

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado

**TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO
COMO CAUSA DE INCAPACITAÇÃO DE SEGURADOS
PERANTE O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL:
estudo de caso dos Peritos Médicos do Instituto Nacional do
Seguro Social da cidade de Belo Horizonte/MG**

Valter José Lopes

Belo Horizonte
2013

Valter José Lopes

**TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO COMO CAUSA
DE INCAPACITAÇÃO DE SEGURADOS PERANTE O INSTITUTO
NACIONAL DO SEGURO SOCIAL:**

estudo de caso dos Peritos Médicos da cidade de Belo Horizonte/MG

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte
2013



**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **VALTER JOSÉ LOPES**

Matrícula: 770517

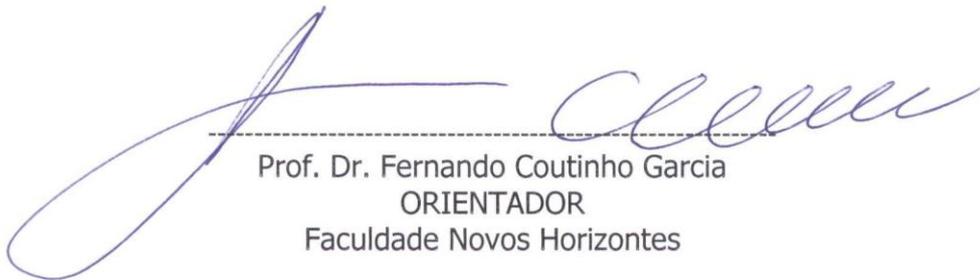
LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia

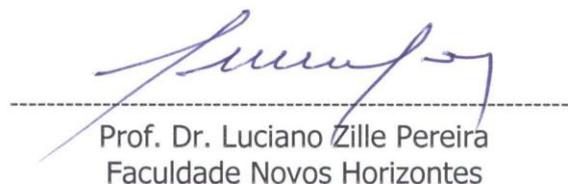
TÍTULO: TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO COMO CAUSA DE INCAPACITAÇÃO DE SEGURADOS PERANTE O INSS: estudo de caso com os peritos do INSS.

DATA: 19/12/2013

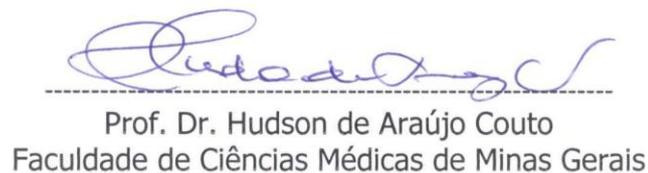
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia
ORIENTADOR
Faculdade Novos Horizontes



Prof. Dr. Luciano Zille Pereira
Faculdade Novos Horizontes



Prof. Dr. Hudson de Araújo Couto
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado "TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO COMO CAUSA DE INCAPACITAÇÃO DE SEGURADOS PERANTE O INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL (INSS): Estudo de caso dos peritos médicos do INSS da cidade de Belo Horizonte", de autoria de Valter José Lopes, sob a orientação do Professor Doutor Fernando Coutinho Garcia, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes – Área de Concentração: "Organização e Estratégia".

Dados da revisão:

- Correção gramatical
- Adequação do vocabulário
- Inteligibilidade do texto

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2013.


Afonso Celso Gomes
Revisor

Registro LP9602853/DEMEC/MG
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

A oportunidade de vivenciar uma Dissertação de Mestrado, marco notável em minha vida, acarretou profundas transformações no meu conhecimento e na referência do meu modo de pensar. Essa fronteira desafiadora possibilitou-me a aquisição de uma nova visão e de um novo saber. A convivência e a sustentação de admiráveis e refinados autores, professores e colegas foram um momento significativo e imensurável na dimensão da minha existência.

A todos que me assistiram, facultando-me atingir o propósito dessa sublime seara, dificilmente conseguirei explicitar ou demonstrar minha gratidão. Eternamente considerarei aquelas pessoas iluminadas que graciosamente me ampararam nessa travessia ao estenderem o talento da intelectualidade e da sabedoria.

Àqueles relevantes eruditos que com sua solicitude dedicam e outorgam-se na busca da compreensão da magnitude do adoecimento psíquico proveniente da pressão da produção, descortinando concepções, proporcionando reflexões pertinentes e contribuindo para que todos possam ter o senso de opinião e de julgamento sobre esse flagelo.

Ao valoroso e cativante corpo administrativo da Faculdade Novos Horizontes, pela guarida, e aos notáveis letrados, pelo talento e vocação na construção de um novo parâmetro, ampliando o meu entendimento, principalmente o meu solícito orientador, Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia, que, cordialmente, disponibilizou e facultou-me essa nova e significativa evolução da minha compreensão, coroando-me com estímulo no desvelo de uma nova percepção e de um novo olhar.

À maravilhosa e radiante turma de mestrandos que me fartou de um grandioso e indefinível carinho e que, generosamente, edificou em mim um sentimento de proteção, provendo um refugio no enfrentamento dos obstáculos. A ternura que me dedicou é indescritível. A esses esmeros e valentes literatos que me motivaram nessa travessia, meu apreço e minha declaração de agradecimento e retribuição.

Aos nobres e reputáveis companheiros de ofício do Instituto Nacional do Seguro Social, pela autorização nessa transcendente incursão, e aos meus cordiais colegas de atividade pericial. A todos esses brilhantes e competentes profissionais, que possuem a incumbência e o compromisso com uma atividade de extrema relevância e responsabilidade nos princípios da justiça social, minha considerável e intensa gratidão.

À habilidosa e admirável equipe do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, pelo abrigo, suporte e incentivo, tornando brando o itinerário desse inexplorado percurso de aprendizagem, meu reconhecimento e permanente deferência a esses estimados e preciosos colegas.

Às pessoas próximas, amigos, familiares, principalmente a minha esposa e filhas, tantos outros convenientes que também me apoiaram e compreenderam quando abdiquei a oportunidade da convivência ao enveredar nessa admirável e valorosa trajetória da academia.

"Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão." (Jean de La Bruyère)

Quando as exigências do meio, principalmente as do trabalho, são maiores que as formas pessoais de adaptação e resiliência, o indivíduo perde autonomia e aumentam as probabilidades de se instalarem doenças, inclusive mentais. A saúde mental deve ser entendida como uma dimensão indissociável da integralidade biopsicossocial.

Sérgio Antônio Martins Carneiro

RESUMO

A centralidade do trabalho na vida das pessoas tem proporcionado transformações as mais variadas. Tornou-se emprego com atividades fragmentadas e ritmos de um sistema de produção que adocece. Portanto, o trabalho propicia circunstâncias e situações em que se transforma na decadência do próprio indivíduo (LOURENÇO, 2011). A influência das características contemporâneas do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores e condições (SELIGMANN-SILVA, 2010). Neste contexto, Merlo (2011) relata que existem circunstâncias desafiadoras aos profissionais que exercem atividade no atendimento e apoio aos trabalhadores acometidos pelo adoecimento psíquico decorrente do mundo do trabalho, pois é constatada dificuldade para a caracterização ou estabelecimento do nexos causal entre o trabalho e a saúde mental. Desse modo, o Perito Médico do INSS apresenta limitações para caracterizar a relação dos Transtornos Mentais e de Comportamento com o trabalho de acordo com a CID-10. Assim, objetivando verificar a percepção dos Peritos Médicos da cidade de Belo Horizonte em caracterizar o adoecimento psíquico dos trabalhadores com vínculo empregatício e sua relação com a atividade laboral, a pesquisa, sob o ponto de vista da metodologia, caracterizou-se como qualitativa descritiva, constituindo-se em um estudo de caso. Os métodos de coleta e análise dos dados compreenderam entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, respectivamente, nas agências da Previdência Social em Belo Horizonte, realizadas com os Peritos Médicos. Os resultados obtidos remetem-se ao entendimento de que os quadros de adoecimento psíquico incapacitante apresentam-se revestidos de extrema complexidade para serem caracterizados por esses profissionais, especialmente devido ao fato de sua sintomatologia ser extremamente subjetiva. Considerando que o adoecimento do trabalhador quando motivado pelas organizações, principalmente nos casos dos Transtornos Mentais e de Comportamento, necessita ser caracterizado como decorrente do trabalho e, portanto, ser amparado pelo Estado. O Perito Médico apresenta-se com limitações técnico-científicas neste contexto, motivadas principalmente pela insuficiência de capacitação continuada pelo órgão gestor. Fica também evidente a reivindicação por parte desses profissionais sobre treinamentos específicos.

Palavras-chave: Saúde mental. Adoecimento psíquico. Nexos causal. Transtornos Mentais e de Comportamento. Previdência Social. Perito Médico. Nexos Técnico Epidemiológico.

ABSTRACT

The centrality of work in people's lives has provided transformations in every way. Work became a system of jobs with fragmented activities and production rhythm that cause people to fall sick. Therefore, the work provides circumstances and situations in which it becomes the decay of the individual (LOURENÇO, 2011). The influence of the characteristics of the contemporary work on the mental health of workers may be due to numerous factors and conditions (SELIGMANN-SILVA, 2010). In this context, Merlo (2011) reports that there are challenging circumstances for professionals engaged in the care and support to workers affected by mental illness resulting from the workplace, since it is found difficult to characterize or establish a causal nexus between work and mental health. Thus, the INSS Medical Expert has limitations to characterize the relationship of Mental and Behavioral Disorders with work according to ICD- 1 0. Therefore, in order to verify the perception of Medical Experts in the city of Belo Horizonte in characterizing the process of mental illness of workers with an employment contract and its relation to the work activity, the method of semi-structured interviews with the participation of ten Medical Experts was used. The results lead to an understanding that the frames of disabling mental illness are highly complex to be characterized by these professionals, especially because their symptoms are extremely subjective. Taking in consideration that the illness of the worker when caused by organizations, especially in cases of Mental and Behavioral Disorders, needs to be characterized as arising from the work and therefore be supported by the State, so the Medical Expert faces technical and scientific limitations in this context, primarily due to the lack of continuous training by the managing agency, also a clear demand from these professionals for specific training.

Keywords: Mental illness; causation; Mental and Behavioral; Social Security; Medical Expert; Technical Nexus Epidemiological.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Caracterização do nexo técnico profissional ou do trabalho.....	43
Figura 2	Caracterização do nexo técnico profissional ou do trabalho.....	43
Figura 3	Caracterização da CAT pela perícia médica.....	44
Figura 4	Caracterização do nexo técnico epidemiológico - NTEP.....	48
Figura 5	Caracterização do nexo técnico epidemiológico - NTEP.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Transtornos mentais e de comportamento segundo a Classificação da CID-10.....	35
Quadro 2	Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos - F00 a F09.....	35
Quadro 3	Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas - F10 a F19.....	36
Quadro 4	Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes - F20 a F29....	36
Quadro 5	Transtornos do humor (afetivos) - F30 a F39.....	37
Quadro 6	Transtornos neuróticos, transtornos relacionado ao estresse e transtornos somatoformes - F40 a F48.....	38
Quadro 7	Síndromes comportamentais assoadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos - F50 a F59.....	38
Quadro 8	Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos - F60 a F69.....	39
Quadro 9	Retardo mental - F70 a F79.....	39
Quadro 10	Transtorno do desenvolvimento psicológico - F80 a F89.....	40
Quadro 11	Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência - F90 a F98....	40
Quadro 12	Transtorno mental não especificado - F99.....	41
Quadro 13	Perfil dos entrevistados.....	68
Quadro 14	Informações gerais.....	69
Quadro 15	Resumo das profissões, transtornos e causa.....	76
Quadro 16	Resumo dos desafios e dificuldades.....	80
Quadro 17	Protocolos de atendimento.....	90

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1	Capítulo V da CID-10 distribuído do bloco de F00 a F99 de 2008 a 2012.....	102
Gráfico 2	Transtornos do humor (afetivos) - F30 a F39.....	103
Gráfico 3	Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes – F40 a F48.....	105
Gráfico 4	Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19.....	106
Gráfico 5	Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19.....	109
Gráfico 6	Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19.....	109
Gráfico 7	Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19.....	110
Gráfico 8	Esquizofrenia, transtorno esquizotípicos e delirantes – F20 a F29.....	111
Gráfico 9	Transtorno de estresse pós-traumático – F43.1.....	114
Gráfico 10	Transtorno de estresse pós-traumático – F43.1.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Associação Médica Americana
APS	Agência da Previdência Social
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Relacionados à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNPS	Conselho Nacional da Previdência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MPS	Ministério da Previdência Social
NTP	Nexo Técnico Previdenciário
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RAT	Risco Ambientais do Trabalho
PPP	Perfil Profissiográfico Previdenciário
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SESI	Serviço Social da Indústria
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
RAT	Riscos de Acidente do Trabalho
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Problema de pesquisa.....	17
1.2 Objetivo geral.....	19
1.3 Objetivos específicos.....	19
1.4 Justificativa.....	19
1.5 Estrutura da pesquisa.....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Os transtornos mentais e de comportamento.....	23
2.2 Transtornos mentais e de comportamento e o trabalho.....	27
2.3 A categorização dos transtornos mentais e de comportamento segundo a CID-10.....	31
2.4 A perícia médica e a caracterização do adoecimento do trabalhador por meio do nexó técnico previdenciário (NTP).....	41
2.4.1 Novo instrumento da Perícia Médica para caracterização do adoecimento do trabalhador e a relação com as organizações – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP).....	45
3 AMBIÊNCIA DA PESQUISA	53
3.1 A dinâmica de funcionamento da Agência da Previdência Social (APS).....	54
3.2 Principais procedimentos técnicos para a realização de perícia.....	56
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	62
4.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem.....	62
4.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins.....	63
4.3 Tipo de pesquisa quanto aos meios.....	63
4.4 Unidade de análise e sujeitos de pesquisa.....	64
4.5 Técnica de coleta de dados.....	65
4.6 Técnica de análise de dados.....	66
5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	68
5.1 Percepção dos Peritos Médicos dos Transtornos Mentais e de Comportamento provocados pelo trabalho.....	68

5.2 Protocolos a serem seguidos pelos peritos médicos na análise dos transtornos mentais e de comportamento para comprovar o nexos relacionado ao trabalho.....	90
5.3 Os transtornos mentais e de comportamento que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício mais prevalentes no período de janeiro/2008 a dezembro/2012.....	101
5.3.1 Transtornos mentais e de comportamento de maior incidência no período de janeiro/2008 a dezembro/2012.....	102
5.4 Os Transtornos mentais e de comportamento que incapacitaram o trabalhador com vínculo empregatício organizacional no período de janeiro/2008 a dezembro/2012.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
• Limitações da pesquisa.....	120
• Contribuições da pesquisa.....	121
• Sugestões para pesquisas futuras.....	122
REFERÊNCIAS.....	125
ANEXO A – Termo de autorização de pesquisa.....	134
ANEXO B – Declaração de anuência.....	135
ANEXO C – Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	136
APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.....	140
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido.....	142
APÊNDICE C – Levantamento dos Transtornos Mentais e do Comportamento.....	144
APÊNDICE D – Levantamento dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ou não ao trabalho.....	166

1 INTRODUÇÃO

O trabalho tem proporcionado importantes transformações à humanidade: responsável pelo desenvolvimento da sociedade, impulsionou o conforto quanto o bem-estar; propiciou a criação de uma ordem particular ao reunir as pessoas em cidades e influenciar o êxodo rural; fez surgir megalópoles, grandes, médias e até pequenos espaços de convivência em todos esses lugares; produziu feitos revolucionários e irreversíveis, principalmente mudanças profundas no capitalismo; modificou o vínculo nas relações de trabalho; influenciou diretamente a promoção da saúde; e fez surgir sistemas de proteção social (DEJOURS, 1992, 1993).

Na busca pelo trabalho, o indivíduo ingressa nas organizações para obter o emprego. Neste ambiente, procura ser reconhecido e valorizado. Vivencia, então, a possibilidade de construir sua identidade. Inicia-se um processo de integração e inter-relação no convívio com as pessoas e a própria organização. O ritmo da produção não é diferenciado, mesmo existindo nível de desempenho variável para cada trabalhador. Devido ao contexto heterogêneo organizacional, existe a possibilidade de surgirem situações desagradáveis e desagregadoras, ocasionadas por esse novo modo de vida, pois o trabalho pode provocar esgotamento e exaustão, possibilitando o adoecimento (MENDES, 2007).

Dejours (1992) relata que situações desfavoráveis aos indivíduos, nos mais variados ambientes sociais, quer seja em comunidade, no trabalho ou, mesmo, outras situações adversas, têm sido um dos fatores de incômodos das pessoas em seu cotidiano, devido, principalmente, à necessidade de viver em situações desafiadoras. Essas realidades permissivas e desestabilizadoras do emocional humano, em muitos casos, tiveram a sua gênese no desenvolvimento industrial iniciado a partir de meados do século XIX, com o advento da Revolução Industrial.

O período inicial do desenvolvimento e crescimento do capitalismo industrial foi marcado por vários fatores, como intensidade e exigência na produção, condições laborais vulneráveis, baixa remuneração, esgotamento físico e acidentes ocupacionais, tudo isso aliado a precário saneamento básico, alimentação deficitária

e com a concentração populacional em espaços urbanos. O conjunto destes fatores propiciou uma expectativa de vida extremamente reduzida e potencializou a morbidade e a mortalidade, contribuindo para o surgimento das primeiras manifestações de padecimento do trabalhador relacionadas às questões sociais. Na literatura da época, é relatada como “miséria operária” (DEJOURS, 1992).

A preocupação com o ambiente ocupacional manteve o foco nos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. Somente a partir da década de 1960 é que se inicia a luta pela proteção da saúde mental. Percebe-se que o adoecimento não estava ligado somente às enfermidades definidas como físicas. Devido a uma demanda na sobrecarga cognitiva dos indivíduos, procedente das adversidades do trabalho nas organizações, verifica-se o acometimento da saúde mental. Assim, constatam-se os quadros de adoecimento psíquico gerados pelo trabalho (DEJOURS, 1992).

Seligmann-Silva *et al.* (2010a) relatam que os profissionais médicos examinavam somente as queixas somáticas, avaliando os elementos objetivos que os trabalhadores alegavam e que de alguma maneira poderiam interferir na saúde ou integridade física. Buscavam avaliar as condições do ambiente do trabalho que fossem visíveis ou mensuráveis, mas as observações da evolução do perfil de adoecimento dos trabalhadores evidenciaram outros fatores mórbidos, não interpretados, demonstrados ou determinados por métodos tradicionais de comprovação de acidentes e doenças ocupacionais. Nesse contexto, inicia-se uma corrente de pensamento sobre os agravos ocupacionais com repercussões psíquicas provocadas pelo trabalho sobre o indivíduo.

As queixas psíquicas do trabalhador levam a inúmeras situações distintas: à somatização, quando o indivíduo apresenta manifestação corporal de uma sintomatologia física; à psiquiatrização, com situações diagnosticadas como adoecimento, configurando um quadro de doença mental; à prescrição de medicação de forma abusiva para alívio das queixas, principalmente dos psicofármacos; à licença médica do trabalho, provocando o absenteísmo; à internação hospitalar para recuperação da saúde; e, em determinados casos, à

aposentadoria por invalidez indevida, por não ter sido realizado uma intervenção organizacional prévia (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001) considera que repercussões diretas sobre a saúde mental do trabalhador estão relacionadas à associação de diversos fatores, como: transformação do quadro econômico mundial; condições de insegurança no emprego devido à possibilidade da demissão; empregos com vínculos precários, principalmente devido à terceirização; segmentação do mercado de trabalho; sobrecarga de atividades; processos de reestruturação da produção; e incorporação de novas tecnologias com exigências cognitivas extremamente elevadas. Todas essas mudanças promovem crises cada vez mais profundas na gestão do trabalho.

O reconhecimento dos transtornos psíquicos e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador, com conseqüentes manifestações clínicas correspondentes, quando provocados pelo ambiente organizacional, foram caracterizados por vários diagnósticos presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e reconhecidos como relacionados ao trabalho tanto pelo Ministério da Saúde, via da Portaria 1339/GM, de novembro/1999, como pelo Ministério da Previdência Social, via do Decreto 3048 de maio/1999. Mesmo por meio da identificação desses agravos à saúde dos trabalhadores, que até então não eram caracterizados, evidencia-se ainda uma complexidade de difícil mensuração, que envolve a avaliação da relação entre o processo saúde/doença e a atividade ocupacional (SELIGMANN-SILVA *et al.*, 2010a).

1.1 O problema de pesquisa

Segundo Lima (2005), o adoecimento psíquico dos trabalhadores provocado pelas organizações apresenta-se revestido de uma complexidade, pois estabelecer a associação entre as condições peculiares a que determinados trabalhadores estão expostos e correlacioná-los com os transtornos mentais específicos quando estes são decorrentes do trabalho é uma abordagem polêmica. Percebe-se o desamparo desses trabalhadores diante dos órgãos federais quando são acometidos por esses

distúrbios, pois esta situação vem a provocar rejeição, no entendimento dos Peritos Médicos e do Poder Judiciário, sendo este um problema delicado e espinhoso a ser resolvido.

Estabelecer a relação entre adoecimento psíquico do indivíduo e a atividade ocupacional é uma questão complexa e que reúne inúmeros fatores influenciadores. Como as características individuais de cada trabalhador e a história de vida e ocupacional. Assim, não se pode analisar somente o ambiente organizacional laboral nem todo o grupo de trabalhadores, devendo-se formular processo específico para cada indivíduo (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Para Merlo (2011), existem situações desafiadoras aos profissionais que exercem atividade de atendimento e apoio aos trabalhadores acometidos pelo adoecimento psíquicos decorrente do mundo do trabalho, pois é constatada dificuldade para caracterizar ou estabelecer o nexos causal entre o trabalho e saúde mental, principalmente por não existirem método específico, modelos-padrões, instrumentos fidedignos e confiáveis ou parâmetros que estejam fundamentados ou em consonância.

Lourenço (2011) relata que a doença mental relacionada ao trabalho possui causas difusas e depende de inúmeras variáveis e de situações que o trabalhador vivencia em sua atividade ocupacional. Com base neste entendimento, é importante compreender como o trabalho está organizado e de que maneira pode prejudicar a saúde. O registro do adoecimento é diretamente dependente do reconhecimento por parte do profissional médico que faz o diagnóstico, uma vez que essa doença não tem uma relação causal definida. Neste sentido, a comprovação de que o adoecimento psíquico foi provocado em decorrência do trabalho é complexa.

A caracterização da relação com o trabalho no caso de Transtornos Mentais e de Comportamento, de acordo com a CID-10, apresenta limitações para o Perito Médico do INSS. Nesse sentido, o problema de pesquisa que se apresenta é: Como os Peritos Médicos da Previdência Social da cidade de Belo Horizonte reconhecem os Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho?

1.2 Objetivo geral

Analisar e descrever a percepção dos Peritos Médicos do INSS da cidade de Belo Horizonte em caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento associados ao trabalho.

1.3 Objetivos específicos

Os objetivos específicos dizem respeito ao entendimento das questões relativas aos Transtornos Mentais e de Comportamento, com o intuito de atender ao objetivo geral proposto. Pretende-se:

- a) Averiguar a percepção dos Peritos Médicos no entendimento técnico do reconhecimento dos Transtornos Mentais e de Comportamento quando estes são provocados pelo trabalho;
- b) Identificar os protocolos de atendimentos a serem seguidos pelos Peritos Médicos durante o processo e análise dos Transtornos Mentais e de Comportamento para comprovar onexo relacionado ao trabalho;
- c) Identificar os Transtornos Mentais e de Comportamento que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício organizacional na cidade de Belo Horizonte e que foram mais prevalentes na Previdência Social no período de janeiro/2008 a dezembro/2012;
- d) Verificar a incidência dos Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados à atividade laboral e que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício organizacional na cidade de Belo Horizonte no período de janeiro/2008 a dezembro/2012.

1.4 Justificativa

Sob o ponto de vista acadêmico, este trabalho se justifica por dar continuidade à busca do conhecimento para melhor compreender a abordagem conceitual-prática dos fundamentos teóricos acerca dos Transtornos Mentais e de Comportamento,

com suas implicações para o convívio social do indivíduo nas organizações, procurando entender suas causas e consequências.

A sistematização como o trabalho é constituído abrange os mais diversos aspectos. Ressalta desde a gestão organizacional até sua composição temporal na execução das tarefas e, principalmente, nas relações interpessoais do trabalhador com seus superiores e colegas. Neste sentido, os estudos que buscam melhor compreender a relação entre o trabalho e as repercussões sobre a saúde mental poderão identificar e prevenir o adoecimento psíquico do indivíduo no ambiente ocupacional (SELIGMANN-SILVA, 1997).

O debate sobre o tema a respeito da relação entre saúde mental e trabalho é uma demanda crescente para os profissionais que acolhem o trabalhador. Portanto, existe a necessidade de uma visão teórico-metodológica, em que não ocorram divergências na compreensão e explanação sobre questões complexas, como subjetividade, sofrimento, estresse e formatação da linguagem (MINAYO-GOMEZ, 2011).

A necessidade de articulação entre os vários setores da sociedade, segundo Seligmann-Silva *et al.* (2010a), vem confirmar a importância de desenvolver pesquisas que possam evidenciar a relação entre adoecimento, desgaste e sofrimento mental do indivíduo com relação ao trabalho, além de verificar a eficiência e a eficácia das medidas de prevenção propostas e adotadas pelas organizações, bem como de estudos sobre as políticas públicas no campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.

A importância da pesquisa para as organizações reside na possibilidade de proporcionar a sistematização de um melhor entendimento sobre os Transtornos Mentais e de Comportamento e de lhes permitir verificar a possibilidade de reavaliar seus programas, com a alternativa de replanejar suas políticas de gestão, no sentido de minimizar os problemas advindos destas alterações sobre os indivíduos e de assegurar ambientes profissionais saudáveis, o que facilitaria o convívio social entre as pessoas, promovendo a inserção de novos trabalhadores

no ambiente organizacional, principalmente, objetivando prevenir o adoecimento e o conseqüente absenteísmo.

Lancman e Sznelwar (2008) relatam que as rápidas e intensas transformações no mundo do trabalho decorrentes das novas tecnologias, juntamente com o ingresso das mulheres na atividade laboral, o enfraquecimento da atividade econômica, a expansão do setor de serviços, apoiado na necessidade de um profissional polivalente, a diminuição de postos de trabalho, com a sobrecarga daqueles que permaneceram, e o ritmo intenso, têm contribuído para o agravamento de doenças e riscos de acidentes, propiciando o surgimento dos transtornos psíquicos no trabalho.

Seligmann-Silva *et al.* (2010a) descrevem que as configurações no modelo de organização do trabalho, juntamente com as políticas de gerenciamento que não observam os limites físicos e psíquicos dos trabalhadores, impondo-lhes a anulação de sua subjetividade, com cadência e celeridade na continuidade da produção, para que as metas estabelecidas sejam executadas, são fatores que influenciam a saúde mental dos trabalhadores.

Socialmente, a pesquisa almeja compreender os problemas dos Transtornos Mentais e de Comportamento advindos do ambiente de trabalho sobre os indivíduos, com a possibilidade de refletir uma perspectiva de uma saúde mental mais compatível com os anseios da sociedade, objetivando inserir o indivíduo no convívio social e na comunidade, juntamente com os seus familiares e todas as pessoas próximas. Evitam-se, assim, danos de toda ordem – como interrupção da jornada de trabalho, faltas demasiadas e desnecessárias – absenteísmo, abandono do emprego, surgimento dos mais variados transtornos (estresse, ansiedade, angústia, medo, insegurança, fobias e depressões dos mais variados graus), abuso de substâncias químicas ilícitas ou, até mesmo, lícitas (como álcool) –, associados a alterações fisiológicas (como variação do sono ou distúrbios alimentares) e, em situações extremas, pensamentos de morte com tentativas contra a própria vida.

O consumo de substâncias químicas lícitas ou, mesmo, ilícitas provocado por exigências laborais ainda é um tema polêmico e controverso, mas tem sido uma preocupação no mundo do trabalho. Existem duas correntes de pensamentos a esse

respeito, uma referindo o uso devido às características pessoais do indivíduo; e outra que defende o uso decorrente das exigências do trabalho, a qual caracteriza o consumo em duas maneiras, uma funcional e outra disfuncional. O consumo de substâncias psicoativas como funcional é empregado como uma “ferramenta” de trabalho, sem evidências que possam acarretar prejuízos à realização da atividade ocupacional, mas quando a utilização assume uma mudança no padrão de modo específico, o aumento do consumo, pode afetar o desempenho profissional, provocando dependência (LIMA, M, 2010).

Tais situações impõem a necessidade de instituir políticas públicas cuja elaboração demanda amplo debate, articulado com vários setores governamentais e da sociedade, para que ações de prevenção do adoecimento, assistência à saúde e programas de reabilitação profissional estejam fundamentadas em transformações da estrutura e da organização do trabalho que, neste contexto, possam promover modificações organizacionais na forma de gestão, pois as pesquisas já evidenciaram como adoecedoras (SELIGMANN-SILVA *et al.*, 2010a).

1.5 Estrutura da Pesquisa

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, em que se apresentam o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa. Na segunda seção, abordam-se os Transtornos Mentais e de Comportamento e suas respectivas classificações. Na terceira seção, descreve-se a ambiência da pesquisa, relatando informações sobre o órgão federal da cidade de Belo Horizonte ao qual os Peritos Médicos estão subordinados. Na quarta seção, descreve-se a metodologia da pesquisa, compreendendo a abordagem, os fins e os meios, a unidade de análise e os sujeitos de pesquisa e as técnicas de coleta e análise de dados. Na quinta seção, procede-se à apresentação e análise dos resultados. Na sexta seção, formulam-se as considerações finais. Por fim, têm-se as referências, os anexos e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica desta pesquisa contempla a temática acerca dos Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho, com suas particularidades e complexidades quanto a seu reconhecimento pelos Peritos Médicos do INSS, com base em sua classificação, para a constatação da incapacidade laborativa e do conseqüente afastamento do trabalhador, e quando à caracterização do nexó causal relacionado ao trabalho.

2.1 Os Transtornos Mentais e de Comportamento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 29), os princípios da Organização das Nações Unidas para a proteção dos indivíduos com enfermidade mental e a melhoria da atenção à saúde vêm delineando alguns parâmetros importantes, objetivando fornecer diretrizes nos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento que podem ou não ser determinados segundo seus critérios, que incluem:

- a) uma determinação de enfermidade mental não pode nunca se dar na base de status político, econômico ou social ou filiação a um grupo cultural, racial ou religioso ou por nenhum outro motivo não diretamente relevante ao status de saúde mental.
- b) conflito familiar ou profissional, ou não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos ou convicções religiosas em vigor na comunidade da pessoa não devem nunca ser um fator determinante no diagnóstico de enfermidade mental.
- c) um histórico de tratamento ou hospitalização como paciente não justifica em si mesmo nenhuma determinação presente ou futura de enfermidade mental.
- d) nenhuma pessoa ou entidade devem classificar uma pessoa como tendo, ou de outro modo sugerir que uma pessoa tenha uma enfermidade mental, exceto para fins diretamente relacionados à enfermidade mental ou a consequência de enfermidade mental.
- e) a determinação de que uma pessoa tem enfermidade mental deve ser feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.

A definição dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento é extremamente complexa, pois não contempla uma condição unitária, mas sim um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Existe um debate na comunidade científica com argumentações acerca de quais condições podem ser caracterizadas ou aquelas que devem ser incluídas na definição dos quadros. Neste

contexto, poderão ocorrer implicações importantes quando, por exemplo, uma sociedade ou, mesmo, uma comunidade estará decidindo sobre os tipos e a gravidade dos quadros que potencialmente serão qualificados e, conseqüentemente, nominados. A definição dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento também depende dos contextos social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Uma atitude, uma conduta e, até mesmo, um comportamento anormal, ainda que ocorram em um curto período de anormalidade do estado afetivo, não significam propriamente a presença de um distúrbio/enfermidade mental ou, mesmo, de comportamento. Para serem categorizados como Transtornos Mentais e de Comportamento, é necessário que essas anormalidades perdurem por um período prolongado, que seus sintomas sejam recorrentes, surgindo com certa frequência na vida do indivíduo, que resultem em uma determinada deterioração ou perturbação do funcionamento individual, ou que ocorram em uma ou mais instâncias da vida. Os Transtornos Mentais e de Comportamento se caracterizam também por sintomas clínicos e sinais específicos. Geralmente, esses quadros seguem um fluxo natural, sendo mais ou menos previsíveis, a menos que ocorram intervenções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a saúde mental, a saúde física e a saúde social são elementos que estão em íntima inter-relação e, ao mesmo tempo, são profundamente interdependentes. Estudos nos campos da Neurociência e da Medicina do Comportamento já evidenciaram que, como em muitas doenças físicas, os Transtornos Mentais e de Comportamento resultam da interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento compreendem uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10), respeitando descrições clínicas e regras de diagnósticos que englobam uma catalogação nominativa bem completa. Entretanto, mesmo que os sintomas clínicos possam variar significativamente, tais transtornos, normalmente, caracterizam-se por um conjunto ou combinação de ideias, emoções,

comportamento e relacionamentos anormais/inadequados com o meio em que vive, principalmente em relação às outras pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) reconhece que os Transtornos Mentais e de Comportamento são caracterizadas por condições clinicamente importantes, evidenciadas por alterações mórbidas do modo de pensar, do humor na mudança das emoções, do comportamento ou, mesmo, do funcionamento psíquico global. Portanto, os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas alterações dentro da “escala” do que é normalidade, sendo, antes, fenômenos explicitamente anormais ou patológicos.

A Associação Médica Americana¹ (AMA, 2013) formulou parâmetros para melhor compreender as disfunções, deficiências ou incapacitações causadas pelos Transtornos Mentais e de Comportamento, estando ou não relacionadas ao trabalho. Menciona, também, que as definições e as explicações são complexas e, muitas vezes, de difícil interpretação.

Foram assim, definidas em quatro áreas:

- a) Limitações para as atividades da vida diária – compreende: autocuidado, realização da higiene pessoal, comunicação com outras pessoas em caso de uma necessidade pessoal, deambulação independente, poder viajar, repouso e sono fisiologicamente adequados, sem limitações para atividades sexuais e exercício das atividades recreacionais e sociais. O que é considerado não é somente o número de atividades que estão prejudicando ou restringindo o indivíduo, mas também o conjunto global das limitações ou restrições que possam eventualmente afetá-lo como um todo.
- b) Exercício de atividades sociais – compreende a capacidade que o indivíduo tem de interagir adequadamente e de se comunicar eficientemente com outras pessoas no meio em que vive, sendo essa interação inteligível. Portanto, o indivíduo conviverá na comunidade sem

¹ Disponível em: <<http://www.ama-assn.org>>. Acesso em: 23 set. 2013.

apresentar alterações do comportamento e humor relacionadas à agressão às outras pessoas. Está inclusa nesta avaliação a convivência na sociedade, sem isolamento em relação ao mundo que o cerca.

- c) Concentração, persistência e ritmo na capacidade de completar ou levar a cabo as tarefas ou demandas assumidas – estes parâmetros, ou indicadores, referem-se à capacidade do indivíduo de manter a atenção focalizada no compromisso assumido, incluído o tempo suficiente para permitir sua realização. As atividades executadas independem de o ambiente ser laboral, domiciliar ou escolar, Tais capacidades, ou habilidades, podem ser avaliadas por qualquer pessoa conhecedora ou familiarizada com o desempenho na execução dessa tarefa;
- d) Deterioração ou descompensação ao realizar uma atividade ocupacional – refere-se a falhas repetidas na adaptação às circunstâncias de sobrecarga laboral. Ocorrem em situações ou circunstâncias mais estressantes ou de demanda mais complexa. Os indivíduos ausentam-se do ambiente ou manifestam exacerbações dos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou de comportamento. Assim, descompensam e apresentam dificuldade de manter as atividades da vida diária do seu cotidiano, com prejuízo ao exercício de funções sociais e à capacidade de completar ou levar ao final as tarefas. As situações vivenciadas de estresse poderão ser consideradas circunstâncias comuns em ambientes de trabalho, como o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas a serem executadas e a interação no trabalho, seja com os superiores ou colegas.

As quatro áreas de eventual disfunção, deficiência ou incapacitação que possam estar presentes no indivíduo com Transtornos Mentais ou de Comportamento foram classificadas a partir de pontuação ou estagiamento em bases semiquantitativas, o que permitirá dimensioná-las em cinco graus ou níveis: grau (ou nível) 1 - não se verifica deficiência ou disfunção; grau (ou nível) 2 - verifica-se disfunção ou deficiência leve, mas o nível é compatível com o exercício da maioria das funções sociais úteis; grau (ou nível) 3 – verifica-se disfunção ou deficiência moderada, mas os níveis de disfunção ou deficiência são compatíveis com algumas, mas não todas

as funções sociais úteis; grau (ou nível) 4 – verifica-se disfunção ou deficiência marcante, mas os níveis de disfunção ou deficiência impedem significativamente as funções sociais; grau (ou nível) 5 – verifica-se disfunção ou deficiência extrema, mas os níveis de deficiência impedem totalmente as funções sociais, sendo, portanto, impeditivas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA, 2013).

2.2 Transtornos Mentais e de Comportamento e o Trabalho

O trabalho na vida das pessoas contribui para o surgimento de possíveis alterações psíquicas, dependendo das condições adversas, ou não, do ambiente profissional, afetando de forma pontual, nos casos de exposição do trabalhador a agentes tóxicos, ou de forma complexas, quando envolve fatores relativos à atividade ocupacional das pessoas nas organizações, tais como distribuição de tarefas, políticas de gestão de recursos humanos e hierarquia nas empresas (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001, p. 161) esclarece:

Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

As consequências advindas ao indivíduo provocadas pelas manifestações dos Transtornos Mentais e de Comportamento geradas pelas organizações são altamente danosas. Suas consequências podem acarretar alterações psicossomáticas ao próprio trabalhador e comprometer seu desempenho e desenvolvimento no ambiente laboral, prejudicando o relacionamento interpessoal com outros trabalhadores, ou no próprio ambiente domiciliar, com relação a seus familiares. As consequências também são refletidas nas próprias empresas, com o comprometimento da sua produtividade, influenciando o crescimento organizacional (BRASIL, 2001).

O Transtorno Mental e de Comportamento, segundo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001, p. 163),

[...] refere-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes. Frente a situações ou circunstâncias mais estressantes ou de demanda mais elevada, os indivíduos saem, desaparecem ou manifestam exacerbações dos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou comportamental. Em outras palavras, descompensam e têm dificuldade de manter as atividades da vida diária, o exercício de funções sociais e a capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Aqui, situações de estresse, comuns em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores e colegas.

O processo saúde-doença do trabalhador tem implicações éticas, técnicas e legais, sendo importante destacar que a adoção de iniciativas no ambiente de trabalho que visem prevenir o surgimento de doenças ou agravos à saúde do trabalhador deve ser prioridade para os profissionais de saúde ocupacional das organizações, principalmente quando se verifica a possibilidade da existência de condições adversas capazes de gerar risco de qualquer natureza, seja este capaz de ser determinado e medido, ou indefinível, ou apenas sentido, mas que também se caracteriza como contingências do trabalho, como as alterações ou transtornos psíquicos (BRASIL, 2001).

Ensina Carneiro (2010 p. 10):

Influenciam na saúde mental: a natureza e a organização do trabalho, as relações formais e informais, as relações de poder e justiça na organização, o sistema de recompensas, entre outros. Em contraposição, as estratégias de enfrentamento aos transtornos mentais são direcionadas para intervenções psiquiátricas individuais isoladas, o que restringe a dimensão da saúde à prática médica, com desvalorização dos fatores psicossociais na relação saúde e doença mental no trabalho.

Para o Carneiro (2010), o tipo de trabalho, as condições em ele é executado, o relacionamento interpessoal do trabalhador na organização, em nível gerencial ou com seus colegas, uma política de gestão bem estruturada e justa e um programa de valorização do trabalhador podem promover um ambiente organizacional saudável, evitando o adoecimento psíquico. A crítica feita é que as medidas para combater o ambiente organizacional doente prendem-se a intervenções médicas individualizadas, limitando toda a abrangência devida, desconsiderando as perspectivas dos fatores psicossociais envolvidos.

Segundo Carneiro (2010), o absenteísmo no trabalho provocado pelos distúrbios mentais e comportamentais pode ser gerado, em sua grande maioria, pelas rápidas transformações ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo. Demanda psíquica excessiva, aumento progressivo das exigências em um contexto tecnológico e esvaziamento do conteúdo das tarefas, tudo isso favorece a instalação das dicotomias: trabalhador qualificado *versus* tarefas simplificadas ou trabalhador pouco qualificado *versus* tarefas mais complexas, constituindo-se em um dos grandes responsáveis pela desmotivação e pelo sofrimento mental desses trabalhadores.

Para Lima (2005, p. 77),

[...] certas condições adversas de trabalho podem favorecer a emergência de transtornos mentais específicos. Temos nos deparado com quadros diversos e que se encaixam ou não nas classificações nosológicas comumente descritas nos manuais de psiquiatria. São quadros depressivos e de fadiga nervosa, síndrome do pânico, transtornos relacionados ao alcoolismo, estados de estresse pós-traumático, transtornos orgânicos de personalidade, dentre outros.

Existem muitos trabalhadores que estão acometidos por quadro de Transtorno Mental e de Comportamento, com sintomatologia importante, muitas vezes, sem conseguir correlacionar sua enfermidade relatada com as classificações dos diagnósticos específicos na literatura médica. Fica evidente a importância de avançar na discussão sobre o nexo causal, para se adotar medidas preventivas no ambiente de trabalho, de modo a evitar o surgimento de doenças de cunho psicossomáticas, demonstrando, claramente, a existência de quadros psíquicos advindos das condições adversas do trabalho (LIMA, 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001, p. 161) explica:

Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, dados do INSS sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001) informa que os Transtornos Mentais e de Comportamento têm acometido os trabalhadores brasileiros de forma

sistemática, ocasionando deteriorações importantes e, em muitos casos, irreparáveis para a saúde física e mental e comprometendo o próprio indivíduo, sua família e todas aquelas pessoas com quem ele se relacionam. Existe, ainda, a possibilidade da perda do emprego, gerando as mais variadas alterações e desordens psíquicas. O consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, pode estar presente nestas situações como um subterfúgio, principalmente quando da ameaça do desemprego, evidenciando que estes transtornos refletem de forma evidente sua nocividade para as pessoas, a sociedade e as organizações.

Lourenço (2011) informa que existe nas organizações a preocupação quando à abordagem em relação aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois sucede um impacto evidente nos custos financeiros das empresas com relação aos tributos que terão de pagar em decorrência dos acidentes ou doenças ocorridas no ambiente laboral. Inicialmente, ocorre a abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que permite a estabilidade do trabalhador por um ano após o retorno as suas atividades, o recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) enquanto esse trabalhador permanecer em benefício previdenciário, além da possibilidade da ter aumentada a sua alíquota de contribuição para o Seguro Acidente de Trabalho (SAT), com base no número de registros de acidentes ocorridos na organização.

Lourenço (2011, p. 27) relata:

O medo reflete em vários sintomas no organismo, mas nem sempre se materializa em alguma doença propriamente dita. Assim, uma legião de adoecidos mentalmente pelo trabalho perambula pelos serviços de saúde, previdência e assistência social sem conseguir que seja estabelecida a relação do adoecimento com o trabalho e suas respectivas relações e tampouco sem conseguir resolver o seu problema, apenas medica-se. O mal aparece como inerente ao interior da pessoa, no caso, a vítima do trabalho é vista como portadora de uma determinada pré-disposição para determinado adoecimento, daí que a análise da situação é feita de modo individual, centrada na vítima como se a causa estivesse nela e não nas relações sociais de trabalho.

Trabalhadores atendidos em hospitais e serviços de psiquiatria com queixas sintomáticas são diagnosticados como portadores de doenças comuns e tratados com grande quantidade de psicofármacos. Sofrem por estarem desamparados pela

própria enfermidade e por não saberem a quem recorrer nem a como fazer para valer seus direitos, pois os representantes dos órgãos que deveriam ampará-los, como o INSS e os Tribunais de Justiça, encontram dificuldade para admitir o estabelecimento do nexo de causalidade (LIMA, 2005).

Existe a necessidade de criação pelas próprias organizações de programas que visem à promoção da qualidade de vida do trabalhador, contemplando a assistência integral à saúde e a prevenção dos acidentes e agravos advindos ou relacionados ao trabalho, por meio da eliminação, redução ou neutralização dos riscos nos ambientes laborais. Devem, enfim, elaborar processos que incluam o estudo das condições de trabalho em suas mais variadas etapas, buscando mecanismos permanentes de vigilância destes ambientes ocupacionais. Os alicerces destas medidas estão fundamentados nos níveis de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação (BRASIL, 2001).

Seligmann-Silva *et al.* (2010b) defendem a construção de alternativas aos processos de trabalho que venham proteger a saúde do trabalhador, considerando a constituição de uma equipe multidisciplinar ampla, com o diálogo envolvendo numerosos saberes, capaz de promover abordagens contextualizadas e abrangentes, integrada e inter-relacionada. As ações conjuntas desenvolvidas por estes profissionais devem possibilitar-lhes a atuação de forma eficiente e sistemática em suas causas, com aprofundamento no conhecimento das diversas desordens decorrente desse ambiente laboral. Também devem buscar a história clínica ocupacional e estudar detalhadamente o local e a organização do trabalho, bem como os mais variados métodos e processos de trabalho, além de coletar e analisar dados epidemiológicos para, assim, realizar ou sugerir intervenções de ordem coletiva, sem descuidar dos aspectos específicos de cada trabalhador envolvido.

2.3 A Categorização dos Transtornos Mentais e de Comportamento segundo a CID-10

A CID-10 é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua formulação e sua publicação envolvem a colaboração de muitos indivíduos e

agências de inúmeros países. É periodicamente revisada. Sua versão mais recente é a 10ª Revisão. Passou a ter a seguinte denominação: “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.” Este instrumento nominativo possui informações diagnósticas sobre as descrições, as condições clínicas e o estado de saúde. Fornece um modelo, basicamente, etiológico, com finalidades epidemiológicas e administrativas de saúde, como morbidade e mortalidade. Promove o monitoramento da incidência e prevalências das doenças, agravos ou outros problemas advindos da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Conforme a CID-10, os Transtornos Mentais e de Comportamento estão padronizados em seu capítulo V. Foi proposto pelos organizadores utilizar a terminologia *transtorno* para evitar expressões estigmatizantes, como *doença*, *perturbação mental*, *deficiência*, *moléstia*, *enfermidade*, *distúrbios*, *alterações* ou *descompensações mentais ou psíquicas*. A expressão *transtorno* não é a mais correta e exata, porém é aplicada para indicar a existência de vários elementos ou o conjunto de sintomas ou comportamentos que possam ser clinicamente reconhecidos ou identificados, associados, na maioria dos casos, a sofrimento, modificações, interferência, mudança ou outras transformações capazes de influenciar ou provocar alterações nas funções de ordem psíquicas do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Conforme a OMS (1993), esta classificação foi produzida na esperança de se tornar uma importante referência para uma definição mais precisa, principalmente, aos profissionais de saúde que se preocupam mundialmente com o acolhimento aos indivíduos que sofrem em decorrência desses transtornos/enfermidades, juntamente com a assistência aos familiares. A categorização destes distúrbios está contida na obra *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*, presentes também, outros critérios de diagnósticos para uma definição mais precisa. Publicada originalmente pela OMS, sendo a edição brasileira traduzida pelo Prof. Dr. Dorgival Caetano. No prefácio da obra, é referenciado:

Os trabalhos com o Capítulo V: Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 se iniciaram no Brasil em meados de 1986 quando fomos designados *Field Trial Coordinating Centre* para testagem de campo da CID-10 (Capítulo V) para países de língua portuguesa. [...] Esta tradução sofreu várias modificações decorrentes de contribuições de pesquisadores e instituições de várias partes do mundo e, sobretudo, daquelas devido aos resultados dos testes de campo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 7).

Neste contexto, ficam demonstradas a importância e a abrangência de se adotar uma padronização mundial para identificar estas alterações relacionadas aos Transtornos Mentais e de Comportamento, auxiliando nos diagnósticos realizados por equipe multidisciplinares, a partir da adoção de condutas padronizadas. A OMS (1993) reconhece a importância de uma nomenclatura única para os problemas relacionados ao estado de saúde da população, desde que seja uma bibliografia científica de consenso, oficializada e atualizada periodicamente, utilizada internacionalmente com a finalidade de servir de comparabilidade epidemiológica das informações de saúde entre as diversas nações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A CID-10 é adotada por inúmeros países, incluindo o Brasil, que a utiliza em diversos órgãos governamentais. Esse foi o compromisso assumido pelo Governo brasileiro, quando da realização da 43ª Assembleia Mundial de Saúde, tendo o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria 1.311/1997, definido a implantação da CID-10. A utilização desta classificação pela Previdência Social ocorreu em dezembro/1998, favorecendo sua padronização em relação às demais instituições públicas, o que possibilitou a promoção de mudanças e melhorias nas rotinas de trabalho e propiciou a criação de um banco de dados para análise estatística epidemiológica com relação à saúde/doença de seus segurados (BRASIL, 2013a)².

A utilização da nomenclatura da CID-10 pelo Perito Médico ao realizar o exame pericial no caso específico do trabalhador-empregado demandante de benefício por incapacidade laborativa está balizada na correlação entre a atividade ocupacional que este trabalhador desempenha na organização e o transtorno/enfermidade que ele está informando/acometido. É imprescindível a informação da CID-10 no ato médico-pericial, pois, caso seja deferido

² Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em: 23 abr. 2013

favoravelmente à solicitação do afastamento temporário, para a caracterização, ou não, do nexo com a atividade laboral, faz-se relevante a referência desta nomenclatura padronizada, O Perito Médico também poderá encaminhar o trabalhador para a reabilitação profissional ou, mesmo, para a aposentadoria por invalidez com fundamento nesta classificação (ZUBA, 2009).

A importância da referência da CID-10 fornecida pelo médico assistente que prestou o atendimento ao trabalhador, seja no preenchimento da CAT, seja nos relatórios/atestados que informam sobre o diagnóstico ou hipótese diagnóstica do transtorno/enfermidade, é de grande relevância para a concessão de benefício previdenciário, independente do fator gerador da moléstia. É pertinente ressaltar que existe imparcialidade na análise pela Perícia Médica sobre a procedência do motivo do adoecimento, seja esta de origem ocupacional ou não. Portanto, esta nomenclatura é de significância para o trabalhador requerer benefício, seja ele decorrente ou não de adoecimento provocado pela organização (MELO, 2010).

Mendes, Ghizoni e Araujo (2011) relatam que o Serviço Social da Indústria (SESI) vem monitorando periodicamente o panorama dos ambientes de trabalho nas organizações com base na CID-10/CNAE, que abrange toda a classificação do grupo F (F00-F99). No entanto, ao se aprofundar no conhecimento dos Transtornos Mentais e de Comportamento do setor industrial, tem-se verificado a elevação dos casos de absenteísmo no trabalho ocasionados por estes transtornos/enfermidades. Portanto, constata-se a necessidade de incrementar medidas intervencionistas nas organizações voltadas para proporcionar ambientes de trabalho saudáveis, assegurando a participação de todos os envolvidos no planejamento e na previsibilidade das ações. Assim, ao realizar uma gestão baseada na análise crítica, fortalecem-se as formas coletivas de expressão, ao promoverem a mobilização e a participação dos trabalhadores, refletindo diretamente na forma de comunicação dentro das organizações, principalmente no processo de trabalho, propiciando ideias e opiniões em todas as etapas da produção.

O Capítulo V da CID-10 corresponde aos Transtornos Mentais e de Comportamento. Serão citados todos os códigos, com o objetivo de abranger e

relacionar a totalidade dos grupamentos deste capítulo, independente de sua classificação etiológica, dos sinais e sintomas ou do tratamento clínico, bem como a referência, definição ou explicação nosológica dessa codificação em relação à atividade ocupacional. Portanto, não serão especificados ou mencionados se os quadros psíquicos foram originados, estimulados ou desencadeados em decorrência do exercício da atividade ocupacional a que os trabalhadores estão expostos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Quadro 1 - Transtornos Mentais e de Comportamento segundo a Classificação da CID-10

Transtornos Mentais e de Comportamento segundo a Classificação da CID-10	
Grupo de doenças	Descrição
F00 a F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos.
F10 a F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso substâncias psicoativas.
F20 a F29	Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes.
F30 a F39	Transtorno do humor (afetivos)
F40 a F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes.
F50 a F59	Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos.
F60 a F69	Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos.
F70 a F79	Retardo mental.
F80 a F89	Transtorno de desenvolvimento psicológico.
F90 a F98	Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência.
F99	Transtorno mental não especificado.

Fonte: CID-10, ano 1997.

Quadro 2 - Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos - F00 a F09

Transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos - F00 a F09
<p>Abrange agrupamentos classificadas de F00 a F09, como: demência na doença de Alzheimer, demência vascular, demência em outras doenças especificadas ou não, síndrome amnésica orgânica ou <i>delirium</i>, não induzidos por álcool e outras substâncias psicoativas, outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física, transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais, transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p>

Compreende uma série de transtornos mentais reunidos, tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro com um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997, p. 303).

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 3 - Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas - F10 a F19

Transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas - F10 a F19

Inicialmente, este bloco abrange as classificações de F10 a F19, ou seja: os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool, de opióides, canabinóides, sedativos ou hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, incluindo a cafeína, alucinógenos, uso de tabaco, solventes voláteis e uso de múltiplas drogas associado ao uso de outras substâncias psicoativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Este grupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que tem em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um profissional. Os códigos devem ser usados, conforme determinado, para cada substância especificada. A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informações possíveis. Estas compreendem as fornecidas pelo próprio sujeito, os relatos de terceiros bem informados, além de análises de sangue ou outros líquidos corporais, associados também aos sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e comportamentos clínicos, além de outras evidências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997, p. 312).

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 4 - Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes - F20 a F29

Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes - F20 a F29

Esta classificação abrange, de F20 a F29: esquizofrenia e suas variações, transtorno esquizotípico, transtorno delirantes persistentes, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtorno delirante induzido, transtorno esquizoafetivos, outros transtornos psicóticos não orgânicos e psicose não orgânica e não especificada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Este agrupamento reúne os transtornos esquizofrênicos. É o mais comum, mas de grande importância neste conjunto. Geralmente, são caracterizados por distorções do pensamento, percepção associado à inadequação do afeto ou embotamento afetivo. O nível de consciência e a capacidade intelectual estão preservados. A perturbação compromete os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos. Assim, o indivíduo pode desenvolver delírios explicativos de que os atos mais íntimos são sentidos ou conhecidos por outros, vivenciando situações constrangedoras. As alucinações auditivas são as mais comuns, chegando a “comentar” sobre o comportamento ou sobre o pensamento do indivíduo. O humor apresenta-se superficial e a percepção está comprometida em muitos casos. Em uma fase prévia ao início dos sintomas, percebem-se: perda do interesse pelo trabalho, isolamento social, autocuidado comprometido, associados a graus leves de depressão, preocupação e ansiedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 5 - Transtornos do humor (afetivos) - F30 a F39

Transtornos do humor (afetivos) - F30 a F39

Este bloco abrange as classificações de F30 a F39. Mais especificamente: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente, transtornos persistentes do humor (afetivos), outros transtornos do humor (afetivos) e transtorno do humor (afetivo) não especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, que facilmente compreensíveis no contexto dessas alterações. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode ser frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 1997, p. 324).

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 6 - Transtornos neuróticos, transtornos relacionado ao estresse e transtornos somatoformes - F40 a F48

Transtornos neuróticos, transtornos relacionado ao estresse e transtornos somatoformes - F40 a F48
<p>Este bloco abrange as classificações F40 a F48, relativas a: transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, reação a estresse grave e transtornos de ajustamento, transtornos dissociativos (ou conversivos), transtornos somatoformes e outros transtornos neuróticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p> <p>O propósito desta categoria é facilitar a descrição de transtornos manifestados por uma mistura de sintomas para a qual um rótulo psiquiátrico mais simples e mais tradicional não é apropriado, mas a qual representa, entretanto, graves estados de angustia e interferência com funcionamentos significativamente comuns. Elas também resultam em frequentes encaminhamentos para cuidados primários e serviços médicos e psiquiátricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 14).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 7 - Síndromes comportamentais assoadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos - F50 a F59

Síndromes comportamentais assoadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos - F50 a F59
<p>Este bloco de alterações abrange as classificações F50 a F59, compreendendo os transtornos alimentares, transtornos não orgânicos do sono, disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica, transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificadas em outros locais, fatores psicológicos e de comportamento associados a transtornos ou doenças classificadas em outros locais, abuso de substâncias que não produzem dependência e síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos, não especificados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 8 - Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos - F60 a F69

Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos - F60 a F69
<p>Neste bloco estão as classificações F60 a F69, relativas a: transtornos específicos de personalidade, transtornos de personalidade, mistos e outros, alterações permanentes de personalidade, não atribuíveis à lesão ou lesão cerebral, transtornos de hábitos e impulsos, transtornos de identidade sexual, transtornos de personalidade sexual, transtornos psicológicos e de comportamento associados ao desenvolvimento e orientação sexual, outros transtornos de personalidade e de comportamento em adultos e transtorno não especificado de personalidade e de comportamento em adultos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p> <p style="text-align: center;">Este grupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997, p. 351).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 9 - Retardo mental - F70 a F79

Retardo mental - F70 a F79
<p>Este bloco engloba as categorias de F70 a F79, relativas a: retardo mental leve, moderado, grave e profundo, outros tipos de retardo mental e aqueles não especificados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p> <p style="text-align: center;">Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997, p. 361).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 10 - Transtorno do desenvolvimento psicológico - F80 a F89

Transtorno do desenvolvimento psicológico - F80 a F89
<p>Neste bloco estão inclusos as classificações de F80 a F89, que dizem respeito a: transtornos do desenvolvimento psicológico específicos da fala e da linguagem, das habilidades escolares, do desenvolvimento da função motora, aqueles mistos ou invasivos do desenvolvimento, outros transtornos do desenvolvimento psicológico e os não especificados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p> <p style="text-align: center;">Transtornos nos quais as modalidades normais de aquisição da linguagem estão comprometidas desde os primeiros estádios do desenvolvimento. Não são diretamente atribuíveis a anomalias neurológicas, anomalia anatômicas ou do aparelho fonador, comprometimentos sensoriais, retardo mental ou fatores ambientais. Os transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem se acompanham com frequência de problemas associados, tais como dificuldade da leitura e da soletração, perturbação das relações interpessoais, transtornos emocionais e transtornos comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997, p. 363).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 11 - Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência - F90 a F98

Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência - F90 a F98
<p>Neste bloco estão inclusos as classificações de F90 a F99, relacionados a: transtornos emocionais e de comportamento com inicio usualmente ocorrendo na infância e adolescência, que dizem respeito aos hipercinéticos, de conduta, misto de conduta e emoções, aqueles mistos e de conduta e de emoções, emocionais com início específico na infância, transtornos de funcionamento social com início na infância e adolescência, transtornos de tique, outros transtornos emocionais e de comportamento com inicio usualmente ocorrendo na infância e adolescência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).</p> <p style="text-align: center;">O critério-chave definidor usado na CID-10 é a adequação da emoção apresentada ao estágio de desenvolvimento da criança, mais um grau inusual de persistência com perturbação de função. Em outras palavras, estes transtornos da infância são exageros significativos de estados e reações emocionais que são considerados normais para a idade em questão, quando ocorrendo apenas em uma forma leve. Se o conteúdo do estado emocional é inusual ou ocorre numa idade inusual, as categorias gerais de outros blocos na classificação devem se usados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 19).</p>

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

Quadro 12 - Transtorno mental não especificado - F99

Transtorno mental não especificado - F99
Neste bloco está incluso somente o F99, que diz respeito ao transtorno mental sem outra especificação. Esta categoria classificada é como residual não recomendada a ser utilizada, sendo empregada somente quando nenhum código compreendido de F00 a F98 pode ser aplicado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Fonte: CID-10, ano1993 e 1997.

O tabalhador acometido por algum dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do exercício da atividade ocupacional que vier a provocar incapacitação laboral será encaminhado à Previdência Social. Por intermedio da Perícia Médica terá os direitos assegurados e resguardados ao ser constatado que o acidente/adoecimento está relacionado ao trabalho. Devido às dificuldades para registrar os agravos decorrentes do trabalho, o governo estabeleceu responsabilidades, cabendo ao Ministério da Previdência Social a competência de subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas. Formalizou também a necessidade de realizar interseções entre Ministérios da Previdência, o do Trabalho e o da Saúde objetivando as ações de segurança e saúde no trabalho e nas ações de fiscalização e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ocupacionais, para que o trabalhador possa estar amparado quando for vítima de agravo à sua saúde em decorrência da atividade laboral (LOURENÇO 2011).

2.4 A Perícia Médica e a caracterização do adoecimento do trabalhador por meio do Nexo Técnico Previdenciário (NTP)

A política da Previdência Social, por intermédio do INSS, estabeleceu diretrizes de proteção ao trabalhador a partir da implantação do Nexo Técnico Previdenciário (NTP), como um instrumento de gestão, constitui-se em um marco normativo de referência, com reflexos profundos nas organizações, na medida em que auxilia na discussão da melhoria das condições nos ambientes laborais e no combate aos acidentes/doenças provocados pelo trabalho, englobando também os acidentes de trajetos. Neste contexto, ficam em evidência aquelas empresas que ocasionam adoecimento ou acidente do trabalhador, podendo ser responsabilizadas com penalidades tributárias e trabalhistas (LIMA, B, 2010).

O Ministério da Previdência Social formulou o NTP para a caracterização da possível relação entre o acidente/adoecimento do trabalhador, incluindo o acidente de trajeto, fundamentado no art. 3º da Instrução Normativa INSS/PRES 31, de setembro/2008, utilizando três mecanismos (SESI 2011, p. 13):

Art. 3º O nexu técnico previdenciário poderá ser de natureza causal ou não, havendo três espécies:

I - Nexu técnico profissional ou do trabalho, fundamentado nas associações entre patologias e exposições ocupacional de acordo com a profisiografia do segurado constantes das listas A e B do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999.

II - Nexu técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexu técnico individual, decorrente de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91.

III – NTEP é aplicável quando houver significância estatística da associação entre a entidade mórbida motivadora da incapacidade entre o código da CID, e o do CNAE onde o segurado é vinculado, na parte inserida pelo Decreto nº 6.042/07, na lista C do anexo II do Decreto nº 3.048, de 1999

As FIG. 1 e 2 que exemplificam a caracterização do Nexu Técnico Profissional, ou do trabalho, revela uma correlação entre a atividade ocupacional que o segurado desempenha e uma relação direta com a exposição a um agente lesivo à saúde. Portanto, resulta no cruzamento do diagnóstico médico que está descrito na CID-10 com a ocupação do trabalhador na empresa. Os agentes lesivos à saúde estão constantes das listas A e B do anexo II do Decreto 3.048, de maio/1999, cabendo ao Perito Médico caracterizá-los como relacionados ao trabalho (NETO, 2007).

Explica Neto (2007, p. 143),

Antes da alteração trazida pelo Decreto n. 6.042/2007, a redação original do art. 337 do Decreto n. 3.048/1999 (Regulamento da Previdência Social - RPS), ao estabelecer que cabia ao médico do INSS declarar se a doença era ocupacional ou não, partia de uma visão individual do caso particular. Assim, a conclusão resultava tão-somente do cruzamento do diagnóstico da doença da CID com a ocupação do trabalhador na empresa. A essa técnica chama NTP.

Caso a empresa emitisse a CAT, o INSS declarava o NTP e presumia que a doença era ocupacional. Contudo, se a emissão da CAT não fosse pela empresa, mas pelo próprio trabalhador ou seu sindicato de classe, o médico perito a desprezava e a doença era considerada como dissociada do trabalho. A Previdência Social concedia, então, apenas o benefício do auxílio-doença. Nesse caso, caberia ao trabalhador o ônus de provar o nexu da sua doença com o trabalho exercido e requerer a conversão do benefício do auxílio-doença (código será B-31) em auxílio-doença acidentário (código será B-91).

Figura 1 - Caracterização do nexu técnico profissional ou do trabalho

SABI - Módulo de Atendimento Médico

Arquivo Exames Relatórios Janela Ajuda

Houve exposição a algum dos agentes abaixo, constantes no Anexo II do Decreto 3.048/99?

1.Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho : reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (256.6)
2.Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)

Justificativa: Segurada é professora do ensino médio, relata que foi ameaçada de morte por um aluno em sala de aula. Apresenta Boletim de Ocorrência Policial confirmando os fatos relatados.

SIM NÃO

Valor do Benefício:
Mensal:

Ao min

Histórico Parecer

APS - BELO HORIZONTE - RUA PADRE EUSTÁQUIO 2 Usuari

ANEXO PARA NET.odt - BrOffice.org Writer

08/08/2013

08:22
08/08/2013

Fonte: Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade - SABI

Figura 2 - Caracterização do nexu técnico profissional ou do trabalho

SABI - Módulo de Atendimento Médico

Arquivo Exames Relatórios Janela Ajuda

Perícia Médica - Requerimento Normal

Perícia Médica

É obrigatório preencher a Data de Início da Incapacidade (DII). Caso concorde com alguma afirmação que se segue, marque nos locais apropriados.

Início da Incapac. (DII): 07/07/2013

Comprovação da DII: Sim Não

A incapacidade é decorrente de Doença Profissional ou do Trabalho? Sim Não

A incapacidade é decorrente de Acidente do Trabalho (típico/trajeto)? Sim Não

A incapacidade é decorrente de doença equiparada a Acidente de Trabalho? Sim Não

Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP? Sim Não

A moléstia isenta o período de carência? Sim Não

Há necessidade de notificação ao Detran? Sim Não

Conclusão Parecer Reab. Profissional

Data:

Justificativas

Resultado:

< Voltar Avançar > Visualizar Cancelar

DCB/DCA:

DCI:

Valor do Benefício:
Mensal:

Ao minimizar a tela do laudo, digite Ctrl + F6 para reativá-la

Histórico Parecer Pensão Al. Ex. Compl. Auditoria Imprimir Concluir Fechar

APS - BELO HORIZONTE - RUA PADRE EUSTÁQUIO 2 Usuari: Valter José Lopes Versão: 9.07.03 08/08/2013

08:24
08/08/2013

Fonte: Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade - SABI

A FIG. 3 exemplifica a caracterização do nexu técnico por doença equiparada a acidente de trabalho, ou nexu técnico individual, decorre de acidentes de trabalho típicos ou acidentes de trajeto, bem como das condições especiais em que o trabalho é executado (BRASIL, 2011).

Figura 3 - Caracterização da CAT pela Perícia Médica

Perícia Médica - Requerimento Normal

Perícia Médica
É obrigatório preencher a Data de Início da Incapacidade (DII). Caso concorde com alguma afirmação que se segue, marque nos locais apropriados.

Req. Início da Incapac. (DII): 07/07/2013 Comprovação da DII: Sim Não

Rec. CAT A incapacidade é decorrente de Doença Profissional ou do Trabalho? Sim Não

Rec. Sal. A incapacidade é decorrente de Acidente do Trabalho (típico/trajeto)? Sim Não

A incapacidade é decorrente de doença equiparada a Acidente de Trabalho? Sim Não

Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP? Sim Não

A moléstia isenta o período de carência? Sim Não

Há necessidade de notificação ao Detran? Sim Não

< Voltar Avançar > Visualizar Cancelar

Incapacidade:
DII:
DCB/DCA:
DCI:

Valor do Benefício:
Mensal:

Resultado:

Ao minimizar a tela do laudo, digite Ctrl + F6 para reativá-la

Histórico Parecer Pensão Al. Ex. Compl. Auditoria Imprimir Conduzir Fechar

APS - BELO HORIZONTE - RUA PADRE EUSTÁQUIO 2 | Usuário: Valter José Lopes | Versão: 9.07.03 | 09/08/2013

Iniciar Monitor de Chamada ... Monitor - Windows In... Atendimento de Perí... SABI - Módulo de A... 12:06 09/08/2013

Fonte: Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade - SABI

A Lei 8.213/91 determinou em seu artigo 22, que todo acidente do trabalho e toda doença profissional ou do trabalho deverão ser comunicados pela empresa ao INSS. Caso ocorra omissão, ela estará sujeita à penalidade de multa. O preenchimento completo e exato deste formulário fornecerá dados que servirão para a análise estatística e epidemiológica dos acidentes/adoecimentos que os trabalhadores foram vítimas. Portanto o nexu técnico profissional ou do trabalho e o nexu técnico por doença equiparada a acidente de trabalho - nexu técnico individual, resultantes de acidentes de trabalho típicos ou de trajeto, ou condições especiais em que o trabalho esteja relacionado diretamente, todos se fundamentam nos termos dos artigos de 19 a 21 da Lei 8.213/91. As FIG. 1, 2 e 3 explicitam como a Perícia Médica aplica nos sistemas informatizados da previdência o reconhecimento da CAT em ambas as ocorrências (BRASIL, 2011).

2.4.1 Novo instrumento da Perícia Médica para a caracterização do adoecimento do trabalhador e a relação com as organizações – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)

Uma das reivindicações dos trabalhadores e dos profissionais relacionados à saúde ocupacional, por intermédio do Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), consistiu na instituição do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), que estabelece a presunção do adoecimento do trabalhador em decorrência do ambiente organizacional, mediante a verificação dos dados epidemiológicos relacionados às doenças profissionais e do trabalho, e favoreceu a inversão do ônus da prova em interesse dos trabalhadores (VERTHEIN; MINAYO-GOMES, 2011).

A Perícia Médica do INSS passou a contar com mais um importante dispositivo para auxiliar em suas análises e conclusão sobre a natureza da incapacidade laboral e sua possível relação com trabalho. Por meio do CNPS, órgão de natureza quadripartite, com a participação de representantes do Governo, dos empresários, trabalhadores e das Associações de Aposentados e Pensionistas, o Ministério da Previdência Social passou a adotar mais um mecanismo auxiliar na caracterização de acidentes ou doenças do trabalho, denominado “NTEP”. Este instrumento utiliza o cruzamento das informações de código da CID-10 e a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), caracterizando, assim, a existência de uma relação entre a lesão ou o agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. A indicação de NTEP está embasada em estudos científicos alinhados com os fundamentos da estatística e epidemiologia (OLIVEIRA 2010).

Verthein e Minayo-Gomes (2011) relatam que após a criação do NTEP, conhecida como a “Lei da inversão do ônus da prova”, em que existe a presunção de que o trabalho pode ter relação com o adoecimento do trabalhador. Assim, com base na epidemiologia, evidencia-se que as condições adversas ocupacionais podem provocar adoecimento. Isso reflete também a necessidade de as próprias organizações atuarem nos ambientes nocivos à saúde, elaborando e promovendo a complementação ou implantação de novos programas que visem à promoção da qualidade de vida do trabalhador.

O NTEP foi instituído nos sistemas informatizados do INSS para conceder benefícios por incapacidade em abril/2007. Imediatamente, provocou uma mudança radical no perfil da concessão de auxílios-doença de natureza acidentária, passando a recorrer a um incremento da ordem de 148% (BRASIL, 2013b)³. Este valor permite considerar a hipótese de que havia um mascaramento na notificação de acidentes e doenças do trabalho.

A importância deste dispositivo vem em conformidade com os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, principalmente perante a Organização Internacional do Trabalho (OIT). A Convenção da OIT 155, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, promulgada pelo Decreto 1.254, de novembro/1994, com início de vigência em maio/1993, em sua PARTE III AÇÃO A NÍVEL NACIONAL, declara:

Art. 11. Com a finalidade de tornar efetiva a política referida no artigo 4 da presente Convenção, a autoridade ou as autoridades competentes deverá garantir a realização progressiva das seguintes tarefas:

c) o estabelecimento e a aplicação de procedimentos para a declaração de acidentes do trabalho e doenças profissionais por parte dos empregadores e, quando for pertinente, das instituições seguradoras ou outros organismos ou pessoas diretamente interessados, e a elaboração de estatísticas anuais sobre acidentes do trabalho e doenças profissionais (BRASIL, 1994).

De acordo com o Serviço Social da Indústria (SESI), o NTEP é aplicável quando houver significância estatística da associação entre a CID-10 e a CNAE na parte compreendida pelo art. 21A da Lei 8213/1991, regulamentado pelo Decreto 6.042/2007, que inseriu tabelas na lista B. Posteriormente, o Decreto 6957/2009 criou a lista C, com algumas modificações nas tabelas CID-10/CNAE em relação às tabelas anteriores conforme SESI (2011, p. 15):

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006).

Art. 337. [...]

[...] § 3º Considera-se estabelecido o nexo entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID em conformidade com o disposto na Lista C do Anexo II deste Regulamento.

³ Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

A interceptação entre a CID e o CNAE torna-se um componente de relevância, por expor um novo parâmetro epidemiológico, especialmente quando é verificado que a atividade ocupacional desempenhada pelo trabalhador na organização for a geradora do adoecimento desse trabalhador. Portanto, a realização do cruzamento da CID com o CNAE evidencia situações anteriormente não diagnosticadas pelos órgãos oficiais, especialmente devido às subnotificação⁴ dos acidentes e das doenças ocupacionais. Conforme o próprio SESI (2011, p. 49), a justificativa da subnotificação da CAT é um assunto complexo e motivado por aspectos políticos, econômicos e sociais, para o qual existem várias explicações, sendo as mais importantes:

Dentre as principais destacam-se as seguintes:

- i) Como o acidente/doença ocupacional é considerado socialmente derogatório, evita-se que o dado apareça nas estatísticas oficiais;
- ii) para que não se possa reconhecer a estabilidade no emprego de um ano de duração a partir do retorno do trabalhador;
- iii) para se ter liberdade de poder despedir o trabalhador a qual quer tempo;
- iv) para não se depositar a contribuição devida de 8% do salário, em conta do FGTS, correspondente ao período de afastamento;
- v) para não se reconhecer a presença de agente nocivo causador da doença do trabalho ou profissional e, para não se recolher a contribuição específica correspondente ao custeio da aposentadoria especial para os trabalhadores expostos aos mesmos agentes.

A CAT não configura o único nem o mais importante elemento primário e epidemiológico para caracterizar o adoecimento do trabalhador, principalmente quando este for provocado pela empresa, sobretudo em casos de doenças crônicas. A utilização de outros parâmetros epidemiológicos constitui importante balizador para planejar, desenvolver e aprimorar sistemas de monitoramento e gerenciamento dos riscos e das condições adversas à atividade ocupacional. Ela proporcionará o conhecimento desses riscos associados à atividade laboral, contribuindo para a transformação do ambiente de trabalho, tornando-o seguro. Portanto, as empresas que têm se empenhado em desenvolver ações efetivas de promoção e proteção à saúde do trabalhador são favorecidas pela instituição do NTEP. Este instrumento objetiva sanar as falhas provocadas pela omissão da CAT pelas organizações, pois, caso permanecesse somente a notificação pela CAT, as subnotificações se manteriam (MELO, 2010).

⁴ Subnotificação: Omissão do registro da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT) aos órgãos governamentais pelas empresas às quais elas estão obrigadas por lei.

O NTEP promove uma nova metodologia na análise dos dados sobre o adoecimento do trabalhador decorrente da atividade laboral e identifica que em cada processo de solicitação de benefício à Previdência Social a existência de uma informação requerida obrigatoriamente, que é o registro de um quadro nosológico – ou seja, a informação da CID-10 que irá classificar a doença, problema de saúde ou, mesmo, infortúnio que motivou a solicitação do benefício previdenciário (OLIVEIRA, 2010).

O importante é ressaltar que o fornecimento dessa nomenclatura nosológica pelo profissional que atendeu o trabalhador proporciona maior confiabilidade nessas informações, possibilitando melhor segurança jurídica, uma vez que independe da comunicação fornecida pela empresa. Assim, caso o trabalhador seja acometido de uma doença ou lesão provocada pela empresa e esta implicar incapacidade para o exercício de sua atividade ocupacional, a Previdência Social reconhecerá e concederá o benefício, independentemente de qualquer manifestação da empresa, cabendo ao Perito Médico à caracterização da natureza acidentária (B91) ou previdenciária (B31) conforme as FIG. 4 e 5 (MELO, 2010).

Figura 4 – Caracterização do Nexo Técnico Epidemiológico - NTEP

SABI - Módulo de Atendimento Médico

Arquivo Exames Relatórios Janela Ajuda

Perícia Médica - Requerimento Normal

Perícia Médica
É obrigatório preencher a Data de Início da Incapacidade (DII). Caso concorde com alguma afirmação que se segue, marque nos locais apropriados.

Req. Início da Incapac. (DII): 08/07/2013 Comprovação da DII: Sim Não

CAT A incapacidade é decorrente de Doença Profissional ou do Trabalho? Sim Não

Recr. A incapacidade é decorrente de Acidente de Trabalho (típico/trajeto)? Sim Não

Sal. A incapacidade é decorrente de doença equiparada a Acidente de Trabalho? Sim Não

Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP? Sim Não

A moléstia isenta o período de carência? Sim Não

Há necessidade de notificação ao Detran? Sim Não

< Voltar Avançar > Visualizar Cancelar

Justificativa

Justifique a não aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário:

Opções:

Justificativa:

- Não há evidência/índices de exposição a risco ergonômico (biomecânico e de organização do trabalho).
- Não há evidência / índices de exposição a risco químicos.
- Não há evidência / índices de exposição a de risco biológico.
- Não há evidência / índices de exposição a risco físico.
- Não há evidência / índices de exposição a risco mecânico (específico de acidentes de trabalho).
- Tempo entre o início da função/trabalho e o início da doença (DID) é insuficiente para gerar a moléstia de origem ocupacional.
- A queixa descrita não é compatível com lesão ocupacional.
- O segurado informa que a lesão não ocorreu no trabalho.

Ok Cancelar

para reativá-la

Concluir Fechar

APS - BELO HORIZONTE - RUA PADRE EUSTÁQUIO 2 | Usuário: Valter José Lopes | Versão: 9.07.03 | 08/08/2013

09:54 08/08/2013

Fonte: Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade – SABI

Figura 5 - Caracterização do Nexo Técnico Epidemiológico - NTEP

SABI - Módulo de Atendimento Médico

Arquivo Exames Relatórios Janela Ajuda

Perícia Médica - Requerimento Normal

Perícia Médica
É obrigatório preencher a Data de Início da Incapacidade (DII). Caso concorde com alguma afirmação que se segue, marque nos locais apropriados.

Req. Início da Incapac. (DII): 08/07/2013 Comprovação da DII: Sim Não

CAT. A incapacidade é decorrente de Doença Profissional ou do Trabalho? Sim Não

Rec. A incapacidade é decorrente de Acidente de Trabalho (típico/trajeto)? Sim Não

Sal. A incapacidade é decorrente de doença equiparada a Acidente de Trabalho? Sim Não

Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP? Sim Não

A moléstia isenta o período de carência? Sim Não

Há necessidade de notificação ao Detran? Sim Não

< Voltar Avançar > Visualizar Cancelar

Justificativa

Justifique a não aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário:

Opções: A queixa descrita não é compatível com lesão ocupacional.

Justificativa: SEGURADO TRABALHA COMO OPERADOR DE BATE ESTACAS E INFORMA QUE ESTA FAZENDO REFORMA EM SUA CASA E AO CARREGAR UM SACO DE CIMENTO VEIO A APRESENTAR DOR EM COLUNA LOMBAR

Ok Cancelar

para reativá-la

Concluir Fechar

Cancelar

APS - BELO HORIZONTE - RUA PADRE EUSTÁQUIO 2 Usuário: Valtér José Lopes Versão: 9.07.03 08/08/2013

Iniciar Monitor de ... Monitor - Wi... Atendimento... Exame FÍS... ANEXO PAR... SABI - Mód... 09:56 08/08/2013

Fonte: Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade - SABI

Codo (2010) resalta a importância da introdução do NTEP, definindo-a como um dos grandes avanços revolucionários da saúde do trabalhador nos tempos recentes, por permitir uma apreciação mais evidente e justa, ao demonstrar uma realidade epidemiológica, possibilitando a elaboração de políticas de combate às aquelas organizações com elevado número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Portanto, este instrumento proporciona informações de quando, onde acontecem os agravos à saúde do trabalhador e o que provoca essas situações, possibilitando premiar as organizações que apresentam políticas de promoção à saúde e punir aquelas com elevado número de absenteísmo decorrente do trabalho.

A Previdência Social, por meio de ações regressivas, poderá pleitear o aumento das alíquotas do SAT decorrentes da incidência de acidentes ou de doenças relacionadas ao trabalho, principalmente devido a fatores relacionados à falta de observação das normas de saúde, higiene e segurança nos ambientes laborais. Portanto, medidas de controle devem ser adotadas visando a eliminá-los ou reduzi-los, pois estas normas são um direito constitucional do trabalhador (MELO, 2010).

Couto e Souza (2007) relatam que a criação do NTEP passou a exigir que as organizações promovam a integração entre os diversos setores, visando à elaboração de políticas direcionadas a situações que realmente possam ter o nexo caracterizado como relacionado ao trabalho. Portanto, os setores do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e as áreas de Recursos Humanos e Jurídica devem estar em sintonia, evitando que informações equivocadas sobre doença não relacionadas à atividade ocupacional venham a ser caracterizadas com tal e serem penalizadas erroneamente.

Segundo SESI (2011, p. 18), as empresa estarão suscetíveis às implicações das penalidades decorrentes da implantação desta nova legislação, pois poderão arcar com o aumento de custos tributários e das ações regressivas e passivas trabalhistas. Citam-se como inconvenientes para as empresas:

- a) Aumento do custo de produção pelo pagamento do FGTS do trabalhador afastado – a concessão, pela Previdência Social, do benefício acidentário, obriga o recolhimento do FGTS no período de afastamento do trabalhador.
- b) Estabilidade temporária do trabalhador – mínima de 12 meses após o retorno à atividade (Lei nº 8.213/1991, art. 118).
- c) Presenteísmo – o trabalhador, se portador de doença ocupacional de causa ergonômica ou psicossocial (as duas maiores causas de benefícios acidentários, depois do acidente típico ou de trajeto), não pode retornar ao mesmo posto de trabalho que originou o afastamento. Há o risco da recidiva, novo encaminhamento à Previdência, e a possibilidade da existência de um longo ciclo de idas e vindas. Com isso, amplia-se na empresa o presenteísmo.
- d) Ações de reintegração após desligamento da empresa (Período de Graça) – no período mínimo de 12 meses e máximo de 36 meses após desligamento (art. 15 da Lei nº 8.213/1991), quando o trabalhador ainda é considerado segurado da Previdência Social, poderá ser aferido um NTEP, o que obriga a reintegração, a estabilidade, ao FGTS e aos benefícios previdenciários.
- e) Ações trabalhistas indenizatórias – reparação por danos patrimoniais, morais e estéticos, quando for o caso, movidos pelos trabalhadores. O conceito legal de acidente do trabalho, previsto no art. 19 da Lei nº 8213/1991, aplica-se tanto para fins previdenciários, quanto para civis e trabalhistas.
- f) Ações regressivas em desfavor das empresas pelo INSS – a Resolução CNPS nº 1.291/2007 recomenda ao INSS que amplie as proposituras de ações regressivas contra os empregadores considerados responsáveis por acidentes do trabalho.

Com a implantação do NTEP, as empresas ficaram sujeitas a várias formalidades, como custos elevados perante o órgão governamental e situações em relação ao próprio segurado acometido por acidentes ou doenças ocupacionais. Isso quando for

verificada incidência elevada acima da normalidade epidemiológica esperada. Portanto, as implicações envolvem: ações regressivas financeiras com a continuidade do pagamento do FGTS do segurado durante o período em que ele permanecer incapacitado para exercer suas atividades laborais; estabilidade no emprego por doze meses após ter cessado a incapacitação; ações trabalhistas indenizatórias; ações regressivas com ressarcimento contra os empregadores ao ser aplicado o aumento das alíquotas do SAT; e dificuldade para obtenção de certificações internacionais de controle e qualidade do ambiente laboral (SESI, 2011).

É relevante destacar o auxílio na caracterização do nexo da doença com o trabalho e a implantação do NTEP, regulamentada em abril/2007 pelo Decreto 6.042/07. Esta medida legal propiciou a inversão do ônus da prova em prol do trabalhador em decorrência da aplicação do NTEP este regulamentou o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), instituído pelo art. 10 da Lei 10.666/2003, o qual tem como premissa a capacidade de agravar ou atenuar o valor contributivo da alíquota do SAT com base no resultado dos dados estatísticos epidemiológicos de cada empresa (SESI, 2011).

Paparelli, Sato e Oliveira (2011) relatam que a Previdência Social, ao estabelecer o NTEP, permitiu um novo olhar, principalmente ao reconhecer o benefício acidentário ao trabalhador quando ele estiver incapacitado para executar suas atividades ocupacionais. Ou seja, quando o trabalhador for acometido por doença cujo risco de adquiri-la é maior no ramo de atividade econômica a que pertence à empresa onde realiza seu trabalho. Esse instrumento inverte o ônus da prova a favor do trabalhador. Portanto, cabe ao empregador provar que a empresa não é motivadora do agravo à saúde desse trabalhador. Além disso, incide sobre a empresa o FAP, que permite sobretaxar aquelas que apresentaram maior incidência de acidente/adoecimento dos trabalhadores em determinado período de tempo.

Com a edição do Decreto 6.042/07 introduziu nova classificação de riscos de acidentes do trabalho para cada atividade econômica. Contudo, a grande novidade é a regulamentação de um dispositivo de lei que possibilita a redução (em até 50%) ou

o aumento (em até 100%) das alíquotas contributivas de Seguro de Acidente do Trabalho (SAT), podendo ser em grau de 1% (risco mínimo), de 2% (risco médio) ou de 3% (risco grave), em razão do desempenho da empresa em relação à respectiva categoria econômica, pesquisado em conformidade com os resultados encontrados a partir dos índices de frequência, gravidade e custo, calculados segundo metodologia aprovada pelo CNPS. Para tanto, entrou em vigor o FAP, que multiplica por 0,5 a 2,0 as alíquotas de contribuição ao SAT incidentes sobre as alíquotas de contribuição de 1%, 2% ou 3%, dependendo do grau de risco que a empresa apresenta (SESI, 2011).

O FAP é um importante instrumento da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Afere o desempenho da empresa em sua atividade econômica. Considera o índice de frequência dos benefícios previdenciários incapacitantes (auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez, auxílio-acidente e pensão por morte) e o de gravidade, o custo correspondente e a duração de tais benefícios. Trata-se de um multiplicador incidente sobre o valor do salário de benefício diário concedido. Assim, classifica individualmente as empresas. Com base nessas ações, a Previdência Social visa proporcionar aos trabalhadores um ambiente de laboral mais salubre, além assegurar que os agravos a sua saúde ou a sua integridade física sejam adequadamente caracterizados. O FAP é publicado anualmente e disponibilizado via internet (LIMA, B, 2010).

A Previdência Social, neste contexto, destaca-se por ser um agente decisivo na implantação de políticas de segurança e de saúde do trabalhador, ao contribuir para a detecção dos agravos advindos do ambiente ocupacional, por meio de um dos três mecanismos de caracterização do adoecimento do trabalhador, e a relação com a atividade laboral: nexos por doença profissional ou do trabalho, nexos por doença equiparada a acidente do trabalho (ou nexos individuais) e nexos epidemiológicos (NTEP). Portanto, permite evidenciar, com base em dados estatísticos e epidemiológicos, se os agravos são decorrentes da relação entre a atividade laboral e a entidade mórbida, intervindo diretamente no FAP e no SAT (LIMA, B, 2010).

3 AMBIÊNCIA DA PESQUISA

A Previdência Social é um direito garantido no art. 201 da Constituição Federal de 1988, sendo de caráter contributivo e filiação obrigatória. Já passou por várias mudanças conceituais e estruturais, envolvendo o grau de cobertura, o elenco de benefícios oferecidos e a forma de seu financiamento. O INSS é uma autarquia do Governo Federal que executa as políticas referentes à Previdência Social, tendo por objetivo principal reconhecer e conceder direitos a seus segurados. A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte quando ele perde a capacidade para o trabalho, seja pela doença, acidente, idade avançada, morte ou, mesmo, maternidade e reclusão (BRASIL, 2011).

A criação do INSS é fundamentada no art. 17 da Lei 8029/1990, regulamentada pelo Decreto 99.350/1990, mediante a fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). É uma instituição autárquica, vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS), com a definição jurídica estabelecida no Decreto-Lei 200/1967. É competência do INSS a operacionalização do reconhecimento dos direitos dos seus segurados vinculados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS). A estrutura organizacional do INSS, disciplinada pelo Decreto 6.934/2009, contempla: Superintendências Regionais, Gerências-Executivas, Agências da Previdência Social, Auditorias e Corregedorias Regionais, Procuradorias Regionais e Seccionais e Agências de Benefícios por Incapacidade e de Atendimento de Demandas Judiciais. As competências dessas unidades são detalhadas na Estrutura Regimental do INSS, aprovada pela Portaria 296/2009 (BRASIL, 2011).

O INSS tem como missão garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social. Tem como visão ser reconhecido como patrimônio do trabalhador e sua família, pela sustentabilidade dos regimes previdenciários e pela excelência na gestão, cobertura e atendimento (BRASIL, 2011).

O INSS conta com 4.693 Peritos Médicos em seu quadro de servidores, distribuídos em todas as regiões do País, realizando um quantitativo de aproximadamente 30.000 perícias diárias. Na Gerência Executiva de Belo Horizonte (GEx-BHz), onde são realizadas, aproximadamente, 450 perícias diárias⁵ atuam 62 profissionais. A GEx-BHz possui oito agências de atendimento, sendo sete de Manutenção de Benefício – pedido de prorrogação (PP) – e uma somente de Concessão de Benefício – perícia inicial (Ax1), chamada “Agência da Previdência Social de Benefício por Incapacidade” (APS-BI).

3.1 A dinâmica de funcionamento da Agência da Previdência Social (APS)

A Previdência Social (BRASIL, 2011) é composta por unidades de atendimento ao público, denominadas “Agências da Previdência Social” (APS). Para simplificar e favorecer os usuários, existem agências fixas e agências móveis, distribuídas em todo território nacional. Segundo o Anuário do MPS, em 2011 o INSS dispunha de 1.343 APS fixas, 84 APS de Demandas Judiciais, 5 APS de Atendimento de Acordos Internacionais, 2 APS de Teleatendimento e 5 APS Móvel, denominada “PREVBarco”. Esta alternativa móvel tem por objetivo interiorizar o atendimento com a utilização de Unidades Móveis Flutuantes, possibilitando o atendimento da população ribeirinha.

Existem também Unidades de Atendimento em cidades que não dispõem de uma APS fixa. São as Previcidade, que consistem em uma parceria entre a Gerência Executiva e as prefeituras. Assim, evita-se o deslocamento de cidadãos para outros municípios quando na necessidade de resolver alguma demanda perante o INSS. Nas localidades onde existem a Previcidade, naquelas onde há atendimento móvel, estes estão adaptados e equipados com tecnologia de transmissão de dados via satélite, possibilitando acesso *on line* aos mesmos sistemas operacionais utilizados nas APS. Nas agências, cada cidadão pode realizar sua inscrição como contribuinte e o reconhecimento como segurado inicial, bem como a manutenção e revisão de direitos para o recebimento de benefícios previdenciários (BRASIL, 2011).

⁵ Informações recebidas por mensagem eletrônica da Analista do Seguro Social de Brasília, Maria Inês de Moraes Carvalho.

Uma grande facilidade que o INSS oferece é a ligação telefônica gratuita pelo número 135 ou por meio da internet. O segurado, ou pessoa designada, poderá agendar seu atendimento com dia e hora marcados em qualquer APS do País, independente do local de sua residência. Os serviços oferecidos pelo agendamento telefônico previstos são: requerimento de benefício auxílio-doença, pedido de prorrogação de benefício previdenciário, pedido de reconsideração nos casos denegatória, salário maternidade e pensão por morte, consulta às perícias agendadas, verificação da data de pagamentos de benefício, informação sobre a situação do benefício, inscrição do contribuinte, registro de reclamação, sugestão, elogio e denúncia junto à ouvidoria e de esclarecimento com informações sobre os serviços da Previdência Social. O agendamento eletrônico e o telefônico possibilitam requerer atendimento para aposentadoria, auxílio-reclusão, benefício assistencial, certidão de tempo de contribuição, pecúlio, pensão por morte e salário-maternidade. Pela internet, é possível verificar o acerto de atividade e/ou acerto de inscrição, o acerto de dados cadastrais, o acerto de recolhimento e o acerto de vínculos e remunerações previdenciárias (BRASIL, 2011).

A conceituação pelo INSS de benefícios em espécies fica mais bem explicitada a partir das peculiaridades que cada tipo de benefício possui. Para cada espécie é nominado um código numérico de duas posições e criado um grupo de espécies para o mesmo tipo de benefícios. Para esta pesquisa em questão, serão utilizados: auxílio-doença previdenciário espécie 31 (B31), devido ao segurado que ficar incapacitado para suas atividades laborais, motivado por enfermidade sem relação com o trabalho; e auxílio-doença acidentário espécie 91 (B91), devido ao segurado que ficar incapacitado por motivo de acidente ou doença relacionado ao trabalho. A espécie 32 (B32) está relacionada à aposentadoria por invalidez decorrente de enfermidade sem relação com o trabalho e a espécie 92 (B92), à aposentadoria por invalidez decorrente de acidente ou doença relacionada com o trabalho, todas amparadas nas especificações da Lei 8.213/91, em seus artigos 18, 19, 20 e 21, regulamentada pelo Decreto 3048/99. Informa também aquelas situações que poderão ser caracterizadas como acidente do trabalho e doença do trabalho ou profissional (BRASIL, 2011).

3.2 Principais procedimentos técnicos para a realização de perícia

Conforme o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009), a formação do médico prevê obrigações e deveres, indistintamente da sua especialidade. A deontologia médica – conjunto de regras internas do exercício da medicina – tem como referência o Código de Ética Médica e as Resoluções do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina de cada estado (CRMs). Os Peritos Médicos estão sujeitos às normas legais e administrativas da instituição, além do cumprimento dos preceitos éticos expressos no Código de Ética Médica e das Resoluções do CFM e do CRMs. Em abril/2010, entrou em vigor o sexto Código de Ética Médica, reconhecido pela Resolução do CFM 1931/2009, com importantes novidades sobre eliminação, fusão e incorporação de novos artigos. A Perícia Médica teve suas diretrizes revisadas, atualizadas e ampliadas, mantido o capítulo específico, além do cumprimento dos preceitos legais que compõem os outros capítulos:

Capítulo XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditorias ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame PERICIAL (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, p. 92).

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 1998) publicou a Resolução 1.488/1998, que dispõe de normas específicas para todos os médicos que atendem o trabalhador, independente de sua especialidade ou do local de atuação, mesmo a

serviço de uma instituição pública, como nos casos dos Peritos Médicos da Previdência Social:

Art. 2º - Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

- I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;
- II - o estudo do local de trabalho;
- III - o estudo da organização do trabalho;
- IV - os dados epidemiológicos;
- V - a literatura atualizada;
- VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
- VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
- VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;
- IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

[...]

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

- I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;
- II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;
- III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (CRM, nome e matrícula);
- IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998, p. 150).

O exame pericial é um ato médico. Mesmo com suas singularidades, precisa seguir protocolos, normas, legislações, determinações e diretrizes específicas. Suas atribuições, muitas vezes, acabam sendo confundidas como autoridade de julgamento. Trata-se de uma atividade pouco compreendida pela sociedade em geral. Sua regulamentação baseia-se na exceção, para prever situações peculiares e particulares, com procedimentos que se tornam cumprimento de formalidades legais (EPIPHANIO; VILELA, 2009).

O Perito Médico, durante o anamnese/exame físico, precisa considerar e entender a atividade ocupacional que o segurado desempenha bem como o local e a organização do trabalho e todas as demandas que essa atividade exige dos mais variados órgãos e sistemas orgânicos, associados aos dados epidemiológicos. Analisa e interpreta os exames complementares quando estes forem pertinentes, associados às informações ou esclarecimentos fornecidos pelo médico assistente. Este profissional deve ter o

entendimento e a compreensão no tocante à incapacitação do segurado e na relação do enquadramento com base na legislação pertinente (ZUBA, 2009).

Gonzaga (2001) define doença profissional como aquela que é inerente a uma determinada atividade ocupacional que o trabalhador venha a desempenhar. Ou seja, é aquela enfermidade que é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho. Portanto, é exclusivamente peculiar a determinada atividade laboral. Dessa forma, está diretamente ligada à profissão do trabalhador e possuiu o nexo causal presumido. A doença do trabalho é definida como aquela doença que é adquirida ou desencadeada em função das condições especiais em que o trabalho é executado e que esteja diretamente relacionada com a atividade laboral. Desse modo, está correlacionada com as circunstâncias do ambiente onde o trabalho é executado, sendo que o nexo causal tem que ser comprovado. Tanto a doença profissional quanto a doença do trabalho têm que estar contempladas na listagem de doenças elaboradas pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Explica Almeida (2011, p. 277):

Perícia médica é o ato médico destinado a coletar elementos probatórios. Não está direcionada a nenhum propósito terapêutico, o que a distingue fundamentalmente das demais atividades médicas, em sua maioria. Como tal, é o ato de maior assimetria de poder entre o médico e o paciente, aqui melhor designado periciado, na medida em que não há troca, mas coleta, um fluxo quase unilateral de informações.

Para Zuba (2009), o ato médico pericial caracteriza o grau de incapacidade que a enfermidade apresentada prejudica o segurado na realização de determinada atividade laboral. Além disso, deverá responder às perguntas específicas relacionadas a essa enfermidade em questão, realizando, no final, o parecer conclusivo sobre a capacidade laborativa do segurado. Em casos específicos, deve encaminhar o segurado para reabilitação profissional ou caracterizar a sua invalidez. Quanto mais capacitado for o Perito Médico com relação ao conhecimento técnico em geral, tanto melhor será a qualidade da avaliação. Deve ter conhecimento sobre profissiografia, amplo domínio da legislação previdenciária, ser imparcial e agir com juízo crítico, atuar com fidelidade e veracidade dos fatos, descrevendo-os com simplicidade, afirmar somente o que pode demonstrar cientificamente, atuar com a ciência médica e ser prudente claro e objetivo na elaboração dos laudos e conclusões.

O conhecimento intelectual e o técnico-científico e a percepção e o entendimento das queixas do indivíduo, associados às qualidades próprias de cada profissional, promovem o compreensão da solicitação do requerente, quando ele mesmo informa sobre um transtorno/enfermidade de que esteja acometido, um sofrimento que está vivenciando, sua validade ou uma deficiência que possa ser sanada ou minimizada. Portanto, em determinadas situações o atendimento ao indivíduo faz-se necessário, apoiado em conhecimentos específicos, na medida em que propicia melhor destreza da prática médica (CHALUB, 2012).

A Previdência Social conceitua a incapacidade laborativa como a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de determinada atividade ou ocupação em consequência de alterações morfofisiológicas, podendo ser decorrente de acidente ou doença, para o qual o segurado estava em exercício e previamente habilitado a executar. Estão relacionadas a esta etiologia as alterações que podem sofrer agravamento caso se cronifiquem. Inclui também nesse conceito de incapacidade o risco de vida para si ou para terceiros em que a permanência do trabalhador em atividade possa vir a acarretar, desde que evidente e indiscutível. Assim, a incapacidade laborativa é a repercussão que determinada doença ou acidente que possa vir a impedir o segurado de executar uma atividade ou ocupação que habitualmente exercia. Somente a existência de lesão ou doença não significa incapacidade (ZUBA, 2009).

Segundo Gonzaga (2001), para realizar perícia médica, o profissional dispõe de um sistema totalmente informatizado, com funcionamento em rede integrada, abrangendo todo o território nacional, denominado “Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade” (SABI). Esse sistema permite ao Perito Médico consultar o prontuário eletrônico do segurado em qualquer região do País, bem como lançar novos dados periciais associados a outros critérios metodológicos. Também permite evitar erros, ao alertar o profissional que está realizando a perícia. Assim, a estratégia de funcionamento subsidia o Perito Médico, ao fazer a inserção dos dados do segurado com informações administrativas e da legislação pertinente, proporcionando maior confiabilidade.

O SABI disponibiliza ao Perito Médico a oportunidade de consultar um conjunto de informações integradas, como: histórico pericial do segurado, contribuições previdenciárias, empresa em que ele trabalha e dados pessoais, além da tabela da CID-10, legislações de suporte pertinentes, prazos de concessões de benefícios. Este sistema interpreta previamente a situação da qualidade de segurado, as carências cumpridas e outras variáveis técnicas. Assim, o usuário do sistema está ao alcance de diversos ícones que permitem a inserção de dados do segurado de modo confiável e ágil, auxiliando-o na conclusão ao final do exame médico-pericial (GONZAGA, 2001).

Rojas (1982) salienta que no exame médico-pericial não existe escolha do Perito Médico por parte do segurado, uma vez que, por questões legais, trata-se de um procedimento com imparcialidade por parte do profissional que realiza. A autonomia do Perito Médico é decisória, exercida no momento da avaliação médico-pericial e não deverá haver nenhuma relação de interesse de ambas as partes.

Define Rojas (1982, p. 76):

A função pericial requer duas condições ao perito oficial: preparação técnica e moralidade. Não se pode ser bom perito se falta uma destas condições. O dever de um perito é dizer a verdade; no entanto, para isso é necessário: primeiro saber encontrá-la e, depois querer dizê-la. O primeiro é um problema científico, o segundo é um problema moral.

A carreira de Perito Médico Previdenciário foi regulamentada pela Lei 10.876/2004 e alterada pela Lei 11.907/2009, a qual estabelece a competência dos Peritos Médicos da Previdência Social.

Conforme estipula o art. 2º, cabe à Perícia Médica realizar:

I - emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
II - inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
III - caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e
IV - execução das demais atividades definidas em regulamento.
Parágrafo único. Os Peritos Médicos da Previdência Social poderão requisitar exames complementares e pareceres especializados a serem realizados por terceiros contratados ou conveniados pelo INSS, quando necessários ao desempenho de suas atividades (BRASIL, 2004, p. 1).

Outra importante atividade do Perito Médico é a caracterização do Nexo Técnico Previdenciário (NTP), que consiste no reconhecimento da relação entre a doença/acidente/óbito, por meio da CID, com a ocupação do trabalhador na empresa, de acordo com o artigo 337 do Decreto 3.048/1999 (Regulamento da Previdência Social - RPS). A CAT, notificação obrigatória dos acidentes e doenças provocadas pelo trabalho, que está legalmente constituída no art. 22 da Lei 8213/1991, é um instrumento valioso para a análise do Perito Médico quanto ao NTP. Sua emissão é obrigatória pelas empresas, ficando elas passíveis de sanções no caso de descumprimento da norma legal. Portanto, estes profissionais caracterizam tecnicamente as situações quando compreenderem que o fato gerador do adoecimento do trabalhador foi motivado pela empresa, mediante o reconhecimento do nexo entre o trabalho e o acidente/doença (MELO, 2010).

A CAT não configura o único nem o mais importante elemento primário e epidemiológico para caracterizar o adoecimento do trabalhador, principalmente quando este for provocado pela empresa, sobretudo em casos de doenças crônicas. A utilização de outros parâmetros epidemiológicos constitui importante balizador para planejar, desenvolver e aprimorar sistemas de monitoramento e gerenciamento dos riscos e das condições adversas à atividade ocupacional. Ela proporcionará o conhecimento desses riscos associados à atividade laboral, contribuindo para a transformação do ambiente de trabalho, tornando-o seguro. Portanto, as empresas que têm se empenhado em desenvolver ações efetivas de promoção e proteção à saúde do trabalhador são favorecidas pela instituição do NTEP. Este instrumento objetiva sanar as falhas provocadas pela omissão da CAT pelas organizações, pois, caso permanecesse somente a notificação pela CAT, as subnotificações se manteriam (MELO, 2010).

É pertinente salientar que o art. 75 do Decreto 3.048/1999 estabelece que durante os primeiros quinze dias consecutivos de afastamento da atividade laboral por motivo de acidente/doença de qualquer natureza, incumbe à empresa pagar o salário ao segurado que possui vínculo empregatício. Após este período, caso haja a continuidade da incapacitação alegada, o empregado deverá ser encaminhado ao INSS para solicitação de benefício previdenciário (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta seção descreve os recursos metodológicos utilizados no desenvolvimento desta pesquisa, relacionando a abordagem do estudo e os meios empregados para sua realização.

4.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

A abordagem adotada foi qualitativa, uma vez que o método utilizado não utilizou técnicas estatísticas e o foco e o *design* da pesquisa “devem, então, emergir por um processo de indução, do conhecimento do contexto e das múltiplas realidades construídas pelos participantes em suas influências recíprocas” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 147).

Na abordagem qualitativa de investigação, suas características intrínsecas – em profundidade, ambiente natural, holística e ideográfica, foco no processo – são essenciais à compreensão dos fatores geradores de possíveis conflitos, em que informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa, embutidas a partir do caráter subjetivo da coleta e interpretação dos dados, propiciam ao pesquisador identificar possíveis discrepâncias entre os entrevistados. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1999, p. 148), as pesquisas qualitativas possuem natureza ideográfica e holística em relação à percepção dos fenômenos sociais.

As pesquisas qualitativas são voltadas para o ambiente natural, como explicita Godoy (1995, p. 62), pois “valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada”. Nela, o pesquisador é o principal instrumento de coleta de dados, uma vez que “deve aprender a usar sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados” (GODOY, 1995, p. 62). A abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador adquirir “familiaridade com o estado do conhecimento sobre o tema para que possa propor questões significativas e ainda não investigadas” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 151).

4.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins

A pesquisa proposta, quanto aos fins, foi descritiva, uma vez que se buscou “conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas” (TRIVIÑOS, 1987, p. 110), o que é fundamental para entender o comportamento dos sujeitos da pesquisa. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Não tem compromisso de explicar os fenômenos. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999, p. 151):

[...] a maior parte das pesquisas qualitativas se propõe a preencher lacunas do conhecimento, sendo poucas as que originam no plano teórico, daí serem essas pesquisas frequentemente definidas como descritivas ou exploratórias. Essas lacunas geralmente se referem à compreensão de processos que ocorrem em uma dada instituição, grupo ou comunidade descreve, embora sirva de base para tal explicação.

As características extraídas de determinada população, por meio do relato dos entrevistados, podem revelar múltiplas facetas do problema, sendo informações valiosas na investigação dos acontecimentos.

Explica Triviños (1987, p. 112):

Os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

4.3 Tipo de pesquisa quanto aos meios

A pesquisa desenvolvida também foi documental, com a utilização das informações colhidas no banco de dados do INSS, contida no SUIBE. Assim, a importância dessas informações possibilitou acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, favorecendo a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (CELLARD, 2008).

Acrescenta Appolinário (2009, p. 67):

Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registros audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros.

De acordo com as reflexões de Appolinário (2009), a pesquisa documental está ancorada em diversos suportes, permitindo extrair informações relevantes para o pesquisador analisar as implicações que formam a base da investigação. Nessa perspectiva, a pesquisa se propôs a realizar uma investigação empírica, numa situação específica, bem delimitada e inserida em uma realidade social, tendo por objetivo descrever em detalhes e comparativamente a interpretação destes dados.

Caracteriza-se, também, como estudo de caso, que, para Yin (2010, p. 32), “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real [...] quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, em que as relações sociais permeiam as questões a serem investigadas, sendo um componente presente nas observações e análises, não permitindo ao pesquisador, desconsiderá-las, pelo contrário, é ‘matéria-prima’ na formulação do conhecimento tácito do investigador.

4.4 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

A pesquisa considerou como unidade de análise as oito agências da Previdência Social da cidade de Belo Horizonte, uma somente de Concessão de Benefício – solicitação de benefício inicial (Ax1) – e o restante de Manutenção - Pedido de Prorrogação (PP). O período compreendido entre janeiro/2008 e dezembro/2012 abrange os últimos cinco anos e foi definido devido à implantação, em abril/2007, do NTEP. As informações foram obtidas do banco de dados do INSS, que se encontra no Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE).

Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), para que seja especificada uma unidade de análise, faz-se necessário decidir o que é mais importante no estudo. Assim, deverá ser escolhido se é uma organização, um grupo, diferentes subgrupos em uma comunidade específica ou mesmo, certos indivíduos.

Vergara (2007, p. 53) define que os sujeitos da pesquisa “são as pessoas que fornecerão os dados de que você necessita”. Para Flick (2009, p. 49), os sujeitos da pesquisa são aqueles que “você estará interessado em encontrar as pessoas com mais conhecimento para lhe dar informações sobre seu tópico e estará em busca de diferentes pontos de vista”. Nesse sentido, os sujeitos de pesquisa foram 10 (dez) Peritos Médicos que atuam na Gerência Executiva de Belo Horizonte do INSS, realizando perícias de segurados da Previdência Social.

4.5 Técnicas de coleta de dados

Em relação aos instrumentos de pesquisa, as informações foram obtidas do banco de dados do INSS, que se encontra no Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE). Foram também realizadas entrevistas do tipo semiestruturada com os Peritos Médicos do INSS (APÊNDICE A)⁶, objetivando a compreensão detalhada das atitudes e dos comportamentos dos entrevistados. O tipo de corte adotado foi o seccional, em que o interesse recai no momento da realização da pesquisa, no qual os dados foram coletados.

Conforme Lüdke e André (1986, p. 33):

Ao lado da observação, a entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, dentro da perspectiva de pesquisa [...] Esta é, aliás, uma das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa utilizados nas ciências sociais.

A entrevista, segundo Lüdke e André (1986), é uma técnica importante de coleta de dados, permitindo ao pesquisador/entrevistador obter do entrevistado as informações julgadas pertinentes, sendo uma poderosa ‘ferramenta’ que o pesquisador se utiliza na busca de compreender todo o processo de investigação.

⁶ O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, (CEP/SCMBH), recebendo parecer favorável conforme o protocolo de número 309.302, bem como o Termo de Autorização da Pesquisa e a Declaração de Anuência do INSS conforme Ofício 675, da GEXBHZ. No desenvolvimento deste trabalho, não houve quaisquer conflitos de interesse, atendendo a todas as recomendações éticas previstas nas diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Para Maccoby e Maccoby⁷ (1954, citados por MACHADO, 2002, p. 37),

[...] a entrevista corresponde a um tipo espacial de relação interpessoal entre duas pessoas, na qual o comportamento de cada membro do par é determinado em grande parte por sua percepção do outro: sua percepção da posição de poder e *status* dele, de seus pontos de vista prováveis, da semelhança dele com pessoas com as quais interage ou gostaria de interagir.

Essa interação entre o entrevistador e o entrevistado é fundamental para se obter uma melhor relação, no sentido de se aproximar ambos os participantes, propiciando a confiança do entrevistado no entrevistador, uma vez que as interações advindas desse processo determinam o grau de informações disponibilizadas. Para Machado (2002, p. 38), “quando estiver face a face com o entrevistado, deve explicar brevemente a natureza e os objetivos da pesquisa, induzindo-o, pelo seu próprio interesse científico, a colaborar”.

As entrevistas foram realizadas em locais, datas e horários previamente agendados, foram gravadas e transcritas. Posteriormente, os dados obtidos foram tabulados, organizados e analisados, uma vez que o planejamento é fundamental para se obter a qualidade esperada sobre as informações prestadas pelos entrevistados.

O pesquisador deve se cercar de alguns cuidados, evitando questões que possam suscitar colocações tendenciosas ou arbitrarias, ambíguas ou sem foco, absurdas ou, mesmo, vazias, desvirtuando totalmente o sentido da entrevista. Outro ponto importante consiste em, buscar uma lógica de pensamento, direcionando os conteúdos abordados para uma continuidade de assuntos, evitando-se percalços de colocações para o entrevistado (MACHADO, 2002).

4.6 Técnica de análise de dados

Para realizar análise dos dados, utilizou-se a técnica, ou análise, de conteúdo das mensagens, visando obter, por meio procedimentos temáticos e de objetivos de descrição, o conteúdo das mensagens, de modo a permitir a inferência de conhecimentos relativos a suas condições de produção/recepção (BARDIN, 2009).

⁷ MACCOBY, E. E.; MACCOBY, N. A. The Interview: A Tool of Social Science. In: **Handbook of social psychology**, Cambridge, MA, v. 1, p. 449-487, 1954.

As informações prestadas foram rigorosamente digitadas, inclusive os possíveis erros de português. Numa segunda etapa, durante o processo de análise preliminar dos dados, formataram-se os quadros – *software Word* –, destacando os principais tópicos que foram os elementos essenciais – frases completas ou parciais –, agrupando-as em função dos temas percebidos e extraídos pelo pesquisador, sintetizando em conceitos-chave, criaram-se assim, eixos conceituais, sistematizados na análise do conteúdo.

Esclarece Vergara (2007, p. 14):

Análise de conteúdo refere-se ao estudo de textos e documentos. É uma técnica de análise de comunicações, tanto associada aos significados, quanto aos significantes da mensagem. Utiliza tanto procedimentos sistemáticos e ditos objetivos de descrição de conteúdos, quanto inferências, deduções lógicas.

Para Vergara (2007), esta técnica se baseia na análise de mensagens embutidas em textos, em que seus significados são considerados como elementos de compreensão, mapeando tanto a sua objetividade quanto a sua subjetividade.

Conforme Bardin (2009, p. 37), análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Essas técnicas buscam, por meio da sistematização, elucidar conhecimentos embutidos nas mensagens advindas da interação entre entrevistador/entrevistado, procurando ir além da descrição de técnicas quantitativas e procurando elucidar as mensagens por meio de interpretações, baseado na inferência (BARDIN, 2009).

5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, analisa-se os dados levantados nas duas etapas da pesquisa, ou seja, a análise das respostas das entrevistas semiestruturadas realizadas com os Peritos Médicos do INSS da cidade de Belo Horizonte, e os dados extraídos do SUIBE sobre os principais Transtornos Mentais e de Comportamento que incidiram nos trabalhadores na cidade de Belo Horizonte, abrangendo o período de janeiro/2008 a dezembro/2012, com base neste banco de dados do INSS.

5.1 Percepção dos Peritos Médicos dos Transtornos Mentais e de Comportamento provocados pelo trabalho

Na abordagem qualitativa, foram realizadas 10 (dez) entrevistas (APÊNDICE A) com peritos médicos do INSS, procurando aprofundar nas análises da problemática proposta. Conforme compromisso assumido com os respondentes, seus respectivos nomes foram substituídos pela letra “R” (de respondente), acompanhada pela sequência numeral de 1 a 10.

Em relação ao perfil dos entrevistados, o QUADRO 13 destaca:

Quadro 13 – Perfil dos entrevistados

Resp.	Idade	Sexo	Naturalidade	Estado civil	Tempo de trabalho (anos)	Pós-graduação E=Esp. M=Mestrado D=Doutorado	IFES
R1	42	F	Belo Horizonte	Casada	5 a 10	Medicina do Trabalho (E) Oftalmologia (E)	UFMG
R2	54	M	Teófilo Otoni	Casado	10 e 15	Medicina do Trabalho (E) Saúde Pública e Epidemiologia (E)	UFMG
R3	51	F	Luz	Casada	Até 5	Medicina do Trabalho (E) Clínica Médica (E)	Ciências Médicas
R4	47	M	Juiz de Fora	Casado	Até 5	Pediatra (E)	UFJF
R5	37	F	Divinópolis	Casada	Até 5	Clínica Médica e Oncologia (E)	UFMG
R6	36	M	Belo Horizonte	Casado	5 a 10	Gastroenterologista	UFMG
R7	32	M	Vitória da Conquista	Casado	Até 5	Cardiologia (E)	UFMG
R8	52	F	Niterói	Divorciada	15 e 20	Saúde Pública e Epidemiologia (E)	UFMG
R9	40	M	Belo Horizonte	Casado	5 a 10	Ginecologia/Obstetrícia (E)	UFMG
R10	37	F	Ituiutaba	Solteira	5 a 10	Medicina do Trabalho (E)	UFMG

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2013.

Quanto à idade, 40% dos respondentes situam-se na faixa etária de 30 a 40 anos; 30%, mais de 40 a 50 anos; e 30%, mais de 50 a 60 anos. Quanto ao gênero, houve equilíbrio: 50% são homens e 50 % são mulheres. Quanto à origem, 80% são do estado de Minas Gerais e 20% de outros estados. Quanto ao estado civil, 80% são casados, 10% são solteiros e 10% são divorciados. Quanto ao tempo exercido como perito, 40% situam-se na faixa até 5 anos; 40%, mais de 5 a 10 anos; 10% mais de 10 a 15 anos; e 10% mais de 15 a 20 anos. Quanto à formação acadêmica, dos entrevistados, nenhum tem formação médica especializada em psiquiatria. Quanto à instituição em que se formaram, 80% originam-se de uma Instituição Federal de Ensino Superior de Belo Horizonte, a UFMG; 10%, de uma Instituição do interior mineiro; e 10% de uma Instituição de outro estado.

As entrevistas foram realizadas em locais e horários previamente agendados com os respondentes. As gravações, depois de autorizadas, foram transcritas e analisadas, possibilitando sua categorização, conforme disposto no QUADRO 14:

Quadro 14 – Informações gerais

Categoria	Pergunta	Assunto	Autores de suporte
Principais Transtornos relacionados	1	Os principais Transtornos Mentais e de Comportamento identificados pelos profissionais em suas práticas periciais.	OMS (2005); OMS (1997); OMS (1993); AMA (2013); Ministério da Saúde do Brasil (2001).
Solicitações de benefícios	2	Possíveis queixas dos trabalhadores nas solicitações de benefícios.	Mendes, Ghizoni e Araujo (2011); Lourenço (2011).
Transtornos relacionados ao trabalho	3 e 4	A relação direta dos Transtornos Mentais e de Comportamento com o trabalho.	Carneiro (2010); Lima (2005); OMS (2005); OMS (1993); Ministério da Saúde do Brasil (2001).
Desafios e dificuldades dos peritos médicos	5 e 6	Os desafios e as dificuldades dos Peritos Médicos em caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho.	Seligmann-Silva <i>et al.</i> (2010b); Lourenço (2011); Ministério da Saúde do Brasil (2001); Lima (2005); OMS (1997);
Crítérios para caracterização dos Transtornos	7	Crítérios utilizados pelos Peritos Médicos para caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento como relacionados ao trabalho.	Lourenço (2011); OMS (2005); OMS (1993); CODO (2010); CHENIAUX (2005).
Capacitação dos peritos médicos	8	Habilitação específica voltada para a especialidade de psiquiatria quando no ingresso do Perito Médico e mantê-los periodicamente treinados.	Merlo (2011); Minayo-Gomez (2011); Mendes, Ghizone e Araújo (2011); Lima (2005); Lima, B, (2010); OMS (2002).

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2013.

Com base nas categorias relacionadas, constatou-se, inicialmente, que os **Principais Transtornos Mentais e de Comportamento mais solicitados** foram: “quadros depressivos crônicos”, “quadros de ansiedade, síndrome do pânico” **(R1)**, “depressão e distúrbios ansiosos” **(R2)**, “depressão [...] além do pânico” **(R4)**, “transtorno misto ansioso e depressivo [...] episódios depressivos e os depressivos recorrentes, transtornos mentais devido ao uso do álcool e cocaína, esquizofrenias e psicoses” **(R5)**, “depressão [...] psicose” **(R6)**, “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e cocaína), transtornos do humor, neuróticos, ansiosos, somatoformes e fóbicos, reações agudas ao estresse, transtornos da personalidade (histriônicos/histriônicas) e os transtornos psicóticos agudos e esquizoafetivos” **(R7)**, “transtornos depressivos, de ansiedade e de estresse, transtorno de adaptação” **(R8)**, “transtornos depressivos e ansiosos” **(R9)** e “transtorno de adaptação, distímia, depressão, ansiedade e os de dependência a drogas: álcool, maconha, outras drogas” **(R10)**, transtorno depressivos, fóbicos e psicóticos **(R3)**.

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) revelam que aproximadamente 450 milhões de pessoas em todo o planeta sofrem dos Transtornos Mentais e de Comportamento ou quadros neurobiológicos ou estão com problemas psicossociais relacionados ao consumo de álcool ou outras drogas. O quadro de depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo, situando-se em quarto lugar entre as dez principais causas de doença.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) faz uma projeção preocupante sobre essa enfermidade, pois a depressão poderá ser a segunda principal causa de adoecimento dos indivíduos nos próximos vinte anos. O consumo de álcool em todo o mundo é também preocupante, pois 70 milhões de pessoas sofrem de dependência etílica. Quadros de epilepsia acometem cerca de 50 milhões de pessoas e outras 24 milhões são portadoras de esquizofrenia. O mais alarmante é que no período de um ano um milhão de pessoas provocam o autoextermínio e outra parcela de 10 e 20 milhões tentam suicidar-se.

Estimativa do Ministério da Saúde do Brasil⁸ mostra que cerca de 3% da população deverá sofrer de transtornos mentais severos e persistentes. O uso prejudicial de substâncias psicoativas atinge cerca de 6% a 8% da população, provocando transtornos psiquiátricos graves, e mais de 9% da população geral, podendo chegar a 12%, necessita de algum tipo de atendimento em saúde mental, podendo ser eventual ou contínuo, devido a transtornos menos graves.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento acometem qualquer indivíduo e são universais, não se restringido a determinada população ou região. Todas as sociedades estão sujeitas a ter algum membro familiar padecido desse transtorno/enfermidade. Eles não distinguem sexo, acometem homens ou mulheres nos mais variados estágios da vida, estão presentes nas mais diferentes classes sociais, manifestam-se em ricos e pobres, ou pessoas que vivem em áreas urbanas ou rurais. A prevalência geral do acometimento dos quadros dos transtornos/enfermidade é praticamente a mesma entre homens e mulheres. Quando especificadas, as diferenças são evidenciadas na ansiedade e na depressão, com prevalência do sexo feminino. O quadro dos transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, frequentemente, aflige mais o sexo masculino (OMS, 2002).

Jardim (2011) relata que o quadro de depressão adentrou neste novo século com uma importante definição: “o mal do século”, com danos de toda ordem, desde mal-estar no trabalho até a retirada da própria vida. Os motivos são os mais variados desde a falta de trabalho, a ameaça do desemprego, até suportar pressões para preservá-lo. Os sintomas são os mais diversos e difusos: desde a tristeza imotivada e injustificável, o desânimo e o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a falta de paciência até a inapetência e a insônia. Sentimentos de vazio, de falta de sentido na vida, angústia, muita vezes, associados a esgotamento físico e emocional, caracterizam os casos mais graves, com pensamentos de morte. Alguns casos apresentam isolamento social associado a silêncio, dificuldade de interação no convívio familiar.

⁸ Disponível em: <[www.http://portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 28 set. 2013

Sobre as **solicitações de benefícios, as queixas dos trabalhadores em relação aos empregadores** apuraram-se: “pressão por produtividade, ritmo de trabalho desgastante, pausas curtas, fatores de riscos associados [...] acontecendo principalmente nos motoristas profissionais” **(R1)**, “pressão por produção, constrangimento, assédio moral” **(R2)**, “assédio sobre os professores, telemarketing; os vigias estão sujeitos a violência [...] assédio das gerências” **(R4)**, “carga de trabalho extenuante, associado a cobranças [...] estresse pós-traumático como ocorreu com um funcionário [...] que atropelou um colega de trabalho, [...] estresse, de ansiedade” **(R5)**, “motorista de ônibus coletivo ou mesmo cobrador que são vítimas frequentes de assaltos no trabalho” **(R7)**, “demanda excessiva de trabalho, cumprimento de metas, falta de tempo de descanso” **(R8)**, “sobrecarga de trabalho e cobranças intensas, o não reconhecimento e a pouca valorização da chefia” **(R9)** e “sentimento de injustiça e de assédio moral” **(R10)**. O respondente **(R6)** disse que existem poucas queixas, que o segurado não associa diretamente que a empresa é o motivo do adoecimento, relatando que “o empregado [...] queixa muito pouco, que não associa o trabalho diretamente ao adoecimento. Eles não fazem muito esse nexos por conta própria.” Que as situações mais rotineiras “são os casos relacionados a assalto a banco [...] e funcionários de empresa de segurança”. O respondente **(R3)** relatou os Transtornos Mentais e de Comportamento estão mais vinculados a “transtorno depressivos, estresse pós-traumático e [...] de transtornos fóbicos-ansiosos”. Nessa perspectiva, apesar de o respondente **(R6)** ter periciado poucos segurados com queixas relacionados ao trabalho, existe uma coerência entre os entrevistados.

Soares e Vilela (2012 p. 204) enumeram causas de assédio moral:

Humilhações, ameaças, abusos de poder, agressões verbais, sabotagens de instrumentos de trabalho e injúrias compõem o cenário de hostilidade no trabalho, uma violência multiforme, onipresente, que ronda a jornada do trabalhador. Nesse cenário, há uma forma de violência que nem sempre é percebida como tal, mas que também causa sofrimento e faz adoecer: o *assédio moral*.

O assédio moral, de maneira geral, é percebido como um movimento descendente. Portanto, a hierarquia é utilizada como uma estratégia para se alcançar o cumprimento da produção, objetivando metas. Neste contexto, predominam as

condutas agressivas que possam vir a causar transtornos psicológicos nos trabalhadores (SOARES; VILELA, 2012).

Soares e Vilela (2012) relatam que o assédio moral nas organizações é uma das expressões recentes de violência no ambiente ocupacional. Caracteriza-se por atitudes que venham a depreciar, desprezar e desvalorizar o assediado. Dessa forma, o assediador agride diretamente o indivíduo. Essas atitudes podem concretizar-se por meio de palavras, gestos, atitudes, ou, mesmo, falta de atitudes, dentre outros. Portanto, é uma conduta que atinge a integridade do trabalhador, desgastando-o, moral e psicologicamente, podendo levá-lo a somatizações psíquicas que possam vir a desestabilizar sua saúde física e mental.

A violência urbana tem sido uma ocorrência constante na sociedade brasileira contemporânea, envolvendo o cotidiano dos indivíduos, massificando-se nos noticiários. Assim vítimas ficam à condescendência do desequilíbrio das pessoas e são obrigadas a vivenciar sofrimentos insuportáveis. Neste contexto, o apoio da sociedade tornará o processo de superação das vivências traumáticas mais ameno (FERREIRA-SANTOS; SIMÕES, 2006).

Segundo Dejours e Bégue (2010), no caso da síndrome subjetiva pós-traumática, quando o trabalhador é vítima de um acidente de origem ocupacional, sua estratégia de defesa fica fragilizada e desestabilizada pelo acidente ocorrido. Nesse contexto vivenciado do perigo, quando volta a ter consciência do perigo, volta o medo. Observa-se que essa síndrome é revestida por uma proteção, que consiste em bloquear o retorno ao trabalho pelo medo.

As situações vivenciadas pelos indivíduos diante de eventos estressores estão diretamente relacionadas à intensidade e à proximidade física do estressor. Essas situações são as mais variadas, desde assalto à mão armada até agressão física, sequestros rápidos ou de longa permanência em cativeiro. Incluem, também, acidentes dos mais variados, desde catástrofes naturais a acidentes que comprometem a integridade física, como os automobilísticos, receber diagnóstico de

uma doença que pode levar à morte ou testemunhar fatos de terror como visualizar partes de um corpo (MELLO; FIKS, 2006).

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001) relata que os Transtornos de Estresse Pós-Traumático, que consistem em uma reação/resposta a situações ou eventos estressantes vivenciados pelo indivíduo, podem ser de curta ou de longa duração. A natureza desencadeadora destes eventos é excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. Portanto, o fator gerador deste transtorno é reconhecidamente provocado por situações evidentes, e normalmente, mensuráveis, pois é algo súbito, externo e involuntário. Ou seja, experimentou, testemunhou ou foi confrontado com um evento ou eventos que implicam morte ou ameaça de morte, lesão grave ou ameaça da integridade física a si ou a outros. Se ocorrer no ambiente laboral, deve-se abrir uma CAT pelo empregador, pois a classificação nosológica do CID-10 é específica.

O indivíduo que vivenciou um evento pós-traumático poderá apresentar lembranças recorrentes sem que ele deseje pensar no fato ocorrido. São revivências intrusivas, na forma auditiva ou visual, que, podem apresentar pesadelos decorrentes do fato acontecido ou reatividade sintomatológica fisiológica, quando ele fica exposto a situações que representem o que faça a lembrar do trauma. Poderá evitar o ambiente onde o fato ocorreu, pensamentos, sentimento ou assunto relacionado ao fato ocorrido. Nesse contexto, as atividades laborais, sociais ou outras que levem a lembranças da vivência do trauma podem provocar o isolamento do indivíduo do convívio ocupacional, social e familiar, devido ao intenso sofrimento psicológico (MELLO; FIKS, 2006).

Em relação aos **Transtornos Mentais e de Comportamento ligados ao trabalho**, os respondentes, além das profissões que se apresentaram mais prevalentes em sua prática pericial, mencionaram os quadros clínicos sintomatológicos relacionados às solicitações dos segurados. Portanto relatam as profissões e as sintomatologias relacionadas à atividade ocupacional. **(R1)** mencionou categorias profissionais relacionadas como “os vigilantes armados, motoristas de coletivos, motoristas de carro-forte, operadores de telemarketing [...] acometido por estresse

pós-traumático devido à questão dos assaltos, da violência urbana; síndrome de pânico; quadros depressivos e ansiosos”. Os “quadros depressivos, ansiedade [...] estresse pós-traumático, síndrome de pânico, alcoolismo [...] abuso de substâncias como uso de álcool e drogas [...] distúrbio de sono” **(R2)**. Já **(R3)** destacou “área bancária que são submetidos a um estresse” e “quadros depressivos [...] estresse pós-traumáticos”. Para **(R4)**, “professores em periferias, agentes penitenciários” e “pânico relacionado a [...] assalto à mão armada [...] violência do tráfico”. **(R5)**; citou “assaltos ocorridos na empresa [...] carcereiros que foram vítimas de rebeliões em penitenciárias [...] acidentes de trabalho mesmo acidente típico, mas que teve alguma vítima fatal no campo de construção civil, acidente em estrada”; “transtornos fóbico-ansiosos [...] estresse grave e transtorno de adaptação [...] transtornos dissociativos [...] somatoformes [...] transtornos depressivos”.

Segundo **(R7)**, “reação aguda ao estresse [...] em motoristas [...] e cobradores de coletivos, [...] seguranças e vigilantes de carros-forte; os transtornos depressivos, fóbicos que também são frequentes em bancários e agentes penitenciários, identificamos síndrome do pânico e reação aguda ao estresse [...] transtornos do humor, os episódios depressivos, os transtornos neuróticos, os fóbico-ansiosos, somatoformes e a síndrome do esgotamento profissional Burnout”.

(R8) destacou “transtornos mentais em motoristas de coletivos [...] com vários assaltos e [...] agentes penitenciários, os vigilantes armados” o “transtorno de comportamento, estresse.” Para **(R9)**, “gerente de banco pós-assalto, agente penitenciário pós-rebeliões” provocando “estresse pós-traumático e síndrome do pânico.” Para **(R10)**, “transtorno de adaptação e estresse pós-traumático [...] um terço dos casos que tem esses CIDs, relacionados com o trabalho”, “Transtorno de adaptação, depressão, ansiedade e os de dependência a drogas: álcool, maconha, outras drogas”.

Dois respondentes relataram que se deparam com dificuldades na caracterização dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento como relacionados ao trabalho, além de uma ocorrência de poucos casos: “Acho muito difícil considerar um nexo entre a queixa do transtorno mental e o trabalho [...] outros fatores fora do

trabalho podem estar associados com problemas familiares, de relacionamento [...] tenho muita dificuldade em associar só o problema do trabalho com o transtorno mental” (R2). A “frequência é realmente baixa, não é tão frequente.” (R6). Mesmo assim, esses respondentes destacaram que “o pós-trauma, bem como outros transtornos podem ser agravados pelo trabalho quando na sobrecarga de tarefas” (R6). “Assédio moral, pressão por produção, estresse pós-traumático [...] violência externa, acidentes” (R2).

O QUADRO 15 apresenta o resumo das incidências das *profissões*, *transtornos* e *causas* mencionadas pelos respondentes. Sobre as *profissões*, destacaram aquelas ligadas ao risco inerente à violência (agentes penitenciários e professores), assaltos (vigilantes, bancários, gerentes de banco, seguranças, motoristas e cobradores de coletivos) e estresse (operador de telemarketing).

Quadro15 – Resumo das profissões, transtornos e causas

Profissões/Frequências	Transtornos/Frequências	Causas/Frequências
Agentes penitenciários (5)	Reação aguda ao estresse (8)	Assalto à mão armada (4)
Vigilantes armados (3)	Síndrome do pânico (7)	Violência (3)
Motoristas de coletivos (3)	Estresse pós-traumático (5)	Acidentes de trabalho (2)
Motoristas de carro-forte (1)	Quadros depressivos e ansiosos (4)	
Operador de telemarketing (1)	Dependência a drogas: álcool, maconha (3)	
Professores (1)	Episódios depressivos (2)	
Seguranças (1)	Transtornos fóbico-ansiosos (2)	
Policiais (1)	Transtornos somatoformes (2)	
Gerente de banco (1)	Transtorno de adaptação (3)	
	Distúrbio de sono (1)	
	Transtornos depressivos e fóbicos (1)	
	Transtornos do humor (1)	
	Transtornos neuróticos (1)	
	Síndrome do esgotamento profissional <i>Burnout</i> (1)	
	Transtornos dissociativos (1)	
	Transtorno de comportamento (1)	

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2013.

A experiência vivenciada é singular. Cada indivíduo associa um significado ao evento estressor. A característica básica é o desenvolvimento de quadro sintomático específico após a exposição. As situações são as mais variadas, desde ameaça à própria vida, possibilidade de um dano corporal ou comprometimento da integridade física, presenciar eventos catastróficos, receber uma notícia extremamente desagradável até mesmo situações que pessoas próximas experimentaram. O diagnóstico desses transtornos/enfermidade é pouco utilizado pelos profissionais;

segundo Mello e Fiks (2006), pois são valorizados os sintomas provocados, como ansiedade, pânico, dissociação e depressão. Assim, é importante realizar uma anamnese bem detalhada nos antecedentes mórbidos, mesmo que não esteja presente na queixa principal (MELLO; FIKS, 2006).

Alguns indivíduos poderão enfrentar essas situações com variação no limiar de confronto com o evento estressor vivenciado, pois fatores predisponentes singulares específicos poderão baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar seu desdobramento em uma piora sintomatológica com difícil recuperação e retorno a suas atividades ocupacionais. O quadro típico inclui episódios de repetidas revivências da experiência provocada pelo trauma, que, muitas vezes, impõe-se à consciência clara ou em sonhos, provocando pesadelos que prejudicam o sono, com sensação persistente de entorpecimento ou embotamento emocional e diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca (BRASIL, 2001).

As comorbidades provocadas pelos transtornos de estresse pós-traumático, em ordem decrescente de prevalência, no sexo masculino, são: transtorno de ansiedade generalizada, depressão maior e uso abusivo de álcool. No sexo feminino, predomina o transtorno do pânico, seguindo-se uso abusivo de álcool, transtorno de ansiedade generalizada e depressão maior. Isso evidencia que as enfermidades associadas à experiência vivenciada pelo indivíduo que foi vítima dessa calamidade é preocupante e apresenta um obstáculo para a saúde mental, bem como para outras áreas do conhecimento, devido às repercussões para o indivíduo e a sociedade (MELLO; FIKS, 2006).

Segundo Mello e Fiks (2006), os sintomas, normalmente, iniciam-se após a exposição ao evento, sendo mais comum surgirem após meses do fato ocorrido. Os sintomas podem ser divididos em grupos que são compostos de: experiências vivenciadas do trauma, esquivação de quaisquer estímulos que possam produzir lembranças, reação do individual comprometida e sintomas de hipervigilância. Os sintomas devem perdurar por cerca de um mês e, frequentemente, não ultrapassam

os seis meses. O quadro clínico provoca prejuízo na interação social do indivíduo e, principalmente, ocupacional.

Souza *et al.* (2006) estimam que a prevalência dos Transtorno de Estresse Pós-Traumático entre os brasileiros é elevada e que existe a necessidade de estudos relacionados ao tema, objetivando a formulação de estratégias na formulação do diagnóstico e da implementação de programas terapêuticos e de reabilitação destes indivíduos, pois o quadro psíquico poderá provocar importantes limitações por conta do sofrimento vivenciado.

Sobre os **desafios e dificuldades dos peritos médicos, (R1)** relatou: “Área de psiquiatria e de saúde mental”, “complexidade dos quadros e a multicausalidade de fatores influenciadores”. **(R2)**, “A psiquiatria [...] vinte minutos é muito pouco tempo para você fazer uma avaliação das condições de trabalho, das condições de vida da pessoa” e “muita dificuldade [...] acredito que uma grande maioria já tem algum problema anterior ao trabalho”. **(R3)**: “Quadro psiquiátrico [...] temos pouca experiência nessa área, nós temos uma formação que é limitada nesta área [...] treinamento é muito pequeno, é muito básico, só mesmo aquele que vai se especializar é que consegue trabalhar melhor” e “todos nós temos esta dificuldade pela variedade de transtornos que se apresenta na Perícia Médica, com um grande número de fatores que estão incluídos [...] numa perícia curta, no pequeno tempo que a gente tem com o segurado, a gente percebe que não é só trabalho que causa a insatisfação. Ele tem problemas familiares, ele tem problemas de ordem financeira”.

Já **(R4)** destacou: “Psiquiatria [...] haja vista que são sintomas muito subjetivos [...] diagnósticos que têm que ter um acompanhamento clínico evolutivo, e às vezes o próprio requerente, ele vem aqui no sentido de ter benefício [...] perícia ela é feita em vinte minutos [...] um tempo muito inadequado, às vezes a gente tem a possibilidade e a condição de fazer uma pesquisa externa, não há uma interface com as instituições psiquiátricas” e “o perito tem muita dificuldade porque ele não está in loco [...] numa perícia de vinte minutos fica muito difícil pela própria inerência da condição clínica, a psiquiatria, ela envolve muito a avaliação subjetiva”. **(R5)** considerou: “A psiquiatria [...] além de a gente ter pouca vivência com ela durante a

faculdade [...] falta essa prática clínica [...] a gente estuda a teoria [...] é um paciente bem específico, não tem nada palpável [...] a gente tem mais dificuldade para saber até quanto que é aquele diagnóstico ou se é simulação” e “a gente encontra dificuldade [...] os trabalhadores [...] relacionam a sua doença com o trabalho, mas ao mesmo tempo também eles falam que têm problemas socioeconômicos, que tem conflitos familiares, conflitos sociais [...] eles não têm como comprovar, os que queixam que estão estressados devido à carga horária, ou tipo de atividade exercida que às vezes não é a mesma relatada, mas é praticamente impossível ele ter uma forma de comprovar aquilo que dizem”.

Para **(R6)**: “As doenças psiquiátricas são as mais complexas para avaliação da capacidade do segurado” e “alguns transtornos mentais, que não são poucos, não são relacionados ao trabalho, mas o empregado às vezes associa ao trabalho [...] fica muito difícil você ter certeza de que há uma relação entre o trabalho e a doença”. **(R7)** considerou: “A psiquiatria, pela subjetividade e pela dificuldade de diagnóstico encontrado pelos profissionais da área” e “Sim [dificuldade], devido à multicasualidade por questões socioeconômicas e outras”. **(R8)**: “A psiquiatria [...] especialidade difícil porque se você analisa o segurado, naquele momento da perícia [...] está sujeito pelo tempo que você tem para fazer o exame pericial [...] ele quer, de repente, forçar um quadro diferente do que, realmente, ele se encontra, e você não tem muito tempo para a anamnese [...] exame clínico”, e “sim [dificuldade] [...] muitas das vezes você tem que pedir uma cópia de prontuário médico para a solução da perícia, cópia dos atestados de saúde ocupacional da empresa que ele trabalha pra você conseguir relacionar aquele problema com o trabalho”. Segundo **(R9)**: “A psiquiatria pela falta de documentos objetivos para embasar as suas decisões periciais” e “sim [dificuldade]. Pela multifatorialidade das causas desses transtornos que se associam: socioeconômico, laboral e eles acabam se confundindo”. Para **(R10)**: “Psiquiatria, pela complexidade abstrata” e “na maior parte das vezes não tenho essa dificuldade, mas casos multifatoriais, os *borderline*, aí sim”.

O QUADRO 16 apresenta um resumo dos principais desafios encontrados pelos Peritos Médicos em relação ao domínio dos Transtornos Mentais e de Comportamento e das dificuldades inerentes às perícias realizadas, segundo os respondentes.

Quadro16 – Resumo dos desafios e dificuldades

Respondente	Desafios	Dificuldades
R1	Psiquiatria	Quadros de multicausalidades
R2	Psiquiatria	Sintomas anteriores ao início do trabalho
R3	Psiquiatria	Variedade de transtornos, tempo insuficiente para perícia e influência do contexto social
R4	Psiquiatria	Afastamento, tempo insuficiente para perícia e subjetividade
R5	Psiquiatria	Influência do contexto social
R6	Psiquiatria e ortopedia	Influência do contexto social
R7	Psiquiatria	Multicasualidade e influência do contexto social
R8	Psiquiatria e oftalmologia	Falta de informações/prontuários médicos
R9	Psiquiatria	Multifatoriedade e influência do contexto social
R10	Psiquiatria	Multifatoriedade e quadros “ <i>boderline</i> ”

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2013.

Os entrevistados foram unânimes em relatar o desafio profissional de realizar as perícias médicas relacionadas aos quadros psiquiátricos, principalmente os quadros clínicos mais complexos que demandam uma abordagem mais ampla e detalhada. Esses depoimentos são importantes para a compreensão do panorama de insegurança por parte dos Peritos Médicos do INSS, uma vez que eles consideraram desafiadora essa especialidade médica, devido a sua complexidade, aliada à falta de embasamento técnico-científico para realizar o exame médico-pericial com eficiência, segurança e convicção. Alguns dos entrevistados reconhecem a dificuldade em poder identificar com mais critérios se os segurados estão realmente com algum transtorno/enfermidade psíquica ou se existe a busca de ganho secundário pela simulação, objetivando conseguir um benefício ou, mesmo, a aposentadoria por invalidez.

A adversidade mais evidente em relação às queixas dos respondentes está diretamente relacionada à limitação do conhecimento na área da psiquiatria, pois eles mencionaram que existe uma importante barreira para o atendimento dos segurados que requerem benefícios relacionados aos Transtornos Mentais e de Comportamento. Estes profissionais alegam deficiência na formação acadêmica e, principalmente, a falta de capacitação desde o ingresso ao serviço público, bem como de capacitação continuada pelo próprio INSS, constituindo-se em importante obstáculo ao atendimento dos segurados que solicitam o benefício relacionado aos

transtornos/enfermidades psíquicas, provocando insegurança nos Peritos Médicos do INSS em seus pareceres conclusivos.

Alguns respondentes consideraram o tempo predeterminado de 20 (vinte) minutos insuficiente para a realização de um exame médico-pericial bem fundamentado, pois os segurados que requerem benefício decorrente a quadros psiquiátricos necessitam de um atendimento mais pormenorizado e abrangente, principalmente devido à possibilidade de existir um componente predisponente e desencadeador dos sintomas clínicos. Os respondentes informaram que para um exame médico-pericial mais respaldado e fundamentado é necessário observar outros aspectos, como o histórico de vida pessoal nos contextos social, familiar e ocupacional, além daqueles que possam ser pertinentes e que venham a influenciar o adoecimento mental. Existem inúmeros elementos, como a “multifatoriedade” e a “multicausalidade”, que poderão estar diretamente relacionados aos quadros psiquiátricos, necessitando de um tempo de abordagem no exame médico-pericial muito além do que esse tempo preestabelecido pelo órgão gestor.

A psicopatologia é uma disciplina científica que busca o entendimento dos Transtornos Mentais e de Comportamento, a doença mental propriamente dita em suas múltiplas abordagens e referenciais teóricos, bem como de suas várias dimensões, como as alterações estruturais e funcionais relacionadas a esses transtornos e as suas causas, os métodos de investigação e as formas de manifestação com sinais e sintomas clínicos. Assim, a psicopatologia pode ser didaticamente dividida: em explicativa e descritiva. A explicativa está embasada nos modelos teóricos ou nos achados experimentais. Procura o esclarecimento quanto à etiologia dos transtornos mentais. A descritiva baseia-se na descrição e categorização das experiências anormais repassadas/informadas, bem como no comportamento/conduita vivenciada pelo indivíduo (CHENIAUX, 2005).

O diagnóstico nosológico psiquiátrico é embasado em relatos sintomáticos. Portanto, é de extrema relevância compreender as queixas relatadas pelos segurados, para, assim, caracterizá-las descritivamente com informações precisas e objetivas, visando ao propósito de enquadrá-las na CID-10. O ambiente de trabalho

apresenta peculiaridades específicas para cada função exercida, com demandas as mais variadas possíveis, tarefas e requisitos para sua execução e exigências singulares inerentes a certas características individuais e específicas. Portanto, o conhecimento de profissiografia pelo Perito Médico é imprescindível para correlacionar os sintomas informados e correlacioná-los com possíveis prejuízos ocupacionais decorrentes do diagnóstico estabelecido (TABORDA, 2012).

O Perito Médico tem que deter importante entendimento sobre do diagnóstico de um distúrbio/enfermidade e apurado senso crítico, para estimar a extensão ou o efeito que esse distúrbio/enfermidade terá sobre a capacidade laborativa do segurado, caracterizando o grau de incapacidade. Assim, quanto mais extenso for o conhecimento médico geral, além do conhecimento dos protocolos, das normas, das legislações, das determinações e das diretrizes específicas, melhor será a qualidade da avaliação pericial (EPIPHANIO; VILELA, 2009).

A incapacitação laboral em relação ao segurado que apresenta quadro de transtorno ou enfermidade relacionado aos Transtornos Mentais e de Comportamento tem características próprias, com abordagens complexa, exigindo do profissional um preparo técnico e profissional. A importância no conhecimento especializado em psiquiatria fundamenta uma avaliação mais precisa. Profissionais não especializados serão capazes de realizar apenas um exame psiquiátrico simples. Assim, seria sensato um exame realizado por um especialista (TABORDA, 2012).

O profissional que acolhe um indivíduo no momento em que este se apresenta com transtorno ou enfermidade psíquica precisa perceber que não está diante de uma “máquina”, que pode apresentar alterações anatomofuncionais, mas de pessoas que possuem emoções, sentimentos, aspirações, motivações e propensões. Assim, deverá analisar todo um contexto, seja social, em relação a sua família e pessoas próximas, ou econômico-financeiro, bem como a ocupação laboral. Deverá, ainda, considerar as pretensões e ambições do futuro nos mais variados aspectos. Neste âmbito, o transtorno/enfermidade mental só poderá ser entendido, observado ou, mesmo, ouvido se for desta forma analisado (CHALUB, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), relata que tanto os países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento precisam atualizar os currículos das escolas de medicina para assegurar que todos os profissionais que se formem estejam aptos a diagnosticar e tratar os indivíduos portadores de Transtornos Mentais e de Comportamento. Nos países em desenvolvimento, a escassez de especialistas e de outros profissionais com os conhecimentos e aptidões necessários para a abordagem desses indivíduos constitui significativa barreira à provisão do tratamento e à atenção adequada.

Taborda e Barros (2012) ensinam que em determinados momentos de suas vidas indivíduos assumem atitudes ou comportamentos de portadores de doenças ou de perturbações da saúde mental. Para o autor, estas atitudes são conscientes e motivadas por alguma finalidade, sendo reconhecidas como “simulação”. Alerta, ainda, que estes casos não devem ser compreendidos como doença; configuram, apenas, o desejo do indivíduo de convencer o Perito Médico a adequar a sua própria vontade, criando um conjunto de sinais ou relatando sintomas que opõem o convencimento de uma situação que desejaria que fosse real. Na avaliação, deve-se compreender sua magnitude, tendo em vista o objetivo fraudulento de fabricar esta atitude – no caso particular, vinculado a compensações financeiras.

Encontram-se passagens conhecidas sobre simulação desde os primórdios da história humana. Em 1º Samuel 21:13, Davi, diante do rei filisteu Aquis, para escapar da perseguição do próprio rei de Israel, por meio da simulação de loucura, babando e arranhando os portões com suas unhas, demonstra não ser ele, fingindo-se de doido. Ao sentir-se ameaçado, faz uma simulação para ser desconsiderado e não ser reconhecido.

Existe uma classificação da simulação: em supersimulação, metassimulação, pré-simulação e dissimulação. Supersimulação é a exacerbação. Consiste em exagerar ou criar sinais e sintomas de determinado transtorno/enfermidade que, realmente, o indivíduo está sentindo. Metassimulação é a persistência de forma intencional de preservar ou exteriorizar sinais e sintomas que o indivíduo já vivenciou, mas que já cessaram. Enfim, situações que ele, aprendeu com a experiência. Pré-simulação, ou

simulação antecipada, envolve um transtorno/enfermidade que o indivíduo manifesta para se beneficiar, por meio de uma ação planejada, indicando a premeditação ou maior competência do indivíduo simulador. Dissimulação é uma atitude negativa, com finalidade defensiva, em que existe a ocultação ou minimização dos sinais e sintomas vivenciados, privando o Perito Médico de informações (TABORDA; BARROS, 2012).

Em relação aos **critérios para caracterização dos Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho**, (R1) relatou: “Características próprias de cada atividade profissional, presença de fatores de risco associados [...] a penosidade das tarefas [...] repetitividade”. Para (R2): “A Anamnese [...] o ambiente de trabalho, as pessoas com quem ele trabalha [...] quando há essa relação, eu vejo que o trabalho está relacionado também”. Para (R3): “Tempo de trabalho em que ele está na empresa e como se relaciona [...] como o segurado está fazendo [atividades] [...]” “entrevista com o segurado [...] tem que ter um fator muito estressor muito claro para desencadear o quadro”. Já (R4) considerou: “Entrevista [...] histórico do requerente, as circunstâncias, a coerência nas informações fornecidas [...] profissão [...] condição sua de trabalho [...] análise de relatórios médicos e outros documentos apresentados como B.O.”. Para (R5): “A gente pede uma PPP para ver qual o tipo de serviço ele faz, se o que ele queixa está relacionado ao trabalho [...] carga horária de trabalho [...] gente pergunta [...] para gente fazer o nexó [...] o exame físico”. (R6) afirmou: “Relato do segurado [...] a informação da empresa, e se há alguma dúvida eu peço o PPP”. Para (R7): “Identificação da real atividade ocupacional [...] anamnese ocupacional bem detalhada [...] perguntas [...] solicitação do Perfil Profissiográfico Previdenciário, PCMSO quando existe um SESMT, prontuário psiquiátrico [...] visita técnica ao ambiente do trabalho”. Já (R8) considerou: “A anamnese”. (R9) relatou: “O tempo de trabalho na empresa [...] relacionamento com chefes e colegas, a possibilidade de ascensão desse trabalhador, de expectativas dele ali dentro da empresa”.

Em relação aos critérios adotados pelos Peritos Médicos, houve um número variado de informações sobre a abordagem nos exames médicos-periciais. Alguns respondentes relataram a importância da anamnese; o tempo que o trabalhador está

vinculado na empresa, o seu relacionamento com os colegas e suas expectativas de ascensão; outros se embasaram na fotocópia da evolução do prontuário psiquiátrico do segurado, bem como nas entrevistas/perguntas; e outros solicitaram informações à empresa, por exemplo, como no caso do PPP e atestados de saúde ocupacional, sobre a necessidade de visita técnica *in loco* ou outras informações contidas no Boletim de Ocorrência Policial a respeito de algum fato ocorrido que justificasse sua elaboração. Portanto, denota-se que não existe um protocolo específico formalizado para o atendimento sistematizado. Fica a critério de cada perito a caracterização dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho. Assim, cada Perito Médico utiliza seus próprios mecanismos técnico-metodológicos de abordagem para compor os elementos probatórios.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (BRASIL 2001, p. 33) admite a existência de grandes dificuldades para o estabelecimento do nexos ou da relação trabalho-doença como:

- a) ausência ou imprecisão na identificação de fatores de risco e/ou situações a que o trabalhador está ou esteve exposto, potencialmente lesivas para sua saúde;
- b) ausência ou imprecisão na caracterização do potencial de risco da exposição;
- c) conhecimento insuficiente quanto aos efeitos para a saúde associados com a exposição em questão;
- d) desconhecimento ou não-valorização de aspectos da história de exposição e da clínica, já descritos como associados ou sugestivos de doença ocupacional ou relacionada ao trabalho;
- e) necessidade de métodos propedêuticos e abordagens por equipes multiprofissionais, nem sempre disponíveis nos serviços de saúde.

A caracterização do adoecimento psíquico do indivíduo provocado pelo trabalho é de causa multifatorial e de abordagem extremamente difícil pelas equipes que atendem o trabalhador, principalmente devido ao fato de as queixas serem subjetivas (BRASIL 2001).

Os desafios para dar legitimidade ao adoecimento mental do indivíduo constituem um processo difícil, pois decorrem de problemas conceituais, teóricos e metodológicos que não são simples e muito menos de fácil solução, pois a próprio entendimento ou definição de que seja adoecimento psíquico é questionável e controverso (ARAUJO, 2011).

O exame médico pericial tem o propósito de avaliar a capacidade laborativa do segurado que solicita um benefício. O INSS possui um sistema de gestão informatizado que permite ao Perito Médico, durante a anamnese/exame físico, a possibilidade de caracterizar uma das três espécies denexo técnico. Portanto, é necessário seguir uma rotina de perguntas. Assim, deverá considerar e entender: atividade ocupacional que o segurado desempenha, local e organização do trabalho, duração da jornada, movimentos e posturas adotados no exercício da função e sua frequência, equipamentos utilizados, sua frequência, e demandas que essa atividade ocupacional exige dos mais variados órgãos e sistemas orgânicos, associados aos dados epidemiológicos. Após a análise detalhada dessas informações, a conduta para estabelecimento do nexoserá exercida no momento da anamnese/exame físico (ZUBA, 2009).

Segundo Lima, B, (2010), a competência legal do Perito Médico para estabelecer o nexodo adoecimento do trabalhador decorrente da atividade laborativa, ao analisar o requerimento de benefício, está fundamentada na Lei 8.231/91, em seus artigos de 19 a 22. A Resolução 1.488/1998 do Conselho Federal de Medicina (CFM) também vem a fundamentar a decisão pericial, fazendo-se necessária a vistoria técnica no ambiente de trabalho.

Com as recentes mudanças das normas e dos procedimentos vigentes, inicia-se a fase de proatividade do órgão governamental compreendendo as questões relacionadas entre ao trabalho e ao agravo decorrente das organizações. A Perícia Médica é o agente do Estado responsável pelo reconhecimento do adoecimento do trabalhador (LIMA, B, 2010).

O INSS (BRASIL, 2010) publicou as *Diretrizes de Psiquiatria*, trabalho inicialmente desenvolvido pela secretaria de Políticas da Previdência Social para amparar o Perito Médico, considerando a necessidade de normatizar e uniformizar as condutas nas decisões *médico – periciais*. O trabalho, que contemplou toda a CID-10, procedeu à seleção de todos os diagnósticos que compõem o Capítulo V e que são potencialmente geradores de benefícios por incapacidade. Seu objetivo primordial é facilitar a identificação destes transtornos, agrupados por categoria ou bloco, sem

criar uma organização, seguindo o parâmetro da CID-10. Distingue para cada grupo os sinais, sintomas e análise das funções psíquicas dos transtornos mentais, em sua abrangência, na análise da incapacidade laborativa, avaliada de acordo com a espécie de benefício requerido (DIRETRIZES DE PSIQUIATRIA DO INSS, 2010).

Sobre a **capacitação dos peritos médicos na especialidade de psiquiatria, (R1)** destacou: “A capacitação na área de saúde mental é fundamental para qualificar o trabalho pericial, não só no ingresso, mas eu acho que ao longo de toda prática nossa. Ou seja, tem que ser um processo de educação continuada”. Já **(R2)**: “Sim [capacitação] [...] porque a psiquiatria é um dos problemas mais difíceis para gente resolver [...] a gente deveria ter todo um treinamento direcionado para essa área psiquiátrica”. Para **(R4)**: “Acho importante os cursos porque você vai pegar a experiência, a vivência dos especialistas [...] é importante diferenciar a questão da doença em si e a doença que gera a incapacidade”. **(R5)** considerou: “Deveria ter o treinamento [...] não tem nada físico que a gente possa fazer; um ‘manualzinho’ [...] não tem nada macroscópico que a gente possa palpar [...] ter um treinamento, exatamente para a gente saber diferenciar quem está realmente incapacitado de quem está simulando”.

(R6) relatou: “Curso e treinamento para a especialidade de psiquiatria é muito importante [...] no início da atividade do médico na perícia, quanto durante os anos em que ele atua. Porque ele consegue até aproveitar melhor esse treinamento já diante da experiência que ele vai adquirindo na sua prática”. Para **(R7)**: “Sim [capacitação] [...] ouvir o segurado, assim, o paciente conduz a suspeita do diagnóstico, mas onde a simulação é um fator a ser considerado”. **(R9)** destacou: “Sim [capacitação] [...] tenha facilidades de detectar, principalmente, nos quadros crônicos, maneiras mais objetivas de tentar diagnosticar”. Para **(R10)**: “Sim [capacitação], não só no ingresso, mas como educação continuada. Nós estamos falando da psiquiatria sem prejuízo das outras especialidades”.

Contraditoriamente, **(R3)** não valoriza muito sobre o treinamento: “Um curso ele num vai te dar todo o embasamento, você vai ganhar isso muito com sua experiência e com a experiência dos outros colegas que você vai discutindo os casos, mas,

principalmente, no ingresso”, mas acaba se posicionando favoravelmente “treinamento melhor, maior, mais prolongado, facilitaria bastante esse amadurecimento iria adiantar um pouco isso daí pra gente e diminuir o estresse que tem para realizar esse trabalho de perícia”. **(R8)**: “Eu não vejo necessidade de ter um curso não [...] é importante que a gente tenha, que a gente possa ter palestras, que a gente possa participar de congressos, mas eu acho que não vejo necessidade, especificamente, de um curso.”

Essas considerações propiciam a percepção quanto à necessidade de promover uma melhor formação acadêmica na área de psiquiatria e a capacitação continuada, para maior embasamento técnico-científico dos Peritos Médicos, demonstrando, de forma inequívoca, a carência dessa formação específica no que diz respeito à melhor fundamentação teórico-metodológica para abordagens de segurados portadores ou não de quadros psiquiátricos relacionados aos Transtornos Mentais e de Comportamento.

Os profissionais que atuam na saúde, em geral, precisam receber treinamentos específicos, para aprimorar aptidões essenciais e necessárias à atenção nos casos de Transtornos Mentais e de Comportamento. A importância desta habilitação garantirá melhor aplicação dos conhecimentos técnico-metodológicos, para que mais pessoas venham a ser assistidas com intervenções diretas e imediatas, possibilitando a aplicação de ações que promovam o diagnóstico precoce. Portanto, a saúde mental deve ser incluída em programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade do atendimento dos quadros dos Transtornos Mentais e de Comportamento nos serviços de saúde em geral (OMS, 2002).

A escassez ou, mesmo, a ausência de especialistas e de outros profissionais em saúde mental, principalmente com conhecimento técnico e aptidão necessária para o manejo dos indivíduos portadores de Transtornos Mentais e Comportamento, constitui um significativo obstáculo à promoção, prevenção e tratamento. Os sistemas de saúde necessitam superar essas carências e avançar no amparo a esses indivíduos. Portanto, é indispensável o empenho dos mais variados setores, sejam do setor público ou do privado, no propósito de realizar investimentos para

formar esses profissionais e todos aqueles que possam ser importantes na atenção à saúde mental (OMS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) relata que existe considerável desigualdade quanto ao tipo e ao número de profissionais em saúde mental em todo o mundo. A proporção mediana de especialista em psiquiatria varia de 0,06 por 100.000 habitantes em países de baixa renda a 9 por 100.000 em países de alta renda. A proporção de especialistas em saúde mental entre os profissionais em saúde geral varia de acordo com os recursos e os enfoques existentes da atenção básica. No momento, está ocorrendo a integração da atenção da saúde mental no sistema de saúde geral. Portanto, haverá a necessidade de uma demanda de generalistas com capacitação em saúde mental, proporcionando menor solicitação de especialistas.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento são de abordagem ampla, interdisciplinar e têm como importante diretriz a integração dos conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas na compreensão da saúde e das doenças. Ocorre que durante o ensinamento aos profissionais, nas mais variadas disciplinas, passa-se a informação sobre a separação entre a saúde mental e à saúde física. Porém tem-se evidenciado pela ciência moderna que, mesmo existindo essa separação de forma mais operacional ou, mesmo, conveniente, reconhece-se que a saúde mental está intimamente ligada à saúde física. Portanto, é importante destacar a evolução e o entendimento do “funcionamento” mental, assim o conhecimento de como as alterações psíquicas podem provocar transformações na saúde física (OMS, 2002).

A psiquiatria é uma especialidade médica que se fundamenta na psicopatologia. Apresenta a aplicação prática desta área do conhecimento, mas utiliza também saberes de outras disciplinas científicas. Esta especialidade tem uma especificidade singular em relação às outras, principalmente devido a sua relação íntima com o direito, pois os transtornos/enfermidades mentais podem alterar a realidade vivenciada pelo indivíduo em relação conduta à moral e social (CHENIAUX, 2005; CHALUB, 2012).

5.2 Protocolos a serem seguidos pelos Peritos Médicos na análise dos Transtornos Mentais e de Comportamento para comprovar o nexos relacionado ao trabalho

Em relação aos protocolos de atendimento, as questões levantadas foram categorizadas conforme o QUADRO 17:

Quadro 17 – Protocolos de atendimento

Categoria	Pergunta	Assunto	Autores
Existência ou não na diferença de tempo	9	Diferença entre o tempo de afastamento entre os trabalhadores acometidos por Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho, daqueles que não estão relacionados.	Epiphânio e Vilela (2009); Gonzaga (2001); Mello e Fiks (2006); Brasil (2001).
A importância da CAT na perícia	10 e 11	A utilização da CAT nos casos de Transtornos Mentais e de Comportamento e a orientação ao empregado para providenciar sua abertura junto ao empregador caso o afastamento esteja relacionado ao trabalho.	Lourenço (2011); Neto (2007); Verthein e Minayo-Gomez (2011).
Legislação específica	12	Amparo na legislação previdenciária que possa caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho.	Brasil (1994); Brasil (1999); Brasil (2001); Brasil (2003); Brasil (2004); Brasil (2007); Brasil (2011); Brasil (2013).
Utilização do NTEP	13	Utilização do Nexos Técnico Epidemiológico (NTEP) nos casos dos Transtornos Mentais e de Comportamento quando o segurado comprovar incapacitação relacionada ao trabalho	Ministério da Previdência Social do Brasil (1999); SESI (2011); Conselho Federal de Medicina (1998); Conselho Federal de Medicina (2009).
Sugestões	14	Sugestões para mudanças na prática pericial no INSS nos casos dos Transtornos Mentais e de Comportamento associado ao trabalho.	OMS (2002), OMS (2013)

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2013.

A partir dessa categorização, as análises foram distribuídas. Quanto à **diferença de tempo de afastamento do trabalho relacionada ou não à atividade laboral**, houve algumas contraposições. Outros entrevistados não souberam responder de forma afirmativa; alguns, com ressalvas. Assim, os entrevistados dizem: “Dá para perceber que em algumas atividades o tempo de afastamento é mais longo dependendo da atividade; muitas vezes os segurados precisam mudar de função, ir para processo de reabilitação e de requalificação, como no caso de vigilantes, de carcereiros, de motoristas de carro-forte, de coletivo, de bancários”. **(R8)**: “Acho que

existe e os que estão relacionados ao ambiente de trabalho eles têm muito mais resistência a retornar”. **(R10)**: “Acredito que uma diferença é a tendência a cronificação daqueles que estão relacionados ao trabalho, porque se aquela causa continua ali presente, a pessoa utiliza de todas as formas para não retornar” numa demonstração explícita que o afastamento relacionado ao trabalho é maior.

Alguns respondentes apresentaram outra percepção, ao afirmarem que não existe diferenciação. Alguns não souberam responder. **(R2)**: “Não tenho esse dado. Acho que o que eu tenho é só um ‘achismo’. Então, assim, não tem nada embasado no trabalho não”. **(R3)**: “Não costumo fazer diferença de tempo diferente para os que são relacionados ao trabalho ou não”. **(R6)**: “Não observo uma diferença muito grande entre um tipo de afastamento e outro não. Ambos são complexos, são complicados de serem avaliados e normalmente não são afastamentos curtos”. **(R9)**: “Não”. **(R7)**: “Não sei responder essa questão”. Ainda outros ficaram na dúvida. **(R2)**: “Sinceramente, eu não sei se esse tempo de afastamento é maior ou não em relação aos não relacionados ao trabalho”. **(R4)**: “É muito difícil dizer assim termos genéricos”.

Sobre esta pergunta específica, os respondentes apresentam entendimentos individuais, com base na experiência de cada Perito Médico. Em alguns dos relatos, houve nítida certeza de que o retorno ao trabalho seria um limitador, pois ele é a fonte de adoecimento do segurado. Outros respondentes alegaram que não existe diferença para o retorno ao trabalho, sendo ou não a atividade ocupacional motivadora do adoecimento. Alguns respondentes não souberam informar se existe ou não esse tempo, por incluírem todos como portadores de transtornos/enfermidade, de modo geral, definida; ou seja, já classificada pela CID-10.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001), o retorno ao trabalho em determinadas situações estará prejudicado, pois existe uma rejeição à atividade e situação que lembra o episódio, no caso de o trabalhador ter sido vítima de algum trauma. O início dos sintomas que se seguem após a vivência do episódio estressor poderá ser seguido de um período de latência, variando de poucas semanas a meses. Raramente a sintomatologia excederá seis meses, com recuperação na

grande maioria dos casos. Ocorre que uma pequena proporção de trabalhadores poderá evoluir cronicamente por mais tempo, evoluindo com a alteração permanente da personalidade.

Brant e Minayo-Gomes (2007) relatam que a transformação do sofrimento em adoecimento pode facultar ao trabalhador mecanismos que aparentemente proporcionarão meios de explicações sobre sua vivência do sofrimento, possibilitando aliviar os sintomas e trazer a esperança na recuperação e cura da doença. Essas situações vivenciadas poderão ser de várias maneiras: desde intervenções passageiras, como mudança do posto de trabalho e afastamento de suas atividades para repouso, podendo chegar até outros cuidados, como internação. O trabalhador também estará sob um aparato jurídico-institucional capaz de garantir amparo e benefício previdenciário. Portanto, a construção de uma identidade de doente e a sustentação da enfermidade transforma o sofrimento em adoecimento.

Em relação à **importância da CAT na perícia**, os respondentes **(R3)** declararam: “Sim, já recebi nos casos de bancários que foram ameaçados, que foram vítima de agressão no trabalho e o posicionamento é o de acatar essa CAT”. **(R5)**: “Já peguei e aceitei a CAT [...] quando a gente recebe são casos relacionados a algum fator que o segurado ele pode comprovar, como assaltos, acidentes [...] graves com estresse no ambiente” consideram tê-la recebido.

Afirmou **(R1)**: “Não estou nem lembrando de nenhuma CAT que eu recebi de empresa [...] muito raro as empresas emitirem CAT para transtornos mentais [...] quando são emitidas, na maioria das vezes, são pelos sindicatos”. **(R4)**: “É uma coisa muito rara [...] aqueles casos bem definidos clínico-evolutivamente [...] a empresa já admitiu este funcionário sabendo do histórico dele”. **(R8)**: “Não é comum [...] Mas eu já recebi e encaminhei para fazer o registro no sistema e transformação de espécie”. **(R6)**: “Quando o empregador preenche uma CAT e afirma que a doença do segurado é relacionado ao trabalho, isso facilita muito para a gente [...] Isso é uma situação muito rara de acontecer” afirmaram ser raro recebê-las. **(R2)** “Não me recordo de ter relação, de ter recebido CAT por parte do

empregador [...] relacionadas ao trabalho”. **(R7)**: “Não me recordo de ter recebido esse tipo de documento”. **(R9)**: “Não”. **(R10)**: “Nunca recebi” não receberam ou não se recordaram.

Nesse contexto, percebe-se que existe um número reduzido de solicitação de abertura de CAT pelo empregador perante o INSS, com poucos casos, ou raríssimos, relativos à emissão dessas comunicações por parte das empresas. Este é um dos elementos importantes no conjunto de documentos de análise dos Peritos Médicos para formar ou não a convicção para a concessão de benefícios por incapacidade temporários ou aposentadorias aos segurados.

A CAT foi prevista, inicialmente, pela Lei 5.316/67, seguindo-se todas as alterações ocorridas posteriormente, até a Lei 9.032/95, regulamentada pelo Decreto 2.172/97. A Lei 8.213/91 determina, em seu artigo 22, que todo acidente do trabalho e toda doença do trabalho ou profissional deverão ser comunicados pela empresa ao INSS, independente da gravidade, gerando ou não afastamento das atividades laborais. A organização que não notificar, omitir ou declarar com inexatidão a CAT estará sujeita às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal. A importância do preenchimento correto e completo do formulário prende-se às informações contidas, as quais servirão para uma base estatística e epidemiológica e, também, para referência trabalhista e social (BRASIL, 2011).

Ainda sobre as CATs, foi questionado se os peritos **solicitariam ou orientariam a abertura delas relacionadas ao trabalho**. **(R1)**: “Quando a gente percebe [...] um trabalhador lá que sofre diversos assaltos no seu ambiente de trabalho, está submetido ao estresse crônico gente deve orientar [...] orientaria sim a abrir CAT. Se a empresa não abrir, os sindicatos, os serviços de saúde do trabalhador”. **(R4)**: “Orientaria analisando todo o conjunto pericial, as circunstâncias, a profissão, as condições relatadas [...] estaria complementando porque ela não seria o documento único para caracterizar essa relação com o trabalho, mas tem um peso importante na perícia [...] Se for pertinente, sim. Primeiro, por uma questão de obrigação minha como servidor e um direito do requerente [...] Porque às vezes ele não traz CAT, seja quais forem os motivos, às vezes por erro, transcrição, ou mesmo desconhecimento

de um direito, com certeza eu dou essa orientação”. **(R5)**: “Solicito se o segurado relata, mas não consegue comprovar para mim o Nexo entre o transtorno e o trabalho, eu oriento a tentativa de abertura de CAT pelo empregador [...] encaminhando para o segurado providenciar a CAT, principalmente nos casos em que ele afirma que o transtorno está relacionado ao trabalho”. **(R6)**: “Nós orientamos para que ele solicite a CAT. Mas normalmente a empresa ela não preenche essa CAT [...] nós temos que usar outros caminhos [...] qual o motivo que a empresa não preenche eu acho que é uma situação realmente complicada. É difícil para a empresa mesmo fazer esse relacionamento entre a doença e o trabalho. Quando nós orientamos o segurado a pedir a CAT à empresa, o motivo é para a gente ter mais segurança ao firmar o Nexo. Se a empresa admite, isso facilita muito o nosso trabalho”. **(R7)**: “Desde que eu tenha elementos que me permitam ter uma quase certeza a respeito disso, eu pediria sim, por que o trabalhador pode desconhecer esse seu direito trabalhista”. **(R8)**: “Indicaria se ele tiver sido convincente de que teve o adoecimento no trabalho e encaminharia para ele tentar conversar com o superior na empresa [...] acho importante que seja registrado para que seja vigiada aquela situação com a empresa que está causando adoecimento na pessoa, vão ter outros colegas de trabalho que vão também poder adoecer, rever uma rotina das metas”. **(R9)**: “Sim, por ser um direito do cidadão que muitas vezes não é conhecido e acaba não sendo usufruído”. **(R10)**: “Sim, acho que especialmente nos casos de estresse pós-traumático que fica muito claro [...] o motivo é garantir os direitos ao B91”.

Contraditoriamente, alguns negaram ou ficaram na dúvida. **(R2)**: “Minha conduta em relação a isso não seria orientar o empregador ou o empregado a solicitar a CAT [...] se eu tivesse convicção dessa relação, eu consideraria o nexo [...] faria a perícia considerando o nexo com o trabalho e porque eu sei que é um transtorno grande para o segurado [...] é um litígio grande ele solicitar essa briga. Então, se eu tivesse já a convicção, eu consideraria o Nexo sem orientá-lo a exigir a CAT pelo empregador”. **(R3)**: “Não sei se a função do perito seria orientar o periciado [...] na perícia a gente solicita orientando ou esclarecendo ao segurado que para que seja considerado como acidente de trabalho [...] não basta termos simplesmente uma informação, uma alegação que ele tenha, preciso de uma documentação comprobatória”.

Em relação à solicitação ou orientação pelo Perito Médico ao segurado para providenciar a abertura da CAT ao empregador, apesar de essa função não ser da atribuição desses profissionais, a maioria reconheceu ser seu papel orientar o trabalhador a solicitar ao empregador em detrimento do reconhecimento dos direitos legais do trabalhador ou, mesmo, o esclarecimento de sua importância como um elemento fundamental no conjunto de informações médico-pericial. Isso desde que estejam seguros de que as descrições do ambiente ocupacional fornecidas pelos segurados estejam fundamentadas. Demonstra-se, assim, que os peritos apresentam-se imbuídos do dever de salvaguardar os direitos dos segurados, evidenciando sua consideração e preocupação com a sua incumbência na justiça social.

A formação do médico compreende obrigações e deveres, indistintamente da sua especialidade, além das implicações éticas e morais. Assim a prática médica está profundamente vinculada às normas legais fundamentadas desde a formação acadêmica e que posteriormente, perduram durante o exercício da profissão assumindo responsabilidades perante o paciente e a sociedade (CHALUB, 2012).

Conforme Zuba (2009), o Perito Médico tem como propósito avaliar a capacidade laborativa do segurado para a atividade ocupacional que ele desempenha. Assim, deve, primordialmente, descrever detalhadamente as queixas ou as alegações referidas, descrevendo as lesões de modo preciso e objetivo, com as características morfofisiológicas, de modo a comprovar se o distúrbio/enfermidade que o segurado alega é provocador de incapacidade. É importante resaltar que no exame pericial não há a intenção de realizar uma investigação diagnóstica ou uma terapêutica. Muito menos o Perito Médico fará juízo de valor. Simplesmente, cabe a ele comprovar as alegações do segurado, com base na documentação necessária, seja exames complementares, informações ou esclarecimentos fornecidos pelo médico-assistente e outros que se fizerem necessários.

Em relação ao **conhecimento do amparo legal da legislação específica**, declarou (R1):“Gente tem é a listagem das doenças profissionais do trabalho elaborada pelo

Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e ainda tem a questão do NTEP”. **(R2)** : “O NTEP [...] acredito que alguns CIDs relacionados aos transtornos mentais, ele já associa com o trabalho [...] não me lembro de alguma legislação específica sem ser o NTEP”. **(R3)**: “Existe o NTEP que a gente vai relacionar ou não”. **(R4)**: “No nosso sistema seria o Nexo Técnico Epidemiológico com a própria caracterização em si dependendo do CID [...] onde o perito vai constatar através da análise pericial”.

Desse modo, ficou evidente que os Peritos Médicos fundamentam seus pareceres médicos-periciais neste instrumento que é o NTEP. Sua aplicabilidade está relacionada ao ato de preencher o prontuário eletrônico do SABI pelo profissional conforme os QUADROS 4 e 5, em que ele questiona ao Perito Médico: “Há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP?” Assim, pergunta-se ao profissional se a atividade laboral foi a motivadora do acidente/adoecimento do segurado a partir das seguintes inquirições:

- a) Não há evidência/indícios de exposição a risco ergonômico (biomecânico e de organização do trabalho)?
- b) Não há evidência/indícios de exposição a risco químico?
- c) Não há evidência/indícios de exposição a risco biológico?
- d) Não há evidência/indícios de exposição a risco físico?
- e) Não há evidência/indícios de exposição a risco mecânico (específico de acidente de trabalho)?
- f) Tempo entre o início da função/trabalho e o início da doença (DID) é insuficiente para gerar a moléstia de origem ocupacional?
- g) A queixa descrita não é compatível com a lesão ocupacional?
- h) O segurado informa que a lesão não ocorreu no trabalho?

Fica evidente que não há desconhecimento com relação à legislação com relação a sua aplicabilidade no trabalho pelo Perito Médico quanto aos direitos dos segurados, conforme a resposta do **(R6)**: “Existe uma legislação e que coloca as doenças e quais as mais prováveis com relação ao trabalho” o perito. **(R9)**: “A legislação é muito genérica, mas se a história ocupacional for coerente, sim”. **(R10)**: “Sim”. Resposta que transmite a convicção de que ele é também conhecedor.

O ideal é que todos os Peritos Médicos sejam conhecedores da legislação, como afirmaram alguns. **(R5)**: “Decreto 3048, que relata os transtornos mentais de comportamentos relacionados ao trabalho”. **(R7)**: “Posso citar o Anexo 2, lista A e B da Lei 8213 de 91, o Decreto 3048 de 99 e a OI 203 do INSS, emitida em 19 de novembro de 2008 que trata das diretrizes relacionadas aos transtornos mentais”. **(R8)**: “Me lembro da lista A e B do anexo do decreto 3.048 [...] a própria Lei 8.213 que fala dos acidentes de trabalho e outras situações previstas”, importantes na realização das perícias baseadas na legislação.

Codo (2010) relata sobre a importância do NTEP e explica que o trabalhador, ao afastar-se de suas atividades por um período superior a quinze dias e que vier a solicitar um benefício por incapacidade, necessariamente, procurará o INSS para ser submetido a uma perícia médica. Assim, o médico-assistente, ou o médico do trabalho, de posse da classificação nosológica de seu quadro mórbido contido na CID-10, redigirá seu relatório que, depois, será ratificado pelo Perito Médico, que alimenta os sistemas informatizados do INSS durante o ato pericial, para promover automaticamente, o cruzamento com o CNAE da organização à qual o trabalhador está vinculado. Neste contexto, serão fornecidos dados epidemiológicos com informações sobre a organização e o agravo do trabalhador.

A caracterização do NTEP, especificando-o como um balizador epidemiológico, ao realizar o cruzamento da CID/CNAE, propicia visibilidade de ramos de atividade econômica que se apresentam com taxas de acidente/doença ocupacionais acima da média. Esse balizador epidemiológico passa a apresentar uma prova não somente numérica ou estatística, mas também um mapeamento importante de dados, ao coletar registros de situações a que o trabalhador, muitas vezes, está exposto, em condições lesivas à sua saúde, independente de a CAT ter sido emitida pelo empregador (VERTHEIN; MINAYO-GOMES, 2011).

Outra questão importante levantada na pesquisa diz respeito à **utilização do NTEP pelos Peritos Médicos do INSS**. Os respondentes relataram empregar o nexos. **(R1)**: “Sim, com certeza [...] a gente tem que buscar a história ocupacional da pessoa, essa história toda aí do adoecimento”. **(R3)**: “Sim”. **(R4)**: “Sim, entretanto,

não é muito frequente porque nem sempre fica bem caracterizado [...] quando você não tem dados suficientes na análise pericial fica muito difícil você fazer esse nexos, mas uma vez tendo essa clareza na avaliação pericial como um todo é um instrumento que possibilita ser usado”. **(R5)**: “Sim, geralmente eu costumo usar o NTEP [...] quando ele está disponível pra mim”. **(R6)**: “Sim, já fiz alguns Nexos Técnico Epidemiológico baseado na história”. **(R8)**: “Sim”. **(R10)**: “Sim, se eu não tiver elementos que contra indiquem a aplicação”, reconhecendo assim a sua relevância.

O entrevistado **(R2)** mencionou: “Utilizo o NTEP, mas acho difícil considerar somente o NTEP em relação aos transtornos mentais com o trabalho por causa da questão multifatorial; geralmente, a pessoa já está passando por alguns problemas fora o trabalho, que são piorados no trabalho, então tenho muita dificuldade de assumir e afirmar que aquele distúrbio é plenamente relacionado e simplesmente pelo trabalho”. **(R7)**: “Sim, mas não obrigatoriamente devido a outros fatores externos não relacionados ao trabalho”. **(R9)**: “Não, quando a falta de comprovação pelo segurado”.

Portando, os Peritos Médicos demonstraram que reconhecem a aplicabilidade do NTEP, relativizando sua utilização ou, mesmo, sendo taxativos quanto a sua não empregabilidade. Negaram sua aplicação nos casos em que não ocorreu a comprovação pelo segurado de que seu adoecimento/acidente está relacionado ao trabalho. Nessa perspectiva, o NTEP faz parte do conjunto das práticas médico-pericial no processo de atendimento ao segurado que, durante a anamnese, exame físico, aliado a outros fatores ou elementos probatórios, podem proporcionar-lhe maior embasamento na convicção de que, se o segurado comprovar com suas fundamentações que a causa de que o seu adoecimento/acidente foi motivado pelo trabalho, este nexos será reconhecido pela Perícia Médica.

O NETP possui cobertura somente para os trabalhadores formais, com vínculo empregatício. As estatísticas evidenciam dados que sensibilizam a sociedade em geral. Em 2007, houve um gasto de 42 bilhões de reais, correspondendo a 1,85% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, com despesas do pagamento de benefícios

previdenciários, custos com a assistência médica e treinamento de trabalhadores substitutos. Portanto, existe a necessidade de cobrar a responsabilização das organizações para que os gestores possam promover uma política de proteção social e valorização social do trabalho (TODESCHINI; LINO, 2010).

Couto e Souza (2007) concordam sobre a necessidade da instituição do NTEP, mas informam que este instrumento não possui características técnicas específicas de um estudo epidemiológico, senão de uma constatação de determinadas doenças constantes no CID-10 em relação ao CNAE de determinadas organizações. Isso porque apresenta falhas metodológicas entre o Nexo Presumido com relação ao CID e o CNAE, ao estabelecer o nexo entre algumas doenças e a exposição do trabalhador ao fator de risco. Daí a necessitar de realizar uma pesquisa criteriosa, seguindo uma série de etapas técnicas, que estão associadas a inúmeras variáveis.

Finalmente, os entrevistados propuseram algumas sugestões: **(R1): “Capacitação teórica e prática**, ter boletins informativos, discussão de casos com especialistas [...] aprofundamento [...] dos casos, da história da doença, da história ocupacional, dos fatores de risco [...] educação continuada e atendimento em equipe multidisciplinar”. **(R2):** “Peritos especialistas para casos difíceis em relação a transtornos mentais [...] treinamento contínuo sempre para os demais peritos [...] tempo maior para avaliação psiquiátrica, acho que vinte minutos é muito pouco”. **(R3):** “Aulas, treinamentos [...] manter a gente mais ligada pelo número de perícia [...] vale a pena investir na nossa melhora, na nossa qualidade técnica”. **(R4):** “É importante aumentar o tempo pericial [...] possibilidade de pesquisas externas [...] interface com as instituições psiquiátricas e outras relacionadas ao caso em questão para que pudesse dar mais luz, mais compreensão para fazer uma avaliação mais precisa, mais justa”. **(R5):** “Treinamento maior para a gente também poder ter uma segurança maior de fazer essa relação [CAT com o trabalho]”. **(R6):** “Mais treinamento para os médicos peritos e treinamento contínuo, e discussão de casos [...] porque só assim que a gente vai conseguir ter mais segurança nessa caracterização desses casos que são tão complexos”. **(R7):** “Capacitação específica aos novos peritos que ingressam no INSS [...] ser discutido nas reuniões técnicas com maior frequência, através de casos atendidos [...] e com a participação

obrigatória dos colegas especialistas da casa”. **(R8)**: “Corte de tempo de benefício [...] fossem avaliados por um médico psiquiatra, uma junta médica [...] visita à empresa”. **(R9)**: “Parceria do INSS e o Ministério do Trabalho para [...] estudo dessas insatisfações dos trabalhadores e possibilitar maneiras de evitar isso” **(R10)**: “Discussão de casos com especialistas; estágios, ainda que breves, em serviços de saúde mental de diversos níveis, primário, secundário, terciário [...] discussão com vários setores que envolvem essa questão de saúde mental [...] universidades, sindicatos, Justiça do Trabalho, Ministério Público”.

As sugestões levantadas pelos entrevistados demonstraram dois fatores. O primeiro, trata da insegurança em atuar na área psiquiátrica devido à falta de formação específica dos Peritos Médicos (“capacitação”, “treinamento”, “aprofundamento”, “educação continuada”, “aulas”, “interface com instituições psiquiátricas”, “discussão com especialistas”, “participação de junta médica”, estágios” e “discussão com vários setores”). O segundo, envolve as alternativas às práticas atuais, no sentido de possibilitar mais mecanismos nos processos de análise dos casos (“boletins informativos”, “equipe multidisciplinar”, “tempo maior para atendimento médico-pericial”, “visitas às empresas” e “parceria do INSS com outros órgãos que envolvem a saúde mental”).

A entrevista psiquiátrica tem três objetivos básicos. Primeiro, formular um diagnóstico. Segundo, formular um prognóstico. Terceiro formular um planejamento terapêutico. Para compreender as queixas relatadas, faz-se necessário combinar uma entrevista entre o paciente e o médico, a qual poderá ocorrer em situações diversas, desde uma internação hospitalar voluntária ou involuntária até mesmo em atendimento em uma via pública. É necessário que o profissional entenda a vivência/pensamentos do indivíduo quando não existe a plena consciência de morbidade ou dificuldade quanto ao fornecimento das informações, falta de colaboração ou falta de credibilidade a respeito dos esclarecimentos da sintomatologia e da participação de familiares ou pessoas próximas que possam prestar informações que sejam de grande relevância para o entendimento dos fatos (CHENIAUX, 2005).

5.3 Os Transtornos Mentais e de Comportamento que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício mais prevalentes no período de janeiro/2008 a dezembro/2012

Os dados aqui analisados foram extraídos do banco de dados do INSS (SUIBE). Neles constam as informações sobre os segurados que receberam benefícios por incapacidade após a constatação da necessidade de afastamento de sua atividade laborativa da organização à qual estava vinculado. Neste banco de dados, constam entre os principais campos de preenchimento: ano de ocorrência do evento, transtornos conforme a CID-10, espécies como B31 (auxílio-doença previdenciária), B32 (aposentadoria previdenciária), B91 (auxílio decorrente de doença/acidente do trabalho) e B92 (aposentadoria decorrente de doença/acidente do trabalho), idade, gênero (masculino e feminino), tempo de concessão de benefício e valores pagos, entre outros (APÊNDICE C).

Inicialmente, as informações foram separadas em cinco anos, a partir do ano seguinte ao da implantação do NTEP em abril/2007. Portanto inicia-se em janeiro/2008 e termina em dezembro/2012. Foram selecionados todos os Transtornos Mentais e de Comportamento, distinguindo-se aqueles mais relevantes em termos de importância social, alta incidência e prevalência em benefícios em relação ao gênero. Identificaram-se aqueles que se destacaram em determinadas faixas etárias, que apresentaram maior relevância em relação às demais e que representaram altos custos financeiros para a Previdência Social.

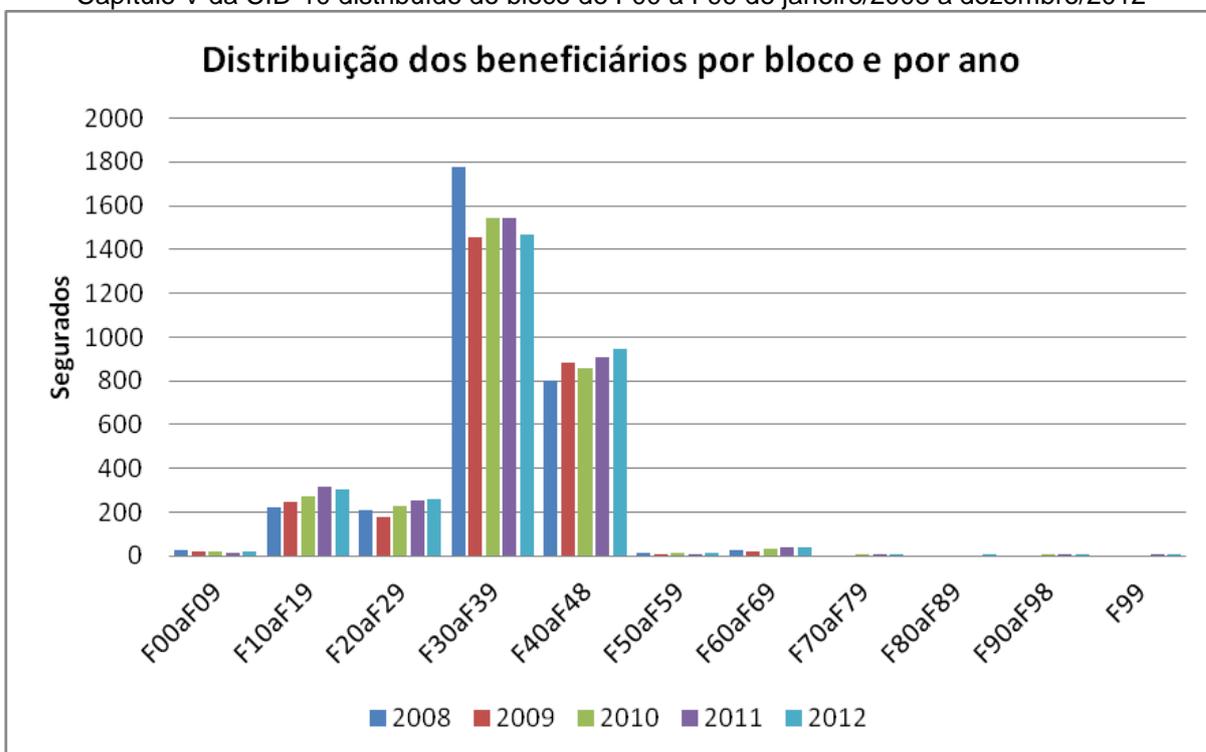
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a importância de detectar os principais problemas e os objetivos da política de atenção à saúde mental está em definir as responsabilidades do setor público e do setor privado, seja quanto ao financiamento ou quanto à identificação dos instrumentos de intervenção dessa política. A intersetorização entre os diversos órgãos governamentais é de fundamental relevância para que essa política seja eficazmente implementada. Assim, requerem-se políticas sobre trabalho e emprego, economia, educação, habitação e saneamento básico, além de outros serviços de bem-estar social e de um sistema de justiça em seus mais variados âmbitos.

5.3.1 Transtornos Mentais e de Comportamento de maior incidência no período de janeiro/2008 a dezembro/2012

O total de benefícios concedidos para segurados com vínculo organizacional na cidade de Belo Horizonte entre janeiro/2008 e dezembro/2012 foi de 15.063. Os principais transtornos de maior incidência no período analisado, com base no levantamento de todo grupamento do Capítulo V da CID-10, relacionados aos Transtornos Mentais e de Comportamento do Banco de Dados do SUIBE do INSS, conforme o APÊNDICE B, assim se destacam:

- a) Quadros de *Transtornos do Humor (afetivos)*, de F30 a F39. Observa-se que neste bloco ressalta o elevado número de benefícios com uma grande soma de dias de afastamento do trabalho em comparação a todos os outros blocos (GRÁF. 1).

Gráfico 1
Capítulo V da CID-10 distribuído do bloco de F00 a F99 de janeiro/2008 a dezembro/2012



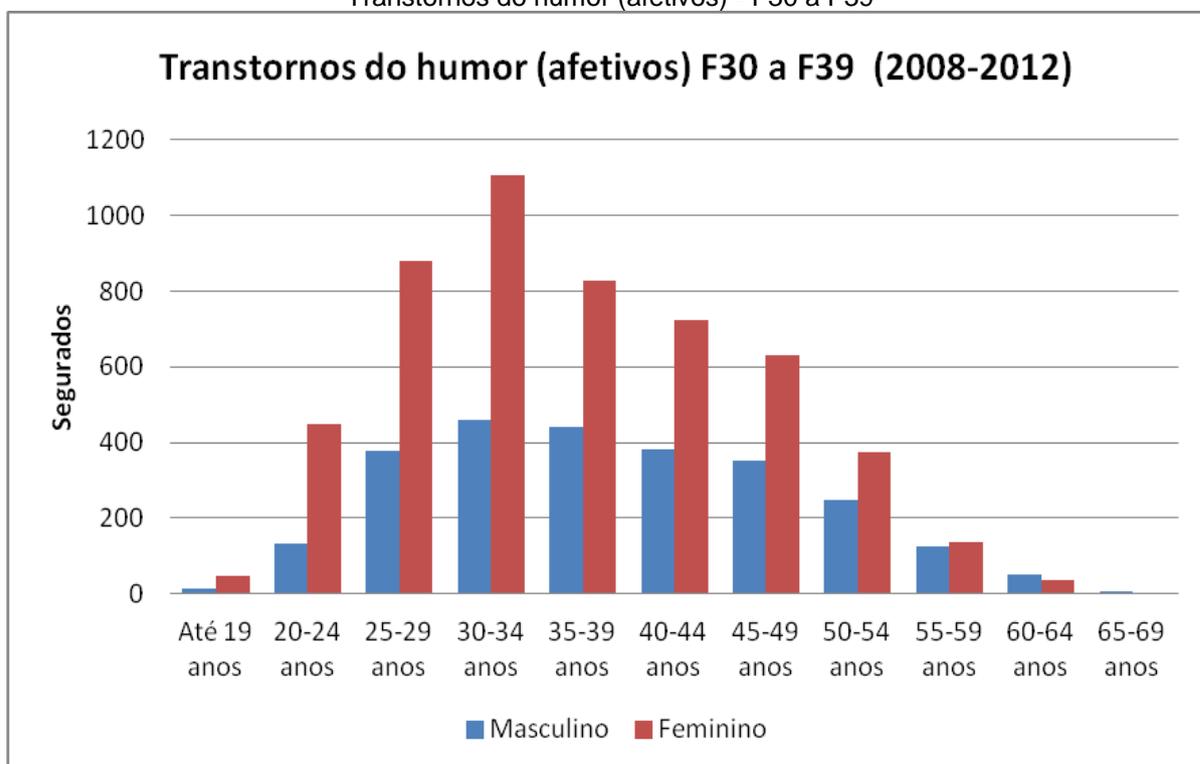
Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

Há evidências de que o desenvolvimento no campo da ciência contemporânea vem se fundamentando. Os Transtornos Mentais e de Comportamento resultam da

associação entre fatores genéticos e fatores ambientais. Neste contexto, as alterações psíquicas não refletem simplesmente a determinação multifacetada da programação genética e muito menos o comportamento humano é simplesmente consequência do determinismo ambiental. Os fatores genéticos e o meio ambiente estão estreitamente inter-relacionados, em uma complexa associação interdependente. Portanto, essas interações são fundamentais para o desenvolvimento e a evolução dos quadros dos Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 2002).

- b) Quadros de *Transtornos do Humor (afetivos)* de F30 a F39. Observa-se neste bloco elevado número de benefícios com um grande número de dias de afastamento do trabalho. O predomínio foi do sexo feminino. O destaque entre as mulheres é o predomínio da faixa etária entre 25 a 49 anos, período importante na vida da mulher como produtivo profissionalmente, principalmente no seu pico de 30 a 34 anos. Destaca-se também o ciclo da idade fértil (GRÁF. 2).

Gráfico 2
Transtornos do humor (afetivos) - F30 a F39



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

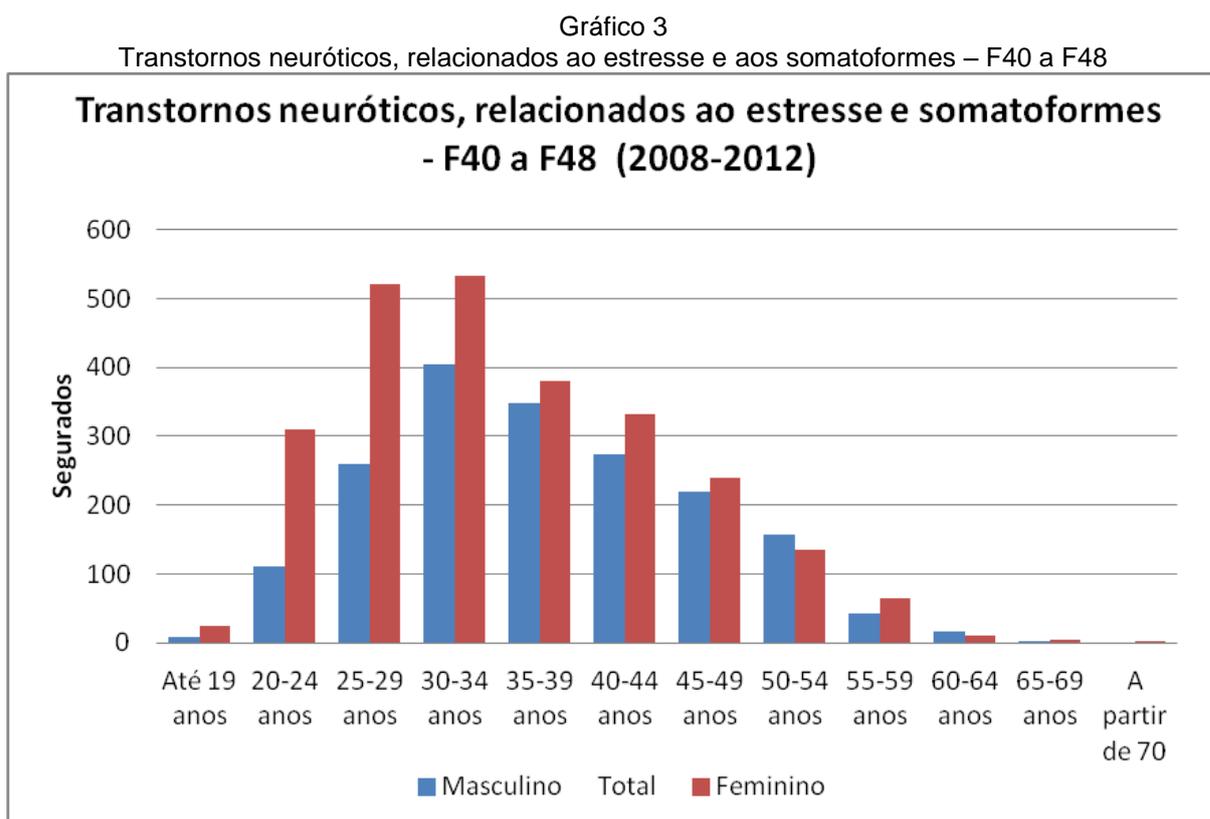
As múltiplas funções que a mulher vem desempenhando na sociedade moderna possibilita sua colocação em um grupo de maior risco de serem acometidas dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento. Continuam arcando com o fardo de grande responsabilidade de provedoras financeiras, associado às condições de mãe, esposa, educadora e outros encargos a elas inerentes. As pressões impostas em decorrência da expansão de suas atividades podem ainda sobrevir à discriminação sexual, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Assim, não é surpresa que as mulheres tenham sido evidenciadas com a maior probabilidade que os homens de receber prescrições medicamentosas de psicofarmacos (OMS, 2002).

Jardim (2011) relata que as incidências estatísticas dos quadros depressivos que está ocorrendo em todo o planeta, juntamente a precarização organizacional das relações do trabalho, são extremamente preocupante, pois o trabalho ocupa a centralidade da vida humana em relação tanto à subsistência quanto à inserção social e à constituição subjetiva. Um número de trabalhadores nas mais variadas situações, desde empregados a desempregados, outros com risco de perda do emprego, outros adoecidos em benefício previdenciário e sem acesso à reabilitação, em última instância, foi aposentado por incapacitação.

Os quadros depressivos apresentam-se nas mais variadas graduações, desde leves, moderados até graves, com ou sem sintomas psicóticos associados. Os estudos epidemiológicos dos transtornos do humor e as informações referentes às depressões surpreendem tanto pelo aumento de sua incidência quanto pelas mudanças no perfil da idade de acometimento e pela gravidade da evolução que vem ocorrendo nas últimas décadas no mundo (JARDIM, 2011).

Os fatores que evidenciam a alta prevalência dos quadros depressivos e ansiosos no sexo feminino demonstram a influência direta dos fatores genéticos e biológicos, desempenhando um papel motivador. Ocorre um estreito relacionamento temporal de prevalências em faixas de idades na época produtiva, com as alterações hormonais associadas. Estão bem documentadas as mudanças abruptas de ânimo relacionadas a alterações hormonais como parte do ciclo menstrual e pós-parto (OMS, 2002).

c) Todo o bloco de F40 a F48, abrangendo os *Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e às somatoformes*. Apresentou uma incidência maior no sexo feminino na faixa etária de 25 a 34. A partir desta idade houve um predomínio semelhante em ambos os sexos (GRÁF. 3).



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

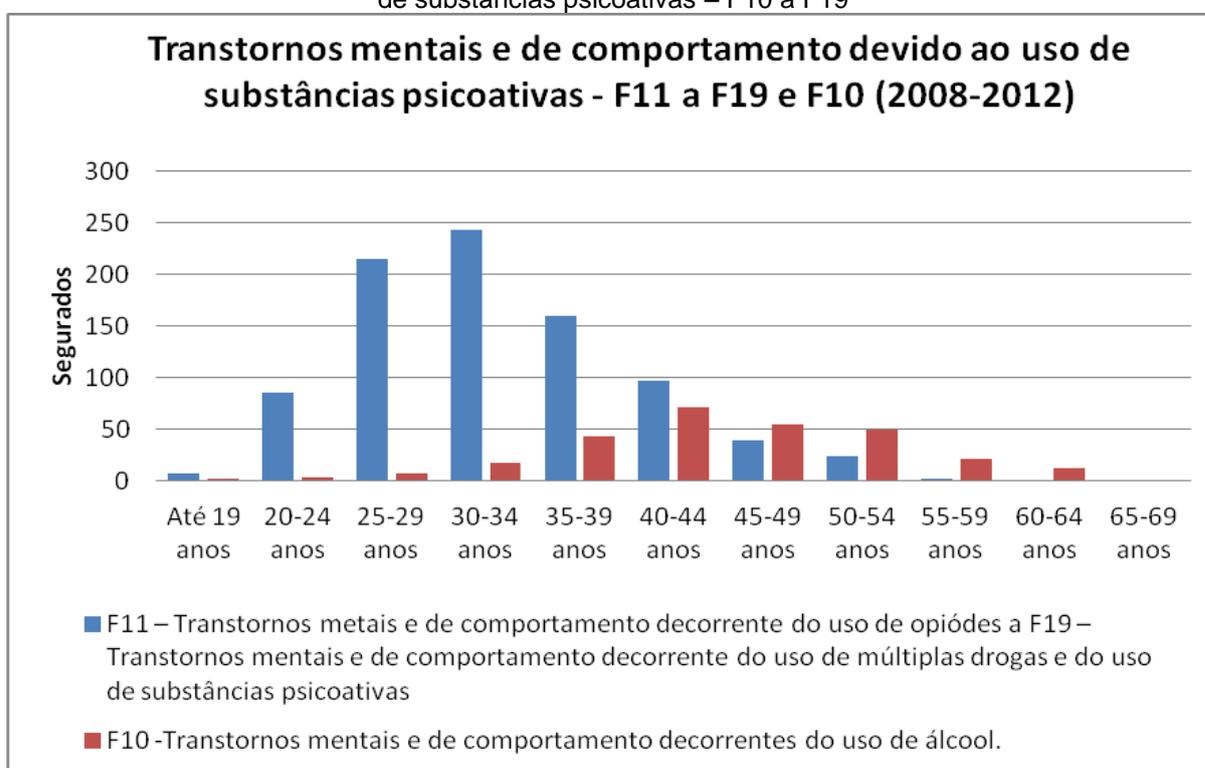
Sentimentos de tristeza ou de alegria dos indivíduos poderão estar presentes em todos os relacionamentos quando no convívio do indivíduo no ambiente organizacional. A tristeza poderá ser decorrente de frustrações, como nas aspirações não correspondidas do indivíduo. Mas quando este estado evolui para luto, que pode ser normal, ou, mesmo, para quadro mais graves, como um estado depressivo, poderá haver a perda do convívio no ambiente laboral. A evolução do contexto organizacional influencia diretamente o estado emocional. Existe uma relação direta com a ordem econômica e a justiça nas relações de trabalho, em nível tanto macro quanto microsocial. O desemprego por um período mais prolongado é um exemplo clássico da relação entre depressão e ordem econômica (BRANT-MINAYO-GOMES, 2004).

O adoecimento físico, ou somático, em sua grande maioria, apresenta evidências mensuráveis, ao contrário de transtornos/enfermidades psíquicas, que alteram o comportamento, a conduta e os valores morais e pessoais do indivíduo diante da realidade vivenciada. As alterações psíquicas são inúmeras e dos mais variados graus. Dessa forma, o estado psíquico do indivíduo suscita inúmeras interrogações, provocando problemas de toda ordem na vida pessoal e social. Portanto, necessita de um profissional que apresente entendimento e discernimento na abordagem do indivíduo portador de sofrimento mental considerando a complexidade da mente humana (CHALUB, 2012).

d) *Transtornos Mentais e Comportamento devido ao uso de álcool (F10).*

Incidência predominantemente nos homens, destacando as faixas etárias entre 35 a 54 anos, o que caracteriza dependência nos trabalhadores com início pouco antes da meia idade, uma etapa produtiva da vida profissional (GRÁF. 4).

Gráfico 4
Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso
de substâncias psicoativas – F10 a F19



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), as pesquisas epidemiológicas relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas evidenciaram que dos indivíduos que buscam atenção primária de saúde por consumirem álcool em níveis de risco apenas 25% são dependentes. Um grande número de indivíduos não é significativamente dependente, mas faz uso de álcool de forma abusiva e fica embriagados. Dessa maneira, assume comportamento de risco de várias maneiras. Existem, ainda, indivíduos que fazem uso abusivo de bebida alcoólica em níveis de risco, mas continuam realizando suas atividades laborais e frequentando escola, mantendo relações e estilos de vida relativamente estáveis.

O Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2001) informa que ocorre uma frequência elevada de casos de alcoolismo em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam por serem socialmente desprestigiadas e, até mesmo, provocam certa rejeição, cuja rotina implique contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, assim como apreensão e sacrifício de animais, ou outras em que os indivíduos estejam constantemente sob tensão, nas situações de trabalho estressantes, como o caos de motoristas coletivos, bancários, vigilantes e operários da construção civil. Incluem neste grupo de profissionais atividades que exigem grande sobrecarga de desempenho mental considerando-se, também, aquelas ocupações em que os indivíduos realizam suas atividades isoladas do convívio social, como porteiros e vigias, ou, mesmo, atividades monótonas, que provocam tédio, situações que envolvem afastamento prolongado da família, em decorrência de viagens frequentes, e trabalho em plataformas marítimas e zonas de mineração.

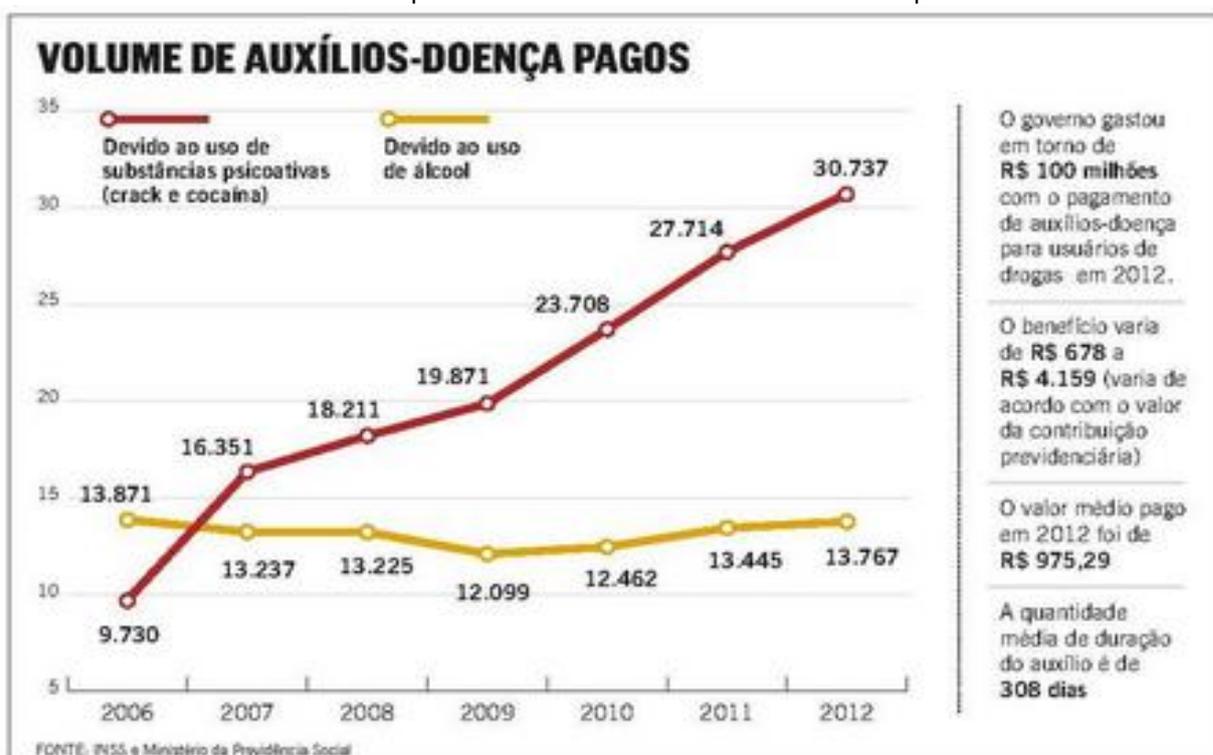
O alcoolismo caracteriza-se pelo consumo de uma maneira crônica e continuada, evidenciada pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo com episódios frequentes de intoxicação. A preocupação com o álcool e com seu uso, ao ponto de esse comportamento interferir na vida pessoal, familiar, social ou profissional da pessoa, pode, potencialmente, resultar em condições (doenças) psicológicas e fisiológicas, assim como na morte adversas desse comportamento do usuário. Portanto, havendo evidências epidemiológicas de prevalência de indivíduos em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho (BRASIL, 2001).

e) Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas desde opióides (F11) até aqueles decorrentes do uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas (F19). Apresenta-se com predomínio do sexo masculino (GRAF. 7). A incidência deste transtorno inicia-se aos 20 anos, com um aumento significativo entre 25 e 39 anos, diminuindo aos 44 anos. Tem seu pico entre 30 e 34 anos. Abrange, assim, a fase da vida produtiva dos indivíduos (GRÁF. 4). Os dados estatísticos epidemiológicos coletados do sistema SUIBE relacionados aos benefícios que incapacitaram os trabalhadores neste bloco estão relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Evidenciam que mesmo os trabalhadores com vínculo empregatício na cidade de Belo Horizonte demonstram correlação semelhante com os dados epidemiológicos de todos os segurados beneficiários da Previdência Social em nível nacional no que se refere ao consumo de cocaína (F14) e de múltiplas drogas (F19), bem como de álcool (F10) (GRÁF. 5 e 6).

A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2013) relata que somente a redução da oferta e da demanda de substâncias psicoativas não é capaz de resolver o problema das drogas. Exige-se uma abordagem mais ampla e equilibrada para o enfrentamento do problema das drogas. Conclui-se que é necessário incluir esforços mais aplicados e sistemáticos de prevenção no tratamento dos usuários e as atitudes não devem permanecer ancorados em discursos políticos, mas, sim atuar com aplicações no financiamento dedicado exclusivamente a esses fins.

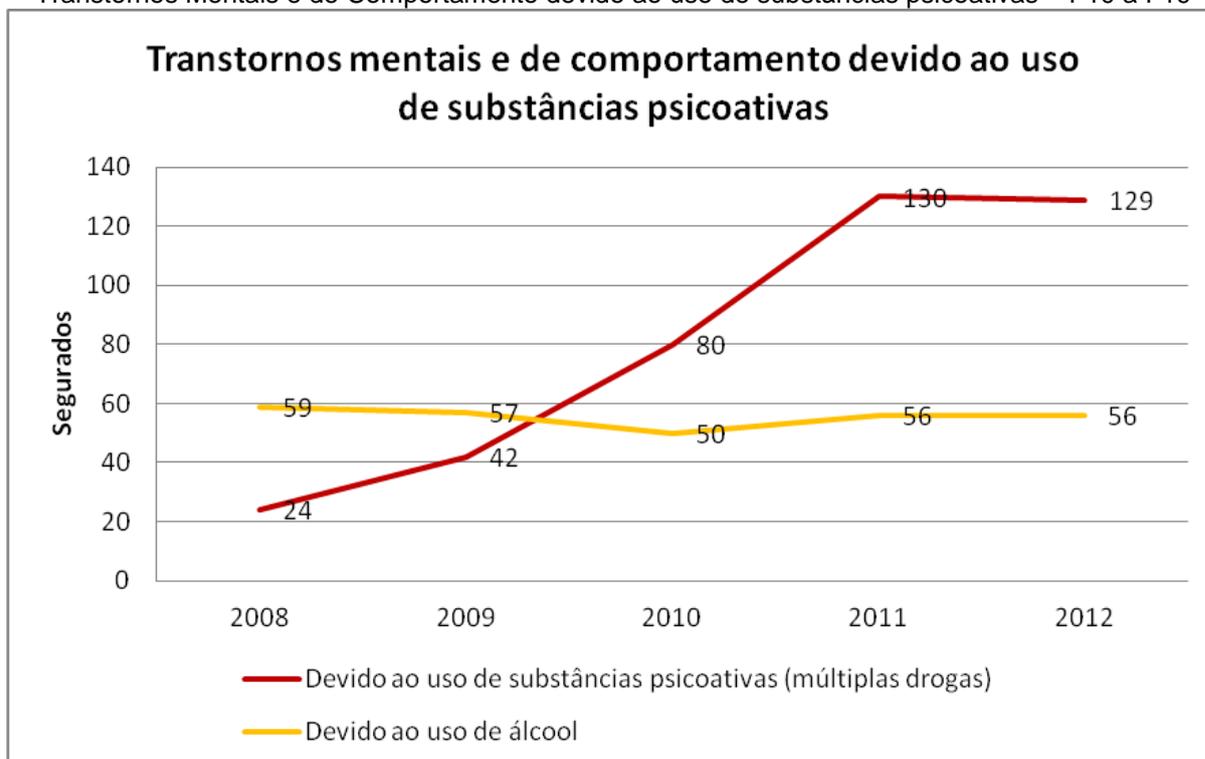
O problema das drogas ilícitas, com sua rápida natureza evolutiva de novas substâncias psicoativas, preocupa os órgãos governamentais em seus mais variados âmbitos, desde a defesa de saúde até o combate ao elevado nível de violência decorrente da concorrência no tráfico. O próprio relatório (*UNODC, 2013*) afirma que o problema não será resolvido se as drogas forem legalizadas, pois o crime organizado é altamente adaptável. Assim, é importante priorizar as substâncias ilícitas nas agendas governamentais, com políticas de combate ao tráfico, bem como a assistência à saúde do dependente (*UNODC, 2013*).

Gráfico 5
Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19



Fonte: Jornal O GLOBO de 24/02/2013.

Gráfico 6
Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19



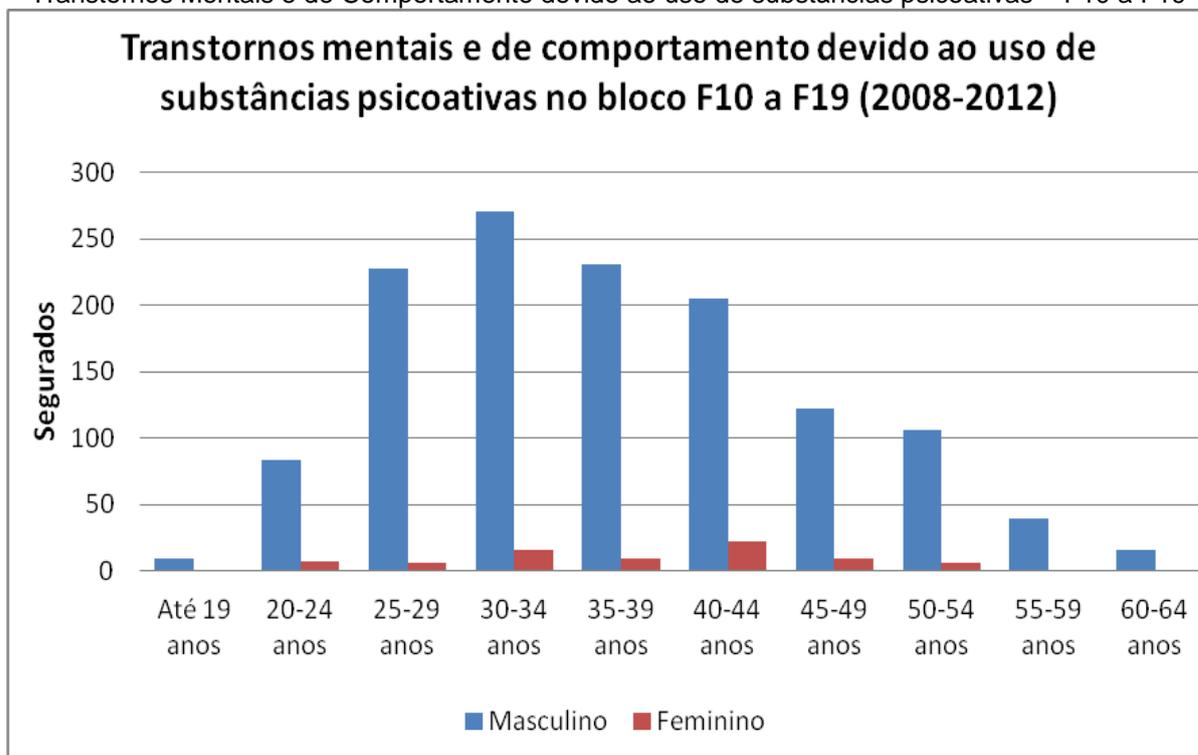
Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

A preocupação da *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2013)* sobre as drogas ilícitas está embasada nos riscos que são infligidos à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. O consumo dessas substâncias representa evidente ameaça à estabilidade e à segurança de regiões inteiras, principalmente, ao desenvolvimento econômico e social. A dependência de substâncias psicoativas é, muitas vezes, agravada pelo baixo desenvolvimento social e econômico. Assim, compromete o desenvolvimento humano. Portanto, reforça a importância de romper o ciclo destrutivo provocado pelas drogas, objetivando assegurar o direito das pessoas a um estilo de vida saudável e promover o crescimento econômico sustentável com maior segurança e estabilidade.

O relatório da *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2013)* sobre o consumo de substâncias psicoativas em nível mundial evidencia que aumentou a produção e a utilização indevida, principalmente de novas drogas, e que a demanda por drogas não tem sido substancialmente reduzida. Portanto, existem desafios à aplicação de um sistema de controle e, principalmente, da violência gerada pelo tráfico. O relatório (*UNODC, 2013*) apresenta preocupação com a natureza evolutiva de novas substâncias psicoativas.

Gráfico 7

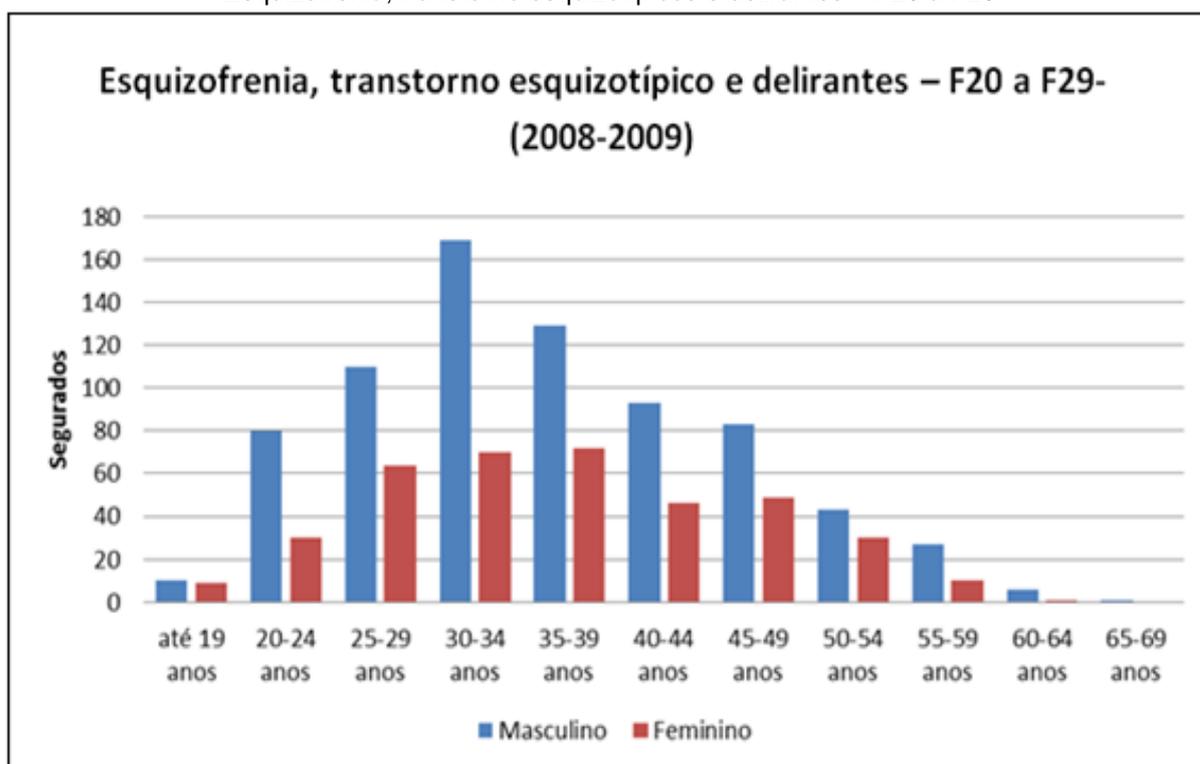
Transtornos Mentais e de Comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas – F10 a F19



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

- f) Bloco que abrange a *Esquizofrenia (F20)*. Destaca-se a incidência predominantemente em homens. A faixa etária de relevância é a de 20 a 49 anos, tendo o seu pico entre 30 e 34 anos, etapa produtiva da vida profissional (GRÁF. 8).

Gráfico 8
Esquizofrenia, transtorno esquizotípicos e delirantes – F20 a F29



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

A OMS (OMS, 2002), relata que os avanços ocorridos na neurociência e na genética evidenciaram que a grande maioria dos quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento, quando acomete o indivíduo em uma forma mais grave, está associada a um componente genético e que os fatores psicológicos individuais que se relacionam ao comportamento humano estão associados, em parte, às interações com o meio ambiente, natural ou social, podendo resultar em incapacidade grave e sustentada, inclusive a incapacidade de trabalhar.

Para o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001), as disfunções causadas pelos Transtornos Mentais e de Comportamento comprometem o indivíduo e provocam limitações na atividade de vida diária, no autocuidado e na capacidade de interagir com a sua família e com todas as outras pessoas de seu convívio, podendo acarretar o isolamento do ambiente social. Além do sofrimento vivenciado, encontram-se a estigmatização, a vergonha e a discriminação com a exclusão.

5.4 Os Transtornos Mentais e de Comportamento que incapacitaram trabalhadores com vínculo empregatício organizacional no período de janeiro/2008 a dezembro/2012

A TAB. 1 Relaciona todos os benefícios previdenciários decorrente dos Transtornos Mentais e de Comportamento concedidos no período de janeiro/2008 a dezembro/2012 na cidade de Belo Horizontes, focalizando a quantidade total de dias de afastamento do trabalho, os valores dispêndios por gênero e por ano – Benefício previdenciário decorrente de acidente/doença relacionado ao trabalho – **B91**, aposentadoria decorrente de acidente/doença relacionado ao trabalho – **B92**. O destaque é para aqueles em que o trabalho não é a causa motivadora da incapacitação; ou seja, não existe nexos com o trabalho. Assim, contemplam-se os benefícios previdenciários – **B31** e a aposentadoria previdenciária – **B32**, com base nas informações constantes do banco de dados do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE):

Tabela 1 - Benefícios previdenciários relacionados ou não ao trabalho 2008-2012

Benefícios previdenciários		2008		2009		2010		2011		2012	
		Homens	Mulheres								
Auxílio doença por acidente de trabalho (B91)	Dias corridos	971	1.226	1.134	1.145	2.047	2.107	2.044	1.963	1.496	1.813
	Valores (R\$)	136.970,99	109.950,61	100.174,75	127.324,15	138.630,45	103.083,82	154.442,29	142.033,19	153.626,48	158.101,52
Auxílio doença previdenciário (B31)	Dias corridos	16.667	17.866	14.544	18.552	28.500	36.299	30.379	30.066	21.045	28.139
	Valores (R\$)	1.131.370,35	1.293.973,90	1.129.328,22	1.209.337,29	1.302.826,76	1.465.850,53	1.455.805,40	1.624.995,07	1.506.983,63	1.789.856,44
Aposentadoria por invalidez previdenciária (B92)	Dias corridos	36	20	101	119	142	14	2	3	32	5
	Valores (R\$)	5.072,49	1.033,39	1.647,68	1.100,17	6.131,69	7.049,86	917,25	545,00	11.044,71	622,00
Aposentadoria por invalidez acidentado de trabalho (B32)	Dias corridos	2.469	1.034	1.266	1.195	768	343	2.234	1.573	1.618	971
	Valores (R\$)	116.863,57	41.296,86	99.181,98	67.336,78	124.979,00	47.921,62	135.779,53	69.406,49	110.474,41	46.075,21

Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

O total de benefícios concedidos nestes cinco anos somaram 15.063. Para o sexo feminino, a soma foi de 8.434; para o sexo masculino, 6.629. É relevante destacar que os benefícios por incapacitação não relacionados diretamente ao trabalho, que são os benefícios previdenciários (**B31**), são bem mais representativos – da ordem de milhões de reais, em relação àqueles decorrentes de acidente/doença relacionados ao trabalho (**B91**), da ordem de milhares de reais. O total de (**B91**) para os homens foi de 517 benefícios e para as mulheres, 539.

Outra informação relevante é que os benefícios por incapacitação não relacionados diretamente ao trabalho, que são os benefícios previdenciários - **B31**, apresentam-se em destaque, pois são bem mais representativos, da ordem de milhões de reais, em relação àqueles decorrentes de acidente/doença do trabalho - **B91** – da ordem de milhares de reais. Da mesma forma, as aposentadorias decorrentes de benefício previdenciário – **B32** também foram bem superiores, no que diz respeito aos recursos financeiros despendidos, àquelas relacionadas diretamente às aposentadorias decorrentes de acidente/doença do trabalho - **B92**.

Em relação aos recursos financeiros despendidos neste período de cinco anos, o montante total foi de R\$ 16.385.147,53. Deste total, R\$ 13.910.327,59 correspondem às despesas com benefícios de auxílio-doença previdenciária - B31, o que corresponde a 84,90% do total. Conseqüentemente, 15,10% estão destinados ao auxílio-acidente/doença relacionado ao trabalho – **B91**.

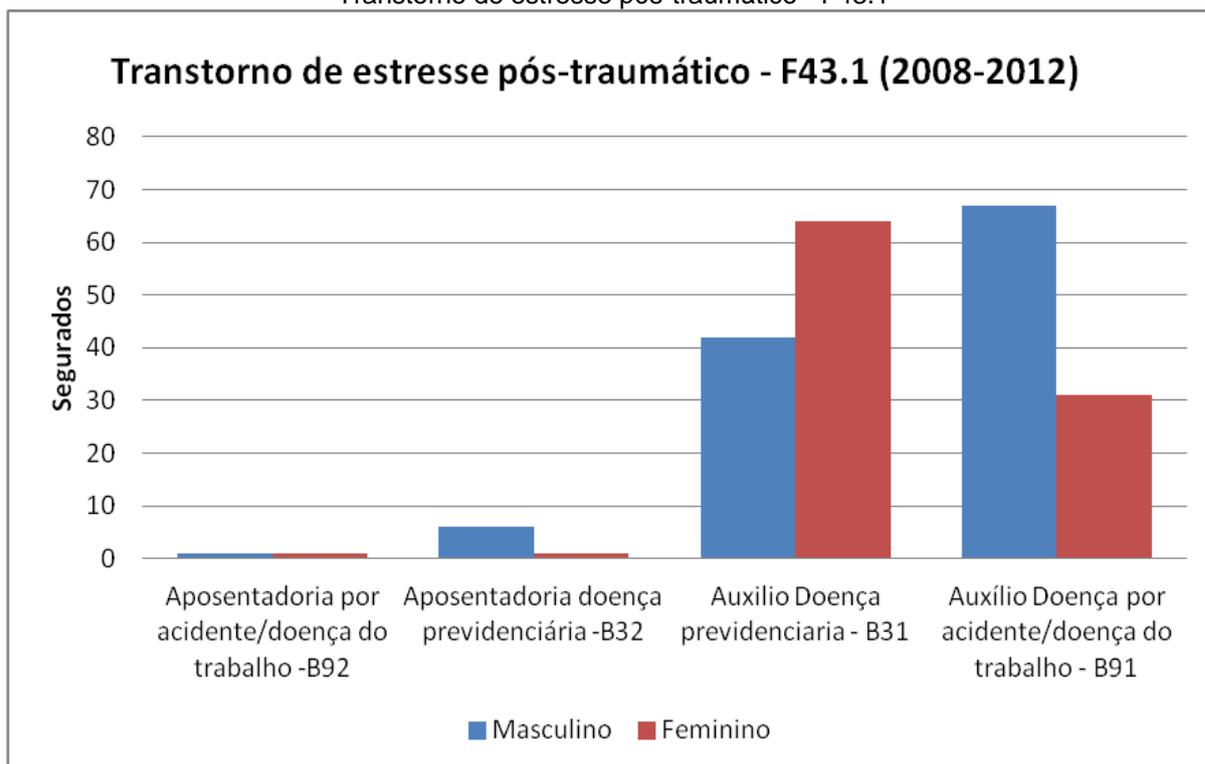
Estatísticas do próprio Ministério da Previdência Social mostram que os Transtornos Mentais e Comportamentais no ano de 2010 foram a terceira principal causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa. O percentual de concessão chegou a 9% do total, sendo que cerca de 6% destes benefícios foram considerados de natureza acidentária – B91 (BRASIL, 2011).

Os desafios para dar legitimidade ao adoecimento mental do indivíduo representam um processo difícil, pois decorrem de problemas conceituais, teóricos e metodológicos que não são simples e muito menos de fácil solução, pois a próprio entendimento ou definição do que seja adoecimento psíquico é questionável e controverso (ARAUJO, 2011).

Jacques e Amazarray (2006) relatam que os distúrbios mentais e de comportamento têm aumentado na população trabalhadora brasileira. Por serem sintomas subjetivos e que não são lesões visíveis, ou mesmo, processos físicos evidentes e mensuráveis que possam ser avaliados por meio de exames objetivos, muitas vezes, os indivíduos acometidos não têm seu transtorno/adoecimento legitimamente reconhecido.

a) *Transtornos de estresse pós-traumático (F43.1)*. Apresentaram a maior incidência de todos os blocos do Capítulo V dos Transtornos Mentais e do Comportamento quando relacionado ao trabalho – B91. Prevalectem para o sexo masculino (GRAF. 9).

Gráfico 9
Transtorno de estresse pós-traumático - F43.1



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

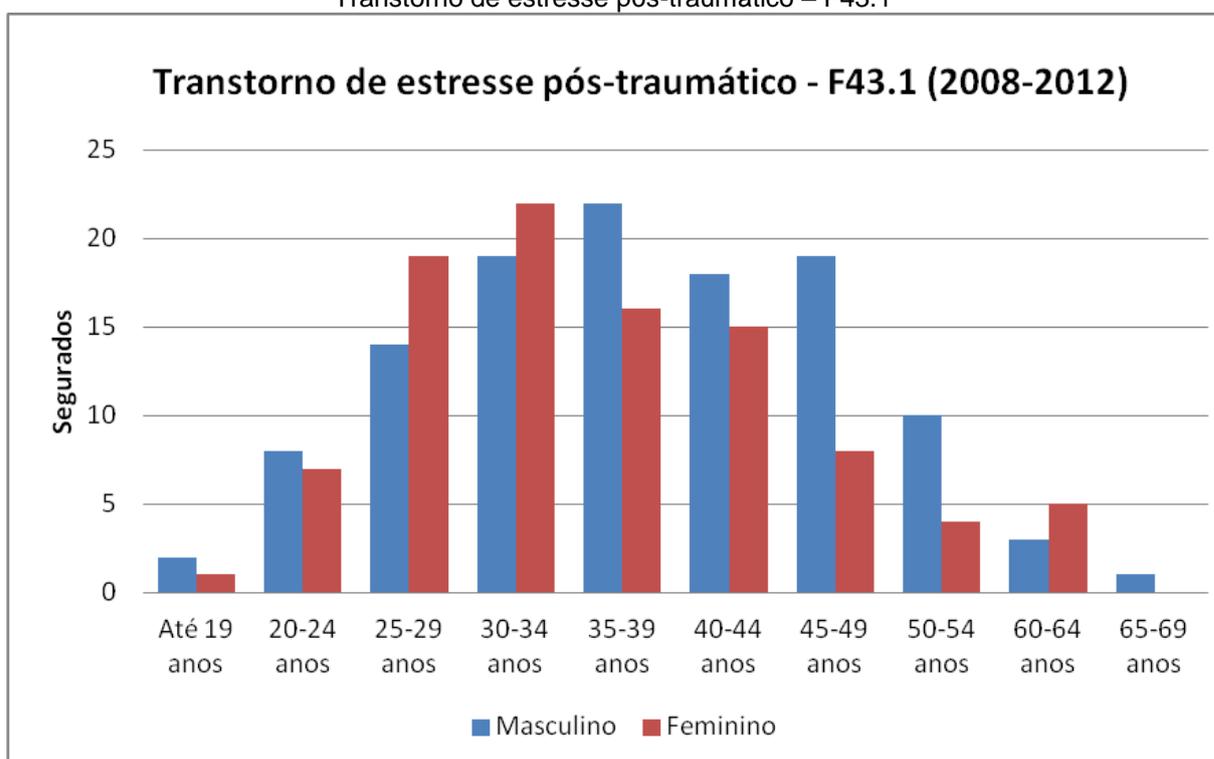
Mello e Fiks (2006) relatam que as estatísticas brasileiras ainda não são mensuráveis, mas acredita-se que deve ser bem elevada a incidência deste tipo de transtornos, sobretudo nas grandes cidades, onde a violência está presente. Suas várias formas podem ser descritas: a violência doméstica, assaltos à mão armada ou não, agressão física, sequestros nas suas mais variadas formas, tortura, estupro, acidentes de trânsito, presenciar morte violenta ou visão inesperada de um corpo em sofrimento ou parte dele, um cadáver ou, mesmo, ao receber o diagnóstico de alguma enfermidade que possui risco de morte.

A violência é o evento marcante e a característica principal dos quadros de Transtornos de Estresse Pós Traumático. Pode ser concebida como o grande motivador do evento estressor. Os eventos traumáticos são indissociáveis da

agressividade. Neste contexto, desenvolvem no indivíduo sintomas específicos após a exposição a uma situação extremamente estressante: experiência real de morte, ameaça de morte ou possibilidade de sofrer dano à integridade física, situações de vivenciar ou presenciar cenas de violência, receber uma notícia inesperada, seja de morte ou um fato violento envolvendo um membro familiar ou pessoa próxima (MELLO; FIKS, 2006).

- b) *Transtornos de estresse pós-traumático (F43.1)*. Apresentaram maior incidência no sexo feminino, a partir de 25 anos, prevalecendo até 44 anos, com uma maior incidência entre 25 a 34 anos. Também, constata-se maior acometimento por estes transtornos psíquicos em relação ao sexo masculino. As incidências no sexo masculino iniciam-se a partir dos 30 anos, prevalecendo até 49 anos. A prevalência da curva se inverte em favor do sexo masculino dos 35 anos até 54 anos. Verifica-se que mantêm um pico no sexo masculino, a partir dos 35 a 49 anos, com visível prevalência no sexo masculino neste período em relação ao sexo feminino (GRÁF. 10).

Gráfico 10
Transtorno de estresse pós-traumático – F43.1



Fonte: Banco de dados do INSS (SUIBE), 2013.

A violência na sociedade brasileira contemporânea tem se expandido e está sendo disseminada à população brasileira pelos meios de comunicação, muitas vezes, fazendo parte do cotidiano social. Neste contexto, produz uma realidade em que o indivíduo terá que enfrentar. Alguns reestruturam o seu emocional e adquirem resiliência a situações adversas; outros enfrentam sofrimentos psíquicos importantes. Assim, dependendo a intensidade do trauma vivenciado, o indivíduo pode sofrer desestabilização de todo o quadro psíquico, com os mais variados sintomas (FERREIRA-SANTOS; SIMÕES, 2006).

Mello e Fiks (2006) relatam que o diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é elaborado, principalmente após eventos externos com características bem delimitadas por aqueles indivíduos que estiveram expostos a ele e vivenciaram situações de violência traumática. Reforçam que essa experiência veio provocar um grande fator estressor. O quadro clínico é manifestado por uma tríade que inclui: o pensamento que surge contra a vontade e que provoca a reexperiência do fato traumático; uma conduta de esquivar-se, evitando situações que levam a lembranças do trauma; e sintomas e hiperestimulação.

Souza *et al.* (2006) estimam que a prevalência dos Transtorno de Estresse Pós-Traumático entre os brasileiros seja elevada e que existe a necessidade de promover estudos relacionados ao tema, objetivando a elaboração de estratégias para a formulação do diagnóstico e a implementação de programas terapêuticos e de reabilitação destes indivíduos, pois o quadro psíquico poderá provocar importante limitações devido ao sofrimento vivenciado.

Para Peres (2006) a violência é um problema de saúde pública. Envolve situações complexas nas estratégias de enfrentamento e entendimento, assim como tratamento e sequelas que possam permanecer. A importância de compreender o problema da violência e o seu efeito sobre a saúde objetiva realizar ações e medidas além da saúde, para, assim, evitar sua ocorrência e buscar o tratamento mais adequado e processos de reabilitação além dos tradicionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os órgãos governamentais, como gestores da saúde, em seus mais variados âmbitos, devem se comprometer com a responsabilidade por assegurar políticas abrangentes sobre este complexo problema de saúde pública, intervindo nos setores público, assim como na iniciativa privada, promovendo a formulação e implementação de políticas eficazes. Dessa maneira, para executar uma intervenção de modo eficiente, faz-se necessário apoiarem-se em informações estatísticas epidemiológicas atualizadas e com dados fidedignos em relação à comunidade, aos tratamentos eficazes, às estratégias de prevenção e promoção à saúde mental e aos recursos disponibilizados para esta finalidade, com a necessidade de executar a monitorização e revisão periódica dessas políticas, para que deliberações possam ser continuamente acertadas. O importante é que essas políticas visem a garantir a atenção à saúde mental não somente para indivíduos em risco, mas de toda a sociedade (OMS, 2002).

No país existem quatro grandes fontes de dados estatísticos epidemiológicos, mas que não estão interligadas: o Dataprev, da Previdência Social, por meio das CATs; o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde; o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde; e a Relação Anual das Informações Sociais (RAÍS), com dados sobre a movimentação dos empregados com contrato formal de trabalho, gerido pelo Ministério do Trabalho. Waldvogel (2011) destaca que estes sistemas, apesar de sua importância, apresentam falhas. Portanto, não existe um sistema informatizado completo e fidedigno capaz de subsidiar as estatísticas nacionais sobre as informações de acidente/doença do trabalhador (WALDVOGEL,2011).

Waldvogel (2011) relata que os dados do INSS sobre acidente/doença relacionados ao trabalho não abrangem os trabalhadores informais, autônomos e domésticos, pelo fato de estas classes não fazerem jus às notificações de CATs ou outros mecanismos de registros, bem como os funcionários públicos, pois participam de outro regime de previdência. Também, a disponibilização de dados para estudo mais pormenorizado é limitado. No entanto, para realizar uma abordagem mais detalhada e abrangente das informações, é necessário fazer uma solicitação regionalizada a esse órgão.

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar e descrever a percepção dos Peritos Médicos do INSS da cidade de Belo Horizonte em caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento associados ao trabalho. Analisou os dados sobre o afastamento dos trabalhadores com vínculo empregatício em organizações regidas pelas Consolidações das Leis do Trabalho (celetistas) e que requereram benefícios na cidade de Belo Horizonte e tiveram reconhecida sua incapacitação laboral motivada por quadros relacionados aos Transtornos Mentais e de Comportamento do Capítulo V da CID-10, separando-os em blocos de gênero e idade. Foram identificados todos os benefícios, bem como aqueles que estão relacionados ao trabalho – B91. O período pesquisado foi de janeiro/2008 a dezembro/2012, ano seguinte à implantação do NETP.

Sob o ponto de vista da metodologia, caracterizou-se como qualitativa descritiva, constituindo-se em um estudo de caso. Os métodos de coleta e análise dos dados compreenderam entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, respectivamente, nas agências da Previdência Social em Belo Horizonte, realizadas com os Peritos Médicos.

Verificou-se que se a solicitação de um benefício previdenciário estiver bem respaldada ele será caracterizado como decorrente do trabalho. Dessa maneira, ficou evidente que os quadros de Estresse pós-traumático – F43.1, ou seja, diagnósticos bem definidos e com fundamentação específica, serão caracterizados como ocupacionais. Assim, os dados transmitidos pelos respondentes estão condizentes com as informações das análises dos dados epidemiológicos extraídos do SUIBE (GRÁF. 9).

Um dado muito importante obtido refere-se às queixas dos respondentes relacionadas à falta de embasamento técnico-científico na especialidade de psiquiatria, desde a formação acadêmica até ingresso do Perito Médico no serviço público, bem com a capacitação continuada, pois as reclamações desses profissionais são que muitos segurados apresentam quadros clínicos psiquiátricos complexos e de difícil identificação e que durante o exame médico-pericial, é realizado principalmente, o entendimento e análise das queixas desses segurados, que são extremamente subjetivas. Dessa forma, as informações para compor o

exame médico-pericial constituem-se de relatos dos fatos alegados pelos requerentes, para, assim, realizar uma decisão conclusiva de concessão ou não do benefício.

Conforme Epiphanyo e Vilela (2009) existe uma frequência de diagnósticos psiquiátricos na perícia médica associados a comorbidades, principalmente a distúrbio/enfermidade somáticas. Assim, um bom conhecimento em psicopatologia e psiquiatria forense na formação do perito médico favorecerá a melhor compreensão de incapacitação laboral ou, mesmo, de invalidez.

Os Peritos Médicos tem a responsabilidade ética e legal para se manifestarem sobre a incapacidade laboral do trabalhador segurado com parecer técnico conclusivo. Portanto, cabe ao órgão gestor mantê-los suficientemente habilitados e qualificados para exercerem estas atribuições oficiais que lhes foram outorgadas.

Os Transtornos Mentais e de Comportamento são de abordagem ampla e complexa. Eles exigem do Perito Médico preparo técnico e experiência profissional que lhe permitam considerar a gênese biopsicossocial do indivíduo. Portanto, esta situação determina peculiaridades a serem observadas inerentes à psiquiatria, como: predomínio de uma fundamentação abstrata para a análise das funções psíquicas; ausência de exames complementares comprobatórios; dificuldades para realizar a entrevista, devido à colaboração do entrevistado no fornecimento de informações e na credibilidade da descrição sintomatológica; necessidade de considerar a história de vida, com início no período pré-natal até o momento presente; e exame do estado mental na ocasião da avaliação (DIRETRIZES DE PSIQUIATRIA DO INSS, 2010).

Outra questão apresentada pelos respondentes foi em relação ao tempo insuficiente destinado à realização do exame médico-pericial nos casos de segurado acometido por quadros psiquiátricos. O limite predeterminado de 20 minutos, destinado ao atendimento é diminuto, pois o profissional deverá realizar uma anamnese/exame físico e analisar toda documentação apresentada. Portanto, prejudicando a qualidade e eficiência, cerceando uma fundamentação técnico-científica.

Na análise do requerimento do benefício não há um protocolo específico para o atendimento dos segurados com adoecimento psíquico relacionado ao trabalho. Durante o exame médico-pericial, estes profissionais utilizam os mais variados meios para comprovar o adoecimento e o nexos com a atividade laboral: desde o Boletim de Ocorrência Policial, nos casos de violência (assalto, atropelamento, agressões e outros), até a análise de prontuário/informações médicas das instituições de saúde que prestam atendimento a estes segurados, além da documentação da empresa, como os dados do SESMT.

• Limitações da pesquisa

Foram analisados os dados do SUIBE de todos os benefícios concedidos aos trabalhadores empregados com vínculo em organizações asseguradas pelo RGPS em Belo Horizonte no período de janeiro/2008 a dezembro/2012. Assim, foram processados todos os benefícios requeridos e concedidos. Portanto, não foram pesquisados os servidores públicos municipais, estaduais e federais, por serem regidos por outros regimes de previdência. Também, não foi realizada a análise das solicitações de benefícios indeferidos nos quadros dos Transtornos Mentais e de Comportamento de trabalhadores com vínculo empregatício. Dessa forma, a pesquisa abrangeu somente os benefícios reconhecidos como incapacitantes pelos Peritos Médicos.

Conforme já informado, os dados incluem somente os trabalhadores com vínculo empregatício organizacional que estão incapacitados para as atividades laborais. A vigência da incapacitação é decorrida a partir do 16º dia, conforme estabelece o art. 75 do Decreto 3.048/1999. Assim, os primeiros quinze dias não são computados no banco de dados do INSS pelo fato de este período ser de responsabilidade do empregador.

Os dados do SUIBE analisados não permitiu fazer um estudo comparativo quantitativo de trabalhadores empregados por gênero na cidade de Belo Horizonte. Ou seja, não foi verificado o percentual de trabalhadores do sexo masculino e do sexo feminino por ano em relação aos benefícios solicitados e deferidos.

● Contribuições da pesquisa

Este estudo constatou que existe uma demanda dos Peritos Médicos para o atendimento aos segurados que solicitam benefícios previdenciários relacionados aos Transtornos Mentais de Comportamento. Eles consideram a área da psiquiatria extremamente complexa, devido à subjetividade das queixas dos requerentes em razão da multifatorialidade dos elementos influenciadores, decorrente dos diversos determinantes motivadores do adoecimento psíquico. Portanto, estes profissionais reivindicam a necessidade de treinamentos específicos para o atendimento médico-periciais em relação aos quadros psiquiátricos.

O Decreto 5.707, de fevereiro/2006, determina:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal, a ser implementada pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, com as seguintes finalidades:

I - melhoria da eficiência, eficácia e qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão;

II - desenvolvimento permanente do servidor público;

III - adequação das competências requeridas dos servidores aos objetivos das instituições, tendo como referência o plano plurianual;

IV - divulgação e gerenciamento das ações de capacitação; e

V - racionalização e efetividade dos gastos com capacitação.

Art. 2º Para os fins deste Decreto, entende-se por:

I - capacitação: processo permanente e deliberado de aprendizagem, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências institucionais por meio do desenvolvimento de competências individuais;

II - gestão por competência: gestão da capacitação orientada para o desenvolvimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das funções dos servidores, visando ao alcance dos objetivos da instituição; e

III - eventos de capacitação: cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios, estágios, seminários e congressos, que contribuam para o desenvolvimento do servidor e que atendam aos interesses da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Compete ao Estado promover políticas de capacitação dos servidores públicos, elaborando-as de modo a contribuir para seu desenvolvimento e atualização, em consonância com as demandas institucionais dos órgãos e entidades federais, disponibilizando meios necessários para sua realização. Isso proporcionaria melhor desempenho funcional, com um atendimento eficiente e qualificado destes profissionais, proporcionando-lhes efetividade na execução da Justiça Social (BRASIL, 2006).

Outra evidência explicitada pelos profissionais foi em relação ao tempo destinado à realização da perícia médica em segurados que solicitam benefício previdenciário com queixas relacionadas aos Transtornos Mentais e de Comportamento. Consideram que, para realizar um exame médico-pericial mais respaldado e bem fundamentado, necessitam observar outros aspectos, como o histórico de vida pessoal do requerente e o relacionamento interpessoal social, familiar e ocupacional, além daqueles que possam ser pertinentes e que venham a influenciar no adoecimento psíquico. Isso porque existem inúmeros elementos, como a “multifatoriedade” e a “multicausalidade”, que poderão estar diretamente relacionados aos quadros psiquiátricos. Portanto, os Peritos Médicos necessitam de um período de tempo que proporciona uma condição adequada para a abordagem dos segurados acometidos por estes transtornos/enfermidade muito além do tempo preestabelecido pela agenda médico-pericial do INSS.

Couto e Souza (2007) relatam que o tempo para a realização de uma perícia médica é exíguo, apontando que em determinadas especialidades médicas deve ser mais amplo, para proporcionar melhor entendimento das queixas relatadas pelos segurados e para discutir e aprofundar as informações sobre a descrição do laudo do médico-assistente apresentado durante a perícia médica, principalmente nos casos clínicos em que o requerente do benefício apresentar áreas complexas, especialmente nos quadros psiquiátricos.

● **Sugestões para pesquisas futuras**

O Sistema Único de Informações de Benefícios da Previdência Social (SUIBE) é uma gigantesca fonte de dados epidemiológicos, de grande relevância para a sociedade. Está integrado em todo o País, propicia informações tanto nacionais como regionalizadas, fornece dados fidedignos e está subutilizado em pesquisas acadêmicas. Assim, a sugestão é que seja mais explorada esta base de dados, buscando auxiliar o entendimento e o conhecimento sobre o adoecimento do trabalhador.

Outra sugestão consiste em analisar as solicitações de benefícios indeferidos decorrente de quadros clínicos relacionados aos Transtornos Mentais e de Comportamento de trabalhadores com vínculo empregatício em organizações, propiciando melhor compreensão da realidade que envolve esses segurados e os possíveis motivos mais recorrentes desses requerimentos, buscando, assim, esclarecer o pretexto que levam estes segurados a solicitar benefícios, bem como a justificativa da denegatória da solicitação de afastamentos temporários e/ou aposentadoria.

As sugestões são também no sentido de aplicar a pesquisa aos servidores públicos municipais, estaduais e federais, para reconhecer se as realidades vivenciadas por esses trabalhadores são as mesmas dos trabalhadores de organizações regidas pelas Consolidações das Leis do Trabalho (celetistas), podendo ser essa mediante análise comparativa do ambiente laboral e assim, verificar a possibilidade de diferenças ou semelhanças que possam influenciar o adoecimento psíquico e compreender os mais diversos ambientes ocupacionais. Dessa forma, a temática “Transtornos Mentais e de Comportamento” seria analisada sob os mais variados ângulos e aspectos, abrangendo todos os trabalhadores, independente da organização à qual estejam vinculados, permitindo, assim, alcançar um entendimento sistematizado acerca do adoecimento psíquico provocado pelas organizações sobre os trabalhadores, em todos os seus níveis.

Realizar nova pesquisa com fundamentos técnicos-científicos nos bancos de dados do INSS, destinado a atualização das referências entre a relação das doenças constante do CID-10 e do CNAE das organizações, aliada a outros parâmetros como a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Isto permitiria a construção de um estudo baseado nos princípios epidemiológicos em sua metodologia e a confecção de uma nova tabela para corrigir as inconsistências e confirmar ou não se determinadas doenças são provocadas pelo trabalho, de acordo com a literatura técnico-científica, bem como uma análise epistemológica. Que este estudo seja realizado no período após o término da terceirização quando a Perícia Médica foi profissionalizada.

Segundo Couto (2007), o recurso do NTEP apresenta falhas metodológicas entre o Nexo Presumido com relação ao CID e o CNAE. Isso porque, ao estabelecer o nexos entre algumas doenças e a exposição do trabalhador ao fator de risco, exige que seja realizada uma pesquisa criteriosa, seguindo uma série de etapas técnicas associadas a inúmeras variáveis. Portanto, o valor científico da metodologia deve ser avaliado em relação à amostragem, à técnica utilizada e aos erros de inferências.

Oliveira (2010) ressalta a importância dessa nova metodologia que é a implantação do NTEP, em que a saúde do trabalhador e a relação com a atividade ocupacional podem ser compreendidas por meio da epidemiologia, de modo que ações efetivas sobre o adoecimento do trabalhador decorrente da atividade laboral possam ser abortadas com celeridade e fidedignidade. Vislumbra-se assim, um efeito positivo à atenuação dos agravos à saúde do trabalhador decorrente da pressão da produção ao proporcionar uma desburocratização jurídico-trabalhista, bem como, ambiental-ocupacional e previdenciária.

Realizar uma pesquisa no próprio banco de dados do INSS (SUIBE), para verificar as profissões que manifestam a maior incidência de quadros de Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados à atividade ocupacional, bem como as organizações que provocam a maior incidência de adoecimento psíquico. Seria mais uma sugestão, para evidenciar os motivos influenciadores e, principalmente, para promover uma abordagem que permita prevenir os agravos advindos do trabalho, bem como atuar sobre os motivos e as consequências destes transtornos/enfermidades na saúde mental dos trabalhadores.

“Transtornos Mentais e de Comportamento” é tema de debate sobre Saúde Ocupacional por todo o mundo, devido a sua alta incidência entre trabalhadores de nível gerencial e os de nível operacional. Portanto, existem dimensões que podem refletir diretamente a saúde do trabalhador, como: qualidade da gestão do processo produtivo, realidade psicossocial do trabalho e fatores higiênicos, estresse laboral, características específicas para a execução da tarefa, quadro de valores organizacionais, bem como o modelo de sistematização do trabalho (COUTO, 2007).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Henrique Rodrigues de. Aspectos bioéticos da perícia médica previdenciária. **Rev. Bioética**. Brasília, v. 19, n. 1, p. 277-298, 2011.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O debate contemporâneo sobre os paradigmas**. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999. cap. 6. p. 129-144.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O planejamento de pesquisas qualitativas**. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thomson, 1999. cap. 7, p. 147-176.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARAÚJO, T. M. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 325-343
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRANT, L. C.; Minayo-Gómez, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004
- BRANT, L. C.; Minayo-Gómez, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 465-473, 2007.
- BRANT; Luiz Carlos. MINAYO-GOMEZ, Carlos. Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.2, p.237-247, 2009.
- BRASIL. Congresso Nacional. Decreto n 1.254, de 29 de setembro de 1994. Promulga a Convenção número 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 188, p. 14819. 30 set.1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1254.htm>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.666 de 8 de maio de 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ano 140, n. 88, p.1-29, 12 maio 1999. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=09/05/2003>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto n.º 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ano 137, n. 89, p.1, 9 maio 2003. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=98&data=12/05/1999>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto n.º 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, Brasília, 23 de fevereiro de 2006; 185º da Independência e 118º da República. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-006/2006/Decreto/D5707.htm>. Acesso em: 4 mar. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.876 de 2 de junho de 2004. Cria a carreira de perícia médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da carreira de supervisor médico-pericial do quadro de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 141, n. 106, p. 1-4, 3 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=03/06/2004>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Anuário estatístico da previdência social: AEPS 2011. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, Brasília, v. 20, p. 1-888, 2011. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1537>>. Acesso em: 13 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho 2007**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=641>>. Acesso em: 26 fev. 2013a.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Comunicação de Acidente do Trabalho: CAT**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=297>>. Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=463>>. Acesso em: 26 fev. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580 p.

CARNEIRO, S. A. M. **Principais diretrizes e ações em saúde mental**: na administração pública federal. Brasília: DESAP, 2010. 67 p.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CHALUB, M. Medicina forense, psiquiatria forense e lei. In: TABORDA, J. G. V.; ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 27-37.

CHENIAUX, E. **Manual de psicopatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogman, 2005. 116 p.

CODO, W. Uma revolução silenciosa em saúde e trabalho no Brasil. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis: Vozes. 2010, p. 11-19.

CONSELHO FERERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 183, p. 90-93, 24 set. 2009. Brasília. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/09/2009&jornal=1&pagina=90&totalArquivos=96>>. Acesso em: 4 de mar. 2013.

CONSELHO FERERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.488/1998. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 44, p. 150, 6 mar.1998. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=170&data=06/03/1998>>. Acesso em: 4 de mar. 2013.

COUTO, H. de A. Saúde mental no trabalho: um modelo de abordagem e uma forma sistematizada de pesquisa nas organizações. Belo Horizonte, **Ergonomia, Saúde e Segurança**, n. 3, p. 70-99, abril/maio/junho 2007.

COUTO, H. de A.; SOUZA, W. de O. Fluxograma de condutas médico-administrativas de perícias previdenciárias considerando o NTEP. Belo Horizonte, **Ergonomia, Saúde e Segurança**, n. 3, p. 65-69, abril/maio/junho 2007.

COUTO, H. de A.; SOUZA, W. de O. Tem o nexó técnico epidemiológico algum valor científico? : uma análise crítica do nexó presumido de doenças por atividade econômica. Belo Horizonte, **Ergonomia, Saúde e Segurança**, n. 3, p. 8-47, abril/maio/junho 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. v. 1, p. 47-66.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009. 145 p.

DEJOURS, C.; BÉGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer. Tradução: Franck Soudant; revisão técnica: Laerte Idal Sznelwar e Selma Lancman. Brasília: Paralelo 15, 2010. 127 p.

EPIPHANIO, E. B.; VILELA, J. R. de P. X. **Perícias médicas**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 4-13

FERREIRA-SANTOS, E.; SIMÕES, K. Técnicas psicoterápicas. In.: MELLO, M. F. (Coord.) *et al.* **Transtorno de estresse pós-traumático - TEPT**: diagnóstico e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2006, p. 29-42.

FLICK, Uwe. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. Coleção Pesquisa Qualitativa, coordenada por Uwe Flick.

GONZAGA, P. **Perícia Médica da Previdência Social**. 2. ed. São Paulo: LTR. 2001. 295 p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa - RAE**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY M. R. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/v20n1_09TrabBancario.pdf. Acesso em: 14 nov. 2013.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 71-83, 2011.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR Laerte Idal (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008. 396 p.

LIMA, M. E. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 260-268, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a08v35n122.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

LIMA, M. E. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. **Revista de Administração da FEAD-Minas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 73-80, junho 2005.

LIMA, B. G. C. A perícia médica do INSS e o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis: Vozes. 2010, p. 55-74.

LOURENÇO, Edvânia A. de Souza. Agravos à saúde dos trabalhadores no Brasil: alguns nós críticos. **Revista Pegada**, Presidente Prudente, v. 2, n. 1, p. 3-33, jun. 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. Cap. 2. p. 11-18.

MACHADO, M. N. da M. **Entrevista de pesquisa**: a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002. p. 33-59.

MELLO, M. F.; FIKS, J. P. Aspectos históricos e diretrizes para o diagnóstico. In: MELLO, M. F. (Coord.) *et. al.* **Transtorno de estresse pós-traumático**: diagnóstico e tratamento. Barueri: Manole, 2006, p. 10-18.

MELO, L. E. A. Precedentes do nexos técnico epidemiológico previdenciário - Ntep. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil**: uma revolução silenciosa. Petrópolis: Vozes. 2010, p. 36-54.

MENDES, Ana Magnólia; TAMAYO, Álvaro. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, Bragança Paulista, SP, v. 6, n.1, p. 39-46, jan./jun. 2001.

MENDES, Ana Magnólia. Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisa. In: MENDES, Ana Magnólia. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho**. São Paulo, 2007, p. 29-48.

MENDES, Ana Magnólia; GHIZONI, Liliam Deisy; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis. **Diagnóstico dos riscos no trabalho para os transtornos psicossociais nos diferentes setores da indústria**. Brasília: SESI, 2011. 32 p.

MERLO, R. C. O Trabalho e a saúde mental no Brasil: Caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 369-383.

MINAYO-GOMEZ C. O Trabalho e a saúde mental no Brasil: Caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 13-22.

MINISTÉRIO DA PREVIDENCIA SOCIAL / INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Diretrizes de apoio à decisão medico-pericial em transtornos mentais. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/DIRETRIZES%20DE%20APOIO%20A%20DECIS%20EM%20PSIQUIATRIA1.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

NETO, José Affonso Dallegrave Neto. Nexo técnico e epidemiológico e seus efeitos sobre a ação trabalhista indenizatória. Belo Horizonte, **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 76, p. 143-153, jul./dez. 2007.

OLIVEIRA, P. R. A. O nexu técnico epidemiológico previdenciário - Ntep. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. Petrópolis: Vozes. 2010, p. 104-119.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 351.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 1997. v. 1. p.1191.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Genebra: WHO, 2005. 228 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: WHO, 2002. 205 p.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

PERES, M.F. T. Violência e saúde no Brasil. In: Mello, M. F. (Coord.) *et al.* **Transtorno de estresse pós-traumático: TEPT: diagnóstico e tratamento.** Barueri, SP.: Manole, 2006, p. 168-186.

Primeira Samuel. Davi vai ter com o sacerdote Aimeleque. In: **BIBLIA Sagrada.** 131. ed. São Paulo: Ave-Maria, 1999. 21:13.1632p.

ROJAS, Nerio. **Medicina Legal.** 12. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1982.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez: 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 95-109, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1367.pdf>>. Acesso: 12 maio 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122. p. 187-191, 2010a.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* Saúde do trabalhador no início do século XXI. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122. p. 185-186, 2010b.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI. Departamento Nacional. Confederação Nacional da Indústria. **Manual NTEP e FAP: nexos técnico, epidemiológico e previdenciário (NTEP) e suas implicações na composição do fator acidentário de prevenção (FAP).** Brasília: SESI/DF, 2011.

SOARES, L. R.; VILLELA, W. V. O assédio moral na perspectiva de bancários. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 37, n. 126, p. 203-212, 2012.

SOUZA, S. E. *et al.* Neuropsicologia e TEPT. In.: Mello, M. F. (coord.) *et al.* **Transtorno de estresse pós-traumático: TEPT: diagnóstico e tratamento.** Barueri, SP.: Manole, 2006, p. 97-111.

TABORDA, J. G. V. *et al.* Perícias psiquiátricas previdenciárias e administrativas. In: TABORDA, J. G. V.; ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M. **Psiquiatria Forense.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 293-316.

TABORDA, J. G. V.; BARROS, A. J. S. Simulação. In: TABORDA, J. G. V.; ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M. **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 469-483.

TODESCHINI, R., LINO, D. A importância social do Ntep e a busca de integração das políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. Petrópolis: Vozes. 2010, p. 23-54.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report : 2013**. New York: United Nations, 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2013.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 92 p.

VERTHEIN, M. A. R; MINAYO-GOMEZ C. O Trabalho e a saúde mental no Brasil: Caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 273-293.

WALDVOGEL, B. C. O Trabalho e a saúde mental no Brasil: Caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. v. 1. p. 227-244.

YIN, R. K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos**. 4 ed. São Paulo, Editora Bookman, 2010.

ZUBA, M. F. S. **Perícias médicas: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 240-258.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de autorização de pesquisa.....	134
ANEXO B – Declaração de anuência.....	135
ANEXO C – Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	136

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.....	140
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido.....	142
APÊNDICE C – Levantamento dos Transtornos Mentais e do Comportamento.....	144
APÊNDICE D – Levantamento dos Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ou não ao trabalho.....	166

ANEXO A – Termo de autorização de pesquisa



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **CLEBER GONÇALVES DE OLIVEIRA**, Gerente Executivo do INSS em Belo Horizonte, no uso das atribuições conferidas pelo Artigo 167 do Regimento Interno, aprovado pela PORTARIA MPS/Nº 296, de 09 de novembro de 2009, e com base nas orientações expedidas pela Divisão de Gerenciamento de Informações de Benefícios – DIRBEN/INSS, com anuência da Diretoria de Saúde do Trabalhador, autorizo **VALTER JOSÉ LOPES**, servidor do quadro efetivo do INSS, categoria funcional Médico Perito Previdenciário, matrícula SIAPE – 1463572, lotado na Agência da Previdência Social Atendimento de Benefícios por Incapacidade, da estrutura regimental e organizacional desta Gerência Executiva, aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, a realizar pesquisa para desenvolvimento de sua dissertação sobre o tema: **“Transtornos mentais e de comportamento como fator de incapacitação junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e A caracterização do nexa com o trabalho: prevalência no município de Belo Horizonte/MG no período 2008 a 2012”**.

Poderá o servidor utilizar os dados do SUIBE para o mestrado, desde que sejam agregados, não podem ser de ordem pessoal, individualizada por segurado, cujo acesso é restrito aos agentes públicos legalmente autorizados e à pessoa a que elas se referirem ou ao seu representante legal, conforme disposto no § 1º da Lei nº 12.527/2011.

Em relação ao roteiro de entrevistas junto aos servidores peritos médicos previdenciários, medida prevista para o trabalho acadêmico, fica a critério dos servidores o atendimento, tendo os mesmos o livre arbítrio para atenderem ao chamamento, ou não.

Belo Horizonte, 28 de maio de 2013

CLEBER GONÇALVES DE OLIVEIRA
Gerente Executivo do INSS
em Belo Horizonte

*Previdência Social 90 anos.
Cada vez mais Presente no Futuro
dos Brasileiros.*

ANEXO B – Declaração de anuência



Ofício nº 675 / GEXBHZ

Belo Horizonte, 28 de maio de 2013.

A Sua Senhoria o Senhor
PROFESSOR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS LIMA E SILVA
 Coordenador do Comitê em Ética da Santa Casa de Belo Horizonte
 Rua Domingos Vieira, nº 590 – Bairro Santa Efigênia
 30.150-240 – BELO HORIZONTE/MG

ASSUNTO: Declaração de Anuência.

Prezado Senhor,

1- Em referência a solicitação do servidor Perito Médico Previdenciário do INSS **VALTER JOSÉ LOPES**, lotado na Gerência Executiva de Belo Horizonte, aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, o mesmo está desenvolvendo sua Dissertação sobre o tema: **“Transtornos mentais e de comportamento como fator de incapacitação junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e A caracterização do nexa com trabalho: prevalência no município de Belo Horizonte/MG no período 2008 a 2012”**.

2- Informo que está autorizada a coleta de dados do Sistema Único de Informações de Benefícios -SUIBE, desde que nos termos do documento de autorização anexo a este. Previsto também um roteiro de entrevistas junto aos servidores Peritos Médicos Previdenciários. Esta pesquisa é de cunho estritamente científico, visando à conclusão de sua dissertação.

3- O servidor se compromete a manter o sigilo acadêmico e a confidencialidade da identificação dos Peritos Médicos entrevistados participantes do estudo.

Atenciosamente,


CLEBER GONÇALVES DE OLIVEIRA
 Gerente Executivo do INSS
 em Belo Horizonte

*Previdência Social 90 anos.
 Cada vez mais Presente no Futuro
 dos Brasileiros.*

ANEXO C – Aprovação do comitê de ética e pesquisa

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtornos Mentais e de Comportamento Como Fator de Incapacitação Junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e a Caracterização do Nexo com o Trabalho.

Pesquisador: FERNANDO COUTINHO GARCIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18584013.8.0000.5138

Instituição Proponente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 309.302

Data da Relatoria: 28/06/2013

Apresentação do Projeto:

Analisar a percepção dos peritos médicos do INSS em caracterizar os transtornos mentais do comportamento quando estes estão relacionados com o trabalho. O Projeto de Pesquisa tem como objetivo geral de investigar a percepção dos Peritos Médicos do (INSS) em caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento quando estes estão relacionados ao trabalho. O estudo se propõe a investigar quais Transtornos Mentais e de Comportamentos mais prevalentes por incapacitação dos trabalhadores com vínculo empregatício junto ao INSS na Gerência Executiva do município de Belo Horizonte, nos últimos 05 anos. Nesse sentido, adotará a abordagem qualitativa, uma vez que o método utilizado não se utiliza de técnicas estatísticas e onde o foco e o design da pesquisa [...] devem, então, emergir por um processo de indução, do conhecimento do contexto e das múltiplas realidades construídas pelos participantes em suas influências recíprocas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 147). Na abordagem qualitativa de investigação, suas características intrínsecas - em profundidade, ambiente natural, holística e ideográfica, foco no

Endereço: Rua Domingos Vieira 590

Bairro: Santa Efigênia

CEP: 30.150-240

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3238-8933

Fax: (31)3238-8838

E-mail: cep@santacasabh.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



Continuação do Parecer: 309.302

processo -, são essenciais para a compreensão dos fatores geradores de possíveis conflitos, onde informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa, embutidas a partir do caráter subjetivo da coleta e interpretação dos dados, propiciam ao pesquisador identificar possíveis discrepâncias entre os entrevistados. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1999, p. 148), as pesquisas qualitativas possuem uma natureza ideográfica e holística em relação à percepção dos fenômenos sociais, sendo que o referencial teórico não será determinado a priori, pois [...] a focalização prematura do problema e a adoção de um quadro teórico a priori turvam a visão do pesquisador, levando-o a desconsiderar aspectos importantes que não se encaixam na teoria e a fazer interpretações distorcidas dos fenômenos estudados. As pesquisas qualitativas são voltadas para o ambiente natural, como explicita Godoy (1995, p. 62), pois [...] valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada; nela, o pesquisador é o principal instrumento de coleta de dados, uma vez que [...] deve aprender a usar sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados (GODOY, 1995, p. 62). A abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador adquirir [...] familiaridade com o estado do conhecimento sobre o tema para que possa propor questões significativas e ainda não investigadas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999, p. 151). O enfoque da pesquisa na análise dos dados é o indutivo, ou seja, Como os pesquisadores qualitativos não partem de hipóteses estabelecidas a priori, não se preocupam em buscar dados ou evidências que corroborem ou neguem tais suposições. Partem de questões ou focos de interesse amplos, que vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação (GODOY, 1995, p. 63). O pesquisador busca descortinar questões que envolvem os problemas identificados no trabalho de campo, formulando seus postulados durante a investigação, buscando compreender os fenômenos de forma natural e interativa com os sujeitos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.150-240
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3238-8933 Fax: (31)3238-8838 E-mail: cep@santacasabh.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



Continuação do Parecer: 309.302

Os objetivos específicos dizem respeito ao entendimento das questões relativas aos Transtornos Mentais e de Comportamento, objetivando a consecução do objetivo geral proposto: Investigar os Transtornos Mentais e de Comportamento que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício e que foram mais prevalentes junto à Previdência Social na Gerência Executiva do INSS em Belo Horizonte nos últimos cinco anos; Verificar a incidência dos Transtornos Mentais e de Comportamento que incapacitaram os trabalhadores com vínculo empregatício na Gerência Executiva do INSS em Belo Horizonte nos últimos cinco anos e que estão relacionados ao trabalho;

Objetivo Secundário:
Investigar se os Peritos Médicos dominam o conhecimento técnico para reconhecer os Transtornos Mentais e de Comportamento quando estes são provocados pelo trabalho; Analisar os protocolos de atendimentos a serem seguidos pelos Peritos Médicos durante o processo e análise dos Transtornos Mentais e de Comportamento para comprovar o nexos relacionado ao trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apenas os riscos naturais relativos ao tipo de pesquisa, sem prejuízos para a saúde ou integridade do sujeito a partir do protocolo.

Benefícios:

Proporcionar o conhecimento a respeito dos transtornos mentais quando estes estão relacionados ao trabalho, para uma melhor abordagem conceitual prática perante ao INSS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta uma grande relevância social. Os objetivos do estudo estão bem definidos, a metodologia encontra-se detalhada no corpo do projeto, estando coerente com os propósitos do estudo. Os riscos adicionais decorrentes da pesquisa são irrisórios. A documentação que compõe o protocolo incluindo o TCLE atende as recomendações éticas previstas na resolução 196/96 e demais documentos éticos pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE esta redigido de forma clara, em termos compreensíveis, abrangendo objetivos, risco do estudo bem como a síntese dos fundamentos e finalidades da pesquisa. Atende as recomendações

Endereço: Rua Domingos Vieira 590
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.150-240
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3238-8933 **Fax:** (31)3238-8838 **E-mail:** cep@santacasabh.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO
HORIZONTE - SCMBH



Continuação do Parecer: 309.302

éticas previstas na resolução 196/96.

Recomendações:

O colegiado considera o projeto adequado às exigências éticas previstas na resolução 196 e demais documentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 19 de Junho de 2013.

Francisco das Chagas Lima e Silva

Assinador por:

Francisco das Chagas Lima e Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Domingos Vieira 590

Bairro: Santa Efigênia

CEP: 30.150-240

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3238-8933

Fax: (31)3238-8838

E-mail: cep@santacasabh.org.br

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

Entrevistas com os Peritos Médicos Previdenciários

Esta entrevista faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado “**TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO COMO CAUSA DE INCAPACITAÇÃO PERANTE O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) E A CARACTERIZAÇÃO DO NEXO COM TRABALHO**: prevalência na cidade de Belo Horizonte/MG no período 2008 a 2012”, do Programa do Mestrado Acadêmico da Faculdade Novos Horizontes e tem como premissa investigar qual é a percepção dos Peritos Médicos da Previdência Social em reconhecer os Transtornos Mentais e do Comportamento e o nexo com o trabalho.

O pesquisador afirma de forma peremptória o total sigilo das informações prestadas, solicitando ao entrevistado o máximo possível de sinceridade nas respostas, bem como se coloca à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas possam suscitar o não entendimento das perguntas elaboradas.

I – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: _____

Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Especialidade(s): _____

Tempo de exercício como Perito: () até 5 anos () mais de 5 até 10 anos

() entre 10 a 15 anos () entre 15 e 20 anos () entre 20 e 25 anos () mais de 25 anos.

II – OS TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO E O NEXO COM TRABALHO

- 1) No requerimento de benefício por incapacidade relacionado aos Transtornos Mentais e de Comportamento, quais os que você percebe que são mais solicitados na prática pericial?
- 2) Na solicitação de benefício por incapacidade relacionado aos Transtornos Mentais e de Comportamento, você já recebeu queixas de trabalhadores, alegando que o empregador (empresa) foi o motivador do adoecimento psíquico? Caso afirmativo, quais as queixas mais frequentes?

- 3) Você já recebeu alguma solicitação de benefício por incapacidade relacionada aos Transtornos Mentais e de Comportamento, que foram claramente associados ao trabalho? Quais e com que frequência?
- 4) Para você, qual(ais) os Transtornos Mentais e de Comportamento que podem estar relacionados ao trabalho?

III – CONHECIMENTO TÉCNICO DOS PERITOS

- 5) Na sua experiência como Perito Médico em relação à solicitação de benefício por incapacidade, qual a especialidade clínica que se apresenta como maior desafio na prática pericial? Justifique.
- 6) Você encontra alguma dificuldade em caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento quando esses estão relacionados aos trabalho? Justifique.
- 7) Quais os critérios que você utiliza para caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento como relacionados ao trabalho?
- 8) Em sua percepção, deveriam haver cursos de treinamento técnico específico voltados para a especialidade de psiquiatria quando no ingresso do Perito Médico nesta atividade? Justifique.

IV – PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

- 9) Você saberia informar se existe alguma diferença entre o tempo de afastamento para o trabalho entre os trabalhadores acometidos por Transtornos Mentais e de Comportamento relacionados ao trabalho, daqueles que não estão relacionados ao trabalho? Caso afirmativo, justifique.
- 10) Alguma vez você recebeu uma CAT emitida pelo empregador nos casos de Transtornos Mentais e de Comportamento? Caso afirmativo, qual foi o seu posicionamento?
- 11) Caso fosse necessário, você solicitaria ou orientaria o empregado a providenciar a abertura da CAT junto aos seu empregador caso o afastamento esteja relacionado ao trabalho? Caso afirmativo, por qual motivo?
- 12) Existe algum amparo na legislação previdenciária que possa caracterizar os Transtornos Mentais e de Comportamento como relacionados ao trabalho?
- 13) Você utiliza o Nexo Técnico Epidemiológico – NTEP nos casos do Transtornos Mentais e de Comportamento quando o segurado comprovar incapacitação e a história ocupacional evidenciar relação com o trabalho?
- 14) Você tem alguma sugestão ou proposta para mudanças na prática pericial, nos casos dos Transtornos Mentais e de Comportamento associado ao trabalho, para serem sugeridas ao INSS?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre esclarecido

Título do estudo: TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO COMO FATOR DE INCAPACITAÇÃO JUNTO AO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS): estudo de caso na Gerência Executiva do INSS de Belo Horizonte/MG e a sua prevalência no período 2008 a 2012

Pesquisador responsável: Valter José Lopes.

Instituição: Faculdade Novos Horizontes.

Endereço do pesquisador responsável: Av. Amazonas, 5253, Nova Suíça – Belo Horizonte – MG. CEP. 30.421.169 – e-mail: valter.jlopes@inss.gov.br

Telefone do pesquisador responsável para contato: (31) 3319 7092

Local da coleta de dados: Agências da Previdência Social na Gerência Executiva do INSS da cidade de Belo Horizonte.

Prezado(a) Doutor(a), nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde a pesquisa deve ser livremente consentida.

1) Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste roteiro de entrevistas de forma totalmente **voluntária**.

2) Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a um roteiro de entrevistas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

3) O pesquisador deverá responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.

4) Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Esta pesquisa tem como objetivo geral em investigar a percepção dos peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em caracterizar os transtornos mentais e do comportamento quando estes estão relacionados ao trabalho. Consideramos este estudo importante para compreender

melhor a abordagem conceitual prática dos fundamentos teóricos a cerca dos transtornos mentais e dos comportamentos, suas implicações para o convívio social dos indivíduos e nas organizações.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responde as perguntas previamente formuladas através de um roteiro de entrevistas onde as mesmas serão gravadas e transcritas e, posteriormente os dados obtidos serão analisados.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício direto para você com relação à solicitação de benefício por incapacitação relacionado aos Transtornos Mentais e de Comportamento que mais acometem os trabalhadores com vínculo empregatício na Gerência Executiva de Belo Horizonte.

Riscos: Esclareço que as respostas das perguntas formuladas deste roteiro de entrevistas não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelo pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa (entrevistados) não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pelo pesquisador, eu _____, CRMMG: _____ estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento **em duas vias**, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura _____

Eu, Valter José Lopes, CRMMG 25.090, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante do roteiro de entrevistas.

Assinatura _____

Belo Horizonte, ____/____/____

Ano	CID	Transtornos	Espécies	Faixas etárias (em anos)												Gênero		Tempo concessão (dias)		Valor RMI (R\$)	Valor total por CID (R\$)		
				Até 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Mais de 70	Masc.	Fem.	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres	
2008	F32	Episódios depressivos	(1), (2) e (3)													11	84		6.607,46				
																	44	539		32.610,68			
																		49	660		43.381,70		
																		57	608		62.265,09		
																		34	283		44.408,21		
																		25	312		37.582,18		
																		27	345		38.421,48		
																		6	104		6.783,31		
																		8	155		8.326,02		
																		2		24	830,00		
																		66		490	32.908,37		
																		94		945	57.554,57		
																		103		1.647	80.441,33		
																		73		768	71.280,68		
																		69		813	71.163,18		
																		61		603	70.127,58		
																		28		289	27.140,14		
																		11		164	8.468,70		
																		2		18	2.739,70		
					F32.0	Episódio depressivo leve	(2) e (3)												1	12		693,88	
																2	26		2.085,58				
																	2	21		855,07			
																	2	8		3.296,35			
																	1	28		2.256,65			
																	2	13		1.678,16			
																	2		28	829,01			
																	8		70	3.957,15			
																	12		106	6.156,56			
																	7		64	5.405,27			
														4		14	3.995,95						
														2		29	5.934,42						
														7		43	6.646,37						
	F32.1	Episódio depressivo moderado	(2) e (3)												4	36		2.458,58					
																13	47		7.873,82				
																	10	84		10.938,66			
																	12	100		13.555,53			
																	8	48		13.946,57			
																	5	54		6.597,23			
																	4	42		7.738,05			
																	2	9		2.486,44			
																	3		40	1.890,62			
																	14	116		7.793,00			
														29	286		23.137,10						
														41	266		33.789,42						
														27	218		24.480,42						
														15	121		12.392,44						
														16	162		17.212,33						
														8	109		9.268,40						
														2	6		1.295,76						
														2	10		2.122,56						
	F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	(1), (2) e (3)												4	80		2.151,38					
																9	124		7.461,90				
																	9	152		7.754,55			
																	13	111		14.511,90			
																	11	130		14.800,95			
																	10	88		15.031,72			
																	9	101		14.242,61			
																	1	1.259,55		1.259,55			
																	2	168		2.794,19			
																	8		76	4.056,30			
														16		123	10.684,32						
														19		183	16.678,74						
														18		165	17.808,67						
														13		144	15.186,08						
														16		194	19.562,52						
														12		178	12.723,88						
														3		13	3.511,20						
														1		8	415,00						
	F33	Transtorno depressivo recorrente	(1), (2) e (3)												4	27		1.652,01					
																6	45		3.383,36				
																	2	13		1.651,16			
																	1	2		2.118,28			
																	7	69		11.258,69			
																	6	40		11.322,79			
																	7	78		9.250,88			
																	1	203		1.562,77			
																	5		44	2.482,58			
																	8		66	6.523,36			
														15		197	11.232,64						
														12		135	11.007,23						
														13		96	12.611,94						
														10		112	13.247,38						
														6		113	4.496,53						
														3		33	5.800,64						
														2		989	730,00						

NOTAS:

(1) Aposentadoria por invalidez previdenciária

(2) Auxílio doença previdenciário

(3) Auxílio doença por acidente de trabalho

Ano	CID	Transtornos	Espécies	Faixas etárias (em anos)												Gênero		Tempo concessão (dias)		Valor RMI (R\$)	Valor total por CID (R\$)			
				Até 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Mais de 70	Masc.	Fem.	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres		
2010	F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	(1), (2) e (3)	1	15	993,40	16.144,21	21.544,69			
				1			19	522,65	
						2	20	2.069,76
						4	71	5.144,79
						1	15	852,84
						2	66	5.332,36
						1	16	1.228,41
						2	78	1.646,46
						2	55	1.040,16
						5	258	5.159,01
						1	35	510,00
						6	114	7.752,13
						1	23	2.799,16
						3	53	2.637,77
						2	37	1.778,09
						10	255	11.463,19
						19	562	18.607,22
						20	515	24.796,85
						25	623	29.692,22
						26	571	33.373,24
.	17	288	26.978,71						
.	17	391	29.733,19						
.	3	114	5.079,12						
.	5	116	8.598,14						
.	3	105	2.972,14						
.	38	964	24.647,11						
.	64	1.484	49.486,46						
.	73	1.873	62.523,14						
.	50	1.126	40.928,21						
.	46	1.138	42.194,09						
.	25	567	26.245,68						
.	26	642	33.767,05						
.	13	258	15.784,15						
.	1	61	2.859,62						
.	1	0???	992,20						
.	1	15	917,63						
.	1	67	510,00						
.	4	91	4.002,38						
.	1	22	1.185,50						
.	1	22	2.155,28						
.	1	43	911,51						
.	2	63	1.071,57						
.	8	161	4.884,23						
.	6	147	4.341,52						
.	9	206	8.015,43						
.	2	36	1.285,16						
.	1	13	2.511,29						
.	3	69	3.802,77						
.	2	35	3.385,01						
.	1	18	512,15						
.	2	124	2.803,62						
.	2	38	1.052,96						
.	15	322	14.133,89						
.	22	575	21.510,39						
.	12	334	16.179,52						
.	12	204	18.022,75						
.	10	153	15.803,53						
.	5	58	10.442,91						
.	5	101	4.223,98						
.	2	63	1.967,54						
.	4	107	2.040,00						
.	10	206	7.060,50						
.	32	772	24.581,70						
.	56	1.339	50.361,98						
.	20	473	19.289,25						
.	22	465	27.585,65						
.	17	505	20.610,66						
.	10	304	16.084,27						
.	7	216	9.396,75						
.	1	18	2.293,62						
.	3	26	2.105,95						
.	1	21	922,20						
.	6	114	3.800,11						
.	12	240	17.996,15						
.	11	232	13.188,05						
.	5	102	7.341,74						
.	8	189	14.145,23						
.	8	158	15.728,87						
.	4	78	9.645,08						
.	5	115	4.419,24						
.	9	193	7.410,13						
.	16	478	15.290,99						
.	19	418	15.531,50						
.	16	317	14.552,40						
.	15	295	18.644,94						
.	11	278	22.784,84						
.	9	245	14.705,30						
.	4	57	6.782,99						
.	1	15	583,30						

NOTAS:

(1) Aposentadoria por invalidez previdenciária

(2) Auxílio doença previdenciário

(3) Auxílio doença por acidente de trabalho

Ano	CID	Transtornos	Espécies	Faixas etárias (em anos)												Gênero		Tempo concessão (dias)		Valor RMI (R\$)	Valor total por CID (R\$)			
				Abx 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Mais de 70	Masc.	Fem.	Homens	Mulheres		Homens	Mulheres		
2011	F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	(1), (2) e (3)		*											3		39		3.694,65	102.328,92	136.394,50		
																	6		99				7.971,70	
																	11		173				16.281,83	
																	13		220				19.847,60	
																	6		97				12.153,44	
																	11		179				20.930,44	
																	8		102				14.168,27	
																	2		18				4.025,25	
																	1		9				3.255,74	
								*										13		224				10.316,53
2011	F33	Transtorno depressivo recorrente	(1), (2) e (3)			*										5		83		4.341,46	54.348,90	105.239,41		
																	12		206				13.445,36	
																	6		120				5.478,93	
																	6		75				10.752,45	
																	6		92				11.566,16	
																	3		50				4.440,05	
																	3		32				4.324,49	
								*										1		15				696,51
									*									4		77				2.191,62
										*								14		263				11.395,61
2011	F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	(1), (2) e (3)			*										7		133		6.845,56	36.875,77	61.635,08		
																	6		84				6.180,51	
																	5		156				7.214,72	
																	3		38				3.169,61	
																	4		143				7.413,56	
																	3		53				6.051,81	
								*									1		15				705,44	
									*								9		158				7.352,72	
										*							12		205				12.184,71	
											*						8		149				7.786,42	
2011	F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	(1), (2) e (3)			*										7		133		6.845,56	35.229,00	75.935,25		
																	6		84				6.180,51	
																	5		156				7.214,72	
																	3		38				3.169,61	
																	4		143				7.413,56	
																	3		53				6.051,81	
								*									1		15				705,44	
									*								9		158				7.352,72	
										*							12		205				12.184,71	
											*						8		149				7.786,42	
2011	F41	Outros transtornos ansiosos	(1), (2) e (3)		*											1		16		881,85	69.993,26	75.159,89		
						*											3		69				3.039,82	
							*										10		268				11.289,42	
								*									12		1.785				16.238,76	
									*								8		106				15.206,90	
										*							9		2.325				15.498,33	
											*						5		128				6.825,91	
												*					1		34				1.012,27	
								*									6		119				4.971,10	
									*								10		168				10.300,60	

NOTAS: (1) Aposentadoria por invalidez previdenciária (2) Auxílio doença previdenciário (3) Auxílio doença por acidente de trabalho

Ano	CID	Transtornos	Espécies	Faixas etárias (em anos)													Gênero		Tempo concessão (dias)		Valor RMI (R\$)	Valor total por CID (R\$)	
				Até 19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Mais de 70	Masc.	Fem.	Homens	Mulheres	Homens		Mulheres	
2012	F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	(1), (2) e (3)			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4	63	3.902,55	44.767,06	67.073,34		
																		3	49			7.146,39	
																		6	117			11.595,54	
																		3	43			5.652,03	
																		2	15			3.205,64	
																		4	102			9.543,96	
																		1	15			3.720,95	
																		4				3.594,23	
																		12				12.047,08	
																		11				179	12.479,07
																		7				132	11.593,83
																		5				90	10.080,64
																		8				179	10.945,09
																		4				42	6.333,40
																		5				101	3.463,49
																		7				80	10.749,27
																		14				273	15.724,51
																		10				135	15.419,50
														13		173	22.361,22						
														6		104	7.875,06						
														8		123	13.571,39						
														3		38	5.125,72						
														9		97	6.419,22						
														24		600	24.634,24						
														8		107	7.159,61						
														21		327	24.729,26						
														13		181	14.361,71						
														11		151	22.938,30						
														7		142	9.270,74						
														3		36	6.573,71						
														1		14	622,00						
														4		34	4.165,75						
														4		102	6.197,83						
														2		24	3.222,26						
														3		66	3.879,17						
														1		12	1.303,29						
														2		47	1.498,68						
														1			716,14						
														1		11	794,98						
														5		75	6.138,74						
														8		126	11.304,79						
														4		51	7.648,51						
														6		74	7.714,52						
														1		8	805,35						
														1		14	3.085,36						
														2		30	1.496,92						
														7		116	6.315,87						
														7		114	10.050,08						
														6		83	7.222,95						
														3		57	2.796,64						
														1		28	2.209,45						
														10		140	24.516,01						
														3		42	1.871,71						
														4		87	2.780,15						
														11		223	14.749,10						
														2		24	2.284,12						
														4		58	2.737,15						
														2		6	5.896,34						
														2		34	6.290,21						
														2		30	1.668,65						
														1		15	1.484,33						
														4		133	4.099,33						
														11		182	13.791,42						
														14		227	21.367,13						
														26		482	37.365,82						
														13		224	19.750,52						
														13		217	23.908,84						
														6		75	12.406,74						
														1		42	1.305,34						
														1			1.014,88						
														2			1.289,71						
														9		176	6.476,45						
														16		233	16.187,48						
														44		1.077	54.971,24						
														23		387	27.013,01						
														15		183	23.649,45						
														19		345	25.190,12						
														5		90	8.058,39						
														4		67	6.857,02						
														1		50	2.642,47						
														1		14	2.729,79						

NOTAS:

(1) Aposentadoria por invalidez previdenciária

(2) Auxílio doença previdenciário

(3) Auxílio doença por acidente de trabalho

APÊNDICE D – Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ou não ao trabalho

Ano	CID	Transtornos	Espécie	Tempo concessão (dias)		Valor total por CID (R\$)	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2008	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	B31	927	-	51.016,30	-
			B32	140	-	5.808,93	-
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F19.1	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas com uso nocivo para a saúde	B31	906	33	66.435,72	830,00
			B32	-	-	-	-
			B91	22	-	1.844,18	-
			B92	-	-	-	-
	F29	Psicose não-orgânica não especificada	B31	779	162	37.404,57	10.597,01
			B32	128	139	8.454,35	1.332,40
			B91	9	-	1.481,89	-
			B92	22	-	2.454,75	-
	F31	Transtorno afetivo bipolar	B31	162	437	16.986,63	29.728,37
			B32	7	11	1.117,12	2.830,76
			B91	-	11	-	1.276,28
			B92	-	-	-	-
	F32	Episódios depressivos	B31	2.672	5.421	248.011,32	397.754,29
			B32	300	140	13.332,97	3.990,15
			B91	118	200	19.041,84	20.909,81
			B92	-	-	-	-
	F32.1	Episódio depressivo moderado	B31	520	1.195	65.594,88	124.805,76
			B32	-	3	-	1.424,93
			B91	-	136	-	7.151,36
			B92	-	-	-	-
	F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	B31	696	945	59.597,34	88.292,35
			B32	205	29	8.246,02	2.639,29
			B91	53	90	12.165,39	8.621,68
			B92	-	20	-	1.033,39
	F33	Transtorno depressivo recorrente	B31	241	1.595	36.541,60	66.196,46
			B32	221	182	4.602,19	812,72
			B91	15	8	1.056,15	1.123,12
			B92	-	-	-	-
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	B31	216	536	22.009,44	52.349,38	
		B32	-	2	-	525,74	
		B91	15	42	3.501,91	3.012,47	
		B92	-	-	-	-	
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	B31	183	432	22.145,25	35.032,78	
		B32	31	139	5.574,98	6.928,13	
		B91	16	27	2.600,77	6.757,68	
		B92	-	-	-	-	
F41	Outros transtornos ansiosos	B31	570	784	65.579,18	56.463,00	
		B32	71	86	3.825,43	1.295,42	
		B91	32	42	8.203,87	7.703,38	
		B92	-	-	-	-	
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	B31	3.809	1.079	72.652,20	67.505,46	
		B32	53	-	6.471,31	-	
		B91	53	27	1.266,72	3.800,62	
		B92	-	-	-	-	
F43	Reações ao "stress" graves e transtornos de adaptação	B31	369	257	35.072,12	30.450,42	
		B32	145	5	4.318,59	685,54	
		B91	174	262	17.356,89	16.984,38	
		B92	-	-	-	-	
F43.2	Transtornos de adaptação	B31	333	539	28.826,76	51.975,12	
		B32	1	-	3.070,76	-	
		B91	61	149	11.914,34	10.819,33	
		B92	14	-	2.617,74	-	

Ano	CID	Transtornos	Espécie	Tempo concessão (dias)		Valor total por CID (R\$)	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2009	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	B31	664	15	54.975,82	1.009,07
			B32	3	-	465,00	-
			B91	13	-	2.716,66	-
			B92	-	-	-	-
	F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	B31	665	22	38.573,00	985,14
			B32	-	-	-	-
			B91	27	-	415,00	-
			B92	-	-	-	-
	F19.1	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas com uso nocivo para a saúde	B31	1.021	35	50.875,65	1.066,69
			B32	-	-	-	-
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F29	Psicose não-orgânica não especificada	B31	383	328	30.326,60	13.273,31
			B32	62	24	7.132,20	3.507,90
			B91	35	31	1.380,10	930,00
			B92	-	-	-	-
	F31	Transtorno afetivo bipolar	B31	460	340	28.754,15	27.259,95
			B32	96	54	3.580,96	4.267,27
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F32	Episódios depressivos	B31	2.721	4.489	178.766,90	243.793,00
			B32	45	244	13.545,08	6.378,75
			B91	125	283	12.160,92	29.204,45
			B92	-	119	-	1.100,17
	F32.0	Episódio depressivo leve	B31	80	431	6.536,55	34.944,46
			B32	-	-	-	-
			B91	-	5	-	465,00
			B92	-	-	-	-
	F32.1	Episódio depressivo moderado	B31	916	1.634	101.862,74	134.646,73
			B32	28	9	1.736,67	574,19
			B91	73	58	8.394,73	7.912,39
			B92	-	-	-	-
	F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	B31	441	1.197	55.441,92	85.756,84
			B32	35	28	5.335,87	3.798,96
			B91	27	57	7.176,23	14.235,88
			B92	-	-	-	-
F33	Transtorno depressivo recorrente	B31	402	679	40.026,36	49.476,30	
		B32	91	135	5.379,85	8.988,32	
		B91	46	36	3.828,74	2.392,22	
		B92	-	-	-	-	
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	B31	134	458	12.388,82	32.814,33	
		B32	-	21	-	3.453,76	
		B91	35	54	3.276,80	8.577,74	
		B92	-	-	-	-	
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	B31	239	315	19.971,41	36.165,40	
		B32	93	11	6.919,02	543,84	
		B91	6	35	1.755,91	7.422,02	
		B92	-	-	-	-	
F41	Outros transtornos ansiosos	B31	704	1.241	68.066,11	77.340,91	
		B32	21	-	2.230,55	-	
		B91	79	111	7.346,09	6.030,67	
		B92	-	-	-	-	
F41.1	Ansiedade generalizada	B31	423	444	32.656,13	33.244,78	
		B32	-	4	-	1.615,91	
		B91	62	18	4.330,13	4.398,44	
		B92	-	-	-	-	
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	B31	646	1.197	78.912,56	87.684,64	
		B32	24	34	3.198,28	4.356,93	
		B91	68	59	9.342,84	8.598,41	
		B92	16	-	1.182,68	-	
F43	Reações ao "stress" graves e transtornos de adaptação	B31	245	594	16.477,19	25.646,62	
		B32	83	-	4.458,40	-	
		B91	49	117	6.180,79	8.335,47	
		B92	-	-	-	-	
F43.2	Transtornos de adaptação	B31	393	695	45.273,76	64.641,64	
		B32	28	-	1.456,92	-	
		B91	302	67	12.731,67	6.904,39	
		B92	-	-	-	-	

Ano	CID	Transtornos	Espécie	Tempo concessão (dias)		Valor total por CID (R\$)	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
				2010	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	B31 B32 B91 B92
F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	B31 B32 B91 B92	1.446 - 16 -	- - - -	41.001,33 - 1.329,56 -	- - - -	
F29	Psicose não-orgânica não especificada	B31 B32 B91 B92	1.058 53 16 -	557 4 - -	38.294,08 6.210,39 1.159,80 -	14.653,60 986,22 - -	
F31	Transtorno afetivo bipolar	B31 B32 B91 B92	648 8 33 -	781 20 32 -	29.295,20 2.675,16 4.632,81 -	44.456,17 5.312,07 2.716,49 -	
F32	Episódios depressivos	B31 B32 B91 B92	3.249 74 134 13	7.750 150 305 25	167.204,27 13.078,57 9.065,60 1.237,23	271.804,97 14.827,44 13.537,81 751,53	
F32.1	Episódio depressivo moderado	B31 B32 B91 B92	1.864 25 83 -	4.138 - 267 -	92.448,23 6.591,83 7.101,03 -	172.030,85 - 7.273,53 -	
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	B31 B32 B91 B92	1.055 33 72 -	2.281 11 119 13	72.798,69 4.579,93 7.494,76 -	108.812,49 1.020,00 8.103,25 2.769,89	
F33	Transtorno depressivo recorrente	B31 B32 B91 B92	815 11 59 -	1.837 23 30 -	47.919,73 2.597,22 5.044,03 -	78.665,22 3.578,34 2.451,73 -	
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	B31 B32 B91 B92	596 - - -	783 - 125 -	31.545,31 - - -	43.643,62 - 7.223,56 -	
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	B31 B32 B91 B92	485 103 11 -	698 - 40 -	28.374,19 4.427,19 2.906,44 -	40.036,00 - 7.779,09 -	
F41	Outros transtornos ansiosos	B31 B32 B91 B92	1.666 51 123 -	2.080 - 108 -	79.523,77 8.144,09 8.682,14 -	80.122,41 - 3.624,93 -	
F41.1	Ansiedade generalizada	B31 B32 B91 B92	722 - 55 -	578 - 112 -	33.949,01 - 3.128,72 -	14.505,02 - 3.863,62 -	
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	B31 B32 B91 B92	1.782 - 194 116	3.167 28 160 -	99.996,21 - 13.051,01 4.552,53	138.645,96 565,80 5.532,11 -	
F43	Reações ao "stress" graves e transtornos de adaptação	B31 B32 B91 B92	468 19 278 -	534 - 58 -	26.508,16 7.173,60 15.809,86 -	29.376,39 - 3.911,31 -	
F43.1	Estado de "stress" pós-traumático	B31 B32 B91 B92	204 5 389 -	238 - 106 1	9.864,08 1.980,80 17.280,79 -	11.271,07 - 10.815,85 3.042,74	
F43.2	Transtornos de adaptação	B31 B32 B91 B92	727 13 142 -	998 - 167 -	36.100,44 5.468,88 10.054,36 -	41.125,85 - 7.604,98 -	

Ano	CID	Transtornos	Espécie	Tempo concessão (dias)		Valor total por CID (R\$)	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
2011	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	B31	1.134	177	61.330,94	4.813,24
			B32	179	-	2.318,53	-
			B91	-	-	-	-
			B92	2	-	917,25	-
	F10.2	Síndrome de dependência	B31	614	33	41.838,04	1.680,96
			B32	57	-	3.409,40	-
			B91	103	-	4.953,84	-
			B92	-	-	-	-
	F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	B31	3.752	45	48.081,76	1.876,20
			B32	7	-	1.273,07	-
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F14.2	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína com síndrome de dependência	B31	982	102	58.311,43	3.168,75
			B32	-	-	-	-
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	B31	1.435	15	74.493,30	545,00
			B32	19	-	817,11	-
			B91	18	-	844,97	-
			B92	-	-	-	-
	F29	Psicose não-orgânica não especificada	B31	810	655	38.126,05	22.372,89
			B32	85	32	13.603,57	2.413,32
			B91	13	-	643,38	-
			B92	-	-	-	-
	31	Transtorno afetivo bipolar	B31	382	681	20.492,21	34.995,63
			B32	7	192	3.299,92	9.332,16
			B91	-	19	1.621,17	-
			B92	-	-	-	-
	F31.6	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	B31	108	565	10.021,46	32.387,61
			B32	-	22	-	8.327,87
			B91	8	-	1.432,72	-
			B92	-	-	-	-
	F32	Episódios depressivos	B31	2.321	6.321	151.236,25	290.699,86
			B32	282	118	19.542,53	2.816,89
			B91	164	329	12.724,04	25.229,76
			B92	-	-	-	-
	F32.0	Episódio depressivo leve	B31	152	709	10.877,21	38.146,09
			B32	11	32	1.679,45	1.674,25
			B91	-	-	-	-
			B92	-	-	-	-
	F32.1	Episódio depressivo moderado	B31	1.535	2.248	102.042,41	141.584,49
			B32	45	-	13.657,28	-
			B91	185	101	15.379,52	5.714,53
			B92	-	-	-	-
	F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	B31	813	1.970	84.927,66	108.817,12
			B32	31	110	7.971,07	8.068,07
			B91	92	187	9.429,99	19.509,31
			B92	-	-	-	-
	F33	Transtorno depressivo recorrente	B31	556	1.927	44.483,12	97.060,50
			B32	13	62	4.593,09	6.737,61
			B91	89	27	5.272,69	1.441,30
			B92	-	-	-	-
	F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	B31	390	834	30.735,37	55.855,19
B32			178	13	4.625,18	803,88	
B91			39	100	1.515,22	4.976,01	
B92			-	-	-	-	
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	B31	253	1.209	30.359,22	69.261,30	
		B32	14	2	4.869,78	1.212,49	
		B91	-	101	-	5.461,46	
		B92	-	-	-	-	
F41	Outros transtornos ansiosos	B31	4.553	1.094	55.066,46	71.956,91	
		B32	18	74	3.430,72	657,17	
		B91	160	52	11.436,08	2.545,81	
		B92	-	-	-	-	
F41.1	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	B31	523	607	46.786,07	44.202,97	
		B32	-	-	-	-	
		B91	39	43	4.766,11	4.206,92	
		B92	-	-	-	-	
F41.2	Ansiedade generalizada	B31	1.280	2.476	98.858,53	143.795,17	
		B32	183	9	7.958,41	3.244,62	
		B91	120	-	13.446,05	-	
		B92	-	-	-	-	
F43	Reações ao "stress" graves e transtornos de adaptação	B31	420	398	27.543,09	30.866,02	
		B32	9	-	3.320,88	-	
		B91	177	240	14.710,71	14.307,55	
		B92	-	-	-	-	
F43.0	Reação aguda ao "stress"	B31	140	293	9.586,57	31.474,36	
		B32	-	-	-	-	
		B91	84	75	5.214,76	7.933,57	
		B92	-	-	-	-	
F43.1	Estado de "stress" pós-traumático	B31	169	342	11.744,24	19.363,22	
		B32	17	-	2.766,25	-	
		B91	385	101	24.675,69	9.461,68	
		B92	-	-	-	-	
F43.2	Transtornos de adaptação	B31	503	1.126	43.558,37	62.570,39	
		B32	-	33	-	1.289,32	
		B91	210	195	15.082,41	7.439,56	
		B92	-	-	-	-	

Ano	CID	Transtornos	Espécie	Tempo concessão (dias)		Valor total por CID (R\$)	
				Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
				2012	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	B31 B32 B91 B92
F10.2	Síndrome de dependência	B31 B32 B91 B92	866 22 39 -	82 2 - -	44.463,27 3.505,71 2.775,14 -	4.440,68 2.217,35 - -	
F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína	B31 B32 B91 B92	747 107 - -	23 - - -	52.916,42 1.499,24 - -	622,00 - - -	
F14.2	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína com síndrome de dependência	B31 B32 B91 B92	748 - - -	52 - - -	36.692,15 - - -	3.941,29 - - -	
F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	B31 B32 B91 B92	1.766 54 1 -	57 - - -	81.071,90 1.355,99 2.582,80 -	3.011,40 - - -	
F29	Psicose não-orgânica não especificada	B31 B32 B91 B92	941 125 3 -	1.538 88 - -	48.703,71 6.253,69 1.836,05 -	28.441,47 2.548,35 - -	
F31	Transtorno afetivo bipolar	B31 B32 B91 B92	379 96 13 -	836 183 - -	30.218,00 4.457,85 664,25 -	52.844,21 7.410,37 - -	
F32	Episódios depressivos	B31 B32 B91 B92	2.109 137 54 -	4.555 94 139 -	174.466,76 22.235,70 10.842,80 -	286.836,67 6.011,42 12.173,31 -	
F32.0	Episódio depressivo leve	B31 B32 B91 B92	279 - - -	609 - 36 -	19.906,23 - - -	33.151,55 - 4.143,31 -	
F32.1	Episódio depressivo moderado	B31 B32 B91 B92	942 32 42 -	2.381 3 166 -	79.714,22 1.279,51 5.640,89 -	177.89,02 1.684,70 12.474,48 -	
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	B31 B32 B91 B92	530 49 130 -	1.393 82 21 5	48.841,59 1.566,30 11.716,26 -	105.335,90 609,50 4.381,50 622,00	
F32.9	Episódio depressivo não especificado	B31 B32 B91 B92	308 - 9 -	533 - 46 -	28.832,73 - 3.209,19 -	27.294,67 - 1.351,82 -	
F33	Transtorno depressivo recorrente	B31 B32 B91 B92	534 45 26 -	1.651 3 50 -	47.576,98 4.542,37 6.503,06 -	123.578,75 1.230,00 4.043,56 -	
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	B31 B32 B91 B92	390 - - -	701 14 - -	34.977,36 - - -	58.824,99 1.615,04 - -	
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	B31 B32 B91 B92	361 22 19 2	726 128 72 -	34.431,26 5.624,01 2.349,43 2.362,36	54.411,76 5.856,17 6.805,41 -	
F41	Outros transtornos ansiosos	B31 B32 B91 B92	993 - 13 21	1.541 - 114 -	91.637,36 - 1.208,13 1.444,67	109.482,94 - 7.225,95 -	
F41.0	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	B31 B32 B91 B92	238 - 47 -	343 - 17 -	18.005,16 - 2.261,82 -	35.720,51 - 2.487,98 -	
F41.1	Ansiedade generalizada	B31 B32 B91 B92	449 35 84 -	402 - 117 -	44.654,36 678,82 9.275,04 -	34.366,45 - 5.395,31 -	
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	B31 B32 B91 B92	1.459 16 120 1	2.483 71 108 -	117.434,87 3.534,42 13.066,52 972,21	161.750,09 4.367,12 8.948,02 -	
F41.9	Transtorno ansioso, não especificado	B31 B32 B91 B92	169 36 - -	313 29 - -	18.475,22 5.674,81 - -	13.552,47 2.663,45 - -	
F43	Reações ao "stress" graves e transtornos de adaptação	B31 B32 B91 B92	365 - 167 -	610 - 137 -	32.073,92 - 12.622,84 -	42.421,72 - 18.682,81 -	
F43.0	Reação aguda ao "stress"	B31 B32 B91 B92	207 - 147 -	360 - 214 -	13.767,09 - 11.963,49 -	33.717,86 - 25.344,86 -	
F43.1	Estado de "stress" pós-traumático	B31 B32 B91 B92	120 - 234 3	332 - 126 -	13.688,12 - 21.559,52 2.371,81	17.812,36 - 8.714,35 -	
F43.2	Transtornos de adaptação	B31 B32 B91 B92	405 41 76 -	780 12 188 -	35.333,45 6.514,78 11.552,77 -	59.290,08 622,00 20.320,83 -	