

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS AUXÍLIOS-DOENÇA ACIDENTÁRIO (B91) CONCEDIDOS CONFORME O CÓDIGO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID-10)

ANALYSIS OF THE EVOLUTION OF BENEFITS AIDS-DISEASE ACCIDENT (B91) GRANTED ACCORDING TO THE INTERNATIONAL CODE OF DISEASES (CID-10)

Luan Airton Marques da Silva¹
Simara Lopes Cruz Damázio²

Resumo: Descrever a distribuição dos benefícios auxílios-doença acidentário (B91), relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais no período de 2012 a 2016 no Brasil, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Objetivo: descrever o impacto para a cadeia produtiva brasileira conforme o agravo do capítulo V. Metodologia: este estudo caracteriza-se com abordagem quantitativa e de corte seccional. Resultados: Durante o período de 2012 a 2016, foram concedidos 55.548 benefícios por auxílio-doença acidentário (B91), pela previdência. Discussão: indicam que entre os anos estudados, que compreende entre 2012 a 2016, houve tanto aumento quanto redução, nos auxílios-doença acidentário. E que esses valores tiverem sua representatividade após as mudanças que surgiram com a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico, no qual, influenciaram o nexo entre saúde e trabalho. Conclusão: O adoecimento mental, é um problema de saúde pública importante, pois pode apresentar um sofrimento crônico, podendo levar à incapacidade temporária ou permanente, e assim fazendo com que tenha um envelhecimento funcional precoce. É essencial conhecer a magnitude do problema envolvido para programar políticas de promoção e prevenção de saúde, onde as mesmas evitem ou minimizem as repercussões clínicas.

Palavras-chave classificação internacional de doenças; previdência social; transtornos mentais.

Abstract: Describe the distribution of aid benefits-disease accident ((b91), related to mental and behavioural disorders in the period from 2012 to 2016 in Brazil, according to the International

Classification of Diseases (CID 10). Objective: To describe the impact to the Brazilian productive chain as the aggravation of chapter V. Methodology: This study is characterized by a quantitative and sectional cutting approach. Results: During the period of 2012 to 2016, 55,548 benefits were granted for aid-accident disease ((b91), for the welfare. Discussion: indicate that among the years studied, comprising between 2012 and 2016, there was as much increase as a reduction in the aid-accident disease. And that these values have their representativeness after the changes that arose with the adoption of the epidemiological technical nexus, which influenced the nexus between health and work. Conclusion: The mental illness is an important public health problem because it can present chronic suffering, and can lead to temporary or permanent disability, and thus causing it to have an early functional aging. It is essential to know the magnitude of the problem involved to programme health promotion and prevention policies, where they avoid or minimize clinical repercussions.

Keywords international classification of diseases; social welfare; mental disorders.

Introdução

Ao longo da história a relação saúde-trabalho-doença são crescentes, e diversos eventos contribuíram para a criação de organizações e leis trabalhistas. Diversos eventos contribuíram para a criação das leis, dentre os quais pode-se citar: a Revolução Industrial, as Grandes Guerras e a Globalização, entre outros (ARAÚJO, 2011).

Atualmente, com a globalização e a introdução de novas tecnologias, os processos de produção vêm se modernizando e ocasionando riscos ao trabalhador, bem como ao meio ambiente; como o aumento dos níveis de desemprego; aumento da duração e da intensidade do trabalho, que leva ao aparecimento do estresse e das doenças dele decorrentes ocasionando a precarização do trabalho; e diminuindo os níveis de remuneração (LINO; DIAS, 2011; SATO; BERNARDO, 2005).

No Brasil, o Código Comercial e o Regulamento 737, ambos de 1850, os quais foram os precursores para a formação da legislação trabalhista brasileira. Em que, traziam algumas questões do trabalhador, estabelecendo prazo para aviso prévio e também indenização por demissões antes do prazo que foi acordado em contratos e a manutenção dos vencimentos, por três meses, em que existisse caso de acidentes de trabalho com afastamentos. No Brasil, é de responsabilidade do Ministério da Previdência Social garantir o direito da assistência e a da previdência social dos trabalhadores que estiverem regularmente inscritos no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Entende-se por Seguridade Social um conjunto de ações dos poderes públicos, que são destinados a assegurar o trabalhador o direito à saúde, assistência social e a previdência, (BRASIL, 2013).

A função principal dos sistemas previdenciários é oferecer a assistência financeira à população adulta, a qual se encontra afastada do mercado de trabalho, quer seja por doença, invalidez ou por causa da idade avançada. O auxílio-doença, que é um dos

benefícios da Previdência Social, que o trabalhador recebe aos segurados que, atendam aos requisitos na legislação, que são carência de 12 contribuições mensais e a sua incapacidade para desempenhar o trabalho ou a atividade habitual por mais de quinze dias. E essa incapacidade é determinada por uma avaliação médico pericial, em que comprova qual o comprometimento da sua capacidade laborativa, o qual é decorrente de algum agravo à saúde (BRASIL, 2013).

Os trabalhadores compartilham perfis de adoecimento e de morte, em detrimento da sua idade, gênero, grupo social e também devido a inserção em um grupo de risco. Somado a estas causas, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas decorrentes aos trabalhos que as mesmas desempenham (MENDES, 2013).

Os Transtornos Mentais e Comportamentais estão entre os adoecimentos mais comuns e incapacitantes, os quais vão evoluir naturalmente com absenteísmo devido a doença e consequentemente redução da produtividade, (BARBOSA-BRANCO, 2012).

Através da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que é um documento no qual é registrado os agravos sofridos pelos trabalhadores durante sua atividade laborativa, no qual vai existir o nexo com o registro da Previdência Social, que vai ocasionar o afastamento legal do funcionário por um período necessário para que o trabalhador restabeleça a sua condição normal de trabalho, (BRASIL, 2009).

Por causas de responsabilidade civil e o direito do segurado, a não emissão da CAT (por causa do retorno o trabalho) no Brasil tem sido praticamente a regra, com a subnotificação dos acidentes de trabalhos. Neste sentido, a Previdência Social, elaborou uma lei que entrou em vigor em abril de 2007, criando o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), para melhorar esta realidade e reduzir o prejuízo que era causado aos trabalhadores. A Lei nº 11.430 de 26 de dezembro de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 6.042 de 12 de fevereiro de 2007, estabeleceu que

a concessão do benefício acidentário é automática quando a Classificação Internacional das Doenças (CID) que foi diagnosticada pelo médico perito for associada a alguma atividade do Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE), (OLIVEIRA, 2004). O auxílio doença acidentário (B91) é um benefício, decorrente da consequência do afastamento do trabalho, por causas relacionadas com acidente de trabalho, onde resultou na incapacidade temporária para o trabalhador desempenhar sua função por causa do evento causador e o benefício é correspondente a 100% do seu salário e o mesmo será pago enquanto o assegurado encontrar-se incapacitado.

Este estudo permite realizar uma análise mais aprofundada da prevalência de doenças ocupacionais registradas com CID no Brasil nos últimos cinco anos. O interesse, no entanto, foi o de se aprofundar nas Doenças que contribuem para o aparecimento dos Transtornos Mentais, visto que estas têm apresentando grande número de registros e notificação nos serviços de saúde do trabalhador e na previdência social, ocasionando o pagamento em larga escala de benefícios do tipo B91. Tendo como os principais objetivos: analisar a evolução dos benefícios auxílios-doença acidentário concedidos segundo o CID-10 nos últimos cinco anos no Brasil; descrever o impacto para a cadeia produtiva brasileira conforme o agravo do capítulo V e propor ações de promoção e proteção da saúde do trabalhador brasileiro conforme o agravo de saúde analisado.

Procedimento metodológico

Este estudo caracteriza-se com abordagem quantitativa e de corte seccional (CHIZZOTTI, 1998; TOBAR, YALOUR, 2001).

Metodologicamente foi realizada a avaliação do preenchimento do formulário do NTEP, cujas informações caracterizaram a formação do banco de agravos que permitem

o pagamento de benefícios auxílios-doença acidentário do tipo B91 concedidos para os beneficiários da Previdência Social do Brasil segundo o Código Internacional das Doenças o CID-10. Esta é uma fonte considerada mais complexa por envolver um universo de cerca de 5.564 entes (IBGE). A fonte de dados básica utilizada foi a do banco de registro de doenças disponível pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em seu site.

Nesta análise utilizaremos os resultados da compilação do registro dessas notificações para agravos de saúde mental que produzirão séries temporais compatíveis a partir desses dados primários. Isso porque não é possível fazer comparações intertemporais com um número diferenciado de benefícios, já que o universo dos benefícios tem sido alterado com a crescente notificação de agravos nesta área.

Discussão dos resultados

Durante o período de 2012 a 2016, foram concedidos 55.548 benefícios por auxílio-doença acidentário (B91), pela previdência. A tabela 1 e 2, apresenta a distribuição dos benefícios auxílios-doença acidentário (B91), relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais no período de 2012 a 2016, Brasil, segundo os códigos de Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Tabela 1 – Distribuição dos benefícios auxílios-doença acidentário (B91), relacionados aos transtornos mentais no período de 2012 a 2016, Brasil.

Variáveis	Anos				
CID 10	2012	2013	2014	2015	2016
F00 – F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	63	53	54	44	32
F10 – F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa	439	441	412	243	240
F20 – F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	250	216	189	134	163
F30 – F39 Transtornos do humor [afetivos]	4897	5320	4897	3479	3902
F40 – F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	5922	6635	6214	4969	6231

FONTE: Ministério da Previdência Social, 2017.

Tabela 2 – Distribuição dos benefícios auxílios-doença acidentário (B91), relacionados aos transtornos comportamentais no período de 2012 a 2016, Brasil.

Variáveis	Anos				
CID 10	2012	2013	2014	2015	2016
F50 - F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	8	9	9	4	1
F60 - F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	11	9	11	8	10
F70 - F79 Retardo mental	2	1	1	-	1
F80 - F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico	1	-	-	1	-
F90 - F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais	1	1	1	1	4
F99 Transtorno mental não especificado	3	3	3	1	4

FONTE: Ministério da Previdência Social, 2017.

No ano de 2012, foram concedidos 11.597, o que corresponde a 20,8% do benefício da espécie (B91). No ano de 2013, foram concedidos 12.688, o que equivale a 22,8% do benefício da espécie (B91). No ano de 2014, foram concedidos 11.791, o que corresponde a 21,2% do benefício. Em 2015, foram concedidos 8.884, o que corresponde a 15,9% do benefício e em 2016 foram concedidos 10.588, o que corresponde a 19,06% do benefício da espécie (B91), que é o auxílio correspondente à o auxílio-doença acidentário.

De 2012 a 2016, os números foram variantes, obtendo aumento e diminuição no decorrer dos anos. Entre 2012 e 2013 teve um aumento de 2% nos números de auxílios que teve um aumento de 1.091 benefícios. De 2013 para 2014 teve uma diminuição de 1,6%, o equivalente a 897 benefícios. De 2014 para 2015 continuou diminuindo 5,3%, correspondendo a 2907 benefícios. E de 2015 para 2016 teve um aumento de 3,16%, o equivalente a 1.704.

De acordo com os dados da Dataprev, de janeiro a abril de 2014 e relação ao acompanhamento dos benefícios auxílios-doença previdenciários e acidentários, os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), ocupam o terceiro lugar em relação ao auxílios concedidos no período (BRASIL, 2014b).

Em relação aos Transtornos Mentais, os que foram mais prevalentes foram os Transtornos do humor [afetivos] (CID10 F30-F39), em específico os Episódios depressivos (F32) e os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (CID10 F40-F48), em específico as Reações ao “estresse” grave e transtornos de adaptação (F43). Onde a prevalência em 2012 foi de 69,6% (3.411) para F32 e 57,1% (3.382) para F43; em 2013 foi de 67,8% (3.612) para F32 e 57,8% (3.836) para F43; em 2014 foi de 68,1% (3.337) para F32 e 57,5% (3.578) para

F43; em 2015 foi de 65,3% (2.275) para F32 e 58,3% (2.899) pra F43 e em 2016 foi de 65,2% (2.546) para F32 e 58% (3.614) para F43.

Em relação aos transtornos comportamentais, os que foram mais prevalentes foram as Síndromes Comportamentais Associadas a Disfunções Fisiológicas e a Fatores Físicos (CID10 F50-F59), em específico os Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais (F51) e os Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto (CID10 F60-F69), em específico os Transtornos específicos da personalidade (F60). Onde a prevalência em 2012 foi de 87,5% (7) para F51 e 81,8% (9) para F60; em 2013 foi de 66,6% (6) para F51 e 55,5% (5) para F60; em 2014 foi de 77,7% (7) para F51 e 81,8% (9) para F60; em 2015 foi de 50% (2) para F51 e 62,5% (5) para F60 e em 2016 foi de 100% (1) para F51 e 80% (8) para F60

Devem ser considerados que os resultados deste estudo tiveram uma limitação dos dados, visto que no sistema da previdência onde foram contabilizados os benefícios acidentários, não havia informações sobre o ramo da atividade econômica da empresa; o quantitativo foi referente aos benefícios concedidos no decorrer dos anos; em que essa concessão só pode ocorrer a partir do 16º dia de afastamento do trabalho; não foram analisados dados onde poderiam colaborar com a ocorrência de acidentes, idades, sexo, antecedentes ocupacionais e tempo de serviço.

Os resultados indicam que entre os anos estudados, que compreende entre 2012 a 2016, houve tanto aumento quanto redução, nos auxílios-doença acidentário. E que esses valores tiverem sua representatividade após as mudanças que surgiram com a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico, no qual, influenciaram o nexo entre saúde e trabalho. Em 2002, um estudo sobre notificação de acidentes na cidade e Botucatu em São Paulo, estimou-se que cerca de 54,1% dos acidentes de notificação compulsória não foram captados pelo INSS. Fazendo uma comparação de 2002, com os dos aqui

estudados, conclui que, depois da adoção do NTEP, houve uma contribuição para a redução da subnotificação dos acidentes (CORDEIRO, 2005).

Dentre as doenças em que mais afastam os trabalhadores, as que tiveram maior proporção 39,59% estão relacionadas aos Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), no qual no estudo de Santos e Mattos verificou que os diagnósticos que mais foram prevalentes foram, episódios depressivos (F32 = 12,5%); transtorno afetivo bipolar (F31 = 8,1%); transtorno depressivo recorrente (F33 = 7,6%), (SANTOS e MATTOS, 2010), Onde colaborou comparando com o presente estudo visto que nos períodos de 2012 a 2016, esses mesmos diagnósticos tiveram uma prevalência considerada, pois em 2012 tiveram as seguintes porcentagens para os diagnósticos (F30 – F39 Transtornos do humor [afetivos]), o que representa 9,5% (466) para F31, 5,9% (3.411) para F32 e 19,3% (948) para F33. Em 2013 houve um aumento de 466 benefícios, o que representou 10% (532) para F31, 67,8% (3.612) para F32 e 20,4% (1.089) para F33. Já em 2014 observa-se uma redução de 423 benefícios, porém em porcentagens ficaram 9,5% (468) para F31, 68,1% (3.337) para F32 e 20,8% (1.020) para F33. Em 2015, os valores foram os seguintes 10,9% (381) para F31, 65,3% (2.275) para F32 e 22,2% (773) para F33. Em 2016 os valores foram 10,2% (400) para F31, 65,2% (2.546) para F32 e 23,04% (900) para F33.

Como citado anteriormente os transtornos do humor [afetivos] (F30-F39), incluindo os depressivos, são os mais prevalentes, relacionados ao trabalho, uma vez que estudos realizados em outros países, sobre estudos epidemiológicos também foram os mais frequentes (BARBOSA-BRANCO, 2012). O agrupamento dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse transtornos somatoformes (F40-F48), foi o diagnóstico mais frequente relacionado ao motivo de auxílio-doença relacionado ao trabalho, no ano de 2011, o que foi similar ao padrão francês (BARBOSA-BRANCO,

2012). No nosso estudo que compreende de 2012 a 2016, os números destes benefícios são prevalentes, porém tiveram um declínio, entre 2013 a 2015.

Mais uma vez outro estudo mostra que os transtornos do humor [afetivos] (F30-F39), são os mais frequentes e que quase metade (46%) são destinados para transtornos mentais, onde 80% destes são depressões (F32-F34). Outros transtornos mentais e comportamentais frequentes são os que estão relacionados ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19) que equivalem a 22% do auxílio-doença, com destaque ao uso de álcool (F10) e também para os agrupamentos dos transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48) com 20%, com destaque aos transtornos ansiosos (F41), (BRASIL,2014b). Como já citamos sobre os diagnósticos (F30-F39 e F40-F48), chama-se agora a atenção para o diagnóstico (F10-F19), que entre 2012 pra 2013 teve um aumento de apenas 02 casos, e nos anos seguintes este número de benefício caiu em 29, 163 e 3 nos seguintes anos 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Analisando os agrupamentos do Capítulo V, do CID 10, foram analisados primeiro os que são relacionados aos Transtornos Mentais, e que compreende que o agrupamento (F00 – F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos) em uma evolução dos anos aqui analisados, teve uma diminuição de 10 benefícios de 2012 para 2013, entre 2013 e 2014 houve um aumento de apenas 1 benefício a mais e de 2014 para 2016 o benefício caiu em 10 e 12, respectivamente. O agrupamento (F10 – F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa), de 2012 para 2013 apresentou um aumento de 2 benefícios e nos anos seguintes teve redução em 29, 169 e 3, nos anos 2014, 2015 e 2016, respectivamente. No agrupamento (F20 – F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), os dados foram: de 2012 para 2013 observou-se uma redução de 34, de 2013 para 2014 ocorreu 27, de 2014

para 2015 em 55 e de 2015 para 2016 houve um aumento de 29 benefícios. O grupo que compreende (F30 – F39 Transtornos do humor [afetivos]) foi muito variante onde de 2012 para 2013 teve um aumento de 423, de 2013 para 2014 demonstrou uma redução em 423, de 2014 para 2015 apresentou uma redução em 1.418 e de 2015 para 2016 ocorreu um aumento de 423 auxílios-doença acidentário. O agrupamento (F40 – F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes) foi variante também, onde de 2012 pra 2013 tiveram um aumento de 713, de 2013 para 2014 observou-se uma redução em 421, de 2014 para 2015 uma redução de 1245 e de 2015 para 2016 um aumento em 1.262 benefícios.

Em análise aos Transtornos Comportamentais do Capítulo V, do CID 10. O agrupamento (F50 - F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos) teve um aumento, de 2012 para 2013 de 1, de 2013 para 2014 não foi observado aumento, de 2014 para 2016 reduziu em 5 e 3, em 2015 e 2016. O agrupamento (F60 - F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto) foi variante também, de 2012 para 2013 demonstrou uma redução em 2, de 2013 para 2014 em ocorreu um aumento em 2, de 2014 para 2015 uma redução em 3 e de 2015 para 2016 um aumento em 2 benefícios. O agrupamento (F70 - F79 Retardo mental) apresentou uma redução inicial, de 2012 para 2013 reduziu em 1 e de 2013 para 2014 não indicou aumento ou diminuição, em 2015 não observou-se nenhum auxílio e em 2016 teve 1. O agrupamento (F80 - F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico) em 2012 ocorreu apenas 1 benefício, em 2013 e 2014 não tiveram nenhum benefício, em 2015 houve 1 benefício e em 2016 nenhum. O grupo (F90 - F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais) de 2012 para 2015 caracterizou-se apenas 1 benefício, e em 2016 ocorreu um aumento de 3 benefícios. O grupo específico (F99 Transtorno mental não especificado) de 2012 para 2014

apresentou 3 benefício em cada ano, em 2015 reduziu em 2, ou seja, só apresentou-se 1 auxílio, e em 2016 foi observado um aumento em 3, totalizando 4 benefícios.

A relação entre trabalho e o vínculo, apresenta uma condição de risco, no momento em que o trabalhador é vinculado a empresa pública/privada da esfera municipal, estadual ou federal (REIS et al 2003.; FERREIRA et al. 2012). Esse estudo mostrou uma associação de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem com vínculo estatutário. Por esse tipo de contrato, entende-se como uma situação que confia mais segurança, onde o trabalhador sente-se mais seguro e livre para quando necessário procurar atendimento médico e afastar-se do trabalho. O direito que é adquirido em um emprego público para um concursado pode ser relacionada a uma segurança maior (LU et al., 2010). De uma outra forma, o processo de adoecimento incapacitante, é explicado por uma falta de flexibilidade organizacional do sistema público. Contando que há uma dificuldade de fazer implementações de ações de promoção e prevenção e segurança no trabalho (MORRONE et al., 2004).

Muitas situações que causam estresse no trabalho apresentam-se como importante fator associado ao motivo do afastamento do trabalho por transtornos mentais. As situações em que os trabalhadores são expostos à violência no trabalho é um motivo associado para a deterioração das relações de trabalho, como, verticais (chefia-subordinado) e horizontais (entre colegas de trabalho) (GARBIN e FISCHER, 2012). Comparando com outros estudos, no período de um ano, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais em um hospital do trabalhador geraram 317 dias de absenteísmo e a prevalência foi entre pessoas do sexo feminino, com idades entre 21 e 30 anos (ANSOLEAGA et al., 2011). Outro estudo mostrou um número significativo de afastamentos por episódios depressivos, os quais foram relacionados ao estresse e transtornos de adaptação e outros transtornos ansiosos. Andrade, Viana e Silveira

(2006) realizaram um estudo semelhante a respeito da frequência da taxa de absenteísmo entre trabalhadores de um serviço público municipal e verificaram que 81,6% dos 301 sujeitos pesquisados apresentavam quadros de transtornos mentais e comportamentais, dentre eles os depressivo-ansiosos. Esses transtornos, de acordo com a literatura, também apresentam relação com o ambiente de trabalho (SANDERSON; ANDREWS, 2006; MENTAL..., 2010; CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; VEMER et al., 2013; ARENDS et al., 2010).

Conclusão

O adoecimento mental é um problema de saúde pública importante, pois pode apresentar um sofrimento crônico, podendo levar à incapacidade temporária ou permanente, e assim fazendo com que tenha um envelhecimento funcional precoce. Portanto, é fundamental ter um olhar crítico sobre a complexidade e a dinâmica, do processo de trabalho.

Agravos onde causam afastamento ao trabalho por doença, como os transtornos mentais e comportamentais são necessários que sejam avaliados para poder compreender os mecanismos do seu adoecimento. É essencial conhecer a magnitude do problema envolvido para programar políticas de promoção e prevenção de saúde, onde as mesmas evitem ou minimizem as repercussões clínicas.

A Previdência Social, lida com a situação do adoecimento mental incapacitante, isto quando o afastamento é um processo longo. Portanto, a aplicação de métodos para a estimativa das influências, onde envolvem os fatores psicossociais no seu desencadeamento ou agravamento do nexos técnico (saúde-trabalho). Cabe à perícia médica previdenciária, ter uma compreensão e hierarquização do processo onde existe desgaste mental, que pode auxiliar e embasar para as conclusões técnicas sobre o

estabelecimento do nexos. É necessário a realização de novos estudos para a intervenção, para que preencham as lacunas acerca dos fatores da natureza psicossocial e as suas repercussões na saúde dos trabalhadores (FISCHER, 2012).

Notas

¹ Enfermeiro. Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). <luan.airton@hotmail.com>

² Possui graduação em Fonoaudiologia pelo Instituto Paraibano de Educação (IPE) e Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco na área de Saúde do Trabalhador. Membro Efetivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE. <simara.cruz@hotmail.com>

Referências

ANDRADE, Laura H. S. G. de.; VIANA, Maria C.; SILVEIRA, Camila M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Santiago, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANSOLEAGA, Elisa. et al. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la región metropolitana. *Rev Med Chile*. 2011;139: 1185-91.

ARAÚJO, Ana J. Saúde & Trabalho no processo histórico e no contexto político do neoliberalismo. *Sindipetro-RJ*. Rio de Janeiro, 2011.

ARENDS, Iris.; VAN DER KLINK, Jac J. L.; BÜLTMANN, Ute. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, London, v. 10, n. 132, p. 1-9, 2010.

BARBOSA-BRANCO, Anadergh.; BULTMANN, Ute.; STEENSTRA, Ivan. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1854-66.

_____. BRASIL. Histórico da Previdência. Ministério da Previdência Social. Brasília, 2013.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. O que é o SUS. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395.

CAVALHEIRO, Gabriela.; TOLFO, Suzana R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.

CORDEIRO, Ricardo.; SAKATE, Mirian.; CLEMENTE, Ana P. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, Abr. 2005.

FERREIRA, Roberta C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):259-268.

FISCHER, Frida M. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador [editorial]. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):401-406.

GARBIN, Andéia C.; FISCHER, Frida M. Assédio moral no trabalho e suas representações na mídia jornalística. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):417-424.

LINO, Domingos.; DIAS, Elizabeth C. A globalização da economia e os impactos sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores. Disponível em: <<http://www.instcut.org.br/art03.htm>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

LU, Xiaoshu. et al. Sickness absence, employment history, and high-risk employees: a 10-year longitudinal study. *JOEM*. 2010;52(9):913-919.

MENDES, René.; WAISSMANN, William. Bases históricas da patologia do trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. 3a Edição. São Paulo: Atheneu, 2013 v. 1, 986 p.

MENTAL. Health problems in the workplace. Harvard: Harvard Health Publications, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA PREVIÊNCIA SOCIAL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*, Brasília: MTE, MPS, 2014b.

MORRONE, Luiz C. et al. Saúde e Segurança do Trabalho de Servidores Públicos Estaduais: resultados Iniciais de um Programa em São Paulo. *Rev Bras Med Trab*. 2004;2(2):94-102.

OLIVEIRA, Paulo R. A de. Fator Acidentário Previdenciário – FAP: Uma Abordagem Epidemiológica. [dissertação de mestrado em Saúde Coletiva]. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

REIS, Ricardo. J. dos. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5)616-623.

SANDERSON, Kristy.; ANDREWS, Gavin. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 51, n. 2, p. 63-75, 2006.

SANTOS, Jandira P.; MATTOS, Airton P. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*. São Paulo. V. 35, n. 121, p. 148-56, 2010.

SATO, Leny.; BERNARDO, Márcia H. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 869-78, 2005.

VEMER, Pepijn. et al. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Albany, v. 9, p. 1637-1645, 2013.