



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE NO  
BRASIL: UMA ANÁLISE DE DADOS DE BENEFÍCIOS DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL**

**ANA LÚCIA PELLEGRINI PESSOA DOS REIS**

**TESE DE DOUTORADO**

Salvador

2011

**ANA LÚCIA PELLEGRINI PESSOA DOS REIS**

**TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE NO  
BRASIL: UMA ANÁLISE DE DADOS DE BENEFÍCIOS DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vilma Sousa Santana

Salvador

2011

**ANA LÚCIA PELLEGRINI PESSOA DOS REIS**

**TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE: UMA  
ANÁLISE DE DADOS DE BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Data da defesa: 21 de março de 2011

**Banca Examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vilma Sousa Santana – ISC/UFBA  
Orientadora

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA  
Examinador Interno

Prof. Dr. Fernando Martins Carvalho – FAMEB/UFBA  
Examinador Interno

Prof. Dr. José Manoel Bertolote – UNESP  
Examinador Externo

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mina Kato – FUNDACENTRO  
Examinador Externo

Salvador

2011

## AGRADECIMENTOS

A Geraldo, “meu amado e amigo”, pela paciência com as minhas ausências, pelo apoio e pelas cobranças para que eu continuasse e concluísse mais esta etapa de nossas vidas.

A Joana, querida filha, que vem me ensinando a aprender e redescobrir a essência da vida!

Aos meus pais e irmãos, pelo estímulo e amor incondicional desde a primeira hora; pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram, sensatez com que sempre me ajudaram e coragem que me transmitiram.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Vilma Santana, pelo acolhimento, generosidade, confiança em mim depositada, pela orientação firme e segura durante o desenvolvimento deste trabalho e pelo incentivo para percorrer os caminhos da epidemiologia.

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e ao CNPq, por viabilizarem a realização deste doutorado.

Ao Departamento de Filosofia e Ciências Humanas/UESB, em especial à área de Psicologia pelo apoio durante o período de afastamento de minhas atividades docentes.

A Paulo Rogério Albuquerque e Willian, por suas valiosas contribuições, ensinamentos, disponibilidade e suporte na estruturação do banco de dados.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, que contribuíram com a minha formação, em especial ao Prof. Eduardo Mota.

As minhas colegas de curso, Norma, Hervânia, Tereza e Jorgana pela parceria e momentos compartilhados.

Aos participantes do grupo de Pesquisa Integrada em Saúde do Trabalhador (PISAT), Silvia Ferrite, Marlene, Marta, Cláudia Lisboa, Cláudia Perez, Renata, Rosane, Solange, Júlio, Ailton e Cíntia pelo carinho, acolhimento e apoio durante a realização deste trabalho.

A José Bouzas, pela preparação do banco de dados e pela amizade.

A Tatiane Meira e Franciana Nunes, bolsistas de iniciação científica, pela presteza, profissionalismo, amizade e ajuda na apresentação gráfica e revisão deste trabalho.

Às minhas amigas Ana Rita e Ana Passinho, pelas palavras de incentivo e conforto nos momentos difíceis.

A Jorge Solla e Marília pelo incentivo.

E, por fim, à amiga Zélia Chequer que contribui para que minhas vitórias sejam sempre doces conquistas.

## SUMÁRIO

---

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>2</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>3</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>ARTIGO I</b>	
<b>Incidência de Transtornos Mentais com Incapacidade no Brasil – Estimativas com Benefícios da Previdência Social .....</b>	<b>15</b>
Resumo .....	17
Abstract .....	18
Introdução .....	19
Métodos .....	20
Resultados .....	22
Discussão .....	23
Conclusão .....	27
Referências .....	28
<b>ARTIGO II</b>	
<b>Custos e dias perdidos de Trabalho por Transtornos Mentais com Incapacidade – Estimativas com benefícios da Previdência Social .....</b>	<b>35</b>
Resumo .....	37
Abstract .....	38
Introdução .....	39
Métodos .....	41
Resultados .....	43
Discussão .....	45
Conclusão .....	48
Referências .....	48

**ARTIGO III****Incidência de Transtornos Mentais com Incapacidade entre 2000 e 2008 no**

<b>Brasil-Estimativas com benefícios da Previdência Social</b>	<b>57</b>
Resumo .....	59
Abstract .....	60
Introdução.....	61
Métodos.....	62
Resultados.....	64
Discussão .....	65
Conclusões .....	68
Referências .....	69

## LISTA DE FIGURAS

### **ARTIGO III**

- FIGURA 1.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI), por sexo, no período de 2000 a 2008 no Brasil. .... 73
- FIGURA 2.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI), por grupos de idade, segundo sexo, no período de 2000 a 2008 no Brasil. .... 73
- FIGURA 3.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI) não relacionados ao trabalho, no período de 2000 a 2008 no Brasil. .... 74
- FIGURA 4.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI) relacionados ao trabalho, no período de 2000 a 2008 no Brasil..... 74

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO I

<b>TABELA 1.</b> Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMIx1.000 trabalhadores) por faixa de idade, de acordo com o sexo. Brasil, 2006 .....	32
<b>TABELA 2.</b> Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMIx1.000 trabalhadores) de acordo com a faixa de valor do benefício. Brasil, 2006.....	33
<b>TABELA 3.</b> Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI x 1.000 trabalhadores) de acordo com o ramo de atividade. Brasil, 2006 .....	34

### ARTIGO II

<b>TABELA 1.</b> Proporção de benefícios por incapacidade temporária (B31 e 91) em razão de transtornos mentais de acordo com variáveis sócio-demográficas e ramos de atividade. Brasil, 2006 .....	52
<b>TABELA 2.</b> Distribuição dos dias perdidos de trabalho por incapacidade temporária (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, de acordo com a idade, por sexo. Brasil, 2006 .....	53
<b>TABELA 3.</b> Distribuição dos dias perdidos de trabalho por incapacidade temporária (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, DPT-TM, de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006 .....	54
<b>TABELA 4.</b> Distribuição dos custos totais (em real) com benefícios temporários (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006.....	55
<b>TABELA 5.</b> Mediana do custo mensal (em real) dos DPT-TM, com benefícios temporários (B31 e B 91), de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006. ....	56

### ARTIGO III

<b>TABELA 1.</b> Coeficiente de incidência anual (X 1.000 trabalhadores) de transtornos mentais com incapacidade por ramos de atividade, no período de 2000 a 2008, no Brasil. ....	75
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COPEs	Cobertura Previdenciária Estimada
DALY	Disability Adjusted Life of Years
DPT	Dias Perdidos de Trabalho
DRT	Doenças Relacionadas ao Trabalho
GBD	Global Burden Disease
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
I-TMI	Coeficiente de Incidência de Transtornos Mentais com Incapacidade
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico
OMS	Organização Mundial da Saúde
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RR	Risco Relativo
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SUB	Sistema Único de Benefícios
TM	Transtornos Mentais
TMI	Transtornos Mentais com Incapacidade
TMI-RT	Transtornos Mentais com Incapacidade Relacionados ao Trabalho
VPP	Varição Proporcional Percentual
YLD	Years Lived With Disability

## APRESENTAÇÃO

Esta tese constitui o produto final do Curso de Doutorado em Saúde Pública, com concentração em epidemiologia, iniciado em março de 2007. O objetivo da investigação foi estudar os transtornos mentais com incapacidade entre trabalhadores segurados pela Previdência Social no Brasil.

Com este propósito, desenvolveu-se este estudo cujos resultados encontram-se aqui apresentados sob a forma de três artigos científicos, em acordo com a seção V do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, padronizados segundo as normas da ABNT (2007). O primeiro deles corresponde ao estudo denominado **"Incidência de transtornos mentais com incapacidade no Brasil: estimativas com benefícios da Previdência Social"**, cujo objetivo foi estimar a incidência de Transtornos Mentais com incapacidade, em 2006, entre trabalhadores segurados no Brasil e sua distribuição em relação a variáveis sócio-demográficas e ocupacionais. O segundo, intitulado **"Custos e dias perdidos de trabalho por transtornos mentais com incapacidade: estimativas com benefícios da Previdência Social"**, visou estimar as despesas com o pagamento de benefícios e dias perdidos de trabalho com transtornos mentais com incapacidade no Brasil, entre trabalhadores segurados pela Previdência Social, no ano de 2006. O último artigo, **"Incidência de transtornos mentais com incapacidade entre 2000 e 2008: estimativas com benefícios da Previdência Social"**, descreveu a evolução da incidência em razão de transtornos mentais com incapacidade entre segurados da Previdência Social no período de 2000 a 2008, no Brasil.

Antecedendo esses artigos, apresentou-se uma breve delimitação de conceitos básicos sobre incapacidade para o trabalho e transtornos mentais que nortearam o estudo.

## 1 INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS

A saúde é fator determinante da qualidade de vida, conceito que incorpora, aos aspectos biológicos da higidez, necessidades humanas fundamentais, como as materiais, espirituais e a capacidade de viver sem doença (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Por sua vez, o conceito de incapacidade abrange as limitações na habilidade para o desempenho de atividades consideradas normais e resultam da interação com barreiras ambientais e sociais (OMS, 2001).

A incapacidade que resulta de doenças, em geral ou ocupacionais, causa sofrimento físico e psicológico e pode, também, representar perda de dias de trabalho, levando à redução da capacidade de produzir, impactando na produção e na produtividade econômica. São conhecidas ainda as repercussões nos custos da seguridade social, como indenização, compensações monetárias, benefícios, além de despesas com o cuidado da saúde e a reabilitação, o que representa ônus significativo para o trabalhador, para as empresas, o Estado e a sociedade (OMS, 2002)

Transtornos mentais e incapacidade constituem um problema. O aumento da carga da incapacidade com a elevação da incidência em diversas sociedades (JÄRVISALO, et al., 2005; HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006; ROELEN et al., 2009) e os altos custos (DRUSS; ROSENHECK; SLEDGE, 2000; MERIKANGAS et al., 2007; NAMI, 2010) requerem atenção da saúde pública. São responsáveis por mais de 160 milhões de anos perdidos de vida saudável, dos quais 30,0% poderiam ter sido evitados com as intervenções existentes (ÜSTÜN, 1999).

No Brasil, quando o indivíduo perde temporária ou permanentemente a capacidade de trabalho por motivo de doenças em geral ou ocupacionais, invalidez, maternidade, velhice, morte e acidentes de trabalho, a renda dos segurados é reposta pela Previdência Social com a concessão de benefícios, por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), administrada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

## 1.1. PREVIDÊNCIA SOCIAL: INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E O BENEFÍCIO POR DOENÇA

Nos primórdios do processo de industrialização no Brasil, antes mesmo das primeiras experiências de formação de sindicatos, os trabalhadores, sobretudo imigrantes, exerciam práticas de solidariedade e ajuda mútua nos momentos de dificuldades financeiras, doenças e mortes. Estas práticas, denominadas de mutualismo, não foram suficientes para cobrir situações de necessidades sociais daqueles que sobreviviam da sua força de trabalho. A proteção social no Brasil que alcança essas necessidades passou a ganhar expressão a partir da revolução de 1930, quando os trabalhadores começaram a se organizar em sindicatos como instâncias de reivindicação de melhoria das condições de vida e trabalho, contribuindo para a definição de políticas de regulação do mercado de trabalho (POCHMANN, 2004).

Estas transformações institucionais no Brasil, sem ainda significarem a constituição do Estado do Bem-Estar Social com suas características clássicas, aconteceram em um contexto internacional, no qual surgia o Estado interventor e provedor. Por um lado, isto era consequência da transição de um período de capitalismo de livre-concorrência para o monopolista e a necessidade de dar respostas ao período de grave depressão econômica que o antecedeu. Por outro lado, este mesmo Estado passava a planejar e exercer maior controle sobre a economia, buscando uma política de pleno emprego e, também, assumindo a tarefa de regulamentar e mediar as relações capital-trabalho. Uma característica fundamental deste novo Estado é que passa a custear parte da reprodução da força de trabalho mediante a implantação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, habitação e seguridade social, com funções de proteger os cidadãos e garantir uma sociedade hipoteticamente menos desigual.

A proteção social no Brasil, na condição de país em desenvolvimento, ocorreu diferentemente dos países desenvolvidos. Não obstante o surgimento de uma legislação trabalhista, na era Vargas, voltada para a institucionalização e regulação da “questão social”, o avanço do processo de industrialização e modernização conservadora, que ocorreu nos anos 1930 até a década de 1960, conviveu paralelamente com condições precárias de vida e trabalho. Enquanto os trabalhadores urbanos eram contemplados com uma nova legislação trabalhista e de

seguridade social, os trabalhadores rurais continuavam à mercê de relações sociais de produção “pré-capitalistas” e desprovidos de proteção social institucionalizada. Curiosamente, foi no período do regime militar pós-1964 que surgiu uma forma específica de aposentadoria para os trabalhadores rurais (POSSAS, 1989). Nos anos 1970 e 1980, quando os países desenvolvidos transitavam de uma forma de acumulação capitalista fordista-keynesiana para uma acumulação flexível, época marcada pela terceira revolução técnica científica, pela crise do Estado do Bem-Estar Social e a desregulamentação da relação capital e trabalho, no Brasil, os traços tardios do fordismo e keynesianismo levavam a um novo sindicalismo, com novas características, independente do Estado e também dos novos movimentos sociais. Foi nesse contexto que a Constituinte de 1988 consagrou uma série de conquistas sociais e de ampliação da cidadania (POCHMAN, 2004). Entre outras conquistas, a Constituição Federal incorporou um Sistema de Seguridade Social composto por Saúde, Educação e Assistência Social, gratuitas e dirigidas à população pobre. Todavia, até o presente, a Previdência Social mantém o seu caráter contributivo.

A previdência básica, coberta pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), é administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e atende a parte da população economicamente ativa, os trabalhadores do setor privado, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), os funcionários de empresas estatais, os trabalhadores rurais do regime de economia familiar, assim como os trabalhadores autônomos e contribuintes avulsos. A Previdência Social oferece os seguintes benefícios aos segurados e dependentes: aposentadoria por idade, por tempo de contribuição, por invalidez e aposentadoria especial; auxílio-acidente e reclusão; pensão por morte; salário maternidade e salário-família e auxílio-doença (BRASIL, 2007).

O auxílio por doença, instrumento de proteção social, é um benefício concedido com o propósito de apoiar o trabalhador segurado no caso de ocorrer incapacidade para o trabalho por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador e, a partir do 16º dia de afastamento do trabalho, a Previdência Social é quem paga. No caso do contribuinte individual (empresários, profissionais liberais, trabalhadores autônomos, entre outros), a Previdência paga todo o período da doença ou do acidente (desde o momento em que o trabalhador

tenha requerido o benefício). A concessão do benefício está condicionada a uma contribuição por um período mínimo de 12 meses, sendo necessária a comprovação da incapacidade por meio de exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. Atualmente, há necessidade de confirmação do prognóstico por exames periódicos e participação do trabalhador segurado em programas de reabilitação profissional prescrito e custeado pela Previdência Social, sob pena de ter o benefício suspenso.

Os fatores que se relacionam à evolução da concessão e aos desligamentos dos benefícios por doença são múltiplos e abrangem desde aspectos do macrocontexto até fatores de natureza individual: 1. características do contexto: características da região quanto à dimensão territorial, história de desenvolvimento, população (JÄRVISALO et al., 2005); condições políticas e socioeconômicas que condicionam a dinâmica do crescimento econômico e a estrutura do mercado de trabalho (BRASIL, 2007); sistema de seguridade social e fatores regulatórios (FRISON-ROCHE, 2002); desigualdades sociais; 2. características organizacionais: política de gestão de pessoas, organização e condições de trabalho (DEMBE, 2001) e 3. fatores de natureza individual (HÖRNQUIST; ZAR; HANSSON, 1993).

Vale ressaltar que, além dos aspectos gerais ligados à concessão do benefício por doença, há fatores específicos, relacionados ao tipo de enfermidade ou agravos experimentados.

## 1.2. O CONCEITO DE INCAPACIDADE

A utilização de diversos conceitos e nomenclaturas para incapacidade dificulta a comparação de resultados dos estudos (WILLEMS; KLEIJN - DE VRANKRIKER, 2002; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007; DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, 2008). A necessidade de avaliar políticas e ações entre setores relativas à incapacidade e comparação dos dados levou à criação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1980, da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH). Esta classificação, todavia, sofre críticas por manter uma relação linear e causal entre os conceitos e não contemplar os fatores sociais e ambientais. Nesta classificação, a incapacidade (*disability*) é considerada como um estado da pessoa, causada diretamente por doença, deficiência (*impairment*) ou outra condição de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Compreende a incapacidade no contexto da saúde e da doença, entendida como limitação pessoal e não como imposição social, desconsiderando, portanto, fatores contextuais. Vê a incapacidade como um problema físico, individual, por causa biomédica, que impõe restrições individuais à adaptação do indivíduo.

As limitações desta classificação propiciaram debates que levaram à concepção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS em 2001. Trata-se de um conceito mais amplo de incapacidade, em contraposição com o modelo médico da ICIDH, ao passar para um modelo integrado biopsicossocial de funcionalidade humana e incapacidade. Na CIF, a incapacidade (disability) é conceituada como resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição na participação social e fatores ambientais, que podem funcionar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (OMS, 2001). Esta classificação define a incapacidade como um problema social, coletivo, de causa biopsicossocial, que impõe restrições não só individuais como também sociais à adaptação do indivíduo à sociedade.

Há consenso de que a incapacidade se constitui numa realidade complexa, multifacetada (KLEIJN - DE VRANKRIKER, 2002; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), que requer o uso de um conceito global que possibilite comparações dos problemas de saúde, padronização de critérios, instrumentos para medição, ferramentas validadas de avaliação e treinamento dos profissionais que as usam, para permitir maior qualidade dos dados para propósitos epidemiológicos. A CIF pretende constituir-se numa linguagem universal para políticas públicas, pesquisas científicas e iniciativas internacionais comparativas (KLEIJN - DE VRANKRIKER, 2002; DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007), o que inclui o estudo da incapacidade para o trabalho e sua utilização como critério de elegibilidade para direcionar questões legais relativas ao trabalho e à previdência (OMS, 2001).

Em revisão de literatura, Alves et al. (2008) demonstram que, apesar da diversidade de formas de mensuração da incapacidade e dos conceitos apresentados, não há conflitos entre eles e que tem havido uma evolução nas últimas décadas. Na atualidade, tem havido referência primordialmente a declínio funcional, definido pela capacidade de a pessoa viver independentemente e de cuidar de negócios e de si próprio. Entretanto, tão importante quanto o uso de um

conceito global é a definição operacional a ser utilizada, que deve corresponder às medidas ou instrumentos aplicados

### 1.3. A INCAPACIDADE PARA O TRABALHO PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL

Para a Previdência Social, a incapacidade se constitui na impossibilidade temporária ou definitiva de o indivíduo exercer funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfo-psi-quico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente, com a consideração de que a permanência na atividade poderá acarretar agravamento ou risco de vida para ele próprio ou para terceiros. Portanto, neste conceito, está implícita a capacidade laborativa, por considerar a relação entre as exigências da ocupação e a capacidade para realizá-la. Para fins de concessão de benefícios, a incapacidade é classificada quanto ao grau, à duração e à ocupação desempenhada. Quanto ao grau, a incapacidade pode ser total ou parcial. A incapacidade total é a que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho e torna impossível atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria; a parcial permite o desempenho da atividade, sem risco de vida ou agravamento maior. Por sua vez, a duração da incapacidade pode ser temporária, quando se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível, ou permanente, se insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis. No que se refere à ocupação, esta pode ser classificada como uniprofissional, quando o impedimento para o desempenho da ocupação alcança apenas uma atividade específica; multiprofissional quando o impedimento abrange diversas atividades profissionais; e omniprofissional quando há impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa (BRASIL, 1993).

A avaliação da capacidade laborativa no INSS é responsabilidade da Perícia Médica, que deve considerar o diagnóstico da doença, o tipo de atividade ou profissão, os dispositivos legais pertinentes, a viabilidade de reabilitação profissional, como também a caracterização do nexa com o trabalho (BRASIL, 1993).

O perito também emprega informações relativas ao Nexa Técnico Epidemiológico (NTEP) desde abril de 2007. O NTEP é uma informação que representa o excesso relativo, medido pelo *odds ratio*, da associação entre ramos de atividade econômica, codificado pela Classificação Nacional de Atividades

Econômicas (CNAE), e doenças diagnosticadas conforme classificação da CID-10, considerando o total, independente do vínculo ocupacional. Para associações positivas e estatisticamente significantes para um  $\alpha=0,01$  relativos a empresas em comparação com as demais do seu ramo CNAE, todo empregado enfermo dessas empresas com aquele diagnóstico será considerado um possível caso de vinculação ocupacional. Isto é, todo caso com o diagnóstico que corresponda a um *odds ratio* indicativo de associação epidemiológica com um dado ramo CNAE, sendo o trabalhador de empresa daquele ramo CNAE, será considerado suspeito de doença ou agravo de origem ocupacional. Caberá então ao empregador provar que aquela enfermidade não foi causada pelo trabalho, o que representa a inversão do ônus da prova, anteriormente de responsabilidade do enfermo trabalhador. No formulário eletrônico utilizado pelo perito do INSS, aparecem três critérios para ajudar o laudo. Um deles é o NTEP. O perito poderá se basear neste critério ou não, a depender de outras evidências clínicas e de antecedentes, ou mesmo da experiência (OLIVEIRA; BARBOSA-BRANCO, 2009).

#### 1.4. TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE

Os transtornos mentais se caracterizam por perturbações de ordem emocional, cognitiva e comportamental que podem afetar o desempenho das pessoas acometidas por esses transtornos na área sócio-ocupacional, familiar e pessoal e também dos indivíduos com quem elas convivem. A natureza crônica, o seu caráter irregular, a ansiedade vivenciada diante do estigma da doença, os efeitos secundários das medicações, a comorbidade, o seu acometimento em pessoas ainda jovens, comprometendo o processo de formação educacional e profissional, são características que afetam a capacidade funcional (OMS, 2002).

A incapacidade é inerente ao próprio diagnóstico das doenças mentais e é considerada como um dos eixos de definição e classificação diagnóstica. O seu crescimento em muitas regiões está associado a fatores como pobreza, envelhecimento da população, marginalização, desemprego, abuso de substâncias psicoativas, condições e organização do trabalho (JENKINS, 1997; JÄRVISALO et al., 2005), violência, guerra, migração, isolamento, o estigma da doença mental em muitas regiões, a mudança do perfil epidemiológico das enfermidades, a falta da

prestação de serviços para o tratamento, reabilitação ocupacional e psicossocial (JENKINS, 1997).

A concessão de benefícios por Incapacidade em decorrência de transtornos mentais mostra evolução crescente, ao contrário do que ocorre com outras doenças (JÄRVISALO et al., 2005). Este fato gera interesse pelo conhecimento do fenômeno em relação a extensão, gravidade, evolução temporal e custos econômicos, cuja compreensão é fundamental para o reconhecimento da urgência e de prioridade por tomadas de decisões quanto à definição de políticas públicas .

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (4): 1199- 1207 2008.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de Perícia Médica da Previdência Social**, 1993. Disponível em: <<http://www.sindmedicos.org.br/juridico/Manual%20de%20Pericias%20Medicas%20do%20INSS.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2010.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais: acompanhamento e análise: 1995-2005**, 2007. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps\\_14/previdenciasocial.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_14/previdenciasocial.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2010.

DEMBE, A.E. The social consequences of occupational injuries and illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 40, n. 4, p. 403-417, 2001.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras. Epidemiologia**. N. 11, V.2: 324-35, 2008

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cad. Saúde Pública**. N. 23, V 10: 2507-2510, out, 2007

DORMAN, P. **Three Preliminary Papers on the Economics of Occupational Safety and Health**. International Labour Office. In: Focus Programme on Safety and Health at Work and the Environment. Geneva, abr. 2000. Disponível em: <[http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/econanal/wr\\_chp.htm](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/econanal/wr_chp.htm)>. Acesso em: 30 out. 2007.

DRUSS, B.G.; ROSENHECK, R.A.; SLEDGE, W.H. Health and disability cost of depressive illness in a major U.S. corporation. **American Psychiatric Association**, v. 157, n. 8, p. 1229-1235, ago. 2000.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiologia**. N. 8, V.2: 187-193, 2005

FRISON-ROCHE, M.A. The joint need for an analogous regulation of industrial relations and globalised markets. In: AUER, P.; GAZIER, B. **The Future of work employment and social protection: A dinâmica de mudança e à proteção dos trabalhadores**. Lyon: International Labour organizational, 2002.

HÖRNQUIST, J. O.; ZAR, M.; HANSSON, B. Precursors of repeated short-term sick-leave: an empirical review of some background, job and well-being characteristic. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v. 21, n. 3, p. 164-170, 1993.

JÄRVISALO, J. et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

JENKINS, R. Reducing the global burden of mental illness. **The Lancet**, v. 349, p. 1340, 1997.

MERIKANGAS, K.R. et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, n. 10, out. 2007.

MINAYO, C.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NAMI. **The high cost of cutting mental health: mental illness and work place**. 2010. Disponível em: <[http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/State\\_Advocacy/About\\_the\\_Issue/Workplace.pdf](http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/State_Advocacy/About_the_Issue/Workplace.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2010.

OLIVEIRA, P.R.A.; BARBOSA-BRANCO, A. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e Fator Acidentário de Prevenção - FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. São Paulo: LTR, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF**. Lisboa: Climepsi, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002.

POCHMANN, M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v.2 n.18, p. 3-16, 2004.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da previdência**. São Paulo: Hucitec, 1989

ÜSTÜN, T. B. The global burden of mental disorders. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1315-1318, set. 1999.

WILLEMS, H.; KLEIJN - DE VRANKRIKER, M. W. Work disability in Netherlands: data, conceptual aspects, and perspectives. **JOEM. V.44, N 6, june 2002.**

## **ARTIGO I**

# **INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE NO BRASIL – ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

*INCIDENCE OF MENTAL ILLNESS DISABILITY IN BRAZIL – ESTIMATES WITH  
COMPENSATION BENEFITS FROM THE SOCIAL SECURITY INSTITUTE*

## **INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE NO BRASIL – ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INCIDENCE OF MENTAL ILLNESS DISABILITY IN BRAZIL – ESTIMATES WITH COMPENSATION BENEFITS FROM THE SOCIAL SECURITY INSTITUTE

***TÍTULO CURTO: INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE NO BRASIL***

Ana Pellegrini Pessoa dos Reis<sup>1</sup>, Vilma Sousa Santana<sup>2</sup>

Endereço para correspondência:

Ana Lucia Pellegrini Pessoa dos Reis  
Instituto de Saúde Coletiva  
PISAT- Programa Integrado de Saúde do Trabalhador  
Rua Augusto Vianna s/n, 2º andar  
Canela – Salvador/Bahia – Brasil  
CEP: 40110-060  
Tel: (71) 3283-7418; FAX: (71) 3336-0034  
E-mail: [pellegrinireis@yahoo.com.br](mailto:pellegrinireis@yahoo.com.br)

Financiamento: apoio da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Prof<sup>a</sup>. Ana Reis foi Bolsista de Doutorado do CNPq, e Vilma Santana é Bolsista de Produtividade Proc. N° 522621/96-1.

---

<sup>1</sup> *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Filosofia e Ciências Humanas; Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.*

<sup>2</sup> *Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador.*

## RESUMO

**Objetivos:** estimar o coeficiente de incidência anual de Transtornos Mentais com Incapacidade (I-TMI), em 2006, entre trabalhadores segurados da Previdência Social, no Brasil, e apresentar a distribuição do I-TMI em relação a variáveis sócio-demográficas e ocupacionais.

**Métodos:** este é um estudo descritivo conduzido com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social, entre 1º/01/2006 e 31/12/2006, obtidos do Sistema Único de Benefícios (SUB). A população compôs-se de segurados cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). A medida de ocorrência foi estimada para a população de trabalhadores que corresponde à média de vínculos empregatícios mensais.

**Resultados:** este estudo evidenciou um coeficiente de incidência anual de TMI no Brasil de 5,3x1. 000 trabalhadores, maior entre as mulheres, e que se elevava fortemente com a idade em ambos os sexos e se reduzia entre os que tinham mais de 59 anos de idade. Observou-se também uma associação positiva com o valor do benefício. Maiores coeficientes de incidência anual foram estimados nos ramos de serviços, entre homens e mulheres, com valores mais elevados na administração pública. Menores estimativas foram calculadas na agricultura em ambos os sexos.

**Conclusões:** os resultados encontrados indicam expressiva incidência de transtornos mentais com incapacidade entre trabalhadores segurados no Brasil e sugerem o desenvolvimento de investigações que elucidem os fatores de risco, a atenção aos grupos mais vulneráveis e o desenvolvimento de políticas de saúde mental para redução da carga da doença.

**Palavras-chave:** transtornos mentais; incapacidade; epidemiologia; variáveis sócio-demográficas; ramos de atividade econômica.

Nº de palavras: 242

## ABSTRACT

**Objectives:** to estimate the incidence of disabling mental disorders (I-TMI) among workers covered by the Social Security System in Brazil, in 2006, and also to present the distribution of TMI incidence according to occupational and socio-demographic variables.

**Methods:** a descriptive study was carried out using data from compensation benefits issued by the Brazilian Social Security System between 01/01/2006 and 12/31/2006, from the Unified Benefits System (SUB). The study population accounted workers covered by the Work Injury Insurance (SAT). I-TMI was estimated for workers population which corresponded to the average number of monthly job contracts.

**Results:** this study revealed high rates for annual incidence of TMI in Brazil (5.3x1.000), higher for women, which increased strongly with age for both sexes, and decreased among those with more than 59 years of age. It was also observed a positive association with compensation benefit values. Highest annual incidence coefficients were estimated for services trades, among men and women, and with highest values estimated for public administration. Lowest estimates were calculated for agriculture among both sexes.

**Conclusions:** results indicate an expressive incidence of disabling mental disorders among covered workers in Brazil and suggest the development of investigations in order to point out risk factors, draw attention to more vulnerable groups and development of mental health politics to reduce the disease burden.

**Key words:** mental disorders; disability; epidemiology; socio-demographic variables; economic trades.

N° of words: 226

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais acometem grandes segmentos da população, com estimativas de prevalência entre 46% e 12%, em vários países (OMS, 2000). Isso se modifica quando se consideram apenas os casos graves, que cursam com incapacidade, que correspondem a, aproximadamente, um décimo dessas estimativas. Por exemplo, o coeficiente de incidência anual cumulativa de Transtornos Mentais com Incapacidade (I-TMI) foi de 4,8% na Noruega em 2000 (HENSING; ANDERSON; BRAGE, 2006) e variou, em 1998, de 5,2 x1.000 a 1,5x1.000 em outros países da Europa (VEERMAN; SHOEMAKER; CUELENAERE, 2001). Muitos estudos foram realizados com dados de benefícios por incapacidade para o trabalho, mas a comparabilidade é limitada pelo fato de os sistemas de compensação variarem de país a país (STANSFELD, S. et al., 1995; HENSING; WAHLSTRÖM, 2004; JARVISALO et al., 2005).

Entre os fatores associados aos TMI, os estudos evidenciaram maior coeficiente de incidência anual (I-TMI) entre as mulheres em comparação com os homens (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 2000; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; HENSING; WAHLSTRÖM, 2004; ROELEN et al., 2009; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009). A associação positiva com a idade, entretanto, tem sido alvo de controvérsias. Enquanto alguns estudos encontraram associação positiva entre idade e TMI, tanto em homens quanto em mulheres (HENSING et al., 1995; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009), outros demonstraram maior incidência em idades específicas: 30 a 39 anos entre mulheres (ROELEN et al., 2009) e homens (HENSING; ANDERSON; BRAGE, 2006) e 40 a 49 anos em homens (ROELEN et al., 2009). Também Hensing et al. (2000), em outro estudo, relata maior coeficiente de incidência no grupo de 45 a 59 anos para os dois sexos. Em relação ao papel do Nível Socioeconômico (NSE) para TMI, a maioria dos estudos mostra associação negativa entre renda e TMI, independente do sexo (ALLEBECK; MASTEKAASA, 2004; GJESDAL et al., 2008; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009), o que não foi confirmado por Upmark, Möller e Romelsjö (1999) no estudo conduzido com um grupo de militares. Neste

estudo, não foi encontrada associação entre TMI e NSE entre os homens, enquanto para as mulheres observou-se associação negativa.

A relação entre TMI e os ramos de atividade econômica foi estudada apenas por Roelen et al. (2009) na Holanda. O coeficiente de incidência foi mais elevado entre os trabalhadores de educação, saúde e finanças e mais baixo entre os da construção e indústria manufatureira.

No Brasil, entre os benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), concedidos para a indústria manufatureira, foram identificados 333.905, dos quais 35.698 casos eram de TMI (10,7%). Entre as mulheres, foram 77.434 casos, correspondendo a 16,5%, maior proporção do que a estimada entre os homens: do total de 22.912 casos, 8,9% foram de TMI (SANTANA; SANTANA, 2010). Não foram encontrados estudos que apresentassem estimativas de incidência de TMI.

Os objetivos deste estudo foram estimar o coeficiente de incidência anual de TMI (I-TMI), em 2006, entre trabalhadores segurados, utilizando dados de benefícios da Previdência Social, no Brasil, e apresentar a distribuição do I-TMI em relação a variáveis sócio-demográficas e ocupacionais.

## **MÉTODOS**

Este é um estudo descritivo conduzido com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social no Brasil, entre 1º/01/2006 e 31/12/2006, obtidos no Sistema Único de Benefícios (SUB), referentes a todos os trabalhadores segurados pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) cobertos pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT).

O SUB compõe-se do registro das concessões de benefícios por enfermidades e agravos à saúde, classificados como previdenciários, quando decorrentes de problemas de saúde em geral, e acidentários, quando relacionados ao trabalho. Especificamente foram: auxílio-doença previdenciário (B31), aposentadoria por invalidez previdenciária (B32), pensão por morte previdenciária (B21); e o auxílio-doença por acidente de trabalho (B91), aposentadoria por invalidez acidentária (B92) e pensão por morte por acidente de trabalho (B93). Benefícios

consistem em prestações pecuniárias pagas pela previdência aos segurados ou aos seus dependentes com o propósito de apoiar o trabalhador no caso de ocorrerem eventos, como doença, invalidez e morte. Benefícios concedidos são aqueles requeridos pelo segurado ou dependente e que, após análise dos requisitos necessários às respectivas espécies, são despachados e cuja concessão corresponde à entrada de novo benefício no sistema previdenciário (OLIVEIRA; BARBOSA- BRANCO, 2009).

A estimativa da população de referência, contribuintes cobertos pelo SAT, foi realizada com dados divulgados pelo Anuário Estatístico da Previdência Social de 2006 (BRASIL, 2007), que corresponde à média de vínculos mensais no ano. Vínculos são contratos de trabalhadores segurados e variam mês a mês, em razão de novos contratos e demissões, que se registram e se informam, mensalmente, ao Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS). Como esses dados não são apresentados por renda, estimativas foram realizadas utilizando-se proporções com base nos microdados da PNAD 2006 (IBGE, 2006).

A variável desfecho, Transtornos Mentais com Incapacidade (TMI), corresponde aos diagnósticos do Capítulo F da Classificação Internacional de Doenças (CID, 10<sup>a</sup> revisão), F00 a F99, e outras doenças. Variáveis descritoras foram as características sócio-demográficas: sexo; idade, esta categorizada em cinco grupos (16-19; 20-24; 25-44; 45-59 e > 59 anos); o valor mensal do benefício recebido em real, categorizado como quintil (baixo = R\$ 112,00 a R\$ 380,00; médio baixo = R\$ 381,00 a R\$ 460,00; médio = R\$ 461,00 a R\$ 550,00; médio alto= R\$ 551,00 a R\$ 730,00 e alto = R\$ 731,00 a 2.801), considerado como proxy da renda; e o ramo de atividade econômica, registrado com códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0), categorizados em 11 grupos: 1- agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca; 2 - indústrias extrativas; 3 - indústria da transformação; 4 - construção; 5 - comércio e reparação; 6 - alojamento e alimentação; 7- transporte, armazenagem e comunicação; 8 - administração pública; 9 - educação, saúde e serviços sociais; 10 - outros serviços coletivos e pessoais, que incluem serviços relativos a água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação; informação e comunicação; atividades fotográficas e similares; serviços de reserva e outros serviços de turismo; serviços de escritório, de apoio administrativo e outros serviços prestados a empresas; atividades associativas; serviços de funeral, lavanderia, tinturaria e tratamento de beleza; 11-

outras atividades, que incluem organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais.

A medida de ocorrência foi o coeficiente de incidência anual de TMI (I-TMI), calculado pela razão entre a soma dos benefícios concedidos por TMI e a média de vínculos empregatícios por 1.000 trabalhadores. Em razão das especificidades do adoecer e do trabalho de acordo com o sexo, esta variável foi empregada como de estratificação fundamental em todas as análises. A distribuição das medidas específicas do I-TMI foi analisada com o risco relativo (RR). Não se fez inferência estatística por se tratar de dados censitários, e o propósito do estudo ser descritivo. Todas as informações foram processadas no pacote estatístico SAS V.9.11 for Windows.

Os dados secundários utilizados, provenientes do Sistema Único de Benefícios (SUB), são de natureza administrativa, e neles não constam informações que identifiquem as empresas e os trabalhadores. Ainda assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **RESULTADOS**

Em 2006, a população de referência do estudo era de 31.905.026 trabalhadores segurados, sendo 54,4% (n=16.072.425) homens e 45,6% (n=15.823.601) mulheres. Identificaram-se 1.190.528 benefícios concedidos por problemas de saúde, a maioria auxílio-doença previdenciário, 87,7%, concedido a pessoas do sexo masculino (60.7%), com idade entre 25 e 44 anos (58.8%); a maior parte trabalhava em indústrias de transformação (27.4%). Os TM representaram 11,4% do total de benefícios concedidos por problemas de saúde e se concentraram em mulheres (50,6%), na faixa etária de 25 a 44 anos (66,0%), que trabalhavam no ramo de serviços (42,7%).

O I-TMI foi de 5,3x1.000 trabalhadores, maior para as mulheres (7,1x1.000) do que para os homens (4,1x1.000), diferença de 42,3%. O padrão do I-TMI foi de aumento com a idade até os 59 anos, quando declinou, semelhante entre homens e mulheres. As mulheres tiveram maior I-TMI em todos os grupos de idade. A diferença do I-TMI de cada grupo de idade em relação ao mais jovem aumentou com

a idade, exceto para o de maior idade. Este padrão se repetiu entre homens e mulheres (Tabela 1).

Na Tabela 2, mostram-se as estimativas do I-TMI de acordo com categorias de valor do benefício. Houve uma tendência ao aumento do I-TMI com a renda. Para as mulheres e os homens, houve elevação do I-TMI entre o 2º e o 4º quintil, com queda no último. As diferenças do I-TMI entre as faixas de renda acompanham essas tendências.

O I-TMI variou significativamente entre os ramos de atividade, como também entre as estimativas brutas e ajustadas por idade como pode ser observado na Tabela 3. Em virtude da forte associação dos TMI com a idade, foram calculados coeficientes ajustados por idade ( $I-TMI_{aj}$ ). No total da população, verificou-se que os mais elevados  $I-TMI_{aj}$  correspondem aos trabalhadores da administração pública (20,0x1.000), que representam mais de quatro vezes a média de 5,0x1.000 trabalhadores. Em seguida, situa-se o grupo de outros serviços coletivos e pessoais (8,6x1.000), transporte/ armazenagem/comunicação (6,5x1.000), outras atividades (5,8x1.000) e educação/ saúde/serviço social (5,0x1.000). A agricultura teve o menor coeficiente de incidência anual ajustado por idade (1,5x1.000 trabalhadores). Entre os homens, as estimativas ajustadas foram semelhantes, com maiores valores nos ramos de serviços, especificamente, administração pública (11,2x1.000), educação/saúde/ serviços sociais (7,4x1.000), outros serviços (7,0x1.000), transporte/armazenagem/ comunicação (6,7x1.000) e outros serviços coletivos e pessoais (4,3x1.000). Para as mulheres, os coeficientes de incidência anual específicos por ramo de atividade econômica, ajustados por idade, foram sempre maiores do que os estimados para os homens, exceto para o ramo de transporte/armazenagem/comunicação (homens 6,7x1.000 e mulheres 6,2x1.000) e educação/saúde/serviços sociais (homens 7,4x1.000 e mulheres 4,3x1.000). O excesso relativo do I-TMI em relação à média foi maior para a administração pública, tanto entre os homens ( $RR_{aj} = 2,9$ ) como entre as mulheres ( $RR_{aj} = 4,3$ ).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo evidenciou um alto coeficiente de incidência anual de TMI (I-TMI) no Brasil (5,3x1.000), maior entre as mulheres em comparação com os homens, e que se elevava fortemente com a idade em ambos os sexos, reduzindo-se entre

aqueles com mais de 59 anos. Houve também uma associação positiva entre o valor do benefício e TMI. Os mais elevados coeficientes de incidência anual foram estimados nos ramos de serviços, entre homens e mulheres, com valores mais elevados na administração pública. Menores estimativas foram calculadas na agricultura em ambos os sexos.

Os valores do I-TMI são elevados, considerando-se estimativas de outros países, apesar dos problemas de comparabilidade. Por exemplo, embora os resultados deste estudo se aproximem dos encontrados na Europa, de 5,3x1.000 a 1,5x1.000 (VEERMAN; SHOEMAKER; CUELENAERE, 2001), vale lembrar que o critério para compensação nos países europeus é bem menor, de 3 a 5 dias de afastamento, em comparação com o Brasil, de 15 dias.

O mais elevado I-TMI entre as mulheres em comparação com os homens é consistente com os resultados de outros estudos (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 2000; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; HENSING; WAHLSTRÖM, 2004; ROELEN et al., 2009; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009). Este resultado é explicado pela intersecção de elevadas demandas profissionais e familiares vivenciada pelas mulheres (MASTEKAASA, 2000; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; OMS, 2002); exposição à violência sexual, pobreza, maior procura e uso dos serviços de saúde em comparação com os homens (HENSING; ALEXANDERSON, 2000; OMS, 2002) e efeito de demandas físicas e psicossociais no trabalho (HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009).

Outra explicação para as diferenças do I-TMI entre homens e mulheres é que estes grupos trabalham em diferentes ocupações e, conseqüentemente, estão expostos a diferentes condições de trabalho (SHARP; WATT, 1995; HOUTMAN; BRENNINKMEIJER, 2005; MASTEKAASA, 2000; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009) ou, ainda, vinculam-se em menor número a alguns ramos de atividade (HOUTMAN; BRENNINKMEIJER, 2005; DUARTE, 2010).

Breilh (1993) enfatiza que a epidemiologia não deve reduzir a questão do gênero aos contrastes estatísticos entre os sexos, nem a busca de nexos entre patologias femininas e fatores sociais específicos, mas deve explicar como as condições e as relações de gênero intervêm no processo de determinação de saúde-doença já que estas relações se modificam historicamente e têm expressões diferentes nos diversos grupos humanos.

Como neste estudo, o aumento do I-TMI com a idade foi relatada por outros autores (HENSING et al., 1995; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; SMEBY, BRUUSGAARD; CLAUSSEN; 2009). Embora a maioria dos TM seja tratável, eles são crônicos, se iniciam em jovens, com médias de idade distintas para os diversos diagnósticos (OMS, 2000). O mais alto I-TMI estimado nas idades entre 45 e 59 anos entre homens e mulheres foi também referido em outras investigações. A explicação para isso se apoia no conhecimento de que há um aumento, nesse período da vida, para ambos os sexos, de várias demandas de trabalho em combinação com as responsabilidades familiares e domésticas, com aumento do estresse, embora este efeito seja maior para as mulheres (HENSING et al., 2000; HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006). Deve-se considerar, ainda, que este estudo contempla parte da população economicamente ativa segurada, em que a idade é naturalmente mais homogênea do que a população geral, pelo fato de que os afetados por enfermidades graves ou com incapacidade são habitualmente excluídos do emprego.

A associação positiva entre renda e TMI é contrária aos achados descritos em outros estudos que utilizaram registros de benefícios compensados e carecem de explicações sobre os mecanismos desta relação (ALLEBECK; MASTEKAASA, 2004; GJESDAL et al., 2008; SMEBY; BRUUSGAARD; CLAUSSEN, 2009). Estudos epidemiológicos têm apontado a expressão diferenciada dos transtornos mentais entre as classes sociais e como os vários fatores, inserção produtiva, renda e escolaridade, revelam estas desigualdades na determinação da saúde mental. Nos países da Europa e norte da América, a associação entre renda e doença mental é recorrente, enquanto nos estudos desenvolvidos na América Latina a escolaridade prevalece (LUDERMIR, 2008).

O exame de onze estudos comunitários em países em desenvolvimento, na África (Lesoto e Zimbábue), Ásia (Indonésia e Paquistão), e na América Latina (Brasil e Chile), não possibilitou concluir sobre a associação entre níveis de renda e transtornos mentais. Entretanto, entre estes, estudo realizado no Brasil estimou que pessoas com nenhuma escolarização tinham quatro vezes mais chances de apresentar transtornos mentais comuns em comparação com aquelas que haviam concluído o ensino médio (OR=4,0, P<0, 001). O estudo concluiu ainda sobre a relação entre os indicadores de pobreza e associação com transtornos mentais, destacando a associação com baixos níveis de instrução (PATEL; KLEINMAN,

2003). Devem-se considerar, nos resultados deste estudo, os limites da utilização da variável valor do benefício como proxy de renda.

Por outro lado, Durbin (2007) considera que o conhecimento da existência de benefícios de compensação em caso de enfermidade ou agravos pode induzir trabalhadores a solicitá-los, o que pode ocasionar elevação das concessões para trabalhadores com maior nível de informação e maior acessibilidade aos serviços de saúde. Entretanto, há desconhecimento ainda de como os critérios do sistema de compensação dos trabalhadores, por meio dos seus diversos incentivos financeiros sobre os participantes do sistema, e os diferentes níveis de informações que estão disponíveis podem desempenhar um papel importante e talvez não benigno nos resultados e custos para amparar os segurados.

Os mais elevados I-TMI foram identificados no ramo de serviços, como constataram Roelen et al. (2009), em que são desenvolvidas atividades que exigem contato direto com o usuário, envolvem atendimento e cuidado de outros, com exigências de demandas emocionais (OMS, 2001; LEAKER, 2008): administração pública, outros serviços coletivos e pessoais, transporte/armazenagem/comunicação, outras atividades e educação/saúde/serviços sociais.

A administração pública, transporte/armazenagem/comunicação e educação/saúde/serviços sociais são mencionados como ramos com elevada morbidade de estresse entre trabalhadores, decorrente de fatores psicossociais do trabalho adversos e diferentes formas de violência, física, sexual e moral (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2009). Por sua vez, no ramo outros serviços coletivos e pessoais, em comparação com outros ramos de atividade, verificou-se a mais alta prevalência de transtornos pelo uso do álcool entre os trabalhadores que desenvolvem atividades socialmente desvalorizadas, que envolvem atos ou materiais considerados desagradáveis ou repugnantes, como os serviços relativos a água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação e entre os trabalhadores terceirizados, submetidos a condições precárias de trabalho em serviços de escritório, de apoio administrativo e outros serviços prestados a empresas (BARBOSA-BRANCO; MASCARENHAS; PENA, 2007), aspectos que merecem ser investigados.

Houtman e Brenninkmeijer (2005), encontraram que mulheres que trabalhavam em ocupações onde havia predomínio de homens tinham maiores I-

TMI, e vice-versa, o que talvez possa ser uma das explicações para os altos I-TMI entre mulheres nos ramos da indústria extrativas, da transformação e construção, como também entre os homens na administração pública e educação/saúde/serviços sociais. Tanto os homens como as mulheres revelaram, nessas situações, vivenciar altas demandas de fatores psicossociais adversos no trabalho (HENSING; WAHLSTRÖN, 2004).

Verificou-se menor I-TMI no ramo da agricultura em comparação com os demais. Este ramo, apesar de ter incorporado inovações tecnológicas nos últimos anos, caracteriza-se pela precarização e informalidade dos contratos de trabalho, além da subnotificação de registros ocupacionais (DIAS, 2006), o que sugere novos estudos. Agricultores assalariados formais são comumente de baixa renda e pequeno poder de pressão, baixa organização sindical ou residem em meio rural, em fazendas, ou pequenas localidades distantes dos centros urbanos, o que pode contribuir para que o acesso aos benefícios da Previdência Social seja menos comum ou solicitado apenas para casos mais graves.

Este estudo traz como contribuição uma das primeiras estimativas de morbidade por doenças mentais de âmbito nacional, embora se limite aos casos que receberam benefícios por incapacidade para o trabalho.

Além das estimativas de morbidade, é importante mensurar a duração dos TMI, já que estudos que relatam sua avaliação encontraram maior duração entre os homens, ampliando assim as estimativas de gravidade e de diferenças entre homens e mulheres (HENSING, 2001). Sugere-se ainda que pesquisas futuras avaliem condições de trabalho, ocupações, outras características do trabalho, da organização em particular, além de fatores individuais, como os aspectos da vida familiar, desvendando os fatores que contribuem para as desigualdades entre os trabalhadores.

## **CONCLUSÃO**

Finalmente, considerando os limites deste estudo, estes resultados indicam a elevada incidência de transtornos mentais com incapacidade entre trabalhadores segurados no Brasil e sugerem o desenvolvimento de investigações que elucidem os fatores de risco, atenção aos grupos mais vulneráveis e o desenvolvimento de políticas de saúde mental para redução da carga da doença.

## REFERÊNCIAS

ALLEBECK, P.; MASTEKAASA, A. Risk factors for sick leave - general studies. **Scandinavian Journal Public Health**, v. 32, suppl. 63, p. 49-108, 2004.

BARBOSA – BRANCO, A.; MASCARENHAS, F.A.N.; PENA, L.G.Q. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio- doença no Brasil em 2007. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p.123-134, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas com o trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://dtr\\_2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0388\\_M1.pdf](http://dtr_2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico da Previdência Social**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteúdoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Mudanças e Aperfeiçoamentos no FAP – Resolução CNPS N° 1.316 de 31 de maio de 2010**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.rhentersystem.com.br/uploads/mediabrowser/fap\\_ntepsao-paulo.pdf](http://www.rhentersystem.com.br/uploads/mediabrowser/fap_ntepsao-paulo.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BREILH, J. **Genero, poder y salud**. Ibarra: Ediciones CEAS-UNT, 1993.

DEWA, C.S. et al. Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace. **Healthcare Papers**, v. 5, n. 2, p. 12-25, 2010.

DIAS, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil. In: PINHEIRO, T. M. M. (Org). **Saúde do trabalhador rural**. RENAST. 2006. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude\\_trabalha dor\\_rural.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/2006/saude_trabalha dor_rural.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2010.

DUARTE, E.C. Associação entre áreas econômicas (CNAE) e causas de afastamentos superiores a 15 dias: ampliação do debate sobre a validade interna e efeito do ajuste entre idade e sexo. In: MACHADO, J.; SORRATO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa – O NTEP e a Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

Durbin, D. Workplace Injuries and the Role of Insurance: Claims Costs, Outcomes, and Incentives. **Clinical Orthopaedics & Related Research**, v. 36, p. 18-32, 2007.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **OSH in figures: stress at work – facts and figures**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. Disponível em: <[http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work)>. Acesso em: 15 set. 2010.

FLORES, T.L. **Proteção social, Saúde e trabalho: O Auxílio-doença e a incapacidade laborativa devido à dependência do álcool**. 2008. 92 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2008.

GJESDAL, S. et al. Long-term absence and disability pension with psychiatric diagnoses: A population-based cohort study. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 294-301, 2008.

HENSING, G. et al. Sick leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. **Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology**, v. 30, n. 1, p. 39-43, 1995.

HENSING, G. et al. Sickness absence with psychiatric disorders: an increased risk for marginalization among men? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 35, n. 8, p. 335-340, 2000.

HENSING, G; ALEXANDERSON, K. The relation of adult experience of domestic harassment, violence and sexual abuse to health and sickness absence. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2000.

HENSING, G; WAHLSTRÖM, R. Sickness absence and psychiatric disorders. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 32, n. 63, p. 151-180, 2004.

HENSING, G.; ANDERSSON, L.; BRAGE, S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. **BMC Medicine**, v. 4, p. 19-27, 2006.

HOUTMAN, I.; BRENNINKMEIJER, V. Gender differences in sickness absence and disability due to mental health problems in the EU: figures, regulations, and possible explanations. In: JÄRVISALO, J. et al. (Org.) **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005. p. 131-143.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por amostragem domiciliar, 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=977&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=977&id_pagina=1)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

JÄRVISALO, J. et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

LEAKER, D. Sickness absence from work in the UK. **Economic Labour Market Rev**, v. 2, p. 18-22, 2008.

LIMA, M.H.M.R. A Indústria Extrativa Mineral: algumas questões sócio-econômicas. In: FERNANDES, F.R.C. et al. (Org.) **Tendências Tecnológicas Brasil 2015: Geociências e Tecnologia Mineral**. Rio de Janeiro: CETEM/MCT, 2007.

LUDERMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, n.18, v. 3, p. 451-467, 2008.

MASTEKAASA, A. Parenthood, gender and sickness absence. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 12, p. 1827-1842, 2000.

MUTO, T. et al. Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce. **Industrial health**, v. 37, n. 2, p. 243-252, 1999.

NYSTUEN, P.; HAGEN, K.B.; HERRIN, J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. **Scandinavian Journal Public Health**, v. 29, n. 3, p. 175-182, 2001.

OLIVEIRA, P.R.A.; BARBOSA-BRANCO, A. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e Fator Acidentário de Prevenção - FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. São Paulo: LTR, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, v. 78, n.3, p. 92-105, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of World Health Organization**, n. 81, v. 8, p. 609-15, 2003.

ROCHA, L.S.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 6, P. 539-547, 2001.

ROELEN, C.A. et al. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. **European Journal of Public Health**, v. 19, n. 6, p. 625-630, 2009.

SANTANA, V.; SANTANA, M. Afastamentos do trabalho por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho: custos e o impacto sobre a produtividade na indústria no Brasil. SESI, Panorama Brasil 2009. Brasília, DF, 2011.

SHARP, C.; WATT, S. A study of absence rates in male and female employees working in occupations of equal status. **Occupational Medicine**, v. 45, n. 3, p. 131-136, 1995.

SMEBY, L.; BRUUSGAARD, D.; CLAUSSEN, B. Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 37, n. 7, p. 674-681, 2009.

STANSFELD, S. et al. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. **Social Science & Medicine**, v. 40, n. 2, p. 189-197, 1995.

UPMARK, M.; MÖLLER, J.; ROMELSJÖ, A. Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 53, p. 223-229, 1999.

VEERMAN, T.J.; SHOEMAKER, C.G.; CUELENARE, B.I.J. **Psychological disability**. Doetinchen: Elsevier, 2001.

**Tabela 1.** Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMIx1.000 trabalhadores)<sup>1</sup> por faixa de idade, de acordo com o sexo. Brasil, 2006.

Faixa de idade	Transtornos mentais com incapacidade <sup>2</sup>		
	Nº. de benefícios	I-TMI	Risco relativo (RR)
<b>Todos</b>	<b>135.205</b>	<b>5,3</b>	-
16-19	1.298	1,6	Referente
20-24	14.539	3,5	2,2
25-44	89.281	5,6	3,5
45-59	28.876	6,6	4,1
>59	1.211	2,6	1,6
<b>Mulheres</b>	<b>68.459</b>	<b>7,1</b>	-
16-19	735	2,4	Referente
20-24	8.006	5,0	2,1
25-44	46.014	7,6	3,2
45-59	13.336	8,8	3,7
>59	368	3,3	1,4
<b>Homens</b>	<b>66.746</b>	<b>4,1</b>	-
16-19	563	1,2	Referente
20-24	6.533	2,6	2,2
25-44	43.267	4,4	3,7
45-59	15.540	5,4	4,5
>59	843	2,3	1,9

1. Transtornos mentais com incapacidade - com afastamento do trabalho por 15 ou mais dias, ou aposentadoria por incapacidade ocupacional ou não ocupacional, relativos a benefícios registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

2. Benefícios por transtornos mentais registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

**Tabela 2.** Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMIx1.000 trabalhadores)<sup>1</sup> de acordo com a faixa de valor do benefício. Brasil, 2006.

<b>Transtornos mentais com incapacidade<sup>3</sup></b>				
<b>Faixas de valor do benefício<sup>2</sup> (R\$)</b>	<b>Nº. de benefícios</b>	<b>I-TMI</b>	<b>I-TMI<sub>ajustado por idade</sub></b>	<b>RR<sub>ajustado por idade</sub></b>
<b>Todos</b>				
112-380	21.055	4,2	4,8	Referente
381-460	18.812	3,8	5,0	1,0
461-550	30.006	5,6	11,1	2,3
551-730	34.347	7,1	11,6	2,4
731-2801	30.985	6,0	15,4	3,2
<b>Mulheres</b>				
112-380	14.076	6,1	6,2	Referente
381-460	11.919	5,3	5,4	0,9
461-550	16.741	8,9	9,1	1,5
551-730	14.384	10,3	10,0	1,6
731-2801	11.339	7,6	6,6	1,1
<b>Homens</b>				
112-380	6.979	2,5	2,9	Referente
381-460	6.893	2,6	2,6	0,9
461-550	13.265	3,8	3,6	1,2
551-730	19.963	5,7	5,3	1,8
731-2801	19.646	5,3	4,7	1,6

1. Transtornos mentais com incapacidade - com afastamento do trabalho por 15 ou mais dias ou aposentadoria por incapacidade ocupacional ou não ocupacional, relativos a benefícios registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

2. Valor do benefício – corresponde aos quintis da distribuição total dos valores pagos por benefício.

3. Benefícios por transtornos mentais registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

**Tabela 3.** Coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMIx1.000 trabalhadores)<sup>1</sup> de acordo com o ramo de atividade. Brasil, 2006.

Ramos de atividade	Transtornos mentais com incapacidade <sup>2</sup>			
	Nº. de benefícios <sup>3</sup>	I-TMI	I-TMI <sub>ajustado por idade</sub>	RR <sub>ajustado por idade</sub>
<b>Todos</b>	<b>135.205</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	1.719	1,1	1,5	0,3
Indústrias extrativas	1.216	8,3	2,9	0,6
Indústria de transformação	29.682	5,1	4,9	1,0
Construção	5.470	4,4	3,9	0,8
Comércio e reparação	24.281	4,1	3,7	0,8
Alojamento e alimentação	4.628	4,8	4,5	0,9
Transp., armazenagem e comun.	12.625	7,9	6,5	1,3
Administração pública	12.959	4,9	20,0	4,0
Educação, saúde e serviços sociais	14.032	7,2	5,0	1,0
Outros serv. coletivos e pessoais	6.848	6,0	8,6	1,7
Outras atividades	20.519	5,0	5,8	1,2
<b>Mulheres</b>	<b>68.459</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	576	2,4	3,8	0,5
Indústrias extrativas	540	25,2	8,9	1,2
Indústria de transformação	13.941	8,4	7,9	1,1
Construção	727	9,2	8,4	1,2
Comércio e reparação	13.351	5,9	5,0	0,7
Alojamento e alimentação	3.156	6,34	5,5	0,8
Transp., armazenagem e comun.	2.256	8,8	6,2	0,9
Administração pública	8.730	9,1	31,3	4,3
Educação, saúde e serviços sociais	9.332	6,2	4,3	0,6
Outros serv. coletivos e pessoais	3.918	6,2	10,1	1,4
Outras atividades	11.414	7,4	8,1	1,1
<b>Homens</b>	<b>66.639</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	1.143	0,9	1,0	0,3
Indústrias extrativas	676	5,4	1,8	0,5
Indústria de transformação	15.741	3,8	3,7	1,0
Construção	4.743	4,1	3,6	0,9
Comércio e reparação	10.930	3,0	3,5	0,9
Alojamento e alimentação	1.472	3,1	3,2	0,8
Transp., armazenagem e comun.	10.369	7,7	6,7	1,7
Administração pública	4.229	2,8	11,2	2,9
Educação, saúde e serviços sociais	4.700	10,9	7,4	1,9
Outros serv. coletivos e pessoais	2.930	4,5	7,0	1,8
Outras atividades	9.105	3,6	4,3	1,1

1. Transtornos mentais com incapacidade - com afastamento do trabalho por 15 ou mais dias, ou aposentadoria por incapacidade ocupacional ou não ocupacional relativos a benefícios registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

2. Benefícios por transtornos mentais registrados no Sistema Único de Benefícios (SUB) do Instituto Nacional de Seguridade Social.

3. Os números do total de benefícios incluem atividades mal definidas

**ARTIGO II**

**CUSTOS E DIAS PERDIDOS DE TRABALHO POR TRANSTORNOS  
MENTAIS COM INCAPACIDADE – ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS  
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

*COSTS AND WORK DAYS LOST RELATED TO MENTAL DISORDERS  
- ESTIMATES WITH COMPENSATION BENEFITS*

## **CUSTOS E DIAS PERDIDOS DE TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE – ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

**COSTS AND WORK DAYS LOST RELATED TO MENTAL DISORDERS - ESTIMATES WITH COMPENSATION BENEFITS**

***TÍTULO CURTO: CUSTOS E DIAS PERDIDOS DE TRABALHO COM TRANSTORNOS MENTAIS***

Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos Reis<sup>3</sup>, Vilma Sousa Santana<sup>4</sup>

Endereço para Correspondência:

Ana Lucia Pellegrini Pessoa dos Reis  
Instituto de Saúde Coletiva  
PISAT- Programa Integrado de Saúde do Trabalhador  
Rua Augusto Vianna s/n  
Canela – Salvador/Bahia – Brasil  
CEP: 40110-060  
Tel: (71) 3283- 7418; FAX: (71) 3336-0034  
Email: [pellegrinireis@yahoo.com.br](mailto:pellegrinireis@yahoo.com.br)

Financiamento: apoio da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Prof<sup>a</sup>. Ana Reis foi bolsista de doutorado do CNPq, e Vilma Santana é bolsista de Produtividade Proc. N° 522621/96-1.

---

<sup>3</sup> *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Filosofia e Ciências Humanas; Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.*

<sup>4</sup> *Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador.*

## RESUMO

**Objetivo:** estimar as despesas com pagamento de benefícios e Dias Perdidos de Trabalho (DPT) em decorrência de Transtornos Mentais com Incapacidade (TMI), entre trabalhadores segurados pela Previdência Social do Brasil, no ano de 2006.

**Métodos:** estudo descritivo realizado com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, do Sistema Único de Benefícios (SUB). A população compreendeu todos os trabalhadores que receberam auxílio-doença, cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). As despesas correspondem ao valor do pagamento dos benefícios aos segurados, os DPT, a duração do afastamento em dias, incluindo os 15 dias sem pagamento do benefício.

**Resultados:** constatou-se alto custo com TMI em DPT e despesas com pagamento de benefícios para a Previdência Social. Os homens tiveram maior número e mediana por trabalhador de DPT. Verificou-se associação positiva entre DPT e idade. Os ramos de atividade que concentraram maior número de DPT e despesas com pagamento de benefícios foram a indústria da transformação, comércio e reparos e outras atividades. O valor da mediana por benefício por TMI-RT foi 55,0% mais alto do que o pago para os TMI não relacionados ao trabalho.

**Conclusões:** evidenciou-se que os TMI constituem uma carga substancial para a sociedade, requerendo medidas para sua redução. Futuras investigações devem avaliar fatores do trabalho que contribuem para a doença, assim como fatores que contribuem para as diferenças entre homens e mulheres.

**Palavras-chave:** transtornos mentais; incapacidade; custos; dias perdidos de trabalho; doenças relacionadas ao trabalho.

Nº de palavras: 248

## ABSTRACT

**Objectives:** to estimate expenses with compensation benefits and lost work days (DPT) payments due to disabling mental disorders (TMI), among workers covered by the Social Security System, in Brazil, during the year 2006.

**Methods:** a descriptive study was carried out using data from compensation benefits issued by the Brazilian Social Security System between January 1 and December 31, 2006, from the Unified Benefits System (SUB). The study population accounted all workers who received health-related compensation benefits, and who were covered by the Work Injury Insurance (SAT). Expenses correspond to benefit values paid to covered workers, DPT, the duration of work leave in days, including the first 15 days when the benefit is not paid.

**Results:** it was observed high costs for TMI regarding DPT and expenses with compensation benefits for the Social Security. Men presented a higher number and median by worker for DPT. It was verified a positive association between DPT and age. Economic sectors which concentrated higher numbers of DPT and expenses with benefits were transformation industry, commerce and repairs and other activities. The median value by benefit for TMI-RT was 55.0%, higher than those paid for non-occupational TMI cases.

**Conclusions:** it was evidenced that TMI comprise a high substantial burden to society, requiring measures for its reduction. Future studies should evaluate work-related factors differences that contribute to burden of disease and differences between men and women.

**Key works:** mental disorders; disability; costs; lost work days; work-related diseases.

N° of words: 240

## INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais (TM) estão entre as principais causas de incapacidade no mundo. De acordo com o estudo da Carga Global da Doença (Global Burden Disease – GBD), conduzido por um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS), cinco das dez primeiras causas de incapacidade são transtornos mentais: depressão unipolar, uso do álcool, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e transtorno obsessivo compulsivo (LOPEZ, 2006).

Nos Estados Unidos (EUA), um estudo em uma grande empresa constatou que o custo com afastamentos por TM foi 1,7% maior do que com diabetes, doença coronariana, hipertensão arterial e doenças da coluna (DRUSS; ROSENHECK; SLEDGE, 2000). No Reino Unido (UK) em 2006, 70 milhões de DPT foram decorrentes de TM, 40,0% do total, com um custo de £ 659 por empregado ao ano (SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2007). Também no Canadá, Stephens e Joubert (2001) estimaram que o custo não médico com problemas de saúde mental, especificamente depressão e ansiedade, foi de US \$ 8.132 milhões em 1998, 56,5% do total, o que situou os transtornos mentais entre aqueles de maior extensão.

Estudos conduzidos com trabalhadores segurados mostram que a duração mediana dos afastamentos compensados (com recebimento de benefício temporário) por transtornos mentais (TM) é maior entre os homens em comparação com as mulheres e aumenta com a idade (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 1996; HENSING et al., 2000; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; HENSING; WAHLSTRÖM, 2004 et al., 2004; HENSING, ANDERSSON, BRAGE., 2006).

Os TMI relacionados ao trabalho (TMI-RT) representam uma alta carga não só para os trabalhadores como, também, para as empresas e a sociedade. Estimativas realizadas apontam que, do total de dias perdidos de trabalho na Europa, entre 50% e 60% foram decorrentes de estresse relacionado ao trabalho em 2002, representando uma despesa anual de € 20 milhões com TMI-RT (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2000). Na Holanda, em 2001, entre as despesas com TMI-RT, o maior custo foi com o pagamento de benefícios, € 4.371 milhões (34,4% do custo total), uma média de € 609 por trabalhador. Quando se compara o custo dos TMI-RT com o de outras 15 enfermidades e agravos,

observa-se que os primeiros causaram maior custo com pagamento de benefícios, € 1.630 milhões (17,7%), seguidos das doenças musculoesqueléticas com gastos de € 1.065 milhões (11,6%) (KONINGSVELD; ZWINKELS; MOSSINK, 2004 apud JARVISALO et al., 2005). No UK em 2006, de 13,8 milhões de DPT com doenças relacionadas ao trabalho, 20,0% foram decorrentes de TMI (SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2007).

No Brasil, quando o indivíduo perde temporária ou permanentemente a capacidade de trabalho por motivo de doenças em geral ou doenças relacionadas ao trabalho, a sua renda é repostada pela Previdência Social com a concessão de benefícios, por meio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), administrada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O pagamento de benefícios relacionados às licenças concedidas pela Previdência Social representa parte substantiva das suas despesas e vem aumentando, principalmente por conta do auxílio-doença. Cechin e Giambiagi (2004) mostram que, em 2003, esse foi um dos benefícios mais caros, uma média 2,3 salários mínimos, enquanto, no total de benefícios, a média é de 1,7. A despesa com auxílio-doença se elevou entre 2000 e 2006, crescimento que corresponde a uma variação do Produto Interno Bruto (PIB) de 0,17% em 2000, para 0,48% em 2006 (MORA, 2007).

Entre as doenças que impactam nas despesas com auxílio-doença, no Brasil, destacam-se as enfermidades mentais. Já na década de 1980, Possas (1989) enfatizava a expressiva participação dessas doenças na Previdência no Brasil, que, em 1986, representaram cerca de 12,0% dos benefícios concedidos por incapacidade temporária, em que os transtornos neuróticos eram os mais comuns. Mais tarde, verificou-se que, entre 1999 e 2002, no Brasil, dos 270.382 benefícios por TM, os de maior prevalência, episódios depressivos, esquizofrenia, transtornos pelo uso do álcool, transtorno depressivo recorrente, outros transtornos ansiosos e transtorno afetivo bipolar, correspondiam a gastos com pagamento de benefícios de mais de 1 bilhão de reais (R\$ 1.258.331.017) (BARBOSA-BRANCO, ALBUQUERQUE-OLIVEIRA E MATHEUS, 2004). Mais recentemente, estimou-se que os transtornos mentais situam-se entre as três primeiras causas de benefício concedido por auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Santana & Santana (2010) estimaram, entre os trabalhadores da indústria no ano de 2006, o gasto de R\$ 29.290.548,00 com pagamento de benefícios e 20.213.416 de DPT, uma média de

121,5 dias por trabalhador. Os TM ocuparam o terceiro lugar entre as despesas dessa natureza e em dias perdidos de trabalho. Também, ao estimar a contribuição das doenças relacionadas ao trabalho nos afastamentos por problemas de saúde em geral e ocupacionais, Souza et al. (2008) verificaram que os transtornos mentais e comportamentais ocuparam o terceiro lugar entre os grupos de causas.

A incapacidade para o trabalho ou para a realização de atividades habituais decorrente de TM tem começado a ser reconhecida como fonte de custos diretos e indiretos com repercussões econômicas e sociais. Com base nessas informações, pode-se concluir que a doença mental tem grande impacto na produtividade, compõe grande parcela dos afastamentos por incapacidade e representa altos custos, o que leva a OMS a reconhecê-la como merecedora de prioridade (BRASIL, 2001).

Este estudo teve como objetivo estimar as despesas com o pagamento de benefícios e dias perdidos de trabalho com transtornos mentais no Brasil, entre trabalhadores segurados pela Previdência Social do Brasil, no ano de 2006. A estimativa deste custo representa um aspecto da carga da doença e pode fornecer uma perspectiva valiosa para o planejamento e o estabelecimento de prioridades nas políticas de saúde mental.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo realizado com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social no Brasil a trabalhadores contribuintes do país, cobertos pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT), excluídos os servidores públicos estatutários, militares, empregados domésticos e autônomos, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2006, do Sistema Único de Benefícios (SUB).

Este sistema compõe-se do registro das concessões de benefícios por enfermidades e agravos à saúde geral e relacionados ao trabalho, sendo contemplado neste estudo o auxílio-doença. Trata-se de um benefício de caráter temporário, concedido ao trabalhador incapacitado por motivo de doença, classificado como auxílio-doença previdenciário (B31), quando decorrente de problemas de saúde em geral, não relacionados ao trabalho; e como auxílio-doença acidentário quando decorrente de acidente de trabalho (B91).

A população do estudo contemplou todos os trabalhadores formais segurados que receberam benefícios por incapacidade temporária (B31 e B91) em 2006.

A análise foi realizada com dois grupos de variáveis: as variáveis desfecho – Transtornos Mentais com Incapacidade (TMI), que provêm dos diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10<sup>a</sup> revisão), categorizados como F00 a F99 e outras doenças e, também, categorizados, conforme a classificação da Previdência Social, como previdenciário (B31), quando decorrentes de problemas de saúde em geral, não relacionados ao trabalho, e acidentário (B91), quando decorrentes de acidente de trabalho – e as variáveis descritoras relativas às características sócio-demográficas: sexo e idade, esta categorizada em cinco grupos (16-19; 20-24; 25-44; 45-59 e > 59 anos; e os ramos de atividade econômica, registrados com códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0), categorizadas em doze grupos: agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca; indústrias extrativas; indústria da transformação; construção; comércio e reparação; alojamento e alimentação; transporte/armazenagem/comunicação; administração pública; educação/ saúde/ serviços sociais; outros serviços coletivos e pessoais, que contemplam serviços relativos a água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação; informação e comunicação; atividades fotográficas e similares; serviços de reserva e outros serviços de turismo; serviços de escritório, de apoio administrativo e outros serviços prestados a empresas; atividades associativas; serviços de funeral, lavanderia, tinturaria e tratamento de beleza e outras atividades, que incluem organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais e atividades maldefinidas.

Os custos correspondem ao valor do pagamento dos benefícios concedidos pela Previdência Social, em real, aos segurados; os dias perdidos de trabalho representam a duração do afastamento, incluindo os 15 dias sem pagamento do benefício, que cursaram com incapacidade.

Os dias perdidos de trabalho (DPT) foram estimados pela subtração entre a data de cessação do benefício e a do seu início. Para os benefícios não findados em 31 de dezembro de 2006, foi considerada esta data como a de término. Para o número de dias perdidos de trabalho, estimou-se o valor total de DPT por benefício. Considerando que a distribuição não se apresentou como normal, foi estimada a

mediana. Comparações foram realizadas por ramo de atividade por meio de razões de proporções.

O gasto anual com benefícios concedidos em decorrência de transtornos mentais, para o ano de 2006, foi calculado por meio do produto da duração do benefício em dias e o valor diário pago. Foi estimada a mediana da despesa anual, em real, assim como as suas respectivas razões de proporções.

Não foi realizada inferência estatística por se tratar de dados censitários e tratar-se de um estudo descritivo. As informações foram processadas no pacote estatístico SAS V.9.11 for Windows.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, embora os dados utilizados, provenientes do Sistema Único de Benefícios (SUB), do Ministério da Previdência Social (MPAS), sejam de natureza administrativa e não haja identificação das empresas e dos trabalhadores.

## **RESULTADOS**

A população do estudo compreendeu todos os trabalhadores formais segurados que receberam benefícios por incapacidade temporária (B31 e B91) em 2006, totalizando 1.151.598 trabalhadores. A maior parte era do sexo masculino (N=711.729 - 61,8%), com idade entre 25 e 44 anos (58,8%), e trabalhava na indústria de transformação (27,7%). Os TM representaram 11,7% do total dos benefícios, e a maioria era de mulheres (15,6%), que também se concentravam na faixa de 25 a 44 anos (13,2%); trabalhavam nos ramos de educação, saúde e serviços sociais (16,4%), transporte, armazenagem e comunicação (15,6%) e administração pública (15,3%) (Tabela 1).

Para os 135.099 benefícios por incapacidade temporária (B31 e B91) por TMI, foram estimados 16.244.167 dias perdidos de trabalho (DPT), mediana de 107 dias por trabalhador. A mediana de DPT foi de 115 dias (n=8.556.892) para os homens e 101 dias (n=7.687.275) para as mulheres. Em ambos os sexos, verificou-se um aumento com a idade, mas com redução da estimativa para as mulheres com mais de 59 anos. Os homens com TMI, em todas as categorias de idade, apresentaram mais altas medianas de DPT do que as mulheres (Tabela 2).

A distribuição de DPT por ramo de atividade revelou maior número nos ramos da indústria de transformação (n=3.398.645 - 20,9%), comércio e reparos (n=2.942.969 - 18,1%) e outras atividades (n=2.520.996 - 15,5%), ramos que concentram maior número de benefícios concedidos por TMI. A mediana por trabalhador de DPT por benefícios foi maior nos ramos de construção (mediana =122), transporte/armazenagem/comunicação (mediana =118) e alojamento/alimentação (mediana =111), enquanto os trabalhadores da administração pública tiveram a menor mediana (94 DPT) (Tabela 3).

Entre os homens, verificou-se o maior número de DPT na indústria de transformação (1.912.226 dias), que representou 22,3% do total. Em segundo lugar, ficou o ramo de comércio e reparos com 1.425.750 DPT (16,7% do total), seguido de transporte/armazenagem/comunicação com 1.374.626 DPT, correspondendo a 16,1%. A mediana foi maior no ramo da construção, 124 dias, seguido pelo ramo de alojamento e alimentação e educação/saúde/serviços sociais, 120 dias. A menor mediana foi observada na administração pública e na indústria extrativa (105 dias).

No grupo de mulheres, a maior concentração de DPT foi observada no ramo de comércio e reparos (1.517.219 dias), 19,7% do total, seguido da indústria de transformação com uma perda de 1.486.419 dias (19,3%) e outras atividades, 1.333.610 DPT (17,3%). Como para os homens, a maior mediana foi no ramo da construção (114 dias) e a menor, na administração pública (92 dias). Em todos os ramos de atividade, os homens apresentaram medianas mais altas em comparação com as mulheres (Tabela 3).

A despesa do Ministério da Previdência Social com pagamento de benefícios por incapacidade temporária (B31 e B91) por TM (n =135.099) foi de R\$ 120.452.983 em 2006, com mediana de R\$ 680,24 pagos por benefício. A maior proporção de despesas foi com benefícios para os homens (55,4% - R\$ 66.724.419), mediana de R\$ 819,31, mais alta 20,0% que o total e 40,0% maior que a mediana paga por benefício para as mulheres (mediana = R\$582,35) (Tabelas 4).

Os ramos de atividade nos quais foram despendidos maiores gastos foram o da indústria da transformação (R\$24.148.146,60 - 20,2%), seguido de outras atividades (R\$20.152.558,41 - 16,8%) e do comércio e reparos (R\$18.449.378,30 - 15,4%). Entre os homens, o maior montante de despesas foi estimado para a indústria da transformação (R\$15.408.195 - 23,1%), transporte/armazenagem/comunicação (R\$ 11.895.675 - 17,8%) e o ramo que contempla outras atividades

(R\$ 9.913.982,77 - 14,9%). Já entre as mulheres, o maior volume de despesas foi despendido em outras atividades (R\$ 10.238.575,20 - 19,1), educação/saúde/serviços sociais (R\$ 9.606.573,09 - 17,9%) e comércio e reparos (R\$ 9.211.798,55 - 17,1), ramos com maior número de benefícios por TM concedidos a mulheres em comparação com os homens. A distribuição dos custos com benefícios por TM não relacionados ao trabalho apresenta tendência semelhante ao custo total (Tabela 4).

Os TMI relacionados ao trabalho (TMI-RT) são responsáveis por R\$ 642.101,55 representando 0,5% do total, também com maior proporção despendida aos homens, 60,4% (R\$ 387.709), em relação às mulheres. Entre os TMI-RT, o ramo de atividade que causou maior gasto foi o ramo denominado outras atividades (R\$ 265.311 - 41,3%). Em seguida, vem o setor de transporte/armazenagem/comunicação (R\$ 143.985 - 22,4%) e educação/saúde e serviços sociais em terceira posição (R\$ 83.672 - 13,0%). Quando analisados separadamente por sexo, estes ramos estão entre aqueles que geraram maiores despesas com TMI-RT, tanto para os homens quanto para as mulheres (Tabelas 4).

A mediana do custo mensal dos DPT por TMI foi de R\$ 680,20. Os ramos com mais elevadas medianas foram transporte/armazenagem/comunicação (R\$1.014,60) e educação/saúde/serviços sociais (R\$ 907,60), respectivamente 49,0% e 33,0% mais altas do que a total. Este padrão é semelhante para TMI não relacionados ao trabalho e entre homens e mulheres. A mediana do custo mensal por benefício dos TMI-RT (R\$ 1.047,91) foi 35,0% mais elevada do que a dos não relacionados ao trabalho (R\$ 679,32). O ramo que apresentou mais alta mediana de TMI-RT foi outras atividades (R\$ 2.305,47). Esta distribuição se repete entre homens e mulheres. (Tabela 5).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo constatou o alto custo dos TMI em DPT (16.244.167 dias) e em despesas com pagamento de benefícios (R\$120.452.983) para a Previdência Social no Brasil. Os homens tiveram maior número e mediana de DPT por trabalhador. Verificou-se associação positiva entre DPT por TMI e idade.

Os ramos de atividade que concentraram o maior número de DPT foram os da Indústria da Transformação, Comércio e Reparos e Outras atividades. Estes também reuniram maior montante de despesas com pagamento de benefícios,

correspondentemente. A maior duração do afastamento, medido pela mediana de DPT, foi estimada para o ramo da construção, e a menor, para a administração pública. A mediana de duração de TMI-RT foi 55,0% mais alta do que a mediana correspondente aos TMI não relacionados ao trabalho. Para ambos os sexos, o ramo outras atividades foi o que causou maior gasto com TMI-RT como também aquele em que se verificou a maior mediana de custo por benefício.

As despesas com pagamento de benefícios por TMI em 2006 revelam alto custo para a sociedade. Outros estudos realizados também referem altos custos com DPT e despesas com pagamento de benefícios decorrente de TMI (MERIKANGAS et al., 2007; SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2007; STEPHENS E JOUBERT, 2001; DRUSS; ROSENHECK; SLEDGE, 2000).

Como neste estudo, outras pesquisas (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 1996; HENSING et al., 2000; SHIELS; GABBAY; FORD, 2004) estimaram que o número de DPT por TMI é mais elevado entre os homens em comparação com as mulheres, diferença que é explicada pela mais alta morbidade de transtornos em razão do uso do álcool pelo sexo masculino do que pelo feminino (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 2000; NYSTUEN; HAGEN; HERRIN, 2001; JARVISALO et al., 2005; BARBOSA- BRANCO; MASCARENHAS; PENA, 2007), resultado também verificado nesta investigação. Homens tiveram 14 vezes mais risco para este transtorno do que as mulheres. Este resultado pode também refletir a demora dos homens em procurar os serviços de saúde quando surgem as primeiras manifestações da doença, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

A associação positiva entre idade e DPT, também mencionada por outros autores (HENSING et al., 1995; HENSING et al., 1996; HENSING et al., 2000), expressa o impacto e a gravidade dos transtornos mentais que, embora tratáveis, são crônicos (OMS, 2000). Isso, quando aliado à dinâmica das transformações demográficas e epidemiológicas das doenças observadas na população brasileira (CHAIMOWICZ, 1997), permite compreender o porquê do maior número de DPT entre os mais velhos. A menor duração de DPT entre as mulheres com mais de 59 anos pode também ser explicada pela menor busca dos serviços de saúde pelos homens, a baixa adesão ao tratamento de longa duração, em razão do enfrentamento de barreiras socioculturais e institucionais que limitam o acesso dos

homens aos serviços de saúde (BRASIL, 2008), resultando na maior gravidade dos TM em comparação com as mulheres. Supõe-se ainda um viés para os casos mais graves ou mais crônicos e de baixo índice de cura como nos transtornos pelo uso do álcool, aspectos que merecem ser investigados.

Além dos DPT, as despesas com pagamento de benefícios expressam o valor dos benefícios recebidos pelo trabalhador, estimado com base nos maiores salários de contribuição, desde o início da contribuição até a data do início do benefício (BRASIL, 2008), o que justifica as maiores despesas pagas aos homens com benefícios por TMI, já que, no Brasil em 2006, o valor do salário das mulheres era, em média, 56,0% do valor do salário dos homens (DESIDÉRIO, 2009), o que revela a desigualdade entre os sexos.

Os TMI-RT representam 0,5% dos benefícios concedidos por problemas de saúde em geral, uma carga expressiva para a Previdência e uma mediana de custo 35,0% mais alta do que a mediana dos TMI não relacionados ao trabalho. Outros estudos salientam os altos custos de TMI-RT (KONINGSVELD; ZWINKELS; MOSSINK, 2004 apud JARVISALO et al., 2005).

Este estudo revela o ônus dos TMI e ressalta os encargos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, embora os achados da investigação estejam subestimados pelo fato de terem sido usados apenas registros dos benefícios dos segurados da Previdência Social cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) assim como a subnotificação da DRT com mudança expressiva após a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico em 2007 (OLIVEIRA; BARBOSA-BRANCO, 2009). Constitui uma lacuna deste estudo a impossibilidade de identificação de outros fatores que pudessem elucidar as razões da maior duração dos TMI entre os homens. Apesar de tais considerações, os resultados encontrados são consistentes com outros estudos que avaliam DPT e despesas com pagamento de benefícios por TM. Porém, em razão das diferenças entre os sistemas de compensação dos diversos países, comparações devem ser realizadas com cautela.

A carga dos TMI tem múltiplas consequências tanto em termos individuais quanto coletivos. Embora vários fatores contribuam para os TMI, a prevenção e o desenvolvimento de boas práticas em saúde e segurança no trabalho podem minimizar a exposição a psicoestressores no trabalho, ou permitir que casos em estágios iniciais sejam identificados e apoiados em caminhos que levem à pronta recuperação. O ambiente de trabalho, por congrega pessoas em longo período de

tempo e permitir a convivência social, pode se transformar em espaço de prevenção, de exercício de solidariedade e ajuda mútua. Isso exige compromisso e recursos de todas as partes envolvidas. Ainda que a implementação bem sucedida de programas de prevenção no ambiente de trabalho em países desenvolvidos seja reduzida, esses programas têm se mostrado eficazes na redução de TMI (MICHIE; WILLIAMS, 2003). Os TM são evitáveis e tratáveis, portanto, medidas intersetoriais devem ser desenvolvidas para tornar o trabalho mais seguro e saudável.

## CONCLUSÃO

Os transtornos mentais constituem uma carga substancial para a sociedade. Apesar do número limitado de variáveis disponíveis para análise, recomenda-se a ampliação do uso dos dados do sistema de compensação pela vigilância para que sirvam de base para orientar medidas de prevenção, direcionadas prioritariamente aos grupos mais vulneráveis. Por outro lado, a promoção da saúde mental deve ser uma medida para reduzir a carga associada aos TMI. Por fim, futuras investigações devem avaliar os fatores que contribuem para a diferença da carga dos TMI entre homens e mulheres.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA-BRANCO, A.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P.; MATHEUS, M. Epidemiologia das Licenças do Trabalho por doenças mentais no Brasil, 1999–2002. In: 1º. CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2004, Goiânia. **Anais Eletrônicos do 1º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**. Goiânia. Disponível em: <[http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude\\_mental/anais/artigos/3.pdf](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/3.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

BARBOSA-BRANCO, A.; MASCARENHAS, F.A.V.; PENA, L.G. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: prevalência de benefício auxílio doença no Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 123-134, 2007.

BOFF, B.M.; LEITE, D.F.; AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-342, jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Requerimento de auxílio-doença:** orientações para requerimento, 2008. Disponível em: <[http://www.dataprev.gov.br/serviços/auxdoe/auxdoe\\_ajuda\\_aux.htm](http://www.dataprev.gov.br/serviços/auxdoe/auxdoe_ajuda_aux.htm)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem:** princípios e diretrizes. Brasília, 2008.

CECHIN, J.; GIAMBIAGI, F. O aumento das despesas do INSS com o auxílio doença. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, n. 66, p. 81-84, set. 2004.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, n 2, v. 31, 1997.

DESIDÉRIO, M. **Mulher recebe menos em todos os países.** Brasília, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/pobreza\\_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3133&lay=pde](http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3133&lay=pde)>. Acesso em: 30 nov. 2010.

DRUSS, B.G.; ROSENHECK, R.A.; SLEDGE, W.H. Health and disability cost of depressive illness in a major U.S. corporation. **American Psychiatric Association**, v. 157, n. 8, p. 1229-1235, ago. 2000.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Research on Work-related Stress.** Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. Disponível em: <<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

HENSING, G. et al. Sick leave due to minor psychiatric morbidity; role of sex integration. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 30, n. 1, p. 39-43, jan. 1995.

HENSING, G. et al. Sick – leave due to psychiatric disorders: higher incidence among women and longer duration for men. **British Journal of Psychiatry**, v. 169, n. 6, p. 740-746, dez. 1996.

HENSING, G. et al. Sick ness absence with psychiatric disorders: an increased risk for marginalization among men. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 35, n. 8, p. 335-340, ago. 2000.

HENSING, G.; WAHLSTRÖM, R. Sickness absence and psychiatric disorders. **Scandinavian Journal of Public Health**, n. 32, suppl. 63, p. 152-180, 2004.

HENSING, G.; ANDERSSON, L.; BRAGE, S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. **BMC Medicine**, v. 4, n. 19, ago. 2006.

HENSING, G. The measurement of sickness absence: a theoretical perspective. **Norsk Epidemiologi**, v. 19, n. 2, p. 147-151, 2009.

JÄRVISALO, J. et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

KONINGSVELD, E.A.P.; ZWINKELS, W.S.; MOSSINK, J.C.M. Core figures societal costs of working conditions on employees in 2001. The Hague: Ministry of Social Affairs and Employment: technical report, 2004. In: JÄRVISALO, J et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima. 2005.

LOPEZ, D.A. et al. **Global burden of disease and risk factors**. Washington: Oxford University Press and The World Bank, 2006.

MICHIE, S.; WILLIAMS, S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature. **Occupational Environmental Medicine**, v. 60, n. 1, p. 3-9, jan. 2003.

MORA, M. Auxílio - doença: contribuição para um diagnóstico. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, n. 77, p. 89-100, jun. 2007.

MOURA, A.A.G. de; CARVALHO, E.F. de; SILVA, N.J.C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela Previdência Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

NYSTUEN, P.; HAGEN, K.B.; HERRIN, J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 29, n. 3, p. 175-182, set. 2001.

OLIVEIRA, P.R.A.; BARBOSA-BRANCO, A. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e Fator Acidentário de Prevenção - FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. São Paulo: LTR, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, v. 78, n. 3, p. 92-105, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. **Mental Health at Work**: Developing the Business Case. Policy Paper, nº 8. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007. Disponível em: <[http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental\\_health\\_at\\_work.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2010.

SANTANA, V.; SANTANA, M. **Afastamentos do trabalho por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho**: custos e o impacto sobre a produtividade na indústria no Brasil. SESI: Panorama Brasil 2009. Brasília, 2011.

SHIELS, C.; GABBAY, M.B.; FORD, F.M. Patients factors associated with duration on certified sickness absence and transition to long - term incapacity. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 499, p. 86-9, fev. 2004.

SOUZA, N.S.S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 630-638, 2008.

STEPHENS, T.; JOUBERT, N. The economic burden of mental health problems in Canada. **Chronic Diseases in Canada**, v. 22, n. 1, 2001.

**Tabela 1.** Proporção de benefícios por incapacidade temporária (B31 e 91) em razão de transtornos mentais de acordo com variáveis sócio-demográficas e ramo de atividade. Brasil, 2006.

Sexo/ Faixa de idade/ Ramo de atividade	Total de benefícios	Benefícios por transtornos mentais		
		N	%	Razão
<b>Sexo</b>	<b>1.151.598</b>	<b>135.099</b>	<b>11,7</b>	-
Feminino	439.869	68.425	15,6	1,60
Masculino	711.729	66.674	9,4	Referente
<b>Faixa de idade</b>	<b>1.151.598</b>	<b>135.099</b>	<b>11,7</b>	-
16-19	22.355	1.295	5,8	Referente
20-24	137.522	14.533	11,9	2,0
25-44	676.943	89.224	13,2	2,3
45-59	291.318	28.845	9,9	1,7
> 59	23.460	1.202	5,1	0,9
<b>Ramo de atividade</b>	<b>1.151.598</b>	<b>135.099</b>	<b>11,7</b>	<b>Referente</b>
Agricultura e outros	28.232	1.718	6,1	0,6
Indústrias extrativas	11.455	1.215	10,6	0,9
Indústria da transformação	315.360	29.661	9,4	0,8
Construção	69.881	5.462	7,8	0,7
Comércio e reparos	217.884	24.265	11,1	0,9
Alojamento e alimentação	45.582	4.627	10,1	0,9
Transporte, armazenagem, comunicação	81.059	12.623	15,6	1,3
Administração pública	84.478	12.944	15,3	1,3
Educação, saúde e serviços sociais	85.344	14.022	16,4	1,4
Outros serviços coletivos e pessoais	54.601	6.838	12,5	1,1
Outras atividades	146.421	20.505	14,0	1,1
Atividades mal definidas	11.301	1.219	10,7	0,9

**Tabela 2.** Distribuição dos dias perdidos de trabalho por incapacidade temporária (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, de acordo com a idade, por sexo. Brasil, 2006.

Sexo/ Idade	Número de benefícios	Dias perdidos de trabalho (B31 e B91)			
		N	%	Mediana	Razão
<b>Todos</b>	<b>135.099</b>	<b>16.244.167</b>	<b>100,0</b>	<b>107,0</b>	<b>-</b>
16-19	1.295	133.090	0,8	90,0	Referente
20-24	14.533	1.611.346	9,9	98,0	1,1
25-44	89.224	10.723.030	66,0	107,0	1,2
45-59	28.845	3.620.843	22,2	112,0	1,2
> 59	1.202	155.858	0,9	113,0	1,3
<b>Homens</b>	<b>66.674</b>	<b>8.556.892</b>	<b>52,7</b>	<b>115,0</b>	<b>-</b>
16-19	561	65.527	0,8	106,0	Referente
20-24	6.528	790.022	9,2	108,0	1,0
25-44	43.231	5.545.053	64,8	115,0	1,1
45-59	15.515	2.042.516	23,9	118,0	1,1
> 59	839	113.774	1,3	120,0	1,1
<b>Mulheres</b>	<b>68.425</b>	<b>7.687.275</b>	<b>47,3</b>	<b>101,0</b>	<b>-</b>
16-19	734	67.563	0,9	81,0	Referente
20-24	8.005	821.324	10,7	91,0	1,1
25-44	45.993	5.177.977	67,3	101,0	1,2
45-59	13.330	1.578.327	20,5	106,0	1,3
> 59	363	42.084	0,5	104,0	1,3

**Tabela 3.** Distribuição dos dias perdidos de trabalho por incapacidade temporária (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, DPT-TM, de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006.

Sexo/ Ramo de atividade	Número de beneficiários	Dias perdidos de trabalho por transtornos mentais			
		N	%	Mediana	Razão
<b>Todos</b>	<b>135.099</b>	<b>16.244.167</b>	<b>100,0</b>	<b>107,0</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	1.718	201.969	1,2	106,0	1,0
Indústrias extrativas	1.215	134.235	0,8	100,0	0,9
Indústria da transformação	29.661	3.398.645	20,9	102,0	1,0
Construção	5.462	738.664	4,5	122,0	1,1
Comércio e reparos	24.265	2.942.969	18,1	108,0	1,0
Alojamento e alimentação	4.627	578.481	3,6	111,0	1,0
Transporte, armazenagem, comunicação	12.623	1.648.045	10,1	118,0	1,1
Administração pública	12.944	1.403.985	8,6	94,0	0,9
Educação, saúde e serviços sociais	14.022	1.690.075	10,4	107,0	1,0
Outros serviços coletivos e pessoais	6.838	806.484	5,0	107,0	1,0
Outras atividades	20.505	2.520.996	15,5	110,0	1,0
Atividades mal definidas	1.219	179.619	1,1	129,0	1,2
<b>Homens</b>	<b>66.674</b>	<b>8.556.892</b>	<b>52,7</b>	<b>115,0</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	1.143	142.792	1,7	110,0	0,9
Indústrias extrativas	675	76.633	0,9	105,0	0,9
Indústria da transformação	15.724	1.912.226	22,3	108,0	0,9
Construção	4.735	646.590	7,6	124,0	1,1
Comércio e reparos	10.919	1.425.750	16,7	118,0	1,0
Alojamento e alimentação	1.472	200.244	2,3	120,0	1,0
Transporte, armazenagem, comunicação	10.367	1.374.626	16,1	119,0	1,0
Administração pública	4.225	494.514	5,8	105,0	0,9
Educação, saúde e serviços sociais	4.693	624.071	7,3	120,0	1,0
Outros serviços coletivos e pessoais	2.924	366.246	4,3	111,0	1,0
Outras atividades	9.095	1.187.386	13,9	117,0	1,0
Atividades mal definidas	702	105.814	1,2	133,0	1,1
<b>Mulheres</b>	<b>68.425</b>	<b>7.687.275</b>	<b>47,3</b>	<b>101,0</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	575	59.177	0,8	94,0	0,93
Indústrias extrativas	540	57.602	0,7	93,0	0,92
Indústria da transformação	13.937	1.486.419	19,3	92,0	0,91
Construção	727	92.074	1,2	114,0	1,12
Comércio e reparos	13.346	1.517.219	19,7	103,0	1,02
Alojamento e alimentação	3.155	378.237	4,9	107,0	1,05
Transporte, armazenagem, comunicação	2.256	273.419	3,6	110,0	1,09
Administração pública	8.719	909.471	11,8	92,0	0,91
Educação, saúde e serviços sociais	9.329	1.066.004	13,9	104,0	1,02
Outros serviços coletivos e pessoais	3.914	440.238	5,7	102,5	1,01
Outras atividades	11.410	1.333.610	17,3	106,0	1,04
Atividades mal definidas	517	73.805	1,0	123,0	1,22

**Tabela 4.** Distribuição dos custos totais (em real) com benefícios temporários (B31 e B91) em razão de transtornos mentais, de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006.

Sexo/ Ramo de atividade	Custo (em real)						
	B31		B91		Total		Mediana R\$
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	
<b>Todos</b>	<b>119.810.881</b>	<b>100,0</b>	<b>642.101,55</b>	<b>100,0</b>	<b>120.452.983</b>	<b>100,0</b>	<b>680,24</b>
Agricultura	987.691,13	0,8	640,94	0,1	988.332,07	0,8	428,93
Indústrias extrativas	1.195.212,34	1,0	2.231,68	0,3	1.197.444,02	1,0	721,71
Indústria da transformação	24.116.513,90	20,1	31.632,67	4,9	24.148.146,60	20,2	608,76
Construção	4.522.647,03	3,8	13.403,87	2,1	4.536.050,90	3,8	696,65
Comércio e reparos	18.402.310,80	15,4	47.067,50	7,3	18.449.378,30	15,4	595,29
Alojamento e alimentação	2.747.066,43	2,3	4.072,92	0,6	2.751.139,35	2,3	492,68
Transporte, armazenagem, comunicação	13.732.909,90	11,5	143.985,44	22,4	13.876.895,40	11,6	1.014,60
Administração pública	12.113.235,80	10,1	34.301,62	4,9	12.147.537,40	10,1	741,26
Educação, saúde e serviços sociais	15.030.543,70	12,5	83.672,80	13,0	15.114.216,50	12,6	907,60
Outros serviços coletivos e pessoais	6.043.852,52	5,0	12.683,23	2,0	6.056.535,75	5,1	640,79
Outras atividades	19.887.246,20	16,6	265.311,81	41,3	20.152.558,41	16,8	690,76
Atividades mal definidas	1.031.651,27	0,9	3.097,07	0,5	1.034.748	0,9	659,91
<b>Homens</b>	<b>66.336.709,50</b>	<b>55,4</b>	<b>387.709,51</b>	<b>60,4</b>	<b>66.724.419</b>	<b>55,4</b>	<b>819,31</b>
Agricultura	716.944,87	1,1	300,00	0,1	717.244,87	1,1	487,48
Indústrias extrativas	812.251,00	1,2	1.843,10	0,5	814.094,10	1,2	976,36
Indústria da transformação	15.387.382,70	23,2	20.813,23	5,4	15.408.195,90	23,1	767,59
Construção	3.967.077,00	6,0	12.226,14	3,1	3.979.303,14	6,0	710,82
Comércio e reparos	9.211.223,35	13,9	26.356,43	6,8	9.237.579,78	13,8	668,54
Alojamento e alimentação	1.017.966,68	1,5	1.064,88	0,3	1.019.031,56	1,5	563,60
Transporte, armazenagem, comunicação	11.778.275,10	17,8	117.400,82	30,3	11.895.675,90	17,8	1.091,04
Administração pública	4.484.105,35	6,8	18.260,97	4,7	4.502.366,32	6,7	859,65
Educação, saúde e serviços sociais	5.454.112,75	8,2	53.530,63	13,8	5.507.643,38	8,3	1.035,26
Outros serviços coletivos e pessoais	3.068.617,12	4,6	7.087,60	1,8	3.075.704,72	4,6	815,95
Outras atividades	9.787.491,54	14,7	126.491,23	32,6	9.913.982,77	14,9	849,85
Atividades mal definidas	651.262,03	1,0	2.334,48	0,6	653.596,51	1,0	749,61
<b>Mulheres</b>	<b>53.474.171,60</b>	<b>44,6</b>	<b>254.392,04</b>	<b>30,6</b>	<b>53.728.563,70</b>	<b>44,6</b>	<b>582,35</b>
Agricultura	270.746,26	0,5	340,94	0,1	271.087,20	0,5	366,32
Indústrias extrativas	382.961,34	0,7	388,58	0,1	383.349,92	0,7	572,35
Indústria da transformação	8.729.131,25	16,3	10.819,44	4,3	8.739.950,69	16,3	512,99
Construção	555.570,03	1,0	1.177,73	0,5	556.747,76	1,0	588,21
Comércio e reparos	9.191.087,48	17,2	20.711,07	8,1	9.211.798,55	17,1	556,57
Alojamento e alimentação	1.729.099,75	3,2	3.008,04	1,2	1.732.107,79	3,2	470,61
Transporte, armazenagem, comunicação	1.954.634,85	3,7	26.584,62	10,4	1.981.219,47	3,7	703,02
Administração pública	7.629.130,47	14,3	16.040,65	6,3	7.645.171,12	14,2	693,83
Educação, saúde e serviços sociais	9.576.430,92	17,9	30.142,17	11,9	9.606.573,09	17,9	838,37
Outros serviços coletivos e pessoais	2.975.235,40	5,6	5.595,63	2,2	2.980.831,03	5,5	560,35
Outras atividades	10.099.754,60	18,9	138.820,58	54,5	10.238.575,20	19,1	583,44
Atividades mal definidas	380.389,24	0,7	762,59	0,3	381.151,83	0,7	576,08

**Tabela 5.** Mediana do custo mensal (em real) dos DPT-TM, com benefícios temporários (B31 e B 91), de acordo com o ramo de atividade, por sexo. Brasil, 2006.

Sexo/Ramo de Atividade	Custo (R\$)					
	Não relacionado ao trabalho (B31)		Relacionados ao trabalho (B91)		Total	
	Mediana R\$	Razão	Mediana R\$	Razão	Mediana R\$	Razão
<b>Todos</b>	<b>679,32</b>	<b>Referente</b>	<b>1.047,91</b>	<b>Referente</b>	<b>680,24</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	429,03	0,63	320,47	0,31	428,93	0,63
Indústrias extrativas	721,71	1,06	1.115,84	1,06	721,71	1,06
Indústria da transformação	608,73	0,90	626,06	0,60	608,76	0,89
Construção	696,43	1,03	811,14	0,77	696,65	1,02
Comércio e reparos	595,21	0,88	665,86	0,64	595,29	0,88
Alojamento e alimentação	492,56	0,73	628,33	0,60	492,68	0,72
Transporte, armazenagem, comunicação	1.015,14	1,49	903,62	0,86	1.014,60	1,49
Administração pública	740,92	1,09	1.123,50	1,07	741,26	1,09
Educação, saúde e serviços sociais	906,89	1,33	1.095,09	1,05	907,60	1,33
Outros serviços coletivos e pessoais	641,10	0,94	586,40	0,56	640,79	0,94
Outras atividades	686,34	1,01	2.305,47	2,20	690,76	1,02
Atividades mal definidas	659,83	0,97	839,40	0,80	659,91	0,97
<b>Homens</b>	<b>818,26</b>	<b>Referente</b>	<b>1.089,64</b>	<b>Referente</b>	<b>819,31</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	487,70	0,60	300,00	0,28	487,48	0,59
Indústrias extrativas	973,57	1,19	1.843,00	1,69	976,36	1,19
Indústria da transformação	767,82	0,94	638,25	0,59	767,59	0,94
Construção	710,79	0,87	842,52	0,77	710,82	0,87
Comércio e reparos	668,49	0,82	683,68	0,63	668,54	0,82
Alojamento e alimentação	563,25	0,69	1.051,72	0,97	563,60	0,69
Transporte, armazenagem, comunicação	1.091,29	1,33	1.046,11	0,96	1.091,04	1,33
Administração pública	859,33	1,05	1.282,74	1,18	859,65	1,05
Educação, saúde e serviços sociais	1.035,75	1,27	1.086,98	1,00	1.035,26	1,26
Outros serviços coletivos e pessoais	815,22	1,00	857,64	0,79	815,95	1,00
Outras atividades	845,82	1,03	2.337,55	2,15	849,85	1,04
Atividades mal definidas	748,94	0,92	916,21	0,84	749,61	0,91
<b>Mulheres</b>	<b>581,82</b>	<b>Referente</b>	<b>976,60</b>	<b>Referente</b>	<b>582,35</b>	<b>Referente</b>
Agricultura	366,70	0,63	340,94	0,35	366,32	0,63
Indústrias extrativas	572,65	0,98	388,58	0,40	572,35	0,98
Indústria da transformação	512,98	0,88	521,74	0,53	512,99	0,88
Construção	588,21	1,01	588,86	0,60	588,21	1,01
Comércio e reparos	556,57	0,96	635,80	0,65	556,57	0,96
Alojamento e alimentação	470,49	0,81	540,23	0,55	470,61	0,81
Transporte, armazenagem, comunicação	702,75	1,21	752,99	0,77	703,02	1,21
Administração pública	693,27	1,19	1.054,34	1,08	693,83	1,19
Educação, saúde e serviços sociais	837,92	1,44	1.228,85	1,26	838,37	1,44
Outros serviços coletivos e pessoais	560,47	0,96	443,82	0,45	560,35	0,96
Outras atividades	581,27	1,00	2.218,77	2,27	583,44	1,00
Atividades mal definidas	574,75	0,99	762,59	0,78	576,08	0,99

**ARTIGO III**

**INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE  
ENTRE 2000 E 2008 NO BRASIL: ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS  
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

***INCIDENCE OF MENTAL ILLNESS DISABILITY BETWEEN 2000 AND 2008 IN BRAZIL:  
ESTIMATES WITH COMPENSATION BENEFITS FROM THE SOCIAL SECURITY  
INSTITUTE***

## **INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE ENTRE 2000 E 2008 NO BRASIL: ESTIMATIVAS COM BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

**INCIDENCE OF MENTAL ILLNESS DISABILITY BETWEEN 2000 AND 2008 IN BRAZIL: ESTIMATES WITH COMPENSATION BENEFITS FROM THE SOCIAL SECURITY INSTITUTE**

***TÍTULO CURTO: INCIDÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COM INCAPACIDADE ENTRE 2000 E 2008 NO BRASIL***

Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos Reis<sup>5</sup>, Vilma Sousa Santana<sup>6</sup>

Endereço para correspondência:

Ana Lucia Pellegrini Pessoa dos Reis  
Instituto de Saúde Coletiva  
PISAT- Programa Integrado de Saúde do Trabalhador  
Rua Augusto Vianna s/n, 2º andar  
Canela – Salvador/Bahia – Brasil  
CEP: 40110-060  
Tel: (71) 3283- 7418 FAX: (71) 3336-0034  
Email: [pellegrinireis@yahoo.com.br](mailto:pellegrinireis@yahoo.com.br)

Financiamento: apoio da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Prof<sup>a</sup>. Ana Reis foi bolsista de Doutorado do CNPq, e Vilma Santana é bolsista de produtividade Proc. N° 522621/96-1.

---

<sup>5</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Filosofia e Ciências Humanas; Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.

<sup>6</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador.

## RESUMO

**Objetivo:** descrever a evolução da Incidência de Transtornos Mentais com Incapacidade (TMI) entre 2000 e 2008, no Brasil.

**Métodos:** este é um estudo descritivo, de evolução temporal, conduzido com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social, entre 1º/01/2000 e 31/12/2008, obtidos no Sistema Único de Benefícios (SUB). A população compreende segurados cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). A medida de ocorrência, incidência cumulativa anual (I-TMI), foi estimada para a população de trabalhadores que corresponde à média de vínculos empregatícios mensais.

**Resultados:** no período do estudo, observou-se aumento da incidência cumulativa anual de TMI em ambos os sexos, em todas as idades e ramos de atividade, exceto na Indústria Extrativa e na Administração Pública. Também se verificou aumento expressivo de TMI relacionados ao trabalho entre homens e mulheres.

**Conclusões:** o aumento de TMI entre trabalhadores se constitui num problema de saúde pública com consequências para o indivíduo e para toda a sociedade. Embora vários fatores determinem a sua ocorrência, a falta de prevenção é o principal contribuinte e exige a definição de políticas públicas e o compromisso de todas as partes para reduzir a sua carga.

**Palavras-chave:** transtornos mentais; incapacidade; evolução; doenças relacionadas ao trabalho; epidemiologia.

Nº de palavras: 197

## ABSTRACT

**Objectives:** to describe the disabling mental disorders (TMI) trend between 2000 and 2008, in Brazil.

**Methods:** a time trend descriptive study was carried out using data from compensation benefits issued by the Brazilian Social Security System, between 01/01/2000 and 12/31/2008, from the Unified Benefits System (SUB). The study population comprises workers covered by the Work Injury Insurance (SAT). Annual cumulative incidence (I-TMI) was estimated for workers population, which corresponded to the mean number of monthly job contracts.

**Results:** during the study period, it was observed an increase of the annual cumulative incidence for TMI for both sexes, among all ages and economic trades except Public Administration and Mining. It was also verified an expressive increase for work-related TMI among men and women.

**Conclusions:** the increase of TMI among workers is a public health matter with consequences for individuals and all society levels. Although many factors determine its occurrence, the lack of prevention is the main contributor and demands definition of public politics and commitment of all actors in order to reduce its burden.

**Key words:** mental disorders; disability; trend; work-related diseases; epidemiology.

N° of words: 182

## INTRODUÇÃO

Nas estimativas do estudo da Global Burden Disease (GBD), as doenças neuropsiquiátricas constituem as mais importantes causas de incapacidade, contabilizando mais de 37% dos Anos Vividos com Incapacidade - Years Lived With Disability (YLD) mundial. Ao realizar projeções para 2020, estimou-se que a carga dos transtornos mentais vai se elevar de 10,5% para 15,0%, representando proporcionalmente um aumento maior que as doenças cardiovasculares (LOPEZ, 2006).

Em diversas regiões, os transtornos mentais têm sido uma das principais causas da concessão de benefícios por incapacidade para o trabalho, responsáveis por 1/3 das pensões em países da Europa, nos EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, México, Japão e Coreia (MYKLETUN et al., 2006) e, na última década, tendências crescentes têm sido estimadas na Europa.

Apesar das diferenças entre as regiões quanto à dimensão territorial, história de desenvolvimento, população, força de trabalho, sistema de proteção social, características do trabalho, entre outros aspectos, estudos realizados na Finlândia, Alemanha, Países Baixos e Suécia estimaram o crescimento da concessão de benefícios por incapacidade por transtornos mentais nos últimos anos e identificaram que fatores como pobreza, envelhecimento da população, marginalização, desemprego, abuso de substâncias psicoativas, condições e organização do trabalho (JÄRVISALO et al., 2005) podem explicar essa tendência.

Os poucos estudos identificados que investigaram a evolução da incidência de transtornos mentais com incapacidade (TMI), nos últimos anos, estimaram o crescimento da morbidade em ambos os sexos. Na Noruega, verificou-se o aumento de 1,8% em 1994 para 4,6% em 2000 entre as mulheres, Variação Proporcional Percentual (VPP) de +170,6% em seis anos e de 0,8% para 2,2% neste período, entre os homens, VPP +175,0% (HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006). Na Holanda, a incidência de transtornos mentais comuns em 2001 foi de 2,2%, aumentando para 2,7% em 2004 e decrescendo para 2,0% em 2007, VPP de +10,0% (ROELEN et al., 2009). Nesses países, houve elevação de TMI em ambos os sexos, maior entre os homens, e em todos os grupos de idade.

Na Holanda, os transtornos mentais constituíram 1/4 das doenças relacionadas ao trabalho responsáveis pela concessão de benefícios por

incapacidade no período entre 1999 e 2002, sendo superados apenas pelas doenças musculoesqueléticas. Não foram encontrados estudos com estimativas da evolução do I-TMI por ramos de atividade.

No Brasil, ao estimar a contribuição das doenças relacionadas ao trabalho nos afastamentos por problemas de saúde em geral e ocupacionais em 2000, Souza et al. (2008) verificaram que os transtornos mentais ocuparam o terceiro lugar entre os grupos de causas. Não foram encontrados estudos sobre a evolução do coeficiente de incidência por ramos de atividade e TM relacionados ao trabalho (TMI - RT).

Os transtornos mentais com incapacidade entre trabalhadores constituem um problema de saúde pública e de saúde do trabalhador. No Brasil, mesmo que se situem entre as três primeiras causas de benefícios concedidos por auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007), ainda não foram realizadas investigações sobre a evolução da incidência.

Este estudo tem como objetivo descrever a evolução da incidência de transtornos mentais com incapacidade entre 2000 e 2008, no Brasil.

## **MÉTODOS**

Realizou-se um estudo descritivo, de evolução temporal, com dados de benefícios concedidos pela Previdência Social no Brasil, entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2008, a trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). Os dados foram obtidos no Sistema Único de Benefícios (SUB), que se compõe do registro das concessões de benefícios por enfermidades e agravos à saúde geral, relacionados ao trabalho, classificados como auxílio-doença previdenciário (B31), aposentadoria por invalidez previdenciária (B32), pensão por morte previdenciária (B21), quando decorrentes de problemas de saúde geral, e não relacionados ao trabalho, e os acidentários, que compreendem o auxílio-doença por acidente de trabalho (B91), aposentadoria por invalidez acidentária (B92) e pensão por morte por acidente de trabalho (B93). Benefícios são prestações pecuniárias pagas pela Previdência Social aos segurados ou aos seus dependentes com o propósito de apoiar o trabalhador no caso de ocorrerem eventos, como doença, invalidez e morte. Benefícios concedidos são aqueles requeridos pelo segurado ou

dependente e que, após análise dos requisitos necessários às respectivas espécies, são despachados e cuja concessão corresponde à entrada de novo benefício no sistema previdenciário (OLIVEIRA, 2009).

A população deste estudo constituiu-se de trabalhadores segurados pela Previdência Social cobertos pelo SAT, obtida no Anuário Estatístico da Previdência Social do ano de 2009 (BRASIL, 2010), que corresponde ao número médio mensal de vínculos dos respectivos anos em estudo. Vínculos são contratos de trabalhadores segurados e variam mês a mês, em razão de novos contratos e demissões que ocorrem mensalmente e são informados ao Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

A variável desfecho foi transtorno mental com incapacidade (TMI), definido conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID, 10ª revisão), que corresponde aos diagnósticos do capítulo V, F00 a F99, e outras doenças. A variável TMI foi também categorizada conforme a classificação da Previdência Social, como previdenciário (B21, B31 e B32), quando decorrente de problemas de saúde geral, não relacionados ao trabalho, e acidentário (B91, B92 e B93), quando relacionados ao trabalho. As variáveis descritoras, relativas às características sócio-demográficas foram sexo e idade, esta categorizada para fins desta análise em três grupos de idade, 16-24; 25-44 e > 44 anos; e os ramos de atividade econômica, registrados com códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0), agrupadas em 11 categorias: agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca; indústrias extrativas; indústria da transformação; construção; comércio e reparação; alojamento e alimentação; transporte, armazenagem e comunicação; administração pública; educação, saúde e serviços sociais; outros serviços coletivos e pessoais, que incluem serviços relativos a água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação; informação e comunicação; atividades fotográficas e similares; serviços de reserva e outros serviços de turismo; serviços de escritório, de apoio administrativo e outros serviços prestados a empresas; atividades associativas; serviços de funeral, lavanderia, tinturaria e tratamento de beleza; outras atividades, que incluem organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais.

Para cada ano do estudo, foi estimado o coeficiente de incidência anual de TMI (I-TMI), por meio da razão entre o número de benefícios concedidos por TMI e a média de vínculos empregatícios por 1.000 trabalhadores de cada ano, estratificados por sexo em todas as análises realizadas. Este procedimento foi adotado em razão

das especificidades do adoecer e do trabalho entre homens e mulheres. Foi também estimada a variação proporcional percentual da incidência, para cada ramo de atividade, obtida pela razão entre a diferença do I-TMI entre os anos de 2008 e 2000 e o I-TMI de 2000, multiplicado por 100. Todas as informações foram processadas no pacote estatístico SAS V.9.11 for Windows.

Os dados secundários utilizados, provenientes do Sistema Único de Benefícios (SUB), são de natureza administrativa, e neles não constam informações que identifiquem as empresas e os trabalhadores. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## RESULTADOS

No período de 2000 a 2008, foram concedidos 819.732 benefícios por transtornos mentais, o que representa 9,4% do total de benefícios relacionados à saúde. Houve elevação do coeficiente de incidência anual de TMI (I-TMI), de 1,93x1.000 trabalhadores em 2000, com pico em 2006, 5,3x1.000, e atingindo 4,8x1.000 trabalhadores em 2008, com Variação Proporcional Percentual (VPP) de +149,2% em todo período (Figura 1).

O padrão de distribuição foi semelhante entre as variáveis descritoras: crescimento do coeficiente de I-TMI de 2000 a 2006, decréscimo entre 2006 e 2007 e elevação entre 2007 e 2008.

Verificou-se aumento do coeficiente de I-TMI entre 2000 e 2008, em ambos os sexos, com maior crescimento entre as mulheres (VPP=+205,1%) em comparação com os homens (VPP=+118,6%). Mulheres apresentaram maiores I-TMI do que os homens em todo o período (Figura 1).

Observou-se elevação do I-TMI, entre 2000 e 2008, em todos os grupos de idade. O maior crescimento ocorreu entre homens e mulheres mais jovens (VPP/homens=+185,0% e VPP/mulheres=+297,0%) e menor VPP entre os mais velhos (homens=+45,0% e mulheres=+115,0%). Constatou-se ainda que o I-TMI aumentava com a idade. Em 2008, por exemplo, trabalhadores com idade superior a 44 anos (I-TMI= 5,1x1.000 trabalhadores) apresentaram quase o dobro do I-TMI em relação àqueles com idade entre 16 e 24 anos (I-TMI=2,7x1.000 trabalhadores). Entre 2006 e 2008, os trabalhadores que tinham entre 25 e 44 anos apresentaram aumento

do I-TMI em relação àqueles com mais de 44 anos de idade. Este mesmo padrão ocorreu entre homens e mulheres (Figura 2).

O coeficiente de incidência anual dos TM não relacionados ao trabalho apresentou evolução diferente daqueles relacionados ao trabalho. Embora ambos tenham tido discreta elevação da medida até 2006, os transtornos não relacionados ao trabalho apresentaram queda entre 2006 e 2008, de 5,2x1.000 trabalhadores para 4,4x1.000 (Figura 3), enquanto os outros tiveram elevado aumento do I-TMI neste período, de 1,9x100.000 trabalhadores para 39,9x100.000, tendência que se manteve entre homens e mulheres (Figura 4).

Estimou-se aumento do I-TMI em todos os ramos de atividade entre 2000 e 2008. A VPP foi elevada e positiva em todos os ramos de atividades, exceto na indústria extrativa (VPP= - 53,3) e na administração pública (VPP= -12,6%)(Tabela 1).

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo revelam que, entre 2000 e 2008, em ambos os sexos, houve aumento da incidência cumulativa anual de TMI em geral em todos os grupos de idade e ramos de atividade, exceto na indústria extrativa e na administração pública. Também se observou aumento elevado do coeficiente de incidência anual dos TM relacionados ao trabalho entre homens e mulheres no período, ao contrário dos não relacionados ao trabalho.

A evolução crescente do I-TMI em geral tem sido relatada na literatura por outros autores (HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006; ROELEN ET al., 2009), corroborando os achados deste estudo. Tal aumento vem sendo explicado como decorrente de fatores, como pobreza, envelhecimento da população, marginalização, desemprego, abuso de substâncias psicoativas, condições e organização do trabalho (JENKINS, 1997; JÄRVISALO ET al., 2005), violência, migração, isolamento, o estigma da doença mental em muitas regiões, a mudança do perfil epidemiológico das enfermidades, a falta da prestação de serviços para o tratamento, reabilitação ocupacional e psicossocial (JENKINS, 1997).

O aumento do coeficiente de incidência anual de TM em geral entre 2000 e 2006, a redução em 2007 e o crescimento em 2008 talvez estejam relacionados a alterações nos procedimentos para concessão deste tipo de benefício no país no período. Ansilheiro e Dantas (2008) referem que este movimento pode estar

associado, entre 2001 e 2005, à extinção de homologação, por médicos do quadro do INSS, dos procedimentos médicos periciais, realizados por peritos credenciados pelo Instituto; e, em dezembro de 2005, ao início do Programa de Cobertura Previdenciária Estimada (COPEs), que concedia alta programada aos benefícios auxílio-doença em geral para garantir maior resolutividade na realização das perícias médicas.

Entre as mulheres, vários fatores devem ser considerados como possíveis explicações para o maior crescimento do I-TMI em geral nesse grupo. O aumento da participação feminina no mercado de trabalho, acompanhado de crescente formalização, consistente pela elevação de cerca de 106,6% de mulheres seguradas pela Previdência Social, cobertas pelo SAT, no período de 2000 a 2008 (BRASIL, 2010), elucida, em parte, a maior VPP nesta categoria. As desigualdades que caracterizam a inserção produtiva da mulher no mercado de trabalho brasileiro, a grande concentração no setor de serviços, os rendimentos inferiores aos dos homens, os obstáculos aos planos de ascensão e cargos de chefia, a combinação da carga de trabalho com as atividades familiares (MELO; OLIVEIRA, 2009); diversas formas de violência, maior procura e uso dos serviços de saúde em comparação com os homens (HENSING; ALEXANDERSON, 2000; OMS, 2002) e a expectativa de vida mais longa contribuem para o aumento da morbidade de doenças crônicas como os TMI. Outros estudos realizados apontam maior crescimento do I-TMI entre os homens (HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006; ROELEN et al., 2009).

Verificou-se aumento do I-TMI ao longo do período estudado em todas as faixas de idade e mais elevado crescimento entre os jovens (16-24 anos), em consonância com resultado de outros estudos (HENSING; ANDERSSON; BRAGE, 2006), e em mulheres. Trata-se possivelmente de trabalhadores em início de carreira, com menor qualificação e submetidos a atividades mais precarizadas, o que mostra que ações preventivas e de assistência devem ser realizadas com prioridade para minorar agravos que podem se manter até a vida adulta. Na Europa, constatou-se que quase metade dos problemas de saúde comunicados pelos trabalhadores, associados a estresse, depressão e ansiedade e que causaram mais de 14 dias de ausência ao trabalho, dizia respeito a jovens trabalhadores com menos de 25 anos (AGÊNCIA EUROPEIA PARA SAÚDE E SEGURANÇA, 2007), aspecto que merece estudos.

Os mais altos I-TMI entre os mais velhos (> 44 anos) indicam o potencial incapacitante da doença, também estimado por Hensing, Andersson e Brage (2006), na Noruega. Vale ressaltar que a maior média de vínculos da população segurada coberta pelo SAT entre 2000 e 2008 é dos que têm entre 25 e 44 anos de ambos os sexos. Entretanto, é no grupo com mais de 44 anos que se observa elevado crescimento da média de vínculos (BRASIL, 2009), constatando-se mudanças expressivas nas características etárias dos trabalhadores segurados pela Previdência, que, em parte, se explica pelo estreitamento na base da pirâmide etária da população brasileira (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004). Esta tendência, aliada à mudança do perfil de morbimortalidade (BARRETO; CARMO, 2007), pode ter repercutido no aumento do I-TMI nesse segmento.

O elevado crescimento do coeficiente de incidência anual dos TM relacionados ao trabalho entre 2006 e 2008 pode ser explicado pelo aumento do número de benefícios acidentários concedidos por esta enfermidade, aproximadamente 2.400% em relação a 2006. Este aumento decorreu da aplicação da Lei nº. 11. 430, que estabeleceu o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) em abril de 2007, nova metodologia epidemiológica para caracterizar o nexo causal entre a doença e a atividade exercida pelos trabalhadores nas empresas. Este resultado expressa a redução da concessão indevida de auxílio previdenciário gerada pela subnotificação, sub-registro, má caracterização, como também das limitações para reconhecimento dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, contribuindo para manutenção de ambientes de trabalho nocivos e consequente produção de enfermidades. Ao contrário, em 2007 houve queda de 16,6% na concessão de auxílio-doença previdenciário, variação distinta daquela registrada para o auxílio-doença acidentário (ANSILIEIRO; DANTAS, 2008), refletindo na concessão de benefícios por TMI.

Embora a prevalência de TMI seja alta entre a população trabalhadora, a complexidade dos quadros clínicos, a etiologia multicausal e o adoecimento desencadeado ou agravado pelo trabalho em razão das condições nas quais a atividade se realiza (GNAM, 1998; LIPPEL, 1999; JACQUES, 2007) dificultam o estabelecimento do nexo causal individual com o trabalho.

No Brasil, vários estudos demonstraram a relação entre TMI e trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1997; CODO, 1999; LIMA, 2007; FERNANDES, 2000; GLINA et al., 2001), porém a transposição desse conhecimento em políticas públicas limita-se à inclusão de doenças mentais na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho,

anexo II do Decreto 3.048/99 do Ministério da Previdência e Assistência Social e a Portaria 1.339/99 do Ministério da Saúde, com princípios norteadores para o diagnóstico de 12 categorias de TMI relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2002). Apesar de o nexos causal poder ser estabelecido por outros critérios existentes, só após a implantação do NTEP, foi possível identificar empresas que contribuem com maior número de casos e risco em relação com as demais do seu ramo de atividade, o que indica que todo caso surgido daquela empresa passa a ser, potencialmente, considerado caso relacionado ao trabalho (OLIVEIRA; BARBOSA-BRANCO, 2009).

Merece atenção a redução do I-TMI a partir de 2007, período de implantação do NTEP, especialmente na indústria extrativa, que pode ter sido decorrente do sub-registro da incapacidade.

O estudo da evolução do coeficiente de I-TMI reflete mudanças na população em estudo, no sistema de compensação de benefícios, nos ambientes de trabalho, como, também, o sub-registro e a subnotificação da enfermidade que, pelos limites desta análise, podem não ter sido retratados nesta investigação. Trata-se possivelmente do primeiro estudo nacional sobre a evolução dos transtornos mentais com incapacidade, que possibilitará a identificação do padrão de evolução do nível de morbidade, a realização de projeções, a avaliação do impacto de medidas adotadas e o planejamento de intervenções.

Recomenda-se o acompanhamento da evolução da morbidade por TMI, o monitoramento do sub-registro, da subnotificação e a melhoria dos dados de vigilância para servir de base e orientar medidas de prevenção para grupos de alto risco. Empregadores são primariamente responsáveis pela saúde e segurança no trabalho, o que exige compromisso dos gestores e definição de políticas que favoreçam a saúde e a segurança e a definição de marcos regulatórios que propiciem boas práticas no ambiente de trabalho.

## **CONCLUSÕES**

Este estudo constatou o aumento da incidência cumulativa de TMI entre trabalhadores no período de 2000 a 2008, um problema de saúde pública com consequências para o indivíduo e para toda a sociedade. Embora vários fatores determinem a sua ocorrência, a falta de prevenção é o principal contribuinte e exige a definição de políticas públicas e compromisso de todas as partes para reduzir a sua carga.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

AGÊNCIA EUROPÉIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO. **Jovens trabalhadores - Factos e números**: Exposição a riscos profissionais e consequências para a saúde. Bilbao, 2007. Disponível em: <<http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/70>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ANSILIERO, G.; DANTAS, E.A. Comportamento Recente da Concessão e Emissão de Auxílios-Doença: Mudanças Estruturais? **Informe da Previdência Social**, n. 11, v. 20, p. 1-28, 2008. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_090227-161326-67.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090227-161326-67.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2010.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o sistema de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, p. 1779-1790, 2007.

BOFF, B.M.; LEITE, D.F.; AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-342, jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e condutas**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico da Previdência Social**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteúdoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

CODO, W. (Coord.) **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores da Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **OSH in figures: stress at work – facts and figures**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. Disponível em: <[http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478\\_EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478_EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work)>. Acesso em: 15 set. 2010.

FERNANDES, S.R.P. O trabalho dos profissionais de informática: estudo de caso em Salvador-Ba. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: VKL, 2000. p. 237-254.

GLINA, D. et al. Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GNAM, W. **Mental disorders, mental disability at work, and workers' compensation**. Institute for Work and Health, abr, 1998. Disponível em: <<http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research/gnam-mental.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2010.

HENSING, G. et al. Sick leave due to minor psychiatric morbidity: role of sex integration. **Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology**, v. 30, n. 1, p. 39-43, 1995.

HENSING, G. et al. Sickness absence with psychiatric disorders: an increased risk for marginalization among men? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 35, n. 8, p. 335-340, 2000.

HENSING, G; ALEXANDERSON, K. The relation of adult experience of domestic harassment, violence and sexual abuse to health and sickness absence. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2000.

HENSING, G; WAHLSTRÖM, R. Sickness absence and psychiatric disorders. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 32, n. 63, p. 151-180, 2004.

HENSING, G.; ANDERSSON, L.; BRAGE, S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. **BMC Medicine**, v. 4, p. 19-27, 2006.

HOUTMAN, I; DESCZKA, S; BRENNINKMEIJER, V. Sickness absenteeism and disability due mental health problems in the Netherland. In: JÄRVISALO, J. et al. (Org.) **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

JACQUES, M.G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 112-119, 2007.

JÄRVISALO, J. et al. Depression and other mental disorders, sickness absenteeism and work disability pension in Finland. In: JÄRVISALO, J. et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

JÄRVISALO, J. et al. **Mental disorders as a major in prevention of work disability: experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden**. Helsinki: Prima, 2005.

JENKINS, R. Reducing the global burden of mental illness. **The Lancet**, v. 349, p. 1340, 1997.

LIMA, M.H.M.R. A Indústria Extrativa Mineral: algumas questões sócio-econômicas. In: FERNANDES, F.R.C. et al. (Org.) **Tendências Tecnológicas Brasil 2015: Geociências e Tecnologia Mineral**. Rio de Janeiro: CETEM/MCT, 2007.

LIPPEL, K. Workers' Compensation and Stress: Gender and Access to Compensation. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 79-89, 1999.

LOPEZ, D.A. et al. **Global burden of disease and risk factors**. Washington: Oxford University Press and The World Bank, 2006.

MASTEKAASA, A. Parenthood, gender and sickness absence. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 12, p. 1827-1842, 2000.

MELO, H. P.; OLIVEIRA, A.B. Mercado de trabalho e a Previdência Social : um olhar feminista. **Econômica**, Rio de Janeiro, n.2, v. 11, p. 79-110, 2009.

MOURA, A.A.G. de; CARVALHO, E.F. de; SILVA, W.J.C. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela Previdência Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

MYKLETUN, A. et al. A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. **The American Journal Psychiatry**, n. 163. p. 1412-1418, 2006.

NYSTUEN, P.; HAGEN, K.B.; HERRIN, J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. **Scandinavian Journal Public Health**, v. 29, n. 3, p. 175-182, 2001.

OLIVEIRA, P.R.A.; BARBOSA-BRANCO, A. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e Fator Acidentário de Prevenção - FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. São Paulo: LTR, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, v. 78, n.3, p. 92-105, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002.

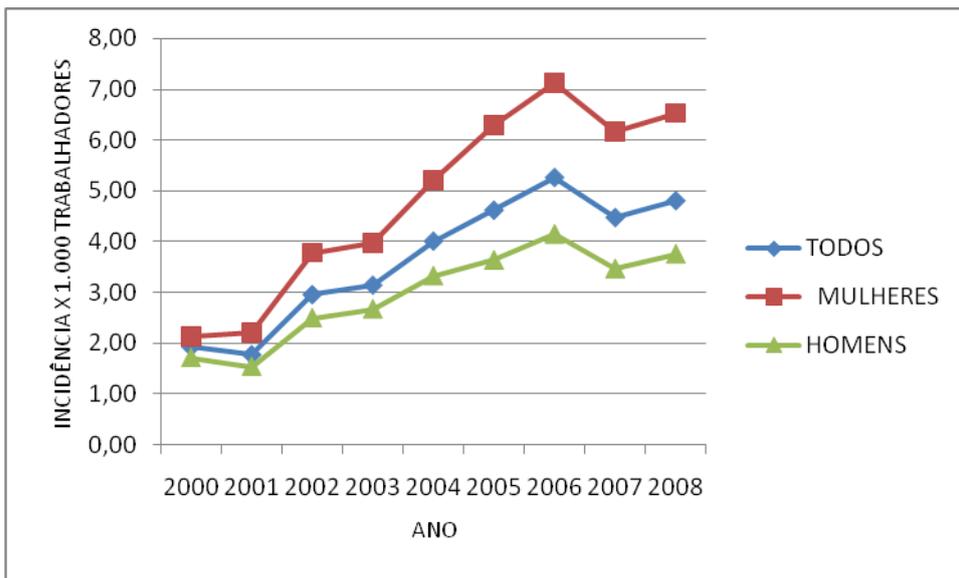
ROELEN, C.A. et al. Trends in the incidence of sickness absence due to common mental disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands. **European Journal of Public Health**, v. 19, n. 6, p. 625-630, 2009.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 95-109, 1997.

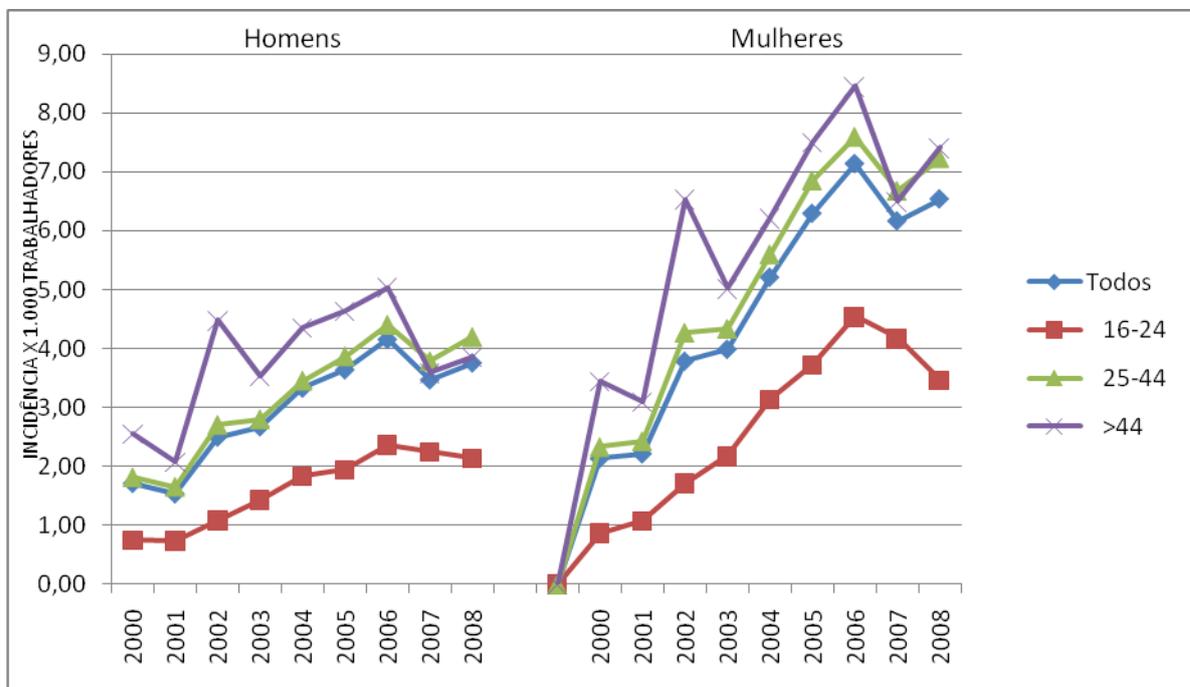
SMEBY, L.; BRUUSGAARD, D.; CLAUSSEN, B. Sickness absence: could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 37, n. 7, p. 674-681, 2009.

SOUZA, N.S.S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 630-638, 2008.

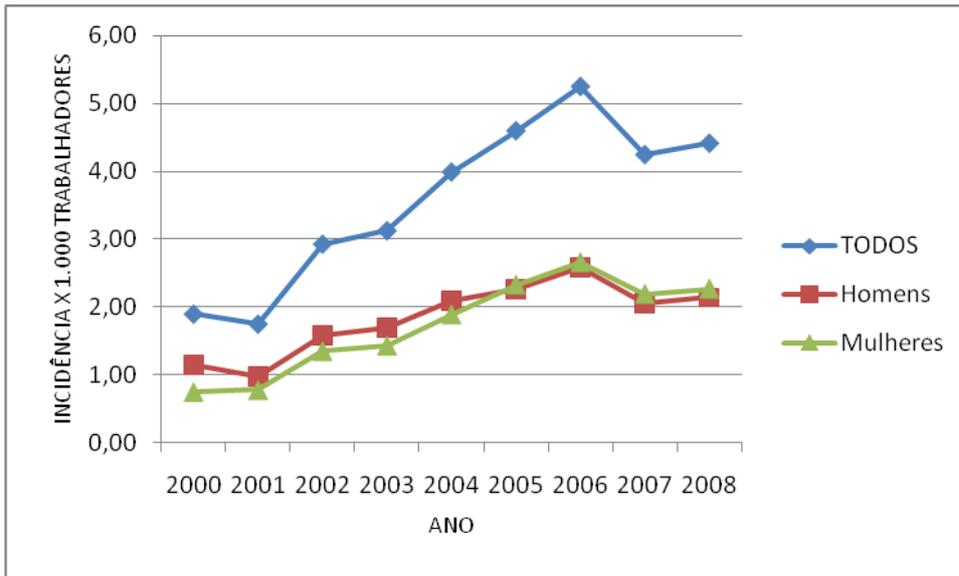
STANSFELD, S. et al. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II Study. **Social Science & Medicine**, v. 40, n. 2, p. 189-197, 1995.



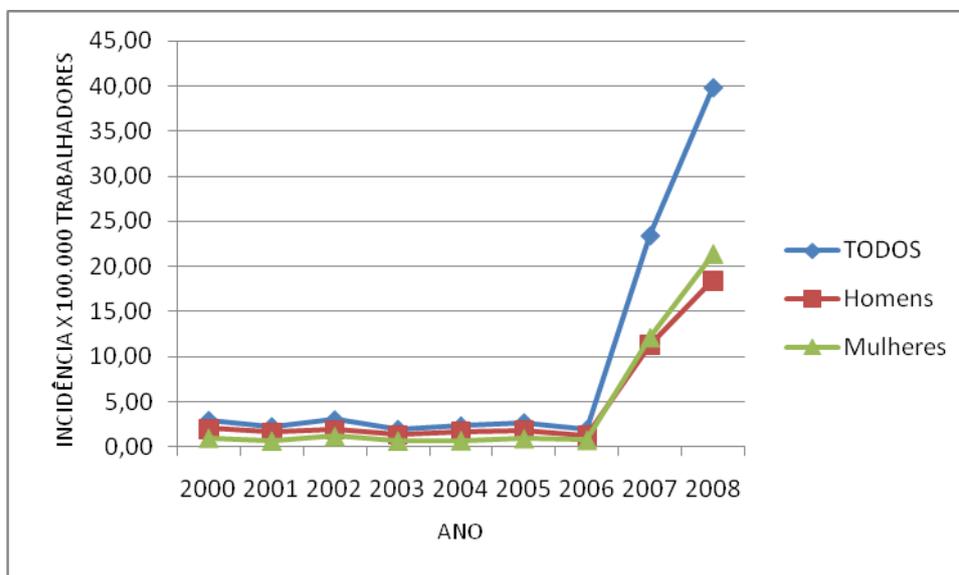
**Figura 1.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI), por sexo, no período de 2000 a 2008 no Brasil.



**Figura 2.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI), por grupos de idade, segundo sexo, no período de 2000 a 2008 no Brasil.



**Figura 3.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI) não relacionados ao trabalho, no período de 2000 a 2008 no Brasil.



**Figura 4.** Evolução do coeficiente de incidência anual de transtornos mentais com incapacidade (I-TMI) relacionados ao trabalho, no período de 2000 a 2008 no Brasil.

**Tabela 1.** Coeficiente de incidência anual ( X 1.000 trabalhadores) de transtornos mentais com incapacidade por ramos de atividade, no período de 2000 a 2008, no Brasil.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Varição Proporcional Percentual (VPP)
Total	1,8	1,7	2,8	3,0	3,8	4,4	5,0	4,2	4,5	+149,2
Agricultura	0,5	0,5	0,8	0,8	1,1	1,0	1,1	0,9	1,2	+143,8
Indústrias extrativas	5,8	5,5	8,6	7,1	8,2	9,3	8,3	6,8	2,7	-53,3
Indústria da transformação	1,8	1,9	3,2	3,2	4,0	4,7	5,1	4,3	4,8	+164,8
Construção	1,5	1,2	2,2	2,8	3,6	3,8	4,4	3,1	2,7	+80,4
Comércio e reparos	1,0	1,0	1,9	2,1	2,9	3,5	4,1	3,6	3,8	+279,2
Alojamento e alimentação	1,2	1,2	2,3	2,6	3,6	4,3	4,7	3,8	4,0	+238,5
Transp, armazenagem, comunicação	2,7	2,7	4,7	5,2	6,9	7,2	7,9	5,9	6,3	+133,6
Administração pública	5,2	2,8	3,8	3,9	4,5	5,3	4,9	4,5	4,6	-12,6
Educação, saúde e serviços sociais	2,4	2,3	3,7	4,0	5,1	6,3	7,2	6,2	5,7	+141,9
Outros serviços coletivos e pessoais	1,8	1,9	3,6	3,6	4,1	5,3	6,0	5,4	4,7	+159,0
Outras atividades	1,6	1,6	2,5	2,6	3,4	4,2	5,0	4,5	5,7	+244,8

