

# Análise descritiva de exames periciais iniciais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentando transtornos mentais

Adriana Kelmer Siano\*  
Luiz Cláudio Ribeiro\*\*  
Aline Evangelista Santiago\*\*\*  
Mário Sérgio Ribeiro\*\*\*\*

## RESUMO

Em análise descritiva preliminar do perfil sócio-demográfico, clínico e previdenciário dos segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foram verificadas as variáveis relativas aos exames periciais iniciais concluídos entre julho/2004 e dezembro/2006. Os segurados passaram por exame pericial inicial em Juiz de Fora – MG, em decorrência do requerimento de Auxílio-doença, com diagnóstico principal de transtorno mental. As informações, contidas em banco de dados, foram fornecidas pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev). Predominaram segurados do sexo feminino (66,8%) e residentes em Juiz de Fora (83,9%), com idade média de 44,3 anos. Registros inespecíficos sobre a atividade laborativa foram encontrados em 22,2% dos casos; quanto ao vínculo com o INSS, 41,2% dos segurados eram autônomos e 30,7% estavam desempregados; o tempo médio de filiação à Previdência foi de 14,4 anos e o de contribuição de 7,6 anos. Os diagnósticos mais frequentes foram de “transtornos menores do humor” (39,6%) e “transtornos de ansiedade” (34,5%); as comorbidades recorrentes foram psiquiátricas (33,6%); mudanças no diagnóstico do exame pericial inicial, em relação ao benefício anterior, aconteceram em mais de 50% dos registros. Foram considerados incapazes 63,8% dos segurados que, em média, estariam doentes há 1,9 anos e incapazes há 37,6 dias na data do requerimento; o tempo médio de afastamento foi de 307,8 dias e os benefícios renovados, em média, 2,6 vezes. Os resultados evidenciam possíveis falhas no trabalho dos Peritos, quanto ao adequado registro de dados clínicos e previdenciários. Sugerem ainda possíveis relações entre requerimentos de Auxílio-doença por transtornos mentais e local de residência, desemprego e informalidade do mercado de trabalho.

**Palavras-chaves:** Transtornos Mentais. Seguro por Invalidez. Previdência Social.

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1990, durante um período de crise em vários setores da indústria brasileira, com redução de postos de trabalho e aumento do desemprego, foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), através do Decreto n.º 99.350 (BATICH, 2004; BRASIL, 1990). Esta autarquia federal é responsável pela concessão dos benefícios previdenciários, entre os quais o Auxílio-doença. Este benefício visa atender os segurados incapacitados para o trabalho em decorrência de um agravo à saúde. A concessão saltou de 575.742 em 1988 para 793.825 em 2001 e daí para 1.288.270 em 2002, chegando a 1.860.695 em 2005 (EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2007).

No processo de concessão do Auxílio-doença, destaca-se a função da Perícia Médica Previdenciária que, baseada em normas técnicas, administrativas e legais, faz a avaliação da incapacidade laborativa dos segurados, levando em conta a doença, a profissão e a idade do requerente (BRASIL, 2002). Durante vários anos, além dos peritos do próprio quadro de pessoal, a avaliação pericial também foi realizada por médicos credenciados ao INSS que, até novembro de 2000, tinham seus laudos submetidos à análise dos peritos médicos da instituição para homologação, procedimento abolido através do Decreto n.º 3.668 (BRASIL, 2000). Em 2004, a Lei n.º 10.876 criou a carreira de Perícia Médica Previdenciária e determinou a realização de concursos públicos, estabelecendo também fevereiro de 2006 como prazo final para o

\* Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Perícia Médica - Juiz de Fora, MG.

\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Demografia - Juiz de Fora, MG

\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, bolsista do PIBIC - Juiz de Fora, MG.

\*\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria - Juiz de Fora, MG. E-mail: mariosribeiro@acessa.com

descredenciamento dos médicos remunerados por pró labore (BRASIL, 2004).

A Legislação Previdenciária relativa à concessão de Auxílio-doença ainda sofreu mudanças nos últimos anos: a) em agosto de 2005, foi instituída a Cobertura Previdenciária Estimada (COPES), que determinou que os peritos médicos, “considerando a previsibilidade de recuperação da capacidade laborativa” (BRASIL, 2005) de cada segurado avaliado, fixassem a Data de Cessação do Benefício (DCB); b) em maio de 2006, foi instituído o Pedido de Prorrogação (PP) do benefício, que tornou-se prorrogável por quantas vezes fosse constatada a presença de incapacidade laborativa (BRASIL, 2006 a, b).

Entre agosto de 2005 e abril de 2006, o segurado só tinha direito a requisitar um Pedido de Reconsideração (PR) por benefício e/ou a Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS), caso considerasse não estar apto a retornar ao trabalho até a DCB.

Para estar convicto do direito ao benefício, o perito médico da Previdência Social busca encontrar o maior número de dados objetivos que possam comprovar a existência da incapacidade laborativa alegada pelo beneficiado (MELO; ASSUNÇÃO, 2003). Neste contexto, destacam-se os transtornos mentais (TM) que, por sua particular subjetividade, constituem uma das mais complexas situações a serem avaliadas, podendo gerar equívocos na conclusão do perito médico sobre a incapacidade laborativa dos requerentes (GONZAGA, 2006; MELO; ASSUNÇÃO, 2003).

Em levantamento preliminar (SIANO et al., 2008), buscando identificar a relevância dos TM entre os requerimentos de Auxílio-doença na Gerência Executiva do INSS de Juiz de Fora (Gex/JF), durante o período de julho de 2004 a dezembro de 2006, verificou-se que entre as perícias realizadas, 42,9% eram de exames periciais iniciais (Ax1). Dentre estes, 16,7% tiveram o registro de algum TM como diagnóstico principal - o terceiro grupo diagnóstico mais frequente, seguindo as doenças cardiovasculares (21%) e musculoesqueléticas (33%).

Apesar da Organização Mundial da Saúde (2001) já ter destacado a necessidade de mais pesquisas sobre os gastos com TM - ressaltando que, devido à incapacidade prolongada dos pacientes psiquiátricos, os custos econômicos decorrentes da perda da produtividade são maiores que os custos diretos com a doença, estudos sobre TM na Previdência Social não são encontrados em nosso meio. Assim, o objetivo deste trabalho é apresentar uma análise geral do perfil sócio-demográfico, clínico e previdenciário dos segurados do INSS que passaram por Ax1 na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, em decorrência do

requerimento de Auxílio-doença, e que receberam como diagnóstico principal o registro de algum TM.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Apesar da Gex/JF contar com sete Agências da Previdência Social (APS), apenas as APS Largo do Riachuelo e São Dimas foram incluídas na pesquisa porque, em relação ao período englobado por este estudo: a) nelas, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) já estava sendo utilizado há mais de 6 meses; e b) nelas foram realizados 67,4% das perícias iniciais com registro de TM como diagnóstico principal, de acordo com um levantamento preliminar (SIANO et al., 2008). Enquanto a APS Largo do Riachuelo tem seu atendimento direcionado a segurados residentes em Juiz de Fora, a APS São Dimas presta atendimento também a residentes de 26 cidades vizinhas, de pequeno porte.

Realizou-se, então, uma análise descritiva de variáveis sócio-demográficas, clínicas e previdenciárias relativas ao universo de registros contido no banco de dados fornecido pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), constituído pelas perícias ambulatoriais iniciais concluídas com diagnóstico principal no grupo F da Décima Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), referente aos TM, realizadas nas APS Largo do Riachuelo e São Dimas da Gex/JF, entre julho de 2004 e dezembro de 2006. O banco de dados fornecido pela DATAPREV foi composto por dados oriundos de outros dois bancos: o SABI - de onde foram retirados os dados referentes aos Ax1 avaliados neste estudo - e o Sistema Único de Benefício (SUB), que possibilitou o acesso aos dados relativos à data de admissão dos peritos médicos e aos benefícios anteriores ao Ax1 avaliado, tanto sobre sua existência quanto aos diagnósticos neles registrados.

Os bairros de residência dos segurados de Juiz de Fora foram agrupados, de acordo com as informações dos Setores Censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do agrupamento por região urbana realizado pelo Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde (LEES) da UFJF e da Regionalização da Rede Assistencial de Juiz de Fora em 2006 (IBGE, 2001; PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2006; LABORATÓRIO DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS NA SAÚDE, 2007) nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro, Oeste, Leste e Zona Rural. Alguns bairros não registrados nestes agrupamentos foram identificados por meio de busca no sítio da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2008) e/ou na lista telefônica da cidade (GUIATEL, 2007). Bairros que, ainda assim,

não puderam ser vinculados a uma destas regiões foram incluídos na categoria “não-identificados”.

Considerando as mudanças na legislação previdenciária e no tipo de vínculo dos peritos médicos com o INSS, o período avaliado foi assim subdividido: a) de julho de 2004 a julho de 2005, englobando os treze meses do estudo que antecederam a implantação da COPEs, envolvendo peritos médicos do Quadro de Pessoal do INSS concursados antes de 2005 (“concursados antigos”) e após 2005 (“concursados novos”) e peritos médicos “credenciados”; b) de agosto a novembro de 2005, os quatro primeiros meses após a COPEs, incluindo “concursados antigos”, “concursados novos” e “credenciados”; c) de dezembro de 2005 a abril de 2006, os cinco meses finais da COPEs, antes da instituição do PP, envolvendo “concursados antigos” e “concursados novos”; e d) de maio de 2006 a dezembro de 2006, englobando os oito meses do estudo após a instituição do PP, também incluindo “concursados antigos” e “concursados novos”.

Para a especificação do diagnóstico psiquiátrico, os registros foram agrupados observando as seguintes categorias de TM (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993): a) transtornos por uso de substâncias psicoativas (“TUSPA”: F10 a F19); b) “psicoses” (F20 a F29); c) “transtornos maiores do humor” (transtorno bipolar e depressão grave: F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2 e F33.3); d) “transtornos menores do humor” (depressão leve a moderada e quadros crônicos do humor: demais F32 e F33, F34 a F39); e) “transtornos de ansiedade” (F40 a F48); e f) “outros transtornos mentais” (demais categorias do grupo F da CID-10).

Para a avaliação do diagnóstico secundário, representativo de uma comorbidade clínica ou psiquiátrica, os registros foram agrupados de acordo com os capítulos da Lista de Categorias de Três Caracteres da CID-10 e, para a apresentação dos dados, reagrupados em apenas quatro categorias: “psiquiátricos”, “cardiovasculares”, “musculosqueléticos” e “outros diagnósticos”.

As profissões dos segurados, registradas sob códigos da edição de 1994 da Classificação Brasileira de Ocupações, a CBO-94 (BRASIL, 1994), foram analisadas de acordo com seus grandes grupos: a) “trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados”; b) “membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados”; c) “trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados”; d) “trabalhadores do comércio e trabalhadores assemelhados”; e) “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados”; f) “trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados”;

g) “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados”. Pelo elevado número de registros, a categoria “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados” foi mantida em separado.

O banco de dados fornecido pela DATAPREV - formado por dados oriundos do SABI e do SUB - continha inicialmente 11.321 registros de Ax1, dos quais 85 foram excluídos por estarem em desacordo com o esperado. Como, por exemplo, os 29 casos em que a DCB era anterior à Data de Realização do Exame (DRE), indicando que o benefício teria cessado antes mesmo do exame pericial. Assim, o banco de dados final ficou constituído por 11.236 registros, sobre os quais foram realizadas as análises descritivas e exploratórias por meio do *software* SPSS 14.0 (número de série 9656438), após a importação do banco de dados fornecido pela DATAPREV.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), recebendo parecer favorável conforme o Protocolo nº 041/2007.

### 3 RESULTADOS

As perícias iniciais com diagnóstico principal de TM concluídas entre julho de 2004 e dezembro de 2006 foram realizadas, com maior frequência, na APS Largo do Riachuelo (62,8%). As perícias foram concluídas por “concursados novos” (46,8%) e “concursados antigos” (44,8%) após a implantação do PP (41,2%) - antes da COPEs foram realizados apenas 26,4% das perícias iniciais avaliadas. A maioria dos segurados era do sexo feminino (66,8%), com predomínio da faixa etária de 40 a 49 anos (38,7%) - idade média de 44,3 anos, mínima de 17,2 anos e máxima de 81,6 anos - e residentes em Juiz de Fora (83,9%), principalmente nas regiões Norte (26,6%) e Leste (21,4%) da cidade (resultados não apresentados nas tabelas).

Os grupos de profissões constantemente registrados foram “trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde e trabalhadores assemelhados” (27,6%) e “trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados” (26,4%). Chama atenção a elevada frequência de registros na categoria “outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas e artísticas e trabalhadores assemelhados” (22,2%), na qual é especificada a atividade laborativa. Os registros avaliados indicaram que, no requerimento das perícias iniciais, 41,2% dos segurados estavam vinculados ao INSS como autônomos e 30,7% estavam desempregados. Na Data da Entrada do Requerimento (DER),

o tempo médio de filiação ao INSS foi de 14,4 anos, com predomínio das faixas de 10 a 15 anos (26,7%) e acima de 15 anos (41,7%); 56,3% dos segurados tinham um tempo de filiação menor que a média. O tempo médio de contribuição foi de 7,6 anos, sendo relevante o número de pessoas que contribuíram entre 1 e 5 anos (36,7%). Ressalte-se que 59,2% dos segurados contribuíram por um tempo inferior à média (Tabela 1).

**TABELA 1**

Profissão dos segurados, vínculo com o INSS e tempo de filiação e de contribuição previdenciária na data do requerimento

Profissão (n=10.786) – Trabalhadores:	Frequência	%
Das profissões científicas, técnicas e artísticas	341	3,2
Membros dos três poderes, funcionários públicos superiores e diretores de empresas	108	1,0
De serviços administrativos	953	8,8
Do comércio	991	9,2
De serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene e embelezamento, segurança, auxiliares de saúde	2.979	27,6
Agropecuários, florestais e da pesca	174	1,6
Da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos	2.850	26,4
Outros trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas	2.390	22,2
Vínculo dos segurados com o INSS (n=11.236)	Frequência	%
Empregado doméstico	1.106	9,8
Desempregado	3.455	30,7
Empregado	1.616	14,4
Autônomo	4.629	41,2
Outros	430	3,8
Tempo de filiação ao INSS na DER1 (n=11.110)	Frequência	%
Até 1 ano	161	1,4
Entre 1 e 5 anos	1.531	13,8
Entre 5 e 10 anos	1.825	16,4
Entre 10 e 15 anos	2.967	26,7
Acima de 15 anos	4.626	41,7
Tempo de contribuição na DER (n=11.236)	Frequência	%
Até 1 ano	649	5,8
Entre 1 e 5 anos	4.127	36,7
Entre 5 e 10 anos	3.116	27,7
Entre 10 e 15 anos	1.893	16,8
Acima de 15 anos	1.451	12,9

1 Data da Entrada do Requerimento.

Fonte: Os autores (2008)

Como diagnóstico principal foram registrados, predominantemente, os “transtornos menores do humor” (39,6%) e os “transtornos de ansiedade” (34,5%). Dentre os 2.709 segurados que receberam o registro de um diagnóstico secundário, as comorbidades psiquiátricas foram mais frequentes (33,6%) — dentre elas,

destacaram-se os “transtornos de ansiedade” (49,0%) —, seguidas pelos quadros cardiovasculares (29,8%) e musculoesqueléticos (18,9%), conforme apresentado na Tabela 2.

**TABELA 2**

Diagnóstico principal e secundário

Diagnóstico principal (n=11.236)	Frequência	%
Tuspa1	675	6,0
Psicoses	479	4,3
Transtornos maiores do humor	1.417	12,6
Transtornos menores do humor	4.444	39,6
Transtorno de ansiedade	3.877	34,5
Outros transtornos mentais	344	3,1
Diagnóstico secundário (n=2.709)	Frequência	%
Psiquiátrico	910	33,6
Cardiológico	808	29,8
Músculosquelético	511	18,9
Outras patologias	480	17,7
Diagnóstico secundário psiquiátrico (n=910)	Frequência	%
TUSPA	93	10,2
Psicoses	21	2,3
Transtornos maiores do humor	71	7,8
Transtornos menores do humor	179	19,7
Transtorno de ansiedade	446	49,0
Outros transtornos mentais	100	11,0

1 Transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Fonte: Os autores (2008)

Dos 11.236 registros retirados do SABI para constituição do banco de dados fornecido pela DATAPREV, 6.719 (59,8%) foram também encontrados no SUB e puderam ser avaliados quanto à existência de benefício anterior, presente em 28,5% dos casos. Nos benefícios anteriores, as patologias mais registradas como diagnóstico principal foram os TM (59,3%), os quadros musculoesqueléticos (17,3%) e os cardiovasculares (9,9%). Ao se comparar o diagnóstico do exame pericial inicial avaliado neste estudo em relação ao benefício anterior devido a algum transtorno mental, mudanças no grupo diagnóstico aconteceram em mais de 50% dos registros (resultados não apresentados nas tabelas).

Conforme apresentado na Tabela 3, 63,8% dos segurados foram considerados incapazes pela Perícia Médica, que realizou os exames periciais dentro de um período médio de 12,8 dias após o requerimento do benefício. De acordo com o registro da Data de Início da Doença (DID) e da DII, ao requererem o benefício os segurados, em média, já estariam doentes há 1,9 anos e incapazes há 37,6 dias antes da DER. O tempo médio de afastamento dos segurados durante a vigência do benefício (desde a perícia inicial até a construção do banco de dados pela DATAPREV) foi de 307,8

dias. Em 70,5% dos registros não foram encontradas perícias de ordem 2. Nos 3.319 registros com perícia de ordem 2, a conclusão pericial recorrente foi “existência de incapacidade” (59,2%) e os benefícios foram renovados, em média, 2,6 vezes (Tabela 3).

**TABELA 3**

Conclusão pericial, tempo de espera para o exame pericial, início da doença, início da incapacidade, tempo de afastamento, perícias de ordem 2 e número de renovações do benefício

Conclusão pericial (n=11.236)	Frequência	%
Capaz	4.069	36,2
Incapaz	7.167	63,8
Tempo de espera para o exame pericial (n=11.236)	Frequência	%
Até 5 dias após a DER1	4.154	37,0
Entre 6 e 10 dias após a DER	2.739	24,4
Entre 11 e 15 dias após a DER	1.180	10,5
Entre 16 e 30 dias após a DER	1.794	16,0
Acima de 30 dias após a DER	1.369	12,2
Início da doença em relação à DER (n=7.453)	Frequência	%
Did2 fixada na der ou após a DER	275	3,7
Até 1 mês antes da DER	502	6,7
Entre 1 e 6 meses antes da DER	2.298	30,9
Entre 6 meses e 1 ano antes da DER	1.331	17,9
Há mais de 1 ano antes da DER	3.047	40,9
Início da incapacidade em relação à DER (n=7.167)	Frequência	%
Dii3 fixada na der ou após a der	5.212	72,7
Até 1 mês antes da der	1.361	19,0
Entre 1 e 6 meses antes da der	339	4,7
Entre 6 meses e 1 ano antes da der	74	1,0
Há mais de 1 ano antes da der	181	2,5
Tempo de afastamento a partir da dre4 (n=6.446)	Frequência	%
Dcb5 fixada na dre	34	0,5
Até 3 meses de afastamento	1.359	21,1
De 3 a 6 meses de afastamento	1.196	18,6
De 6 meses a 1 ano de afastamento	1.654	25,7
De 1 a 2 anos de afastamento	1.758	27,3
Acima de 2 anos de afastamento	445	6,9
Existência de perícia de ordem 2 (n=11.236)	Frequência	%
Não	7.917	70,5
Sim	3.319	29,5
Conclusão da perícia de ordem 2 (n=3.319)	Frequência	%
Capaz	1.354	40,8
Incapaz	1.965	59,2
Número de renovações do benefício (n=7.602)	Frequência	%
Apenas uma renovação	2.985	39,3
Duas ou três renovações	2.759	36,3
Acima de quatro renovações	1.858	24,4

1 Data da Entrada do Requerimento. 2 Data do Início da Doença. 3 Data do Início da Incapacidade. 4 Data da Realização do Exame. 5 Data da Cessação do Benefício.

## 4 DISCUSSÃO

Baseados no Censo de 2000, os dados do Anuário Estatístico de Juiz de Fora de 2006 (JUIZ DE FORA, 2008) indicam que 52,4% da população da cidade seria do sexo feminino e apenas 33,4% teria idade acima de 40 anos. Os resultados aqui apresentados evidenciam maior frequência do sexo feminino (66,8%) e, como seria de se esperar, de sujeitos com idade média mais elevada (44,3 anos) dentre os segurados requerentes de Auxílio-doença por TM em comparação à população geral de Juiz de Fora. Em 1991, peritos reunidos pela OMS, considerando a redução da capacidade laborativa relacionada ao envelhecimento, definiram os trabalhadores com mais de 45 anos de idade como trabalhadores em envelhecimento (SILVEIRA; MONTEIRO, 2004) e estudos brasileiros tem evidenciado a associação entre idade mais elevada e transtornos psiquiátricos menores (ANDRADE et al., 1999; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; LIMA; SOARES; MARI, 1999). Estudiosos vem demonstrado que os transtornos do humor e de ansiedade são mais frequentes no sexo feminino, sendo a depressão o transtorno mais incapacitante entre as mulheres, ao passo que os transtornos por uso de substâncias psicoativas, por exemplo, são mais prevalentes no sexo masculino (ANDRADE et al., 1999; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Ao avaliar a concessão de benefícios por incapacidade laborativa a sujeitos de uma corte histórica envolvendo a saúde mental na Noruega, um estudo identificou que a possibilidade de receber benefício por incapacidade foi maior entre as mulheres e, de forma ainda mais significativa, aumentou com a faixa etária, especialmente acima dos 50 anos de idade (MYKLETUN et al., 2006).

De acordo com a contagem da população em 2007 (IBGE, 2007), Juiz de Fora estaria com 513.348 habitantes e a soma da população das outras cidades atendidas nas APS de Juiz de Fora seria de 140.895 habitantes. Assim, os resultados desse estudo indicam que 1,8% da população de JF e 1,1% daquela de outras cidades sob a área de abrangência de suas APS requereram Auxílio-doença em decorrência de TM. Poder-se-ia supor que tal diferença seria devido a características próprias de uma cidade de maior porte, como Juiz de Fora, que teriam maior influência sobre a saúde mental de sua população. Todavia, não se pode descartar a interferência de outros fatores, dentre os quais a possibilidade de que a maior facilidade de acesso tenha concorrido para o maior percentual relativo de requerimentos de benefícios por moradores da cidade.

Em relação ao total de habitantes das Regiões Administrativas do município (JUIZ DE FORA, 2008)

correspondente a aglomerados de regiões censitárias, observa-se que a região Norte foi a que teve maior número de moradores com TM (2,6% de seus habitantes), seguida pelas regiões Leste e Nordeste (2,4%), Sudeste (2,1%), Sul e Oeste (1,8%) e Centro (1,6%). Tal distribuição também pode refletir características relativas à qualidade de vida da população dessas regiões. Um estudo realizado em Olinda, Pernambuco, encontrou associação entre TM comuns - caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas - e analfabetismo, baixa escolaridade e condições precárias de moradia (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002). Outros estudos reforçam a associação dos transtornos psiquiátricos menores com baixa escolaridade e baixa renda (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; LIMA; SOARES; MARI, 1999). Ribeiro e outros (2008), ao abordar a interface atenção básica-atenção especializada da rede assistencial de saúde mental da região Oeste de Juiz de Fora, identificaram taxas de referência significativamente mais elevadas de pacientes do sexo feminino, com idade média próxima dos 40 anos, baixa escolaridade, baixa renda, sem relação conjugal estável, economicamente dependentes de outrem, desempregados e que, quando trabalhavam, não exerciam sua profissão.

Quanto à profissão dos segurados - um dos principais aspectos que devem ser avaliados pelo perito médico durante a análise de um requerimento de Auxílio-doença, chama atenção a elevada taxa de registro de uma categoria não-específica (22,2%, a terceira em frequência). Estudo realizado no Zimbábue para avaliar aposentadorias precoces evidenciou que dados sobre a ocupação dos sujeitos estavam ausentes em 60% dos registros (CHINAMASA; HELLER; MCELLDUFF, 2004). Os resultados aqui apresentados podem expressar: a) apenas um erro de registro; b) uma dificuldade de registro de dados no sistema utilizado pela Perícia Médica do INSS; ou c) até mesmo uma ineficiência profissional no registro do que deveria ser detalhadamente analisado durante a avaliação pericial, já que faz parte da tarefa do perito médico concluir se a doença e/ou lesão são compatíveis ou não com a atividade profissional desempenhada pelo segurado.

Entre 2004 e 2006, o número de contribuintes da Previdência Social aumentou no estado de Minas Gerais, sendo que 77% a 79% deles eram segurados empregados (EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2006). Entretanto, os resultados aqui apresentados, indicaram que apenas 14,4% dos registros eram de empregados. A elevada frequência de beneficiados autônomos (41,2%) e desempregados (30,7%) põe

em relevo a possível utilização do Auxílio-doença como fonte de renda, ao menos temporária, por parte da população. Além dos fatores diretamente relacionados à condição de saúde dos segurados. Tal situação pode estar associada a fatores econômicos, sociais e/ou ético-morais relativos aos distintos sujeitos envolvidos nos processos de requerimento e concessão do benefício. Diferentes estudos tem evidenciado a associação entre transtornos psiquiátricos menores e desemprego (COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; LIMA; SOARES; MARI, 1999) e também há que se considerar a associação entre a inserção no mercado de trabalho e a ocorrência de TM comuns, constantemente encontrados entre os trabalhadores informais e os desempregados (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

O tempo médio entre o cadastramento dos segurados - data de filiação ao INSS - e o requerimento do benefício (14,4 anos) foi quase o dobro do tempo médio de contribuição na mesma época (7,6 anos). Tal diferença pode dar-se devido tanto a longos períodos de desemprego quanto à inserção no mercado de trabalho informal durante grande parte do tempo da vida laborativa destes segurados. De acordo com o estudo de Neri (2003), apenas 41% da população brasileira ocupada estaria coberta pela Previdência Social e a complexa interface entre as leis previdenciárias e trabalhistas, de tal forma estabelecida que dificulta a visão dos trabalhadores sobre os benefícios que as contribuições previdenciárias podem lhes trazer no futuro, seria um dos motivos da sonegação previdenciária. Mesmo não sendo alvo da discussão principal deste trabalho, vale apontar o fato de que, além de não haver incentivos suficientes para que os trabalhadores deixem a informalidade, as regras que envolvem a concessão de Auxílio-doença podem levar muitos trabalhadores, antes despreocupados com os direitos previdenciários, a se filiarem ou retomarem as contribuições ao INSS em uma fase mais avançada da vida, esperando conseguir sua aposentaria por invalidez.

Os transtornos do humor são os quadros psiquiátricos mais comumente encontrados na Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo a depressão descrita como a quarta causa de incapacitação e os transtornos de ansiedade os mais frequentes entre todos os TM. Já a esquizofrenia, um dos quadros psiquiátricos que mais deterioram e mais incapacitam os pacientes, tem uma prevalência baixa na população geral (DUBOVSKY; DAVIES; DUBOVSKY, 2006; HO; BLACK; ANDREASEN, 2006; HOLLANDER; SIMEON, 2006). Os transtornos do humor e os de ansiedade foram os grupos diagnósticos mais registrados entre os pacientes da região Oeste de Juiz de Fora, tanto por profissionais da ABS quanto por especialistas do nível

secundário de assistência à saúde mental (RIBEIRO et al., 2008). Não foram encontrados na literatura trabalhos brasileiros atuais que indiquem os índices de prevalência nacional dos TM na população do país. Contudo, de acordo com Mari, Jorge e Kohn (2007), a análise de três estudos mostrou que a prevalência de todos os TM variou entre 18,8% e 29,2%, para um ano, e entre 31,9% e 41,3%, para toda a vida.

Comparados aos dados descritos acima, os resultados do presente estudo indicam que a prevalência de TM entre os segurados requerentes de Auxílio-doença seria mais baixo que na população geral: 16,7%. Todavia, quando se compara as frequências dos grupos diagnósticos, tomados separadamente, com os resultados do estudo de Ribeiro e outros (2008), relativos aos moradores da região Oeste de Juiz de Fora, observa-se que, entre os segurados requerentes de Ax1, a prevalência de diagnóstico de transtornos do humor foi mais elevada (52,2% contra 20,4%), semelhante para “transtornos de ansiedade” e “psicoses” (34,5% e 4,3%, respectivamente, contra 36,1% e 4,9%) e inferior para o diagnóstico de “TUSPA” (6,0% contra 10,8%). A rigor, não deveria ser encontrada esta elevada frequência de diagnósticos de transtornos do humor e de ansiedade dentre os requerentes de Auxílio-doença, já que, em sua maioria, são quadros mais leves que não interfeririam tanto na capacidade laborativa. Ressalte-se que os “transtornos menores do humor” representaram 39,6% dos diagnósticos dos segurados com TM avaliados em exames periciais iniciais.

Nota-se que os diagnósticos secundários mais constatados foram comorbidades psiquiátricas, seguidas de quadros cardiovasculares e musculoesqueléticos, exatamente aqueles que se mostraram mais frequentes que os TM como diagnóstico principal para a totalidade de requerentes de Ax1 na Gex/JF (SIANO et al., 2008) e que, conforme outros estudos, já foram identificados como os mais comumente associados à incapacidade laborativa (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; SILVEIRA; MONTEIRO, 2004). Interessante observar a presença de diagnósticos dos grupos considerados mais graves: as “psicoses” (2,3%) e os “transtornos maiores do humor” (7,8%), registrados como diagnósticos secundários a outros TM. Tais resultados podem decorrer tanto de erros diagnósticos quanto do desconhecimento dos critérios de hierarquia diagnóstica dos TM.

Quando comparados o diagnóstico principal da perícia inicial e o registrado no benefício anterior foi observado um elevado índice de mudanças diagnósticas, especialmente entre os transtornos de ansiedade. Destaca-se, entretanto, a baixa taxa de manutenção do diagnóstico para os grupos de TM mais graves:

foi de apenas 40,7% para as “psicoses” e de 45,0% para os “transtornos maiores do humor” (resultados não apresentados nas tabelas). Uma vez que se trata de quadros psiquiátricos com características clínicas melhor definidas, é interessante destacar ainda que 29,6% dos segurados anteriormente diagnosticados com quadros de “psicoses” tiveram, em um novo benefício, o diagnóstico principal alterado para “transtornos de ansiedade” (11,1%) ou “transtornos menores do humor” (18,5%). Ainda que se deva levar em consideração as dificuldades relativas à confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos (CAETANO, 1977; KATES et al., 1997), os resultados apontam também para a possibilidade de insuficiência de treinamento dos peritos médicos para avaliação de segurados com TM.

Apesar dos episódios de agressão dirigidos aos peritos médicos do INSS registrados nos últimos anos, resultado do descontentamento dos segurados com os indeferimentos realizados pela Perícia Médica, a maioria das conclusões periciais sobre os requerimentos avaliados por este estudo apontou que os peritos mostram-se a favor da existência de incapacidade laborativa, inclusive nas perícias de ordem 2. Note-se que a conclusão pericial favorável não implica, necessariamente, na concessão do benefício: questões administrativas, relativas ao cumprimento de período de carência e o início da incapacidade, podem também ser causa de indeferimento. Uma das funções da Perícia Médica diz respeito à fixação da Data de Início da Doença (DID) e da Data de Início da Incapacidade (DII), que muito pode influenciar na concessão ou não de benefícios conforme os critérios administrativos. É interessante observar a grande frequência com que foi fixada a DII na Data da Entrada do Requerimento ou após esta data (72,7%). Assim, em muitos casos, filiados ao INSS que contribuíram pelo tempo mínimo para aquisição ou reaquisição da qualidade de segurado e já apresentavam doença incapacitante prévia podem ter sido favorecidos pela concessão de benefícios por falha na análise pericial sobre o início da incapacidade. Tal resultado pode mesmo ser entendido como uma imperícia por parte da Perícia Médica do INSS.

Subestimado por longa data, o ônus dos TM é alto para a economia, quando se considera a incapacidade deles decorrente e não somente seu impacto sobre a mortalidade. Embora representem apenas 1% das mortes por doenças, os TM representam 13% em termos de ônus gerado (KOHN; MELLO; MELLO, 2007). Em nosso meio, este ônus, que diz respeito não somente aos dispêndios da Previdência Social com o pagamento de benefícios, como também aos gastos com a saúde através do SUS e ao impacto da inca-

pacitação sobre o mercado de trabalho - está implícito em números como a média de afastamento encontrada neste estudo: próxima de 1 ano, sendo que em 6,9% dos registros esse tempo superou os 2 anos em benefício.

## 5 CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados indicam uma elevada taxa de cidadãos do sexo feminino e com idade entre 40 a 49 anos dentre os segurados do INSS avaliados em perícias iniciais na Gex/JF, diagnosticados com TM. Colocam em evidência possíveis falhas no trabalho dos peritos médicos da unidade, no que se refere ao registro da profissão, do diagnóstico dos TM e da Data do Início da Incapacidade dos segurados avaliados. Chamam a atenção para o ônus decorrente dos TM envolvendo a Previdência Social, com segurados recorrendo ao Auxílio-doença apesar das poucas contribuições previdenciárias e grande parte recebendo benefícios por incapacidade por um tempo prolongado. Sugerem também possíveis relações entre os requerimentos de Auxílio-doença por

TM com o local de residência, com o desemprego e a informalidade do mercado de trabalho.

Tais resultados, entretanto, necessitam de análises estatísticas mais detalhadas, que possam esclarecer as associações sugeridas pelos resultados. Será relevante avaliar possíveis associações entre conclusões periciais, perfis sócio-demográfico, clínico e previdenciário dos segurados e locais de realização das perícias, mudanças na legislação previdenciária e alterações dos vínculos dos peritos médicos com o INSS ao longo do período estudado.

### Notas

- <sup>1</sup> Parte dos “concursados novos” iniciou suas atividades na Gex/JF em julho de 2005, pouco antes da instituição da COPES.
- <sup>2</sup> Apesar do prazo final estabelecido pela legislação para a conclusão do descredenciamento ter sido fevereiro de 2006, em Juiz de Fora, os Ax1 com registro de TM como diagnóstico principal foram realizados pelos médicos credenciados apenas até novembro de 2005.

## Initial medical assessment of the Brazilian National Institute of Social Security Insured with mental disorders: descriptive analysis

### ABSTRACT

This is a preliminary analysis of the sociodemographic, clinical and social security profile of subjects requiring sickness-benefit, undergoing initial medical assessment, and receiving the diagnosis of a mental disorder as their main diagnosis, at the Brazilian National Institute of Social Security (INSS) in Juiz de Fora – MG, Brazil. A descriptive analysis of the variables concerning the initial medical assessment concluded between July, 2004 and December, 2006, and contained in the DATAPREV databank, was undertaken. Most were female (66.8%), had a mean age of 44.3 years, and lived in Juiz de Fora (83.9%). Non-specific records about the work activity were found in 22.2% of the cases; 41.2% of those insured were self-employed and 30.7% were unemployed; the mean affiliation and contribution times were 14.4 years and 7.6 years, respectively. The most frequent diagnoses were “minor mood disorders” (39.6%) and “anxiety disorders” (34.5%); the most frequent co-morbidities were psychiatric (33.6%); in more than 50% of the records there were changes in the diagnosis at the initial medical assessment in relation to the previous benefit granted. 63.8% were considered disabled (mean illness and disability times at benefit requirement of 1.9 years and 37.6 days, respectively); mean sick-leave amounted to 307.8 days; the benefits were renewed 2.6 times on average. The results showed a possible failure to correctly record clinical and social security data. There might be a correlation of sickness-benefit requirements due to mental disease with place of living, unemployment and informality in the labor market.

**Keywords:** Mental Disorders. Insurance. Disability. Social Security.

### REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, L. H. S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 257-261, 1999.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2004.

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. 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, 2002.



- BRASIL. Decreto nº 3.668, de 22 de novembro de 2000. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2000. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/2000/3668.htm>. Acesso em: 13 maio 2009.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, define sua estrutura básica e o quadro distributivo de cargos e funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas unidades centrais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jun. 1990. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1990/99350.htm>. Acesso em: 13 maio 2009.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004. Cria a carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jun. 2004. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2004/10876.htm>. Acesso em: 13 maio 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações - CBO-94**. Brasília, DF, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Orientação Interna nº 130, de 13 de outubro de 2005**. Assunto: Cobertura Previdenciária Estimada – Conclusão Médico-Pericial. Brasília, DF, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Orientação Interna nº 138, de 11 de maio de 2006**. Dispõe sobre os procedimentos de perícia médica. Brasília, DF, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.277, de 26 de abril de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de maio de 2006b
- CAETANO, R. Causas de baja confiabilidad del diagnostico en psiquiatria: una revision critica. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, n. 23, p. 296-306, 1977.
- CHINAMASA, C. F.; HELLER, R. F.; MCELLDUFF, P. Early retirement: does cause of invalidity influence rate of social security benefit processing in Zimbabwe? **Occupational Medicine**, Londres, v. 54, no. 1, p. 47-51, Jan. 2004.
- COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 246-256, 1999.
- DUBOVSKY, S. L.; DAVIES, R.; DUVOSKY, A. N. Transtornos do humor. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 426-521.
- EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/aeps2006/15\_01\_20\_01.asp>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- GONZAGA, P. **Perícia médica da previdência social**. 4. ed. São Paulo: LTr, 2006.
- GUIATEL: lista telefônica de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2007.
- HO, B.-C.; BLACK, D. W.; ANDREASEN, N. C. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 370-425.
- HOLLANDER, E.; SIMEON, D. Transtornos de ansiedade. In: HALES, R. E. e YUDOFKY, S. C. (Ed.). **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 522-602.
- IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, [2001?] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default\_censo\_2000.shtm>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- \_\_\_\_\_. **Banco de Dados - Cidades@**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php >. Acesso em: 15 ago. 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual de perícia médica da Previdência Social**. Brasília, DF, 2002.
- JUIZ DE FORA (MG). **Prefeitura**. Cidade 2008. Juiz de Fora, 2008. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 15 ago. 2008.
- KATES, N. et al. Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 19, no. 5, p. 324-32, Sept. 1997.
- KOHN, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F. et al. (Ed.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 200-207.
- LABORATÓRIO DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS NA SAÚDE. **Bairros e setores de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2007.
- LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 225-235, 1999.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 213-221, 2002.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F. et al. (Ed.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-141.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da previdência social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-365, 2003.

MYKLETUN, A. et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 163, no. 8, p. 1412-1418, Aug. 2006.

NERI, M. C. **Cobertura previdenciária: diagnóstico e propostas**. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo - 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva, 2001.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Regionalização da rede assistencial de Juiz de Fora - 2006**. Juiz de Fora, 2006.

RIBEIRO, M. S. et al. Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 126-135, 2008.

SIANO, A. K. et al. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora - Minas Gerais. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, 2008.

SILVEIRA, D. B. B.; MONTEIRO, M. S. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 68, p. 206-211, 2004.

Enviado em 30/9/2008

Aprovado em 11/3/2009