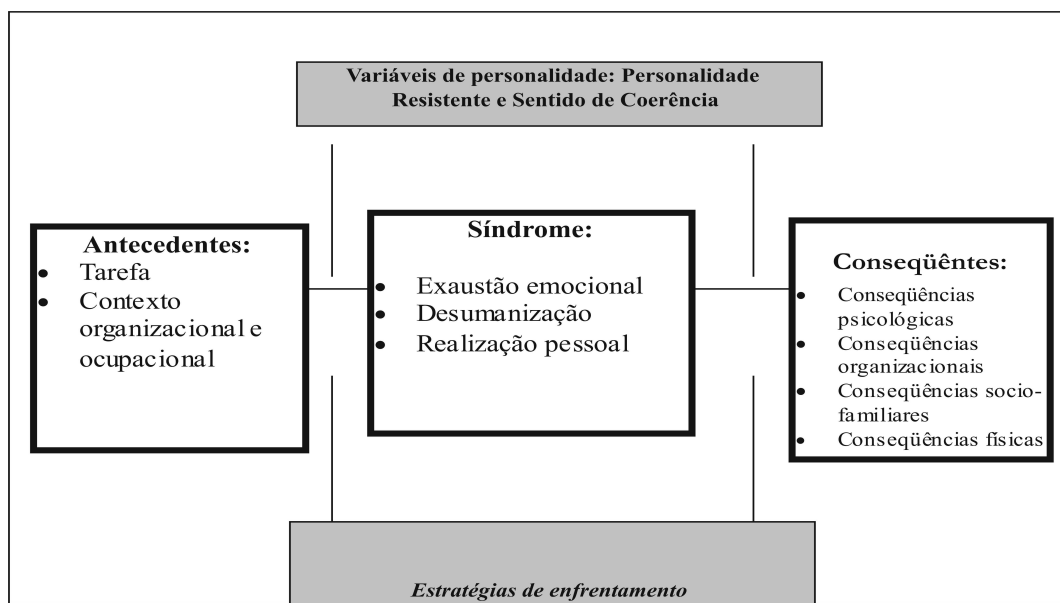
No modelo desenvolvido por Leiter (1993 apud PEREIRA, 2007, p. 44), a exaustão emocional é o primeiro elemento a se manifestar, desencadeado pela carga e as exigências interpessoais do posto de trabalho. Com o aumento da exaustão, sobrevém a desumanização. Caso não disponha ou não venha a obter os recursos (tanto pessoais como institucionais) necessários para fazer frente a tais imperativos, acaba por perder o envolvimento pessoal em sua ocupação.

3.1 Modelo de Leiter (1993)



3.2 Modelo interativo

No modelo denominado interativo, desenvolvido por Moreno-Jiménez Garrosa & González (2000), considera-se os eventos antecedentes que poderiam vir a desencadear o processo, bem como as consequências do mesmo:



Em estudos publicados pela Revista de Psiquiatria Clínica (2003), a síndrome de burnout tem demonstrado associações significativas com as patologias psiquiátricas, desde o surgimento, como também no agravamento dos transtornos. Alguns autores acreditam que a depressão e/ou ansiedade específicas (como transtorno do pânico, fobia social, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, e transtorno de estresse pós-traumático) se seguiria a síndrome da desistência, tendo como maior gerador os altos níveis de exigência psicológica e o baixo nível de apoio social no trabalho. No caso da relação do burnout e o suicídio, as evidências apontaram uma correlação de fatores subsequentes que sugeriu que o ambiente de trabalho, quando negativo, aumenta a probabilidade de ideação suicida ou a tentativa de suicídio.

Cabe ressaltar, também, que a síndrome de burnout pode resultar em transtornos psicossomáticos. Estes, normalmente se referem a frequentes dores de cabeça, problemas com o sono, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquiarritmias e outras desordens gastrintestinais, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, etc.

Estudos revisados e vinculados à revista Galileu evidenciam que indicações da síndrome de burnout no trabalho estejam relacionadas, de maneira geral, com a intensificação sintomatológica dos transtornos psicóticos, de personalidade e, de forma específica, com a dependência ao álcool e outras substâncias ilícitas. No caso particular da Polícia Militar a síndrome de burnout e o alcoolismo, acompanhados ou não de depressão, correspondem a 54,5%, os casos de transtornos de estresse pós-traumático correspondem a 9%, outros transtornos 36% como mostra a pesquisa da revista. (LIMA apud, GALILEU 2000).

4. FATORES DE RISCO DA PROFISSÃO

Lima (2005) ressalta que, pelas próprias características da atividade de segurança pública, disseminou-se uma cultura de que o policial deve estar em permanente prontidão, até mesmo quando não está de serviço. Há uma obrigação de o policial atuar quando ocorre um fato que exige intervenção imediata das forças de segurança pública. Além disso, os horários de trabalho não são regulares, contrariando a fisiologia do organismo que necessita de ações rotineiras para o efetivo descanso.

O sono é essencial para que o indivíduo apresente uma boa aparência e se sinta bem. Quando o sono é bom, há sensação de descanso, energia. Quando é ruim, tudo é péssimo, da capacidade física à mental.

O horário de trabalho também transtorna a estabilidade de relacionamentos que necessitam de rituais, como refeições em família, passeios, brincadeiras, etc. Os policiais, em regime de escalas diversas, têm menos chances de desenvolverem essas relações, o que os predispõem a problemas em potencial, como divórcio, separação, dificuldade de acompanhamento e relacionamento com seus filhos, entre inúmeros outros exemplos.

O fato de a Polícia Militar ser uma instituição estruturada e hierarquizada requer de seus integrantes um sacrifício individual maior para garantir o bem estar da sociedade. O profissional, na organização militar, é parte de um programa que busca altos resultados e não admite falhas ou erros. As pressões típicas da hierarquia e o cumprimento de sua missão constitucional levam o policial a uma situação de estresse bastante prejudicial à sua saúde mental.

Na verdade, a relação do policial militar com a sociedade é muito mais complexa, uma vez que sua atuação, frequentemente, é conflitante. Em determinados momentos, são exigidas do policial militar coragem e firmeza com agressores e transgressores da lei, enquanto em outros, lhe é exigido educação, cortesia, muitas vezes simultaneamente. Este equilíbrio emocional é contraditório em uma sociedade cuja formação educacional é autoritária, hierarquizada e rígida, que prioriza o cumprimento da ordem e cobra a iniciativa, muitas vezes negando o direito de pensar, de analisar a situação e decidir, resulta em uma sobrecarga emocional estressante, com reflexos diretos em sua saúde e ações.

Outro ponto são as tensões diante de uma ocorrência. A tensão policial se deve muitas vezes ao fato de se chegar pouco antes, durante ou logo após um evento de conflito, sob fortes emoções, tendo muitas vezes condições apenas de ingerir e não reagir e administrar a situação. O fato de necessitarem de controle constante de suas emoções gera um tremendo

consumo de energia, o que remete o policial ao esgotamento mental, por consequência, numa diminuição na participação social e no trabalho.

O policial trabalha em um campo onde todos os fatos e ações estão baseados em leis. Direito, justiça e injustiça são determinadas por um padrão; os policiais possuem um modo de atuar, justificam suas ações quando representam o lado bom e certo. No mundo real, é comum ocorrerem injustiças e violação de direitos, mesmo com um sistema de segurança que contempla o Ministério Público, o Poder Judiciário e, ainda, a imprensa como instrumento de opinião pública. O não cumprimento da lei torna muito difícil a aceitação e a convivência com a realidade e requer uma mudança completa de atitude mental. O mundo real do trabalho policial é muito negativo. Ele lida com a parte ruim da sociedade, o criminoso, o transgressor da lei, o desviante, que acaba por favorecer as opiniões do policial quanto ao caráter do ser humano, criando assim um difícil ajustamento na vida pessoal deste profissional.

Para concluir, policiais submetidos a grandes pressões, como tiroteios, ações seguidas de morte, sofrem problemas emocionais sérios. Divórcios, alcoolismo, suicídio, assédio sexual, entre outros, são problemas decorrentes do impacto emocional. Estas ações acabam sendo registradas e assimiladas pela mente causando alto risco de traumas.

A qualidade dos serviços policiais prestados à sociedade é proporcional à qualidade de vida dos servidores que a executam. Não será possível atender ao cidadão com qualidade, se não forem supridas as necessidades vitais do público interno da Corporação. No caso da Polícia Militar, seus integrantes são verdadeiros representantes da Instituição, que a todo momento interagem com a comunidade e a imagem da corporação propagada em cada ação executada.

4.1 Perfis necessários na execução das atividades policiais

O trabalho policial, assim como todas as profissões, exige de seus integrantes um perfil específico adequado às dimensões das tarefas que irá executar. A adesão a esta filosofia é elemento essencial para o bom desempenho profissional, pois a sociedade exige dos agentes da lei um padrão moral e social elevado e exemplar. Desta forma, conforme estudos elaborados por especialistas em análise ocupacional, foram identificadas as seguintes características essenciais para a atividade policial militar, (Lima 2005):

- a) **Autoridade** – é necessário que o agente da lei concorde e internalize que é membro de uma instituição onde deve aderir prontamente às ordens, acatar as políticas institucionais, aceitar e respeitar os regulamentos, procedimentos operacionais, orientações de seus superiores tanto na área administrativa, como nas atividades operacionais ou de campo;
- b) **Atenção aos detalhes** – muitas tarefas atribuídas aos policiais são bastante complexas, saindo do modelo de tarefas rotineiras. Atuando em ocorrências difíceis, como locais de morte, incêndios, conflitos civis, acompanhamento ético, confronto armado, etc, requer do agente da lei atenção a detalhes, elementos essenciais para o sucesso de sua atividade;
- c) **Controle emocional** – rotineiramente, os policiais atuam em situações de alto risco ou simplesmente em pequenas ocorrências nas quais são submetidos a pressões psicológicas, confrontados moral e psicologicamente por cidadãos que usam de agressões verbais e físicas. Todavia, o policial deve manter o autocontrole para poder executar sua missão de maneira adequada;
- d) **Resistência** – a necessidade de executar repetidamente as mesmas tarefas por longo período de tempo ou continuar a executá-las eficazmente quando desgastado física ou mentalmente, requer do agente da lei uma resistência acima do normal. A característica específica da atividade policial, tanto pelos aspectos da emoção, como pela rotina de poucas atividades (no sentido de variedade), mesmo turno, jornada ou horários por vários anos pode criar fadiga e, não obstante esses fatores, o policial deve superar-se e desempenhar sua missão com eficiência;
- e) **Adaptabilidade** – capacidade em se adequar às condições do ambiente, demonstrando flexibilidade e receptividade às mudanças ou inovações;
- f) **Segurança** – confiança que o indivíduo tem em si mesmo que lhe possibilita formar conceitos e opiniões, atuar e tomar decisões com firmeza. A segurança está intimamente ligada ao conhecimento, experiência e capacidade de resolução de problemas;
- g) **Assertividade** – caracteriza forma de atuação firme, que conduz à obtenção de resultados desejados, pois a profissão de policial não permite erros;

- h) **Tônus vital** – caracteriza a energia interna do indivíduo empregada para atingir metas e superar obstáculos;
- i) **Iniciativa** – a maioria das ocorrências policiais exige a tomada de decisões rápidas por parte das autoridades policiais, de forma que é necessário o exercício constante de iniciativas corretas, eficientes e sempre adequadas às leis, normas e procedimentos policiais e com decisões que se adaptem ao problema em tela;
- j) **Controle da agressividade** – capacidade de manter sob controle os impulsos auto ou hetero-agressivos, evitando que sejam descarregados de forma inadequada em si próprio ou no ambiente;
- l) **Integridade** – capacidade que o policial possui para manter seus valores éticos, morais e comportamentais, estado ou qualidade de íntegro, de inteireza moral, honestidade, retidão, imparcialidade;
- m) **Sensibilidade interpessoal** – a natureza da atividade policial envolve essencialmente o público, por isso o trabalho requer dos policiais qualidades humanas essenciais, pois, com frequência, ele faz o papel de orientador, assistente social, conselheiro, requerendo-se grande capacidade de empatia e consideração com os sentimentos do próximo;
- n) **Capacidade de observação** – envolve a observação eficaz, requerendo os cinco sentidos, pois na atividade de patrulhamento, em qualquer modalidade, deve o policial estar sempre alerta para poder detectar atos irregulares ou ilegais, assim como tomar as providências adequadas no local da ocorrência, exercitando todos os seus sentidos;
- o) **Capacidade de comunicação oral** – a comunicação entre o policial, seus superiores e membros da comunidade é sempre oral. Os tipos de comunicação envolvem a capacidade de escutar e expressar-se adequadamente em qualquer situação para solucionar as ocorrências ou demandas de serviço, dando ênfase ao processo de fazer perguntas, recolher informações e, acima de tudo, para convencer o civil no desempenho de sua função;
- p) **Impacto pessoal** – criar uma boa impressão inicial é essencial para aumentar o respeito, a atenção, a autoconfiança do policial e do cidadão. Como o contato

do policial com o cidadão é geralmente breve e frequentemente insuficiente para apreciar as suas qualidades mais importantes, deve o policial cuidar para que essa impressão seja boa; inclui a forma de falar, clara e objetiva, calma e educadamente, sem gírias ou terminologias inapropriadas, boa higiene pessoal, uniforme, sapatos limpos, pontualidade e cortesia. O policial deve sempre evidenciar segurança e confiança em sua capacidade de atuação;

- q) **Confrontação com problemas** – a atividade policial envolve a participação permanente em incidentes críticos e confrontações com problemas geralmente desagradáveis ou perigosos os quais o policial não pode evitar ou deles fugir. Quando confrontado com esses problemas, deve o policial tentar resolvê-los e tratar com bastante responsabilidade e efetividade sem, contudo, internalizá-los ou perder o controle da situação;
- r) **Capacidade de recuperação** – estresse, cansaço físico, decepções com o serviço, com resultados e os fatos da vida real enfrentados levam o policial a perder o entusiasmo, vibração e autoestima, interferindo no desempenho profissional e na vida pessoal. A capacidade de suportar essas dificuldades e tensões e recuperar-se rapidamente são essenciais para melhoria, ou pelo menos, a manutenção da qualidade do serviço do policial;
- s) **Tolerância a tensões** – a manutenção da compostura e desempenho do policial sob tensão são essenciais para o resultado do trabalho, pois a natureza do serviço é expressa em permanente tensão, principalmente em incidentes críticos, devendo o agente da lei ter a capacidade de suportá-los sem permitir que afetem o seu desempenho;
- t) **Vigilância** - capacidade de permanecer permanentemente alerta, sempre atento em todos os momentos, principalmente depois de determinado tempo de serviço, quando a capacidade de vigilância decai por efeitos fisiológicos normais. É de vital importância a manutenção da vigilância para a própria segurança do policial.

As características de personalidade que integram o perfil foram estabelecidas por ser o mínimo essencial do que se pode esperar de um indivíduo, cujo desenvolvimento

lhe permita uma relação de equilíbrio com o ambiente e consigo mesmo. É esperado que o ser humano usufrua da inteligência, adapte-se ao seu meio, seja seguro e assertivo em suas ações, relacione-se de forma satisfatória com os outros, apresente equilíbrio e moderação na relação “eu-ambiente”.

5 AVALIAÇÃO

5.1 Instrumentos jurídicos disponíveis para avaliação de sintomas

Diferentemente de outros países onde prosperam muitas pesquisas e estudos sobre o burnout, mas que até o momento não possuem uma lei que contemple esta síndrome como uma doença laboral, no Brasil o Decreto 3048/99, que regulamenta a Previdência Social, ao tratar em seu Anexo II dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, aponta a síndrome de burnout ou síndrome do esgotamento profissional como um agente etiológico ou como um dos fatores de risco de natureza ocupacional, tendo como causa o ritmo de trabalho penoso (CID Z56.31).

5.2 Instrumentos de avaliação

Segundo Pereira (2006, p. 40), o instrumento de avaliação de burnout mais utilizado mundialmente nos estudos sobre o transtorno tem sido o MBI – Maslach Burnout Inventory (Schaufeli & Ezzamel, 1998). Publicado por Maslach & Jackson, teve sua primeira edição em 1981.

Outros questionários têm sido utilizados para a investigação da síndrome no Brasil. Há estudos com o IBP - Inventário de Burnout para Psicólogos (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez), o CBB – Cuestionário Breve de Burnout (Moreno-Jiménez) e o CBPR Cuestionário de Burnout para Professores Revisado (Moreno-Jiménez, Garroza & Gonzalez, 2000), cujos estudos estão sendo efetuados pelo GEPEB – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estresse e Burnout.

5.3 Questionário

Para obter um quadro da situação dos níveis de estresse na Polícia Militar, nos embasamos no questionário de MBI - Maslach Burnout Inventory, traduzido e adaptado no Brasil pela pesquisadora Thais Helena Delboni. Esta autora estudou os aspectos

relacionados aos fatores organizacionais e psicobiológicos que levam ao stress, muito embora, segundo a autora, existam outros fatores estressantes que podem afetar o organismo. (Silva apud, DELBONI 1997). Foi necessária, ainda, uma nova adaptação à realidade da Polícia Militar de Goiás de acordo com nossas peculiaridades e quanto às informações de interesse para a presente pesquisa.

5.3.1 Interpretação dos níveis de estresse

Segundo Delboni (1997), pode-se interpretar os níveis de estresse da seguinte forma:

Nível 1 – Quem estiver nessa situação, parece estar muito bem, porém para se manter, assim é bom prestar atenção às suas necessidades básicas, lazer é fundamental. É um nível tolerável de estresse.

Nível 2 - É um forte candidato ao estresse. É o momento de começar a se cuidar, compreender melhor a si mesmo e ser capaz de “curar” sua vida, evitando que o acúmulo de tensões possa culminar em problemas mais sérios.

Nível 3 - É bom procurar um especialista para ajudar a lidar melhor com as questões estressantes de sua vida. Tudo indica que você já ultrapassou seus limites de tolerância e poderá acabar adquirindo uma doença bastante séria.

5.3.2 Questionário da frequência com o nível de estresse

Apresentamos a seguir um questionário (Apêndice), que correlaciona a frequência dos sintomas pesquisados com o nível de estresse, que é obtido através da análise percentual dos dados. Quanto maior a frequência do comportamento maior será o risco de complicações com o estresse:

Onde no quadro de respostas

A = Nunca – 1

B = Anualmente – 2

C = Mensalmente – 3

D = Semanalmente – 4

E = Diariamente – 5

“Em primeiro lugar, sua aplicação é simples. Em segundo lugar, os dados obtidos são confiáveis porque as respostas são limitadas às alternativas mencionadas. O uso de perguntas fixas reduz a variabilidade dos resultados que pode ser causada pelas diferenças entre os entrevistadores”. (MALHOTRA, 2001 p.179).

Para o cálculo da amostra, trabalhou-se com a margem de erro estimado de 5%, para mais ou para menos, dentro de um intervalo de confiança de 95% que foi estratificada por batalhões e por postos de graduação (oficiais e praças).

Foram considerados não válidos (não considerados no banco de dados) questionários totalmente em branco, totalmente rasurados ou questionários cuja parte das perguntas fechadas (estruturadas) contivesse um número de itens rasurados ou em branco que comprometessem a análise.

Consciente de que a nomeação das dimensões é um trabalho de interpretação sujeito a questionamentos, visando a evitar grandes equívocos, a interpretação do conteúdo, o questionário e os resultados foram discutidos com mais dois psicólogos. Ten Cel Mirian Terezinha Bueno, Chefe do Deptº de Psicologia do HPM e o psicólogo Cádimo Carvalho do Nascimento especialista em neuropedagogia, todos acostumados a lidar com a problemática apresentada.

O diagnóstico de um caso de síndrome de esgotamento profissional deve ser abordado como evento sentinela e indicar investigação da situação de trabalho, visando a avaliar o papel da organização do trabalho na determinação do quadro sintomatológico.

5.4 Sujeito alvo do estudo

A população investigada foi de integrantes da Polícia Militar do Estado de Goiás. As estratégias utilizadas foram tanto quantitativas quanto qualitativas. Quantitativas na medida em que se buscou quantificar os dados e generalizar os resultados da amostra para a população alvo, através de análises estatísticas, e qualitativa na medida em que buscou-se estabelecer um modelo de qualidade de vida na Polícia Militar de Goiás de modo que fosse possível entender o contexto organizacional, através de entrevistas não estruturadas.

Quanto ao meio de investigação, foi utilizada a pesquisa de campo através de obtenção de informações, baseada em questionário, fornecido a uma amostra de uma população e destinado a provocar informações específicas dos entrevistados. A análise buscou como objetivo compreender o contexto da organização em estudo, seus aspectos formais e legais e os aspectos informais que marcam as relações do dia a dia.

5.5 Estratégia na coleta de dados

A primeira pesquisa referiu-se a estudos documentais e entrevistas efetuadas na Polícia Militar que contribuíram para fundamentar a escolha de algumas variáveis que deram suporte à construção do questionário utilizado nesta pesquisa. Os estudos documentais e as entrevistas continuaram durante todas as outras etapas dos trabalhos e também forneceram subsídios que contribuíram para o entendimento da instituição pesquisada (PMGO), para a análise e compreensão dos dados levantados.

No segundo momento, aconteceu a realização de um pré-teste para avaliar as possíveis falhas do questionário, como, por exemplo, questões mal formuladas, dúvidas geradas por não entendimento de algum aspecto do questionário e a não inclusão de alguma variável significativa para a população investigada.

Realizadas as devidas alterações no questionário para que ele fosse formatado numa versão final, teve início a terceira etapa: a aplicação dos questionários aos policiais participantes da pesquisa. Tal etapa aconteceu em diversos momentos, em locais predeterminados e da conveniência e oportunidade de aplicação. Devido ao grande número de respondentes, a aplicação dos questionários foi realizada em grupos, de acordo com a disponibilidade da polícia em dispensar seus efetivos para este fim.

5.6 Coleta de dados

Os questionários foram aplicados mediante termo de consentimento (Apêndice B), onde os informantes estavam cientes de que não seriam identificados na pesquisa. Os questionários foram aplicados durante o Estágio de Adaptação de Cabo (EAC), Estágio de Adaptação de Sargento (EAS), Curso de Aperfeiçoamento de Sargentos (CAS) e Curso de Especialização em Gerenciamento de Segurança Pública (CEGESP). Os militares estavam à

disposição da Academia da Polícia Militar e lotados nos diversos seguimentos da corporação em todo o Estado de Goiás.

Foram distribuídos 100 questionários. Retornaram devidamente preenchidos 74, em branco 18, e extraviados 08.

Depois da revisão bibliográfica e esclarecimentos dos aspectos acima expostos, passamos a tratar da pesquisa realizada e de sua relevância social e institucional.

5.7 Apresentações e análise dos dados

Passamos a apresentar e comentar os dados encontrados na nossa pesquisa. Antes de tecer maiores considerações, os itens do questionário serão apresentados detalhadamente e de maneira geral, correlacionando cada aspecto com o nível de estresse da população estudada.

As ilustrações nº. 01 e 02 demonstram as variações decorrentes das respostas do questionário:

Ilustração I

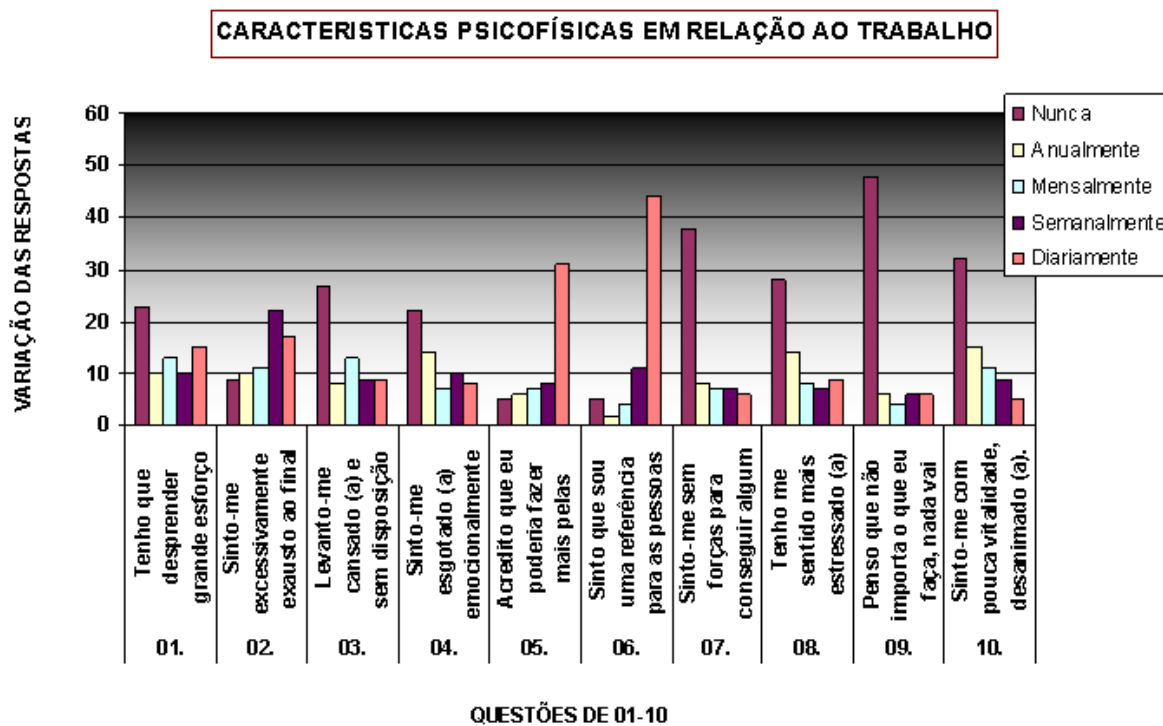
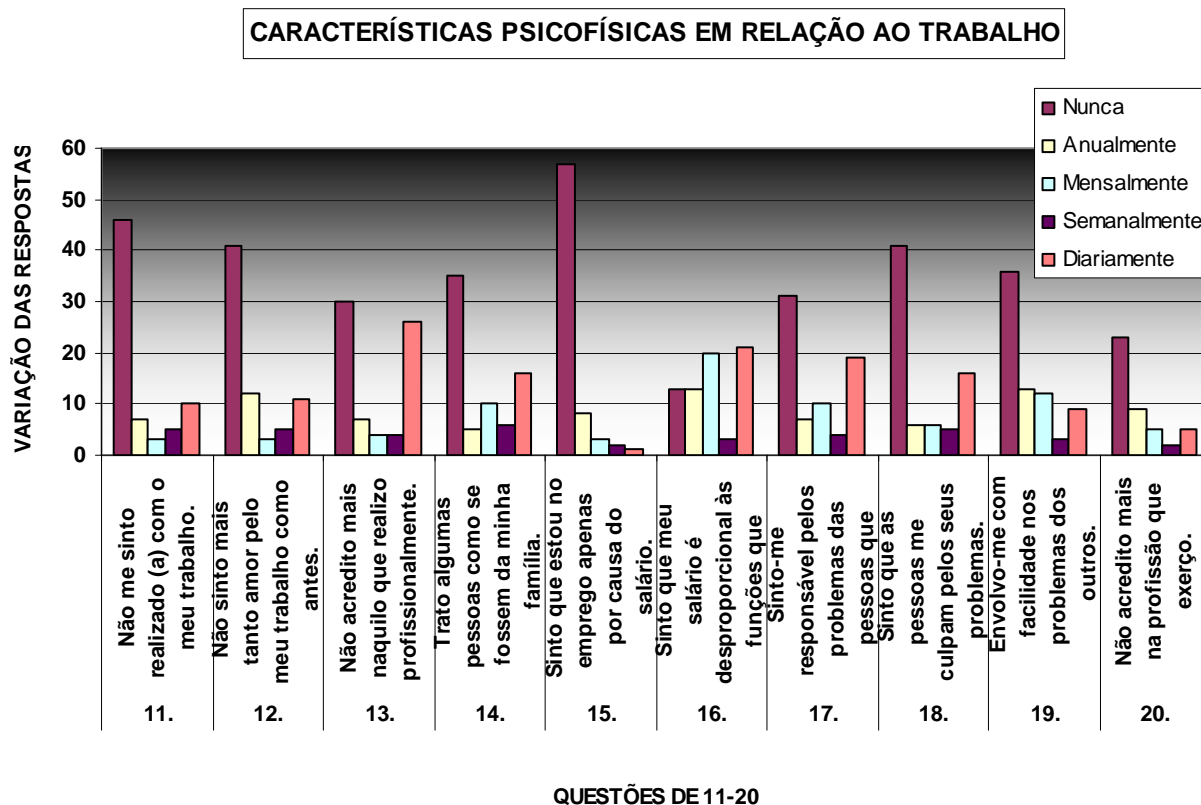


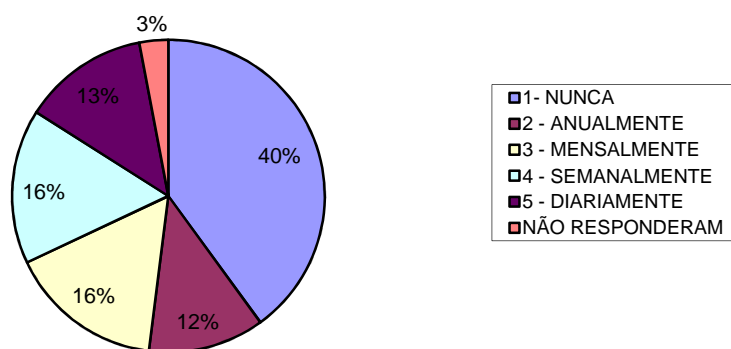
Ilustração I



Ilustração II

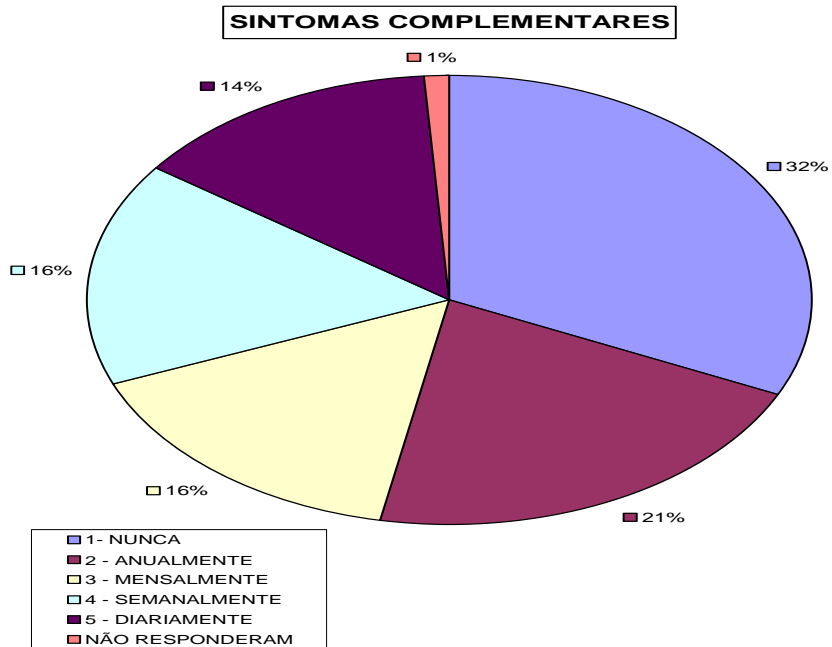
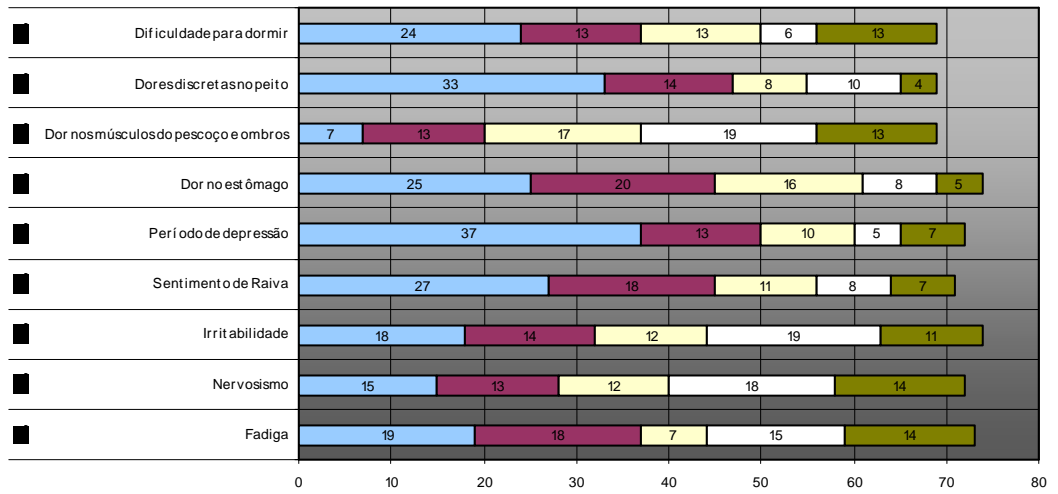


"RESUMO" DOS DADOS REFERENTE A PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO (QUESTÕES DE 01-20)



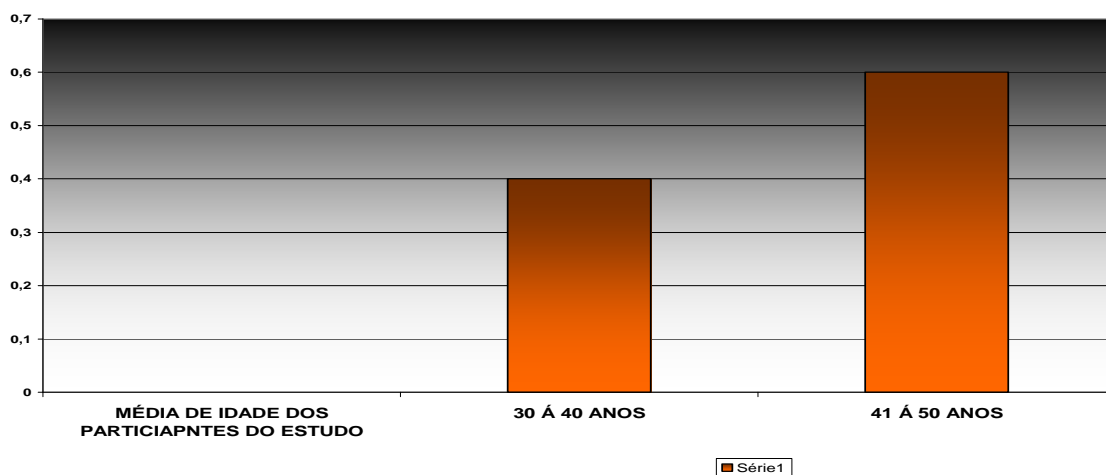
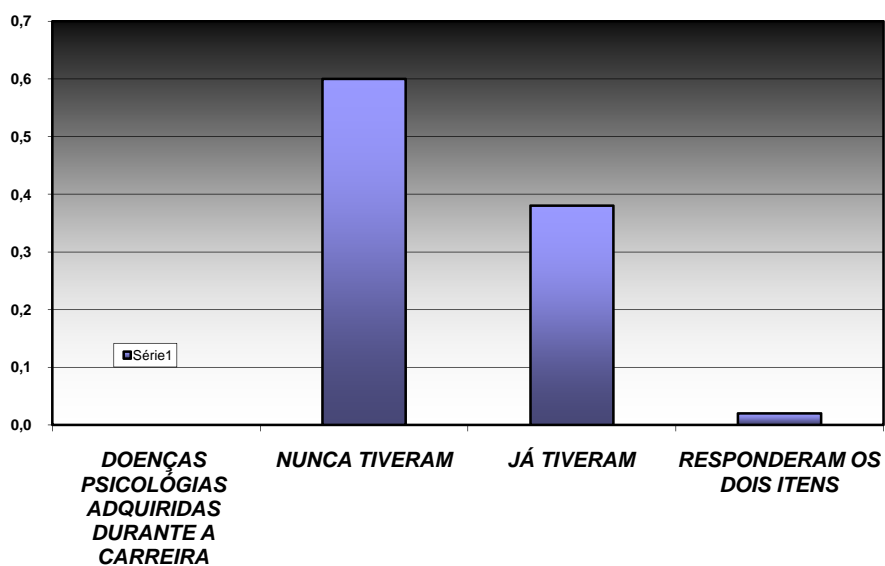
No gráfico ilustrativo temos 16% (dezesesseis por cento) de policiais militares no nível 01 (um), no nível 02 constatou 16% (dezesesseis por cento) e o nível 03 (três) apresentou 13% (treze por cento). Estas informações evidenciam que apesar dos PMs apresentarem índices toleráveis de estresse, deparamos com índices que influenciam na qualidade do serviço prestado à sociedade.

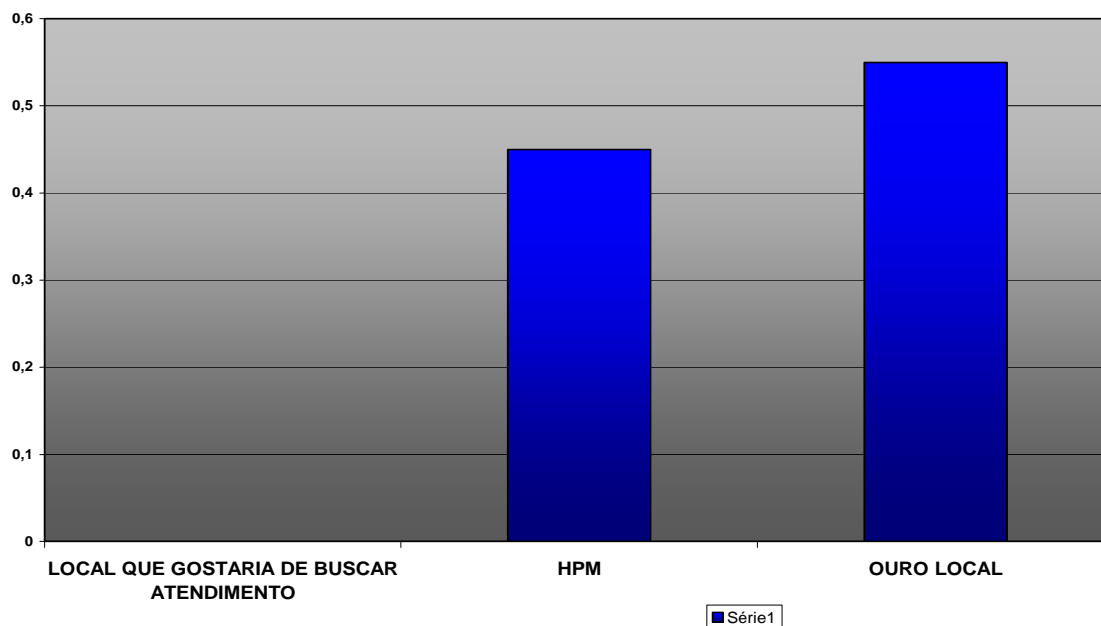
Ilustração III



A ilustração III e o “Resumo” descrevem o comportamento e suas variáveis relacionados com aspectos complementares da aplicação do questionário.

Os resultados encontrados na próxima ilustração em 15% (quinze por cento) no nível 01, outros 15% (quinze por cento) no nível 02 e 14% (quatorze por cento) no nível 03. Estes resultados permitem correlacionar o estresse, o trabalho e os comportamentos potencialmente prejudiciais à imagem da Corporação, bem como para o indivíduo, já que a imagem da Instituição depende da atitude de seus membros.





Quanto à correlação da idade dos participantes, tempo de serviço, local de atendimento e doenças adquiridas no trabalho, os resultados foram respectivamente, 79% (setenta e nove por cento) encontram-se entre 41 a 50 anos de idade, 69% (sessenta e nove por cento) possuem mais de 20 anos de serviço, 60% buscaram atendimento fora e 38% relatam já terem adquirido algum problema psicológico durante o tempo de serviço.

Com base na análise dos dados é possível perceber e correlacionar as informações com a teoria. Segundo estudos já mencionados, o tempo de serviço, assim como os fatores ligados ao pré-conceito e, sobretudo, as reações emocionais elevam a carga de responsabilidade entre o nexos causal, ou seja, entre profissão e as doenças ocasionadas pelo estresse, como a síndrome de burnout.

5.8 Limitações da pesquisa

Por existir um dinamismo muito grande no quantitativo dos quartéis como transferências, licenças, viagens, não foi possível a análise específica de um grupo. No que concerne aos questionários, apesar da tentativa de aplicação em horário de trabalho para não comprometer a folga dos respondentes, alguns policiais, por questões diversas, responderam

à pesquisa em seu horário de descanso, o que pode ter comprometido o interesse, a disponibilidade própria ao compromisso para com as respostas. Outra variável relevante se deve ao receio dos entrevistados em expressar opinião independente do anonimato.

Constitui-se, ainda, fator limitador, o tempo exíguo para a pesquisa, além do que, em diversos momentos, foi prejudicada em virtude de outras atividades decorrentes do curso de aperfeiçoamento de oficiais.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Cultura e aceitação

A alternativa para a solução e/ou inovação em problemas de gestão de pessoas é a de tomar, urgentemente, medidas destinadas a promover a melhoria da saúde física e psíquica do trabalhador. Desta forma, as doenças provocadas pela atividade policial podem ser prevenidas ou combatidas com programas destinados à prevenção, com periodicidade garantida por normas de serviço. Existe, ainda, a necessidade de envolver os chefes e comandantes nesse processo, pois existem fatores paralelos ao tratamento ligados à cultura da organização e aos preceitos referentes a qualquer tipo de tratamento especializado, buscando modificar a visão descabida e preconceituosa de que psicólogos e psiquiatras são apenas para os “loucos”.

6.1.1 Problemas elencados como óbices para o tratamento ou aceitação do policial

Entre os problemas elencados como óbices para o tratamento ou aceitação do policial estão:

- a) Visão popular de que tratamento especializado é para doentes mentais;
- b) Rejeição dos demais policiais àqueles que se submetem a tratamento;
- c) Rejeição do próprio policial ao tratamento, com medo de ser discriminado pelos comandantes;
- d) Determinados preconceitos dos superiores e colegas em trabalhar com policiais submetidos a tratamento;
- e) Reinserção do policial ao sistema, geralmente lento;
- f) Estigma institucional a quem já se submeteu a tratamento psicológico ou psiquiátrico.

6.2 Medidas que cada indivíduo pode adotar para minimizar os níveis de estresse

Cada indivíduo tem de fazer a sua parte para minimizar os níveis de estresse. Nesse prisma, ANDREWS (2003) compila alguns métodos naturais, indicados por vários autores, que contribuem para a redução do estresse:

1º modo natural: Respiração Diafragmática. Respirar corretamente é a chave para o sistema nervoso autônomo e pode eliminar vários distúrbios relacionados ao estresse, tais como hipertensão, depressão, ansiedade, pânico, dores, problemas de menopausa, menstruais, sexuais, etc.

Todos os bebês nascem com padrões naturais de respiração abdominal, usando o diafragma, um grande músculo abaixo dos pulmões, com formato de domo, como um para quedas. Mas quando estamos estressados, começamos a respirar toracicamente, usando não o diafragma, mas o músculo torácico do peito, preenchendo assim apenas um terço dos pulmões. Isso automaticamente estimula o sistema nervoso simpático junto com a resposta “lutar ou fugir”. Como resultado, somos privados de energia, sentindo-nos continuamente cansados, ansiosos e deprimidos, com concentração e energia mental baixas.

2º modo natural: Posturas de Ioga. Para aprender a ativar a ‘ resposta de relaxamento’ a nossa vontade, precisamos ser capazes não apenas de ativar o sistema nervoso parassimpático, mas, simultaneamente, de diminuir o nível de hormônios do estresse que, em overdose, são um tipo de auto-envenenamento. O modo mais eficaz de fazer isso naturalmente é através de posturas de Ioga. As posturas de Ioga foram desenvolvidas há milhares de anos, por sábios que se dedicaram à maestria de seus corpos e mentes. Percebendo os poderosos efeitos dos hormônios na saúde física e no equilíbrio mental, eles inventaram uma série de exercícios que criam pressões específicas nas glândulas endócrinas. A pressão sutil dessas posturas, mantendo o corpo imóvel por certo período de tempo, acompanhada da respiração diafragmática profunda, restaura a secreção equilibrada dos hormônios, proporcionando saúde física e mental.

3º modo natural: Massagem. A massagem é um dos mais poderosos antídotos contra o estresse e está muito em voga atualmente; alguns minutos nas mãos de um especialista em mesoterapia para aliviar suas tensões. Em um estudo da Universidade de

Miami, foi verificado que os trabalhadores que receberam massagens duas vezes por semana tiveram eficiência mental maior do que seus colegas que não receberam (FIELD apud ANDREWS, 2003). A linfa, o fluido vital que remove as toxinas e produtos residuais de cada célula do nosso organismo, não é bombeada pelo coração, mas move-se no seu lento curso apenas pela ação dos músculos. A massagem facilita, em muito, o fluxo da linfa e, por conseguinte, a purificação de todos os nossos tecidos.

4º modo natural: Relaxamento profundo. Uma das práticas mais eficazes para estimular a “resposta de relaxamento” e aliviar o estresse é o relaxamento profundo desenvolvido por antigos sábios, ao observarem o sono restaurador dos animais hibernantes. Estima-se que 80% de todas as doenças psicossomáticas podem ser controladas pelo relaxamento profundo (SHEALY apud ANDREWS, 2003). Segundo o mesmo autor, em poucos minutos essa prática pode:

- a) Diminuir os batimentos cardíacos.
- b) Diminuir a frequência respiratória (de 15 para 10 respirações por minuto).
- c) Baixar a pressão arterial.
- d) Reduzir os hormônios do estresse no sangue.
- e) Relaxar os músculos.

Acalmar a mente. Dez minutos de relaxamento profundo podem reduzir em 50% os hormônios do estresse produzidos durante o dia inteiro. Apenas cinco minutos dessa prática são mais relaxantes do que uma hora de sono, uma vez que nessa postura o nível basal de tensão muscular cai abaixo do que aquele que você experimenta ao dormir. O relaxamento profundo é um dos melhores tratamentos para hipertensão. Pacientes com pressão arterial elevada praticaram essa postura diariamente, durante um mês. Suas dores de cabeça, irritação e insônia desapareceram completamente e a pressão arterial dos pacientes baixou até o normal (DATEY apud ANDREWS, 2003).

O relaxamento profundo faz com que seu corpo renove as forças como se fosse uma bateria, em um processo de recarga. “Normalmente uma pessoa é como uma bateria trabalhando constantemente, incapaz de recarregar-se. No relaxamento profundo e tranquilo, a pessoa é como se fosse uma bateria numa fase de recarga contínua, em contato com uma fonte infinita de energia” (BRENA apud ANDREWS, 2003).

5º modo natural: Meditação. A meditação alivia o estresse e energiza porque ajuda no revigoramento do sistema nervoso, diminuindo rapidamente a secreção de cortisol. Pessoas que meditam regularmente mantêm seus níveis de cortisol continuamente baixos, mesmo em situações estressantes, e têm a idade biológica doze anos mais jovem do que aquelas que não meditam (ANDREWS, 2003).

6º modo natural: Dieta balanceada. O alimento que ingerimos afeta tremendamente o nosso nível de estresse. Devemos evitar uma dieta rica em gordura animal (carne, peixe, ovos): o excesso de colesterol dos alimentos combinado com o excesso de colesterol liberado pelo fígado, por meio da atuação dos hormônios do estresse, pode formar placas de gordura e levar à arteriosclerose, hipertensão e ataque cardíaco. Devemos evitar alimentos que excitam o sistema nervoso simpático, como café, chá preto, refrigerantes sabor cola, cacau, chocolate e carboidratos refinados, especialmente açúcar branco. A queda no nível de açúcar do sangue, que se segue à ingestão de comidas açucaradas, pode causar fadiga e depressão (ANDREWS, 2003).

6.3 Medidas preventivas a serem adotadas pela instituição

Com base nas evidências apresentadas durante o processo de pesquisa, sugere-se as seguintes medidas a serem adotadas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho do policial militar, e conseqüentemente, diminuir o nível de estresse a que são submetidos diariamente:

- a) Fomentar a tolerância, a segurança e a justiça no local de trabalho;
- b) Através de parcerias ou novos recursos, realizar a aquisição de melhores equipamentos de uso individual e o desenvolvimento de campanhas de conscientização sobre a necessidade da segurança pessoal. Apesar de que, atualmente, todo policial militar deve receber treinamento específico do POP, sabemos que há, por parte de alguns policiais, uma resistência em segui-lo, como consequência temos o aumento do risco ao qual o militar se expõe diariamente, risco não só de vida, mas de prejuízo de sua saúde mental.

- c) Instituir a saúde mental como disciplina (ou conteúdo) básica nos cursos de formação de praças e oficiais;
- d) Desenvolver seminários e debates em grupos usando profissionais especializados para abordagem de temas como alcoolismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, aconselhamento matrimonial e qualquer outro assunto que possa contribuir com a melhoria da qualidade de vida do policial;
- e) Concurso ou contratação de psicólogos e psiquiatras para atender a demanda e as necessidades dos policiais militares;
- f) Aprimorar o processo de aplicação de testes psicobiológicos visando a identificação dos policiais que estão alcançando os limites máximos de estresse, auxiliando os comandantes a procurar as soluções mais adequadas para cada caso;
- g) Eliminar exposições físicas prejudiciais ao militar;
- h) Projetar horários de trabalho de modo a evitar conflitos com as demandas e as responsabilidades não relacionadas ao trabalho, bem como cuidados pessoais e lazer;
- i) Conceder ao militar o tempo necessário à realização satisfatória da atividade, com descrição clara de suas funções para melhor harmonizar a sua responsabilidade e desempenho;
- g) Permitir a participação do militar nas decisões ou ações que afetam seu trabalho;
- l) Proporcionar oportunidades de interação social, incluindo apoio emocional e social, e ajuda entre os colegas de trabalho.

6.4 Propostas de procedimentos e diretrizes do programa de avaliação e tratamento pós-ocorrência

Conforme estudo realizado pela TC QOSPM Miriam Terezinha Bueno Nogueira Belém, o HPM-GO, o procedimento padrão para acompanhamento do policial militar que tenha se envolvido em ocorrência de grande vulto com resultado morte, lesão corporal, acidente de trânsito ou, ainda, casos raros de seqüestro e cárcere, deverá seguir os seguintes passos:

À unidade militar compete:

- I – Após a ocorrência, o militar deverá ser afastado imediatamente do serviço, não devendo retornar até que seja avaliado pelo Serviço de Saúde Mental;
- II – O encaminhamento deve ser feito o mais rápido possível, até 72 horas após a ocorrência;
- II – O comando da unidade ou o superior imediato do militar deverá conversar com o militar em questão, explicando o motivo do encaminhamento, que é o de avaliação psicológica, para investigar os efeitos psicológicos da ocorrência, determinando seu afastamento para tratamento médico e psicológico ou seu retorno ao serviço, decisão essa que depende do estado psicológico do militar;
- III – O encaminhamento do militar deverá ser feito via ofício direcionado ao Departamento de Psicologia da PMGO ou para o Comando de Saúde, contendo os dados do militar e um relatório sucinto, porém esclarecedor, do ocorrido, além do nome do responsável pelo encaminhamento para que seja possível contato telefônico, se necessário;
- IV – O responsável pelo encaminhamento deverá anteriormente entrar em contato com o Departamento de Psicologia a fim de agendar dia e horário para a avaliação, para evitar que o militar se desloque desnecessariamente, uma vez que o atendimento é realizado através de agendamento prévio, por razões de organização e planejamento das tarefas do Departamento de Psicologia.

Ao Departamento de Psicologia compete:

- I – Receber o militar encaminhado por ofício, em data e horário marcado previamente;
- II – Manter uma equipe de psicólogos com horários em regime de escala extra para o agendamento e realização da avaliação psicológica;
- II – Realizar avaliação psicológica para detectar a existência, ou não, de sinais patológicos e/ou desestruturantes que necessitem de acompanhamento psicológico, encaminhamento a outros profissionais de saúde, ou ainda algum outro tipo de intervenção. Por exemplo: afastamento da função

temporariamente, participação em atividades terapêuticas ou de grupo, transferência temporária para função administrativa, mudança de horário de trabalho, mudança de função, etc;

- III** – A avaliação psicológica deverá ser realizada utilizando instrumentos padronizados: entrevista clínica diagnóstica (formulário próprio elaborado pelo Departamento de Psicologia); escalas de diagnóstico dos seguintes transtornos mentais: ansiedade, depressão, estresse e estresse pós-traumático; teste de personalidade;
- IV** – De acordo com o resultado da avaliação psicológica, o militar poderá ser encaminhado a vários procedimentos. Dependendo do seu estado psicológico:
- a- Poderá retornar à sua função, sem necessidade de qualquer intervenção, não apresentando qualquer alteração de seu estado mental;
 - b- Poderá ser encaminhado a psicoterapia sem necessidade de afastamento de sua função;
 - c- Poderá ser encaminhado à psicoterapia com necessidade de afastamento temporário de suas funções, ou transferência para serviço administrativo;
 - d- Poderá ser encaminhado para avaliação e tratamento psiquiátrico e/ou neurológico, além de submeter-se à psicoterapia, com afastamento ou não de sua função;
 - e- Poderá ser encaminhado para avaliação de um clínico geral, para checar a saúde geral;
 - f- Poderá ser encaminhado para participar de grupos terapêuticos, com ou sem afastamento da função;
 - g- Se estiver afastado da função para tratamento, somente poderá retornar ao serviço após nova avaliação psicológica que indique melhoria ou desaparecimento dos sinais de transtorno de estresse pós-traumático.
- V** – Informar o comando da unidade a qual pertence o policial militar, por meio de ofício, sobre os procedimentos realizados e sobre os que porventura sejam necessários, tais como: parecer psicológico, encaminhamentos e afastamento do militar, se necessário;
- VI** – Programar procedimentos de acompanhamento psicológico ao policial militar que necessite de intervenção psicológica: psicoterapia (no próprio

departamento ou encaminhá-lo a psicólogo credenciado pelo IPASGO), grupos terapêuticos e/ou opcionais;

VII–Coordenar o Serviço de Saúde Mental, que será composto por profissionais da saúde trabalhando de forma sincrônica e comunicativa entre si: assistente social, educador físico, endocrinologista, médico clínico geral, neurologista, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, e outros quando se fizerem necessários;

VIII- A decisão da equipe de saúde mental quanto ao afastamento e retorno do militar ao trabalho será soberana e deverá ser acatada pela unidade operacional.

Acredita-se que o cumprimento deste plano de prevenção será extremamente benéfico à saúde mental dos integrantes da Corporação como um todo, uma vez que a retirada do militar, que se envolveu em ocorrência de grande vulto, das situações que possam causar mais tensão e respostas desadaptativas, de forma a possibilitar a avaliação e tratamento adequado terá como consequência a diminuição da instalação de transtornos ou doenças de caráter psicológico ou mental, o que, por sua vez, poderá contribuir para a diminuição de afastamentos mais longos por motivo de saúde, pois um número expressivo de militares à disposição da Junta Central de Saúde está afastado devido a transtorno ou doença mental já cronificados ou sendo indicada a reforma. A intervenção psicológica e/ou psiquiátrica preventiva pode evitar a instalação de transtornos mais graves e o consequente afastamento ou reforma precoce do militar, trazendo benefícios para o militar que terá preservada sua saúde mental e qualidade de vida; para a corporação que poderá contar com um profissional mais saudável e produtivo por mais tempo; e a sociedade que poderá contar com um serviço de melhor qualidade.

CONCLUSÃO

A instituição Polícia Militar é constituída, em sua estrutura organizacional, de forma linear, tendo como base aspectos rígidos de hierarquia e disciplina. O homem que atua no nível de execução (atividade fim), no patrulhamento operacional, se transforma no centro das atenções de toda atividade policial. É o primeiro contato que a população tem com a instituição. Se esse homem, que a sociedade tem como guardião, estiver com a saúde precária, afetará a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, prejudicará o seu desempenho profissional.

O inter-relacionamento ambiente-saúde-ambiente na organização policial militar se constitui num ciclo interminável em que os dois conceitos interagem e se influenciam constantemente: os diversos estressores ocupacionais encontrados no ambiente geram

diferentes níveis de estresse no policial militar que, sob essa influência, age no ambiente e pode aumentar a carga estressora com efeitos para o ambiente e para o policial.

Com base na análise dos dados obtidos, através da pesquisa, concluímos que o presente estudo comprova, em parte, a relação entre o nível de estresse e o desenvolvimento de comportamentos prejudiciais para a instituição. Os resultados também são relevantes indicativos do alto nível de estresse dos policiais que sugerem uma predisposição para o desenvolvimento da síndrome de burnout e conseqüentemente de outros transtornos psicobiológicos.

Das respostas obtidas quanto às características psicofísicas em relação ao trabalho, 45 por cento se sentem referência para as pessoas com que lidam diariamente. Desses, 30 por cento acreditam que poderiam fazer mais pelas pessoas assistidas por eles. 15 por cento têm que desprender grande esforço para realizar suas tarefas diárias e 18 por cento se sentem excessivamente cansados ao final da jornada de trabalho diária. (ilustração I).

Aqueles que não acreditam mais no que realizam profissionalmente todos os dias somam 28 por cento, enquanto que 20 por cento acredita que o salário que recebe é desproporcional ao trabalho que realiza e, ainda, se sente responsável pelos problemas das pessoas diariamente. Desses, 15 por cento sentem que as pessoas os culpam pelos seus problemas. (ilustração II).

Com base nessas informações e fazendo paralelo com as causas de estresse, apesar de somente 29 por cento apresentarem estresse diário e semanal, respectivamente em um nível tolerável, o serviço prestado destes quase 1/3 pode ser prejudicado quanto à qualidade.

Os resultados relativos aos sintomas físicos dão conta que 19 por cento têm dificuldade para dormir diária e semanalmente, 32 por cento apresentam dores e tensões nos músculos dos ombros e pescoços, enquanto 15 por cento têm sentimento de raiva, também diária e semanalmente, 30 por cento mostram irritabilidade, 32 por cento nervosismo e 29 por cento fadiga, nesse mesmo espaço de tempo (ilustração III).

Esses números permitem correlacionar o estresse e o trabalho e sua influência em comportamentos prejudiciais à Instituição e ao policial.

Quase 38 por cento relataram ter sofrido algum sintoma de transtorno psicobiológico durante a vida profissional.

O que vem de encontro a dados obtidos junto à Junta Central de Saúde da Polícia Militar de Goiás, em que pese terem chegado já de forma quase tardia e incompleta

inviabilizando uma análise mais profunda e detalhada dessas informações, não conta que atualmente 406 Policiais Militares de Goiás estão à disposição da Junta Médica. Desses, 174 estão por causas especificadas CID F que diz respeito a transtornos mentais e comportamentais, ou seja, 43% quase a metade das baixas médicas. Nesses 174 casos destacam-se os transtornos de ciclotimia (variação do humor que se alterna entre a hipomania - extremo entusiasmo - e a depressão), reação aguda ao estresse, transtorno depressivo recorrente, episódio depressivo e transtorno mental e comportamental devido ao uso do álcool.

Não houve aqui a pretensão de exaurir as ponderações possíveis relativas a transtornos mentais, mas deflagrar a reflexão e discussão a respeito de um tema não presente nos dias atuais e, no entanto, não ignorado entre nós.

Há que se avaliar que, pelo desconhecimento até mesmo de profissionais da saúde, as pessoas que estão sofrendo as consequências da síndrome geralmente se sentem incompreendidas e insuficientes para fazer frente às situações, não conseguindo enfrentar as vicissitudes de uma instituição perversa, o que só vem a intensificar os sintomas. Na síndrome de burnout, diferentemente de outros transtornos, o contexto laboral possui determinação importante e decisiva no processo.

Assim sendo, cabe a todos militares comprometidos com a saúde do trabalho, difundir e alertar os colegas sobre as causas e sintomas presentes nesta síndrome, a fim de que a lei possa ser utilizada com critério e, desta forma, permitir o resgate dos direitos do profissional policial, bem como de sua dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B. & BUSNELLO, E. D'A. **“Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre)”**. Revista ABP-APAL, 14: 93-104, 1992.
- ANDRADE, L. H. S. G. **“Estudo do Perfil Sintomológico de Pacientes com Transtorno de Pânico e Agorafobia com Ataques de Pânico”**. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da USP, 1993.
- BARROS, T. P. **Perfil Psicopatológico e Transtornos de Personalidade em uma Amostra de Pacientes com Diagnóstico de Fobia Social**. Dissertação de Mestrado à Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, 1996.
- CID-10 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. Versão: 1.6c data da versão: 30/09/1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm> 10/04/2011. 14h30
- CODO, W. et al. **Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CORDÁS, T.A.; RAMOS, R.T.; NAVARRO, J.M.; LOTUFO-NETO, F. & GENTIL, V. **“Anormalidades Eletroencefalográficas na Síndrome do Pânico”**, Rev. Ass. Med. Bras., 35(2) 67-69, 1989.
- DELBONI, Thais H. **Vencendo o Stress**. São Paulo: Makron Books do Brasil Editora Ltda, 1997.
- DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais 4 ed., P.A:** Artes Medicas, 1995.
- EAD/SENASP. **Tópicos em psicologia relacionados à Segurança Pública e Defesa Civil**. GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; ANDRADE, L.; CORDÁS, T.; BERNIK, M.; RAMOS, R.; MACIEL, L.; MIYAKAWA, E. & GORENSTEIN, C. **“Clomipramine, a Better Reference Drug for Panic/Agoraphobia. I. Effectiveness Comparison with Imipramine”**. J. Psychopharmacol., 9:316-324, 1993.
- GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M A. **Pânico, fobias e obsessões**

Grupo de Estudos e Pesquisa Sobre o Estresse e Síndrome de Burnout. Disponível em: www.gepeb.com.br/. Acesso em 21Mai2011.

JACQUES, M. G. **Saúde mental e trabalho: leitura**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LADER, M “**The Nature of ClinicaAnxiety in Modern Society**”. In: Spielberger & Sarasen(edes.) Stress and Anxiety in Modern Life. New York, Halsted Press, 1975, pp.3-261

LEWIS, A “**Problems Presentend by the ambiguous Word ‘Anxiety’** as Used in Psychopathology”. Israel Annals Psychiatry related Disciplines, 5:105-121, 1967.

LIMA, **A sedução perigosa**, Revista Veja. Brasil, 28/5/1986. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213154638.pdf. Acesso 20/mai/2011

LIMA, João Cavalim de. **Atividade Policial e o Confronto Armado**. 1ª Edição, Juruá Editora, 2005.

LIMA, Maria Elizabete Antunes. **A polêmica do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho**. Psicologia em Revista.2003.Disponível em: <http://acordocoletivo.org/2010/05/22/a-polemica-em-torno-do-nexo-causal-entre-transtorno-mental-e-trabalho/>. Acesso em: 04Abr 2011.

LOTUFO-NETO, F. “**Distúrbio Obsessivo-compulsivo e Depressão**”. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42 (supl. 1): 29S-32S, 1993.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MASLACH, C.: JACKSON, S. **The measurent of experienced burnout**. Jornal of Occupational Behavior, 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**; Manual de procedimentos para serviço de saúde Brasília: M.S, 2001.

NARDI, H.; TITTONI, J.; BERNARDES, J. **Subjetividade e trabalho**. In: CATTANI, A. (org.) trabalho e tecnologia; dicionário crítico. 2. ed., Petrópolis: vozes, 1997, p.240-6.

NICOLAU, Álvaro Antônio. **Ensaio sobre o sofrimento psicológico de policiais**. Disponível em: <http://www.fgr.org.br/admin/resumos/200927333111941738844709031Ensaio%20sobre%20o%20sofrimento%20psicologico%20de%20policiais.pdf>. Acesso em: 09 Abr 2011.

NOGUEIRA, G. E. G. **Análise do fenômeno suicídio**/tentativa na polícia militar de Minas Gerais de Janeiro de 1992 a junho de 1996. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213154638.pdf. Acesso em 20mai2011

PEREIRA, Ana Maria T. B. O que é a Síndrome de Burnout? GEPEB 2009. Disponível em: www.gepeb.com.br/. Acesso em 21Mai2011.

PITLIUK, R. **Síndrome do Pânico ou Transtorno do Pânico**. São Paulo. Disponível em: <<http://www.mentalhelp.com/panico.htm>>. Acesso em: 08abr2011.

Revista IstoÉ “Alvos de sua própria arma” (19/11/1994). Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, dez. 2003.

RINALDI, Alexandra. 2007. Disponível em: <http://refletindomuito.blogspot.com/2007/07/oms-coloca-o-estresse-ocupacional-como.html>. Acesso em 22Mai2011.

SCARPATO, A. **Síndrome do Pânico**. São Paulo: PUC, 2010. Disponível em: <http://www.psicoterapia.psc.br/scarpatopanico.html>. Acesso em 07abr2011.

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Saúde ou doença: em que lado você está?**, 2009. Disponível em: www.senasp.com.br, acesso em: 07abr2011.

SELIGMMANN-SILVA, E. **Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho**. In: Mendes, R. (org.) Patologia do trabalho. S. P.: Atheneu, 1995.

SILVA, Joana Helena Rodrigues. Estudo sobre o trabalho policial e suas implicações na saúde mental. Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. 2009. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/.../tde.../JoanaHRSilva.pdf. Acesso em 12 04 2011.

SILVA, Telma. **Estresse ocupacional em policiais militares: como vencer este inimigo?** Artigo. Disponível em: <http://www.apmdfesp.com.br/artigos.html#stress>. Acesso em: 04 Abr 2011.

SINPOL-GO/GOÂNIA <http://routenews.com.br/index/?p=701> (08/04/2011) 14h:30, Fonte: O Popular.

TESS, V. L. C. “**Disfunções Sexuais em Pacientes com Transtorno de Pânico com e sem Agorafobia**”. Dissertação de Mestrado à Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo, 1996.

TORRES, A. R. “**Distúrbio Obsessivo Compulsivo: Dificuldades Diagnósticas**”. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41: 351-357, 1992.

VITORIO, Gilberto Duarte. **O estresse policial e sua influência na imagem institucional**. Disponível em: www.segurancacidade.org.br/index.php?... Acesso em: 31 Mar 2011.

WIKIPEDIA. **Transtorno do Pânico**. 2011. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno do p%C3%A2nico](http://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_do_p%C3%A2nico). Acesso em: 08abr2011.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo da pesquisa é identificar as fontes de possíveis desencadeadores de doenças psicológicas, bem como os níveis produzidos por estas fontes e sua influência na atividade Policial Militar.

Obs.: Este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por Médico ou Psicoterapeuta.

Pesquisador Responsável: JANY FALKNER BATISTA – CAP QOPM / NÚCIO GUEDES DA PAIXÃO – CAP QOPM

Pesquisadores participantes: Policiais Militares do Estado de Goiás.

♦ **Assinatura do pesquisador** _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

QUARTEL: _____

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui

devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador

_____ sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos decorrentes de minha participação.

Local e data: Goiânia-Go / _____ / _____ / _____ /

Nome: _____ Idade: _____ Tempo de Serviço:

Tempo de Serviço Operacional: _____ (exato ou aproximado) Patente:

Assinatura do participante:

QUESTIONÁRIO

MARQUE "X" na coluna correspondente:

1- Nunca | 2 - Anualmente | 3 - Mensalmente | 4 - Semanalmente |

Nº	CARACTERÍSTICAS PSICOFÍSICAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO	1	2	3	4	5
01.	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas.					
02.	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho.					
03.	Levanto-me cansado (a) e sem disposição para realizar o meu trabalho.					
04.	Sinto-me esgotado (a) emocionalmente em relação ao meu trabalho.					
05.	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim.					
06.	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente.					
07.	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo.					
08.	Tenho me sentido mais estressado (a) com as pessoas que atendo.					
09.	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho.					
10.	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado (a).					
11.	Não me sinto realizado (a) com o meu trabalho.					
12.	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes.					
13.	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente.					
14.	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família.					
15.	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário.					
16.	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo.					
17.	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo.					
18.	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas.					
19.	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros.					
20.	Sinto que não acredito mais na profissão que exerceo.					
Subtotais						
Totais						
SINTOMAS COMPLEMENTARES		1	2	3	4	5
01.	Fadiga					
02.	Nervosismo					
03.	Irritabilidade					
04.	Sentimento de Raiva					
05.	Período de depressão					
06.	Dor no estômago					
07.	Dor nos músculos do pescoço e ombros					
08.	Dores discretas no peito					
09.	Dificuldade para dormir					
DADOS COMPLEMENTARES						
01.	Qual a sua idade atualmente?	ANOS	()	
02.	Tempo de serviço na Polícia Militar do Estado de Goiás	ANOS	()	
03.	Existiu problema transtorno/psicológico neste tempo/qual?() SIM / NÃO
04.	Local que gostaria de buscar atendimento/tratamento psicológico?	HPM	OUTROS			
Subtotais						
Totais						

ANEXOS

Portaria nº 1339/GM Em 18 de novembro de 1999.
(publicada em DOU de 19/11/1999, seção I, página 21)

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando

o artigo 6º, parágrafo 3º inciso VII da Lei nº 8.080/90, que delega ao Sistema Único de Saúde - SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;

a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 220, de 05 de maio de 1997, que recomenda ao Ministério da Saúde a publicação da Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho;

a importância da definição do perfil nosológico da população trabalhadora para o estabelecimento de políticas públicas no campo da saúde do trabalhador, resolve:

Art. 1º Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria.

Art. 2º Esta lista poderá ser revisada anualmente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

LISTA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

RELAÇÃO DE AGENTES OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL, COM AS RESPECTIVAS DOENÇAS QUE PODEM ESTAR COM ELES RELACIONADAS

AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	DOENÇAS CAUSALMENTE RELACIONADAS COM OS RESPECTIVOS AGENTES OU FATORES DE RISCO (DENOMINADAS E CODIFICADAS SEGUNDO A CID-10)
1) Arsênio e seus compostos arsenicais	<ul style="list-style-type: none"> • Angiossarcoma do fígado (C22.3) • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) • Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) • Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) • Blefarite (H01.0) • Conjuntivite (H10) • Queratite e Queratoconjuntivite (H16) • Arritmias cardíacas (I49.-) • Rinite Crônica (J31.0) • Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) • Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) • Hipertensão Portal (K76.6)

	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4) • Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui “Vitiligo Ocupacional”) (L81.5) • Ceratose Palmar e Plantar Adquirida (L85.1) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.0)
2) Asbesto ou Amianto	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna do estômago (C16.-) • Neoplasia maligna da laringe (C32.-) • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Mesotelioma da pleura (C45.0) • Mesotelioma do peritônio (C45.1) • Mesotelioma do pericárdio (C45.2) • Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8) • Asbestose (J60.-) • Derrame Pleural (J90.-) • Placas Pleurais (J92.-)
3) Benzeno e seus homólogos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Leucemias (C91-C95.-) • Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) • Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) • Hipoplasia Medular (D61.9) • Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) • Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) • Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemóide (D72.8) • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) • Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) • Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) • Episódios depressivos (F32.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) • Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) • Hipoacusia Ototóxica (H91.0) (Tolueno e Xileno) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Efeitos Tóxicos Agudos (T52.1 e T52.2)
4) Berílio e seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Conjuntivite (H10) • Beriliose (J63.2) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-)

	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos Tóxicos Agudos (T56.7)
5) Bromo	<ul style="list-style-type: none"> • Faringite Aguda (“Angina Aguda”, “Dor de Garganta”) (J02.9) • Laringotraqueíte Aguda (J04.2) • Faringite Crônica (J31.2) • Sinusite Crônica (J32.-) • Laringotraqueíte Crônica (J37.1) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8.)
6) Cádmio ou seus compostos	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Transtornos do nervo olfatório (Inclui “Anosmia”) (G52.0) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Enfisema intersticial (J98.2) • Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7) • Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) • Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) • Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) • Efeitos Tóxicos Agudos (T56.3)
7) Carbonetos metálicos de Tungstênio sinterizados	<ul style="list-style-type: none"> • Outras Rinites Alérgicas (J30.3) • Asma (J45.-) • Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas (J63.8)
8) Chumbo ou seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8) • Anemia Sideroblástica secundária a toxinas (D64.2) • Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) • Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) • Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) • Hipertensão Arterial (I10.-) • Arritmias Cardíacas (I49.-) • “Cólica da Chumbo” (K59.8) • Gota Induzida pelo Chumbo (M10.1) • Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3)

	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência Renal Crônica (N17) • Infertilidade Masculina (N46) • Efeitos Tóxicos Agudos(T56.0)
9) Cloro	<ul style="list-style-type: none"> • Rinite Crônica (J31.0) • Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Efeitos Tóxicos Agudos (T59.4)
10) Cromo ou seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Outras Rinites Alérgicas (J30.3) • Rinite Crônica (J31.0) • Ulceração ou Necrose do Septo Nsal (J34.0) • Asma (J45.-) • “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4) • Efeitos Tóxicos Agudos (T56.2)
11) Flúor ou seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivite (H10) • Rinite Crônica (J31.0) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Erosão Dentária (K03.2) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Fluorose do Esqueleto (M85.1) • Intoxicação Aguda (T59.5)
12) Fósforo ou seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) • Arritmias cardíacas (I49.-) (Agrotóxicos organofosforados e carbamatos) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) • Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) • Intoxicação Aguda (T57.1) (Intoxicação Aguda por Agrotóxicos Organofosforados:T60.0)
13) Hidrocarbonetos alifáticos ou	<ul style="list-style-type: none"> • Angiossarcoma do fígado (C22.3) • Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-)

aromáticos (seus derivados halogenados tóxicos)	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) • Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) • Outras porfirias (E80.2) • Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) (Brometo de Metila) • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) • Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) • Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) • Episódios Depressivos (F32.-) • Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) • Outras formas especificadas de tremor (G25.2) • Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) • Transtornos do nervo trigêmeo (G50.-) • Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) (n-Hexano) • Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) • Conjuntivite (H10) • Neurite Óptica (H46) • Distúrbios visuais subjetivos (H53.-) • Outras vertigens periféricas (H81.3) • Labirintite (H83.0) • Hipoacusia ototóxica (H91.0) • Parada Cardíaca (I46.-) • Arritmias cardíacas (I49.-) • Síndrome de Raynaud (I73.0) (Cloreto de Vinila) • Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) (Cloreto de Vinila) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Doença Tóxica do Fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2); Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8) • Hipertensão Portal (K76.6) (Cloreto de Vinila) • “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • “Cloracne” (L70.8) • Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4) • Outros transtornos especificados de pigmentação: “Porfíria Cutânea
---	--

	<p>Tardia” (L81.8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérmio (T33) (Anestésicos clorados locais) • Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Anestésicos clorados locais) • Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos) (Cloreto de Vinila) • Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-) • Insuficiência Renal Aguda (N17) • Efeitos Tóxicos Agudos (T53.-)
14) Iodo	<ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivite (H10) • Faringite Aguda (“Angina Aguda”, “Dor de Garganta”) (J02.9) • Laringotraqueíte Aguda (J04.2) • Sinusite Crônica (J32.-) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8)
15) Manganês e seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) • Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) • Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) • Episódios Depressivos (F32.-) • Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) • Parkisonismo Secundário (G21.2) • Inflamação Coriorretiniana (H30) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.2)
16) Mercúrio e seus compostos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) • Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) • Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) • Episódios Depressivos (F32.-) • Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) • Ataxia Cerebelosa (G11.1) • Outras formas especificadas de tremor (G25.2)

	<ul style="list-style-type: none"> • Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) • Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) • Arritmias cardíacas (I49.-) • Gengivite Crônica (K05.1) • Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Doença Glomerular Crônica (N03.-) • Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.1)
17) Substâncias asfixiantes: Monóxido de Carbono, Cianeto de Hidrogênio ou seus derivados tóxicos, Sulfeto de Hidrogênio (Ácido Sulfídrico)	<ul style="list-style-type: none"> • Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) • Transtornos do nervo olfatório (Inclui “Anosmia”) (G52.0) (H₂S) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) (Seqüela) • Conjuntivite (H10) (H₂S) • Queratite e Queratoconjuntivite (H16) • Angina Pectoris (I20.-) (CO) • Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) (CO) • Parada Cardíaca (I46.-) (CO) • Arritmias cardíacas (I49.-) (CO) • Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (HCN) • Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) (HCN) • Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) (HCN) • Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) (HCN; H₂S) • Efeitos Tóxicos Agudos (T57.3; T58; T59.6)
18) Sílica Livre	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Cor Pulmonale (I27.9) • Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-) • Silicose (J62.8) • Pneumoconiose associada com Tuberculose (“Sílico-Tuberculose”) (J63.8) • Síndrome de Caplan (J99.1; M05.3)
19) Sulfeto de Carbono ou Dissulfeto de Carbono	<ul style="list-style-type: none"> • Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) • Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) • Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) • Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) • Episódios Depressivos (F32.-) • Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) • Polineuropatia devida a outras agentes tóxicos (G52.2) • Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) • Neurite Óptica (H46)

	<ul style="list-style-type: none"> • Angina Pectoris (I20.-) • Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) • Aterosclerose (I70.-) e Doença Aterosclerótica do Coração (I25.1) • Efeitos Tóxicos Agudos (T52.8)
20) Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias, causadores de epitelomas primitivos da pele	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) • Neoplasia maligna da bexiga (C67.-) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4)
21) Ruído e afecção auditiva	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da Audição Provocada pelo Ruído (H83.3) • Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2) • Hipertensão Arterial (I10.-) • Ruptura Traumática do Tímpano (pelo ruído) (S09.2)
22) Vibrações (afecções dos músculos, tendões, ossos, articulações, vasos sanguíneos periféricos ou dos nervos periféricos)	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Raynaud (I73.0) • Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) • Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5) • Síndrome Cervicobraquial (M53.1) • Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0) • Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9) • Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1) • Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8) • Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) • Doença de Kienbock do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondro-patias especificadas (M93.8)
23) Ar Comprimido	<ul style="list-style-type: none"> • Otite Média não supurativa (H65.9) • Perfuração da Membrana do Tímpano (H72 ou S09.2) • Labirintite (H83.0) • Otalgia e Secreção Auditiva (H92.-)

	<ul style="list-style-type: none"> • Outros transtornos especificados do ouvido (H93.8) • Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3) • Otite Barotraumática (T70.0) • Sinusite Barotraumática (IT70.1) • “Mal dos Caixões” (Doença da Descompressão) (T70.4) • Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)
24) Radiações Ionizantes	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-) • Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) • Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (Inclui “Sarcoma Ósseo”) • Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) • Leucemias (C91-C95.-) • Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) • Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) • Hipoplasia Medular (D61.9) • Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) • Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) • Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemóide (D72.8) • Polineuropatia induzida pela radiação (G62.8) • Blefarite (H01.0) • Conjuntivite (H10) • Queratite e Queratoconjuntivite (H16) • Catarata (H28) • Pneumonite por radiação (J70.0 e J70.1) • Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) • Radiodermatite (L58.-): Radiodermatite Aguda (L58.0); Radiodermatite Crônica (L58.1); Radiodermatite, não especificada (L58.9); Afecções da pele e do tecido conjuntivo relacionadas com a radiação, não especificadas (L59.9) • Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) • Infertilidade Masculina (N46) • Efeitos Agudos (não especificados) da Radiação (T66)
25) Microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Exposição ocupacional ao agente e/ou transmissor da doença, em profissões e/ou condições de trabalho especificadas)	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose (A15-A19.-) • Carbúnculo (A22.-) • Brucelose (A23.-) • Leptospirose (A27.-) • Tétano (A35.-) • Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-) • Dengue (A90.-) • Febre Amarela (A95.-) • Hepatites Virais (B15-B19.-) • Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-) • Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-) • Paracoccidiomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-) • Malária (B50-B54.-) • Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2)

	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2); Suberose (J67.3); Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0) • “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9)
26) Algodão, Linho, Cânhamo, Sisal	<ul style="list-style-type: none"> • Outras Rinites Alérgicas (J30.3) • Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-) • Asma (J45.-) • Bissinose (J66.0)
27) Agentes físicos, químicos ou biológicos, que afetam a pele, não considerados em outras rubricas	<ul style="list-style-type: none"> • “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9) • Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) • Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) • Urticária Alérgica (L50.0) • “Urticária Física” (devida ao calor e ao frio) (L50.2) • Urticária de Contato (L50.6) • Queimadura Solar (L55) • Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-): Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2); Urticária Solar (L56.3); Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8); Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9); • Alterações da Pele devidas a Exposição Crônica a Radiação Não Ionizante (L57.-) : Ceratose Actínica (L57.0); Outras Alterações: Dermatite Solar, “Pele de Fazendeiro”, “Pele de Marinheiro” (L57.8) • “Cloracne” (L70.8) • “Elaiocniose” ou “Dermatite Folicular” (L72.8) • Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4) • Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui “Vitiligo Ocupacional”) (L81.5) • Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4) • Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérnio (T33) (Frio) • Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Frio)

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo I da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Tuberculose (A15-A19.-)	Exposição ocupacional ao <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Bacilo de Koch) ou <i>Mycobacterium bovis</i> , em atividades em laboratórios de biologia, e atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes cujos exames bacteriológicos são positivos (Z57.8) (Quadro 25) Hipersuscetibilidade do trabalhador exposto a poeiras de sílica (Sílico-tuberculose) (J65.-)
Carbúnculo (A22.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional ao <i>Bacillus anthracis</i> , em atividades suscetíveis de colocar os trabalhadores em contato direto com animais infectados ou com cadáveres desses animais; trabalhos artesanais ou industriais com pelos, pele, couro ou lã. (Z57.8) (Quadro 25)
Brucelose (A23.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional a <i>Brucella melitensis</i> , <i>B. abortus</i> , <i>B. suis</i> , <i>B. canis</i> , etc., em atividades em abatedouros, frigoríficos, manipulação de produtos de carne; ordenha e fabricação de laticínios e atividades assemelhadas. (Z57.8) (Quadro 25)
Leptospirose (A27.-)	Exposição ocupacional a <i>Leptospira icterohaemorrhagiae</i> (e outras espécies), em trabalhos expondo ao contato direto com águas sujas, ou efetuado em locais suscetíveis de serem sujos por dejetos de animais portadores de germes; trabalhos efetuados dentro de minas, túneis, galerias, esgotos em locais subterrâneos; trabalhos em cursos d'água; trabalhos de drenagem; contato com roedores; trabalhos com animais domésticos, e com gado; preparação de alimentos de origem animal, de peixes, de laticínios, etc.. (Z57.8) (Quadro 25)
Tétano (A35.-)	Exposição ao <i>Clostridium tetani</i> , em circunstâncias de acidentes do trabalho na agricultura, na construção civil, na indústria, ou em acidentes de trajeto (Z57.8) (Quadro 25)
Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-)	Zoonoses causadas pela exposição ocupacional a <i>Chlamydia psittaci</i> ou <i>Chlamydia pneumoniae</i> , em trabalhos em criadouros de aves ou pássaros, atividades de Veterinária, em zoológicos, e em laboratórios biológicos, etc.(Z57.8) (Quadro 25)
Dengue [Dengue Clássico] (A90.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (<i>Aedes aegypti</i>), transmissor do arbovírus da Dengue, principalmente em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, e em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros.(Z57.8) (Quadro 25)
Febre Amarela (A95.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (<i>Aedes aegypti</i>), transmissor do arbovírus da Febre Amarela, principalmente

	em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, e em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros. (Z57.8) (Quadro 25)
Hepatites Virais (B15-B19.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Hepatite A (HAV); Vírus da Hepatite B (HBV); Vírus da Hepatite C (HCV); Vírus da Hepatite D (HDV); Vírus da Hepatite E (HEV), em trabalhos envolvendo manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue humano ou de seus derivados; trabalho com “águas usadas” e esgotos; trabalhos em contato com materiais provenientes de doentes ou objetos contaminados por eles. (Z57.8) (Quadro 25)
Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Imuno-deficiência Humana (HIV), principalmente em trabalhadores da saúde, em decorrência de acidentes perfuro-cortantes com agulhas ou material cirúrgico contaminado, e na manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados, e contato com materiais provenientes de pacientes infectados. (Z57.8) (Quadro 25)
Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-)	Exposição ocupacional a fungos do gênero Epidermophyton, Microsporum e Trichophyton, em trabalhos em condições de temperatura elevada e umidade (cozinhas, ginásios, piscinas) e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro 25)
Candidíase (B37.-)	Exposição ocupacional a Candida albicans, Candida glabrata, etc., em trabalhos que requerem longas imersões das mãos em água e irritação mecânica das mãos, tais como trabalhadores de limpeza, lavadeiras, cozinheiras, entre outros.. (Z57.8) (Quadro 25)
Paracoccidiodomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-)	Exposição ocupacional ao Paracoccidioides brasiliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas. (Z57.8) (Quadro 25)
Malária (B50 – B54.-)	Exposição ocupacional ao Plasmodium malariae; Plasmodium vivax; Plasmodium falciparum ou outros protozoários, principalmente em atividades de mineração, construção de barragens ou rodovias, em extração de petróleo e outras atividades que obrigam a entrada dos trabalhadores em zonas endêmicas (Z57.8) (Quadro 25)
Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2)	Exposição ocupacional à Leishmania braziliensis, principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas, e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro 25)

**NEOPLASIAS (TUMORES) RELACIONADOS COM O TRABALHO
(GRUPO II da CID-10)**

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Neoplasia maligna do estômago (C16.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2)(Quadro 2)
Angiossarcoma do fígado (C22.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.5) (Quadro 1) • Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Epicloridrina (X49.-; Z57.5) • Hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos na Indústria do Petróleo (X46.-; Z57.5)
Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1)(Quadro 24) • Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) • Poeiras de madeira e outras poeiras orgânicas da indústria do mobiliário (X49.-; Z57.2) • Poeiras da indústria do couro (X49.-; Z57.2) • Poeiras orgânicas (na indústria têxtil e em padarias) (X49.-; Z57.2) • Indústria do petróleo (X46.-; Z57.5)
Neoplasia maligna da laringe (C32.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro 2)
Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) • Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro 2) • Berílio (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) • Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5)(Quadro 6) • Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) • Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Clorometil éteres (X49.-; Z57.5) (Quadro 13) • Sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18) • Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro 20) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5) • Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) • Acrilonitrila (X49.-; Z57.5) • Indústria do alumínio (fundições) (X49.-; Z57.5) • Neblinas de óleos minerais (óleo de corte) (X49.-; Z57.5) • Fundições de metais (X49.-; Z57.5)
Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos	<ul style="list-style-type: none"> • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)

membros (Inclui “Sarcoma Ósseo”) (C40.-)	
Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) • Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias causadores de epitelomas da pele (X49.-; Z57.5) (Quadro 20) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Radiações ultravioletas (W89; Z57.1)
Mesotelioma (C45.-): Mesotelioma da pleura (C45.0), Mesotelioma do peritônio (C45.1) e Mesotelioma do pericárdio (C45.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro 2)
Neoplasia maligna da bexiga (C67.-)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro 20)</i> • <i>Aminas aromáticas e seus derivados (Beta-naftilamina, 2-cloroanilina, benzidina, o-toluidina, 4-cloro-orto-toluidina (X49.-; Z57.5)</i> • Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5)
Leucemias (C91-C95.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) • Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) • Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) • Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)

DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo III da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Síndromes Mielodisplásicas (D46-)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Anemia Hemolítica adquirida (D59.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivados nitrados e aminados do Benzeno (X46.-; Z57.5)
Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-) (Quadro 24)
Anemia Aplástica não especificada, Anemia hipoplástica SOE, Hipoplasia medular (D61.9)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Anemia Sideroblástica secundária a toxinas (Inclui “Anemia Hipocrômica, Microcítica, com	<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 8)

Reticulocitose”) (D64.2)	
Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Cloreto de Vinila (X46.-)(Quadro 13) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Derivados do Fenol, Pentaclorofenol, Hidroxibenzonitrilo (X49.-; XZ57.5)
Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: leucocitose, reação leucemóide (D72.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5)(Quadro 3) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Metahemoglobinemia (D74.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5)

DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo IV da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Hidrocarbonetos halogenados (Clorobenzeno e seus derivados) (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Tiuracil (X49.-; Z57.5) • Tiocinatos (X49.-; Z57.5) • Tiuréia (X49.-; Z57.5)
Outras Porfirias (E.80.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Clorobenzeno e seus derivados (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13)

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Substâncias asfixiantes: CO, H₂S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)
Delirium, não sobreposto a demência, como descrita (F05.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)
Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-): Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e

	<p>Z57.5) (Quadro 16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-): Transtorno Orgânico de Personalidade (F07.0); Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão ou disfunção cerebral (F07.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso do álcool: Alcoolismo Crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Episódios Depressivos (F32.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-): Estado de “Stress” Pós-Traumático (F43.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-): Desemprego (Z56.0); Mudança de emprego (Z56.1); Ameaça de perda de emprego (Z56.2); Ritmo de trabalho penoso (Z56.3); Desacordo com patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5); Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6) • Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) • Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO RELACIONADAS COM O TRABALHO

(Grupo VI da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Ataxia Cerebelosa (G11.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)
Parkinsonismo Secundário devido a outros agentes externos (G21.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15)
Outras formas especificadas de tremor (G25.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Tetracloroetano (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9)	<ul style="list-style-type: none"> • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16) • Cloreto de metileno (Diclorometano) e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Distúrbios do Ciclo Vigília-Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas relacionados com o emprego e com o

(G47.2)	<i>desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)</i>
Transtornos do nervo trigêmeo (G50.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Tricloroetileno e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Transtornos do nervo olfatório (G52.0) (Inclui “Anosmia”)	<ul style="list-style-type: none"> • Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) • Sulfeto de hidrogênio (X49.-; Z57.5) (Quadro 17)
Transtornos do plexo braquial (Síndrome da Saída do Tórax, Síndrome do Desfiladeiro Torácico) (G54.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Mononeuropatias dos Membros Superiores (G56.-): Síndrome do Túnel do Carpo (G56.0); Outras Lesões do Nervo Mediano: Síndrome do Pronador Redondo (G56.1); Síndrome do Canal de Guyon (G56.2); Lesão do Nervo Cubital (ulnar): Síndrome do Túnel Cubital (G56.2); Lesão do Nervo Radial (G56.3); Outras Mononeuropatias dos Membros Superiores: Compressão do Nervo Supra-escapular (G56.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Mononeuropatias do membro inferior (G57.-): Lesão do Nervo Poplíteo Lateral (G57.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G62.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) • Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Fósforo (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 12) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19) • n-Hexano (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Metil-n-Butil Cetona (MBK) (X46.-; Z57.5)
Polineuropatia induzida pela radiação (G62.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Radiações ionizantes (X88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) • Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados neurotóxicos) (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Mercúrio e seus derivados tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)
Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Tolueno e Xileno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5)

	(Quadro 16) <ul style="list-style-type: none"> • Substâncias asfixiantes: CO, H₂S, etc. (seqüela) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro 19)
--	--

DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS RELACIONADAS COM O TRABALHO

(Grupo VII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Blefarite (H01.0)	Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) Radiações Ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) Cimento (X49.-; Z57.2)
Conjuntivite (H10)	Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro 11) Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) Cloreto de etila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Tetracloro de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro 17) Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) Radiações Ultravioletas (W89; Z57.1) Acrilatos (X49.-; Z57.5) Cimento (X49.-; Z57.2) Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (X44.-; Z57.2) Furfural e Álcool Furfurílico (X45.-; Z57.5) Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)

Queratite e Queratoconjuntivite (H16)	Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro 17) Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1) Radiações Ultravioletas (W89.-; Z57.1)
Catarata (H28)	Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1)
Inflamação Coriorretiniana (H30)	Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15)
Neurite Óptica (H46)	Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) Cloro de metileno (Diclorometano) e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Tetracloro de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) • Metanol (X45.-; Z57.5)
Distúrbios visuais subjetivos (H53.-)	Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) Cloro de metileno e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)

DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS COM O TRABALHO

(Grupo VIII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Otite Média não-supurativa (H65.9)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
Perfuração da Membrana do Tímpano (H72 ou S09.2)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Tabela 23) Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
Outras vertigens periféricas (H81.3)	Cloro de metileno e outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Labirintite (H83.0)	Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Efeitos do ruído sobre o ouvido interno/ Perda da Audição Provocada pelo Ruído e Trauma Acústico (H83.3)	Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; W42.-) (Quadro 21)
Hipoacusia Ototóxica (H91.0)	• Homólogos do Benzeno otoneurotóxicos (Tolueno e Xileno) (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Solventes orgânicos otoneurotóxicos (X46.-; Z57.8) (Quadro 13)
Otalgia e Secreção Auditiva (H92.-): Otalgia (H92.0), Otorrêa (H92.1) ou Otorragia (H92.2)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária	Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro 21)

do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2)	
Outros transtornos especificados do ouvido (H93.8)	Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Otite Barotraumática (T70.0)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
Sinusite Barotraumática (T70.1)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-)
“Mal dos Caixões” (Doença de Descompressão) (T70.4)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8)(Quadro 23) Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23) Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)

DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo IX da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Hipertensão Arterial (I10.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro 21) • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Angina Pectoris (I20.-)	Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) • Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19) • Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Cor Pulmonale SOE ou Doença Cardio-Pulmonar Crônica (I27.9)	Complicação evolutiva das pneumoconioses graves, principalmente Silicose (Z57.2) (Quadro 18)
Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8)	Asbesto ou Amianto (W83.-; Z57.2) (Quadro 2)
Parada Cardíaca (I46.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-) (Quadro 13) • Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) • Outros agentes potencialmente causadores de arritmia cardíaca (Z57.5)
Arritmias cardíacas (I49.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1) • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-;

	<p>Z57.5) (Quadro 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16) • Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro 17.1) • Agrotóxicos organofosforados e carbamatos (X48; Z57.4) (Quadros 12 e 27) • Exposição ocupacional a Cobalto (X49.-; Z57.5) • Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) • Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
Aterosclerose (I70.-) e Doença Aterosclerótica do Coração (I25.1)	Sulfeto de carbono (X49.-; Z57.5)(Quadro 19)
Síndrome de Raynaud (I73.0)	Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5)(Quadro 13) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)
Acrocianose e Acroparestesia (I73.8)	Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)

DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo X da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Faringite Aguda, não especificada (“Angina Aguda”, ”Dor de Garganta”) (J02.9)	Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Laringotraqueíte Aguda (J04.2)	Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Outras Rinites Alérgicas (J30.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Carbonetos metálicos de tungstênio sinterizados (X49.-; Z57.2 e Z57.5) (Quadro 7) • Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10) • Poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2) (Quadro 26) • Acrilatos (X49.-; Z57.5) • Aldeído fórmico e seus polímeros (X49.-; Z57.5) • Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5) • Anidrido ftálico (X49.-; Z57.5) • Azodicarbonamida (X49.-; Z57.5) • Carbetos de metais duros: cobalto e titânio (Z57.2) • Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriano (X44.-; Z57.3) • Furfural e Álcool Furfurílico (X45.-; Z57.5) • Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) • Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) • Pentóxido de vanádio (X49.-; Z57.5) • Produtos da pirólise de plásticos, cloreto de vinila, teflon (X49.-; Z57.5) • Sulfitos, bissulfitos e persulfatos (X49.-; Z57.5) • Medicamentos: macrólidos; ranetidina ; penicilina e seus

	<p>sais; cefalosporinas (X44.-; Z57.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas animais em aerossóis (Z57.3) • Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem, etc.) (Z57.2) • Outras substâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro 27)
Rinite Crônica (J31.0)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Cloro gasoso (X47.-; Z57.5)(Quadro 9)</p> <p>Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro 10)</p> <p>Gás de flúor e Fluoreto de Hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 11)</p> <p>Amônia (X47.-; Z57.5)</p> <p>Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5)</p> <p>Cimento (Z57.2)</p> <p>Fenol e homólogos (X46.-; Z57.5)</p> <p>Névoas de ácidos minerais (X47.-; Z57.5)</p> <p>Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5)</p> <p>Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)</p>
Faringite Crônica (J31.2)	Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5)
Sinusite Crônica (J32.-)	Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14)
Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6)</p> <p>Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10)</p> <p>Soluções e aerossóis de Ácido Cianídrico e seus derivados (X47.-; Z57.5) (Quadro 17)</p>
Perfuração do Septo Nasal (J34.8)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 10)</p>
Laringotraqueíte Crônica (J37.1)	Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5)
Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui: “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Asmática”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-)	<p>Cloro gasoso (X47.-; Z57.5)(Quadro 9)</p> <p>Exposição ocupacional à poeira de sílica livre (Z57.2-) (Quadro 18)</p> <p>Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2-) (Quadro 26)</p> <p>Amônia (X49.-; Z57.5)</p> <p>Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5)</p> <p>Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5)</p> <p>Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2)</p>
Asma (J45.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Mesma lista das substâncias sensibilizantes produtoras de Rinite Alérgica (X49.-; Z57.2, Z57.4 e Z57.5)
Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão (J60.-)	<p>Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2)</p> <p>Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)</p>

Pneumoconiose devida ao Asbesto (Asbestose) e a outras fibras minerais (J61.-)	Exposição ocupacional a poeiras de asbesto ou amianto (Z57.2) (Quadro 2)
Pneumoconiose devida à poeira de Sílica (Silicose) (J62.8)	Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)
Beriliose (J63.2)	Exposição ocupacional a poeiras de berílio e seus compostos tóxicos (Z57.2) (Quadro 4)
Siderose (J63.4)	☒ <i>Exposição ocupacional a poeiras de ferro (Z57.2)</i>
Estanhose (J63.5)	☒ <i>Exposição ocupacional a poeiras de estanho (Z57.2)</i>
Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas (J63.8)	Exposição ocupacional a poeiras de carboneto de tungstênio (Z57.2)(Quadro 7) Exposição ocupacional a poeiras de carbetos de metais duros (Cobalto, Titânio, etc.) (Z57.2) Exposição ocupacional a rocha fosfática (Z57.2) Exposição ocupacional a poeiras de alumina (Al ₂ O ₃) (“Doença de Shaver”) (Z57.2)
Pneumoconiose associada com Tuberculose (“Silico-Tuberculose”) (J65.-)	Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro 18)
Doenças das vias aéreas devidas a poeiras orgânicas (J66.-): Bissinose (J66.0), devidas a outras poeiras orgânicas especificadas (J66.8)	Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo, sisal (Z57.2) (Quadro 26)
Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2);Suberose (J67.3);Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada (Alveolite Alérgica Extrínseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0)	Exposição ocupacional a poeiras contendo microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.2) (Quadro 25) Exposição ocupacional a outras poeiras orgânicas (Z57.2)
Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química	Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; ZX57.5) (Quadro 4) Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5)

Aguda”) (J68.0)	<p>Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5)(Quadro 6) Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) Flúor ou seus compostos tóxicos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) <p>Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17)</p>
Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (Edema Pulmonar Químico) (J68.1)	<p>Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro 14) Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17)</p>
Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3)	<p>Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 5) Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) Gás Cloro (X47.-; Z57.5)(Quadro 9) Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14) Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) Amônia (X49.-; Z57.5)</p>
Afeções respiratórias crônicas devidas à inalação de gases, fumos, vapores e substâncias químicas: Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso, Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) Berílio e seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 4) Bromo (X49.-; Z57.5)(Quadro 5) Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro 9) Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) Iodo (X49.-; Z57.5)(Quadro 14) Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 15) Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5)(Quadro 17) Ácido Sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X47.-; Z57.5) (Quadro 17) Carbetos de metais duros (X49.-; Z57.5) Amônia (X49.-; Z57.5) Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) Acrilatos (X49.-; Z57.5) Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)</p>
Pneumonite por Radiação (manifestação aguda) (J70.0) e Fibrose Pulmonar Conseqüente a	<p>Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)</p>

Radiação (manifestação crônica) (J70.1)	
Derrame pleural (J90.-)	Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro 2)
Placas pleurais (J92.-)	Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2)(Quadro 2)
Enfisema intersticial (J98.2)	Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6)
Transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte (M05.3): “Síndrome de Caplan” (J99.1)	Exposição ocupacional a poeiras de Carvão Mineral (Z57.2) Exposição ocupacional a poeiras de Sílica livre (Z57.2) (Quadro 18)

DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XI da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Erosão Dentária (K03.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Névoas de fluoretos ou seus compostos tóxicos (X47.-; Z57.5) (Quadro 11) • Exposição ocupacional a outras névoas ácidas (X47.-; Z57.5)
Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Névoas de Cádmio ou seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro 6) • Exposição ocupacional a metais: Cobre, Níquel, Prata (X47.-; Z57.5)
Gengivite Crônica (K05.1)	<ul style="list-style-type: none"> • Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16)
Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro 12).</p> <p>Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 16)</p>
Gastroenterite e Colite tóxicas (K52.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro 1) • Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)
Outros transtornos funcionais do intestino (“Síndrome dolorosa abdominal paroxística apirética, com estado suboclusivo (“cólica do chumbo”) (K59.8)	Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Doença Tóxica do Fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2); Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Cloreto de Vinila, Clorobenzeno, Tetracloreto de Carbono, Clorofórmio, e outros solventes halogenados hepatotóxicos (X46.- e X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13) • Hexaclorobenzeno (HCB) (X48.-; Z57.4 e Z57.5) • Bifenilas policloradas (PCBs) (X49.-; Z57.4 e Z57.5) • Tetraclorodibenzodioxina (TCDD) (X49.-)

Hipertensão Portal (K76.6)	<ul style="list-style-type: none"> • Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) • Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro 13) • Tório (X49.-; Z57.5)
----------------------------	---

DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo XII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Outras Infecções Locais da Pele e do Tecido Subcutâneo: “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9)	Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados tóxicos) (Z57.5) (Quadro 13) Microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro 25) Outros agentes químicos ou biológicos que afetem a pele, não considerados em outras rubricas (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Metais (L23.0)	Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) Mercúrio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 16)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Adesivos (L23.1)	Adesivos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Cosméticos (fabricação/manipulação) (L23.2)	Fabricação/manipulação de Cosméticos (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Drogas em contato com a pele (L23.3)	Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida Corantes (L23.4)	Corantes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida outros produtos químicos (L23.5)	Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) Fósforo ou seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro 12) Iodo (Z57.5) (Quadro 14) Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro 20) Borracha (Z57.8) (Quadro 27) Inseticidas (Z57.5) (Quadro 27) Plásticos (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Alimentos em contato com a pele (fabricação/manipulação) (L23.6)	Fabricação/manipulação de Alimentos (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a Plantas (Não inclui plantas usadas como alimentos) (L23.7)	Manipulação de Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite Alérgica de Contato devida a outros agentes (Causa Externa especificada) (L23.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)

Dermatite de Contato por Irritantes devida a Detergentes (L24.0)	Detergentes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Óleos e Gorduras (L24.1)	Óleos e Gorduras, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Solventes: Cetonas, Ciclohexano, Compostos do Cloro, Ésteres, Glicol, Hidrocarbonetos (L24.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro 3) • Hidrocarbonetos aromáticos ou alifáticos ou seus derivados halogenados tóxicos (Z57.5) (Quadro 13)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Cosméticos (L24.3)	Cosméticos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Drogas em contato com a pele (L24.4)	Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros produtos químicos: Arsênio, Berílio, Bromo, Cromo, Cimento, Flúor, Fósforo, Inseticidas (L24.5)	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Berílio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 4)</p> <p>Bromo (Z57.5) (Quadro 5)</p> <p>Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10)</p> <p>Flúor ou seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 11)</p> <p>Fósforo (Z57.5) (Quadro 12)</p>
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Alimentos em contato com a pele (L24.6)	Alimentos, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a Plantas, exceto alimentos (L24.7)	Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro 27)
Dermatite de Contato por Irritantes devida a outros agentes: Corantes (L24.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro 27)
Urticária Alérgica (L50.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Agrotóxicos e outros produtos químicos (X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)
Urticária devida ao Calor e ao Frio (L50.2)	Exposição ocupacional a calor e frio (W92.-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)
Urticária de Contato (L50.6)	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição ocupacional a agentes químicos, físicos e biológicos que afetam a pele (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)
Queimadura Solar (L55)	Exposição ocupacional a radiações actínicas (X32.-; Z57.1) (Quadro 27)
Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-): Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2); Urticária Solar (L56.3); Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8); Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9);	Radiação Ultravioleta (W89.-; Z57.1) (Quadro 27)
Alterações da Pele devidas a Exposição Crônica a Radiação	Radiações não-ionizantes (W89.-; X32.-; Z57.1) (Quadro 27)

<p>Não Ionizante (L57.-): Ceratose Actínica (L57.0); Outras Alterações: Dermatite Solar, “Pele de Fazendeiro”, “Pele de Marinheiro” (L57.8)</p>	
<p>Radiodermatite (L58.-): Radiodermatite Aguda (L58.0); Radiodermatite Crônica (L58.1); Radiodermatite, não especificada (L58.9); Afecções da pele e do tecido conjuntivo relacionadas com a radiação, não especificadas (L59.9)</p>	<p>Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24)</p>
<p>Outras formas de Acne: “Cloracne” (L70.8)</p>	<p>Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos, Monoclorobenzeno, Monobromobenzeno, Hexaclorobenzeno (X46.; Z57.5) (Quadro 13) Derivados do fenol, pentaclorofenol e do hidrobenzônitrilo (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27) Policloreto de Bifenila (PCBs) (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 27)</p>
<p>Outras formas de Cistos Foliculares da Pele e do Tecido Subcutâneo: “Elaiocniose” ou “Dermatite Folicular” (L72.8)</p>	<p>Óleos e gorduras de origem mineral ou sintéticos (X49.-; Z57.5) (Quadro 27)</p>
<p>Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4)</p>	<p>Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)</p> <p>Clorobenzeno e Diclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5)(Quadro 13)</p> <p>Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina, Creosoto, Piche, Coaltar ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro 20)</p> <p>Antraceno e Dibenzoantraceno (Z57.5) (Quadro 20)</p> <p>Bismuto (X44.-; Z57.5) (Quadro 27)</p> <p>Citostáticos (X44.-; Z57.5) (Quadro 27)</p> <p>Compostos nitrogenados: Ácido nítrico, Dinitrofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27)</p> <p>Naftóis adicionados a corantes (X49.-; Z57.5) (Quadro 27)</p> <p>Óleos de corte (Z57.5) (Quadro 27)</p> <p>Parafenilenodiamina e seus derivados (X49.-; Z47.5) (Quadro 27)</p> <p>Poeira de determinadas madeiras (Z57.3)</p>

	(Quadro 27) Quinino e seus derivados (Z57.5) (Quadro 27) Sais de ouro (X44.-; Z57.5) (Quadro 27) Sais de prata (Seqüelas de Dermatite Crônica de Contato) (X44.-; Z57.5) (Quadro 27)
Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui “Vitiligo Ocupacional”) (L81.5)	Arsênio e seus compostos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1) Hidroquinona e ésteres derivados (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) Monometil éter de hidroquinona (MBEH) (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) para-Aminofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) para-Butilfenol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) para-Cresol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) Catecol e Pirocatecol (X49.-; Z57.5) (Quadro 27) Clorofenol (X46.-; Z57.4 e Z57.5)(Quadro 27)
Outros transtornos especificados da pigmentação: “Porfíria Cutânea Tardia” (L81.8)	Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos: minocloro-benzeno, monobromo-benzeno, hexaclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 13)
Ceratose Palmar e Plantar Adquirida (L85.1)	Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 1)
Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4)	Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro 10) Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (Z57.8) (Quadro 27)
Geladura (Frostbite) Superficial (T33): Eritema Pérnio	<ul style="list-style-type: none"> • Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro 13) • Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)
Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34)	<ul style="list-style-type: none"> • Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro 13) • Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro 27)

DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO,
RELACIONADAS COM O TRABALHO

(Grupo XIII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Artrite Reumatóide associada a Pneumoconiose dos Trabalhadores do Carvão (J60.-): “Síndrome de Caplan” (M05.3)	Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) Exposição ocupacional a poeiras de sílica livre (Z57.2)(Quadro 18)
Gota induzida pelo chumbo (M10.1)	Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Outras Artroses (M19.-)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)

Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Síndrome Cervicobraquial (M53.1)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Dorsalgia (M54.-): Cervicalgia (M54.2); Ciática (M54.3); Lumbago com Ciática (M54.4)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) • Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Sinovites e Tenossinovites (M65.-): Dedo em Gatilho (M65.3); Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain) (M65.4); Outras Sinovites e Tenossinovites (M65.8); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas (M65.9)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-): Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho (M70.0); Bursite da Mão (M70.1); Bursite do Olécrano (M70.2); Outras Bursites do Cotovelo (M70.3); Outras Bursites Pré-rotulianas (M70.4); Outras Bursites do Joelho (M70.5); Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8); Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) Condições difíceis de trabalho (Z56.5)

excessivo e a pressão (M70.9).	
Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Ritmo de trabalho penoso (Z56) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)
Osteomalácia do Adulto induzida por drogas (M83.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Cádmio ou seus compostos (X49.-)(Quadro 6) • Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12)
Fluorose do Esqueleto (M85.1)	Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 11)
Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose devida a drogas (M87.1); Outras Osteonecroses secundárias (M87.3)	Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro 12) Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22) Radiações ionizantes (Z57.1) (Quadro 24)
Ostéolise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos)	Cloreto de Vinila (X49.-; Z57.5)(Quadro 13)
Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro 23)
Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondro-patias especificadas (M93.8)	Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro 22)

DOENÇAS DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo XIV da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-)	Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Doença Glomerular Crônica	Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 13)

(N03.-)	16)
Nefropatia túbulo-intersticial induzida por metais pesados (N14.3)	Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 6) Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro 16)
Insuficiência Renal Aguda (N17)	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro 13)
Insuficiência Renal Crônica (N18)	Chumbo ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8)
Cistite Aguda (N30.0)	Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5)
Infertilidade Masculina (N46)	<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro 8) • Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro 24) • Chlordecone (X48.-; Z57.4) • Dibromocloropropano (DBCP) (X48.-; Z57.4 e Z57.5) • Calor (trabalho em temperaturas elevadas) (Z57.6)

TRAUMATISMOS, ENVENENAMENTOS E ALGUMAS OUTRAS CONSEQÜÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS, RELACIONADOS COM O TRABALHO

(Grupo XIX da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos (T52.-): Alcoóis (T51.8) e Cetonas (T52.4); Benzeno, Tolueno e Xileno (T52.1 e T52.2); Derivados halogenados dos Hidrocarbonetos Alifáticos e Aromáticos (T53): Tetracloroeto de Carbono (T53.0); Clorofórmio (T53.1); Tricloroetileno (T53.2); Tetracloroetileno (T53.3); Dicloroetano (T53.4); Clorofluor-carbonos (T53.5); Outros derivados halogenados de hidrocarbonetos alifáticos (T53.6); Outros derivados halogenados de hidrocarbonetos aromáticos (T53.7); Derivados halogenados de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos, não especificados (T53.9); Sulfeto de Carbono (T65.4)	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
Efeito tóxico de Substâncias Corrosivas (T54): Fenol e homólogos do fenol (T54.0); Flúor e seus compostos (T65.8); Selênio e seus compostos (T56.8); Outros compostos orgânicos corrosivos (T54.1); Ácidos corrosivos e substâncias ácidas similares (T54.2); Alcalis cáusticos e substâncias alcalinas similares (T54.3); Efeito tóxico de substância corrosiva, não especificada (T54.9).	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)

<p>Efeito tóxico de Metais (T56): Arsênico e seus compostos (T57.0); Cádmio e seus compostos (T56.3); Chumbo e seus compostos (T56.0); Cromo e seus compostos (T56.2); Manganês e seus compostos (T57.2); Mercúrio e seus compostos (T56.1); Outros metais (T56.8); Metal, não especificado (T56.9).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
<p>Asfixiantes Químicos (T57-59): Monóxido de Carbono (T58); Ácido cianídrico e cianetos (T57.3); Sulfeto de hidrogênio T59.6); Aminas aromáticas e seus derivados (T65.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)
<p>Praguicidas (Pesticidas, “Agrotóxicos”) (T60): Organofosforados e Carbamatos (T60.0); Halogenados (T60.1); Outros praguicidas (T60.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Exposição ocupacional a agentes tóxicos na Agricultura (Z57.4)
<p>Efeitos da Pressão do Ar e da Pressão da Água (T70): Barotrauma Otfico (T70.0); Barotrauma Sinusal (T70.1); Doença Descompressiva (“Mal dos Caixões”) (T70.3); Outros efeitos da pressão do ar e da água (T70.8).</p>	<p>Exposição ocupacional a pressões atmosféricas anormais (W94.-; Z57.8)</p>