

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Flávia Alves Neves Mascarenhas

INCAPACIDADE PARA O TRABALHO: UM OLHAR  
SOBRE OS TRABALHADORES DO RAMO *CORREIO*

*Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em  
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.*

Orientadora: Profa. Dra. Anadergh Barbosa-Branco

Brasília  
2013

Flávia Alves Neves Mascarenhas

# INCAPACIDADE PARA O TRABALHO: UM OLHAR SOBRE OS TRABALHADORES DO RAMO CORREIO

*Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em  
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.*

## Banca Examinadora

Anadergh Barbosa-Branco (presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Maria da Graça Luderitz Hoefel

Universidade de Brasília – UnB

Ana Magnólia Bezerra Mendes

Universidade de Brasília – UnB

Helena Eri Shimizu

Universidade de Brasília – UnB

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guia pela fé e nunca desampara, obrigada pela saúde e paz de espírito e por mais uma oportunidade que foi realizar esse trabalho.

À minha orientadora, Professora Anadergh Barbosa-Branco, exemplo de dedicação ao estudo da saúde do trabalhador; agradeço pela assistência, ensino e carinho na orientação e desenvolvimento da pesquisa.

A meu pequeno núcleo familiar, meu esposo, Marcel, quem amo imensamente, agradeço por ele existir na minha vida, me estimulando a crescer e oferecendo condições para isso.

À minha mãe, Elvira Maria, e a meu pai, Basílio, grandes educadores e exemplos de vida, sempre agradecerei por todas as oportunidades e pelos ensinamentos no amor.

À minha irmã, Fernanda, e às minhas sobrinhas, Marina, Marcela e Renata, agradeço pela felicidade e juventude que me proporcionam na vida, além do companheirismo e estímulo na busca do conhecimento.

À família; em particular à minha avó Adília, atualmente com 102 anos, e a meus tios e padrinhos: tia Maria, tia Ivani e tio Evilásio, pessoas que sempre torceram e vibraram pelo meu sucesso.

Aos meus sogros, Márcia e Geraldo, e a essa nova família que Deus me deu, por sempre demonstrar apoio e incentivo.

Ao Ministério da Previdência Social - MPS, em particular ao Paulo Rogério Albuquerque-Oliveira, pela disponibilidade dos dados necessários a realização da pesquisa.

Aos professores do mestrado que tive a satisfação em conhecer, agradeço pelos ensinamentos agregados e sugestões a essa pesquisa.

À Universidade de Brasília – UnB e funcionários (as), particularmente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, sempre solícitos(as) em ajudar.

## RESUMO

A incapacidade por motivo de doença é a principal causa de afastamento do trabalhador do seu ambiente laboral e traz consigo inúmeras consequências para a sociedade como um todo. Este estudo objetivou descrever o quadro de incapacidade para o trabalho no ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* e verificar a influência de fatores pessoais e ocupacionais na prevalência de benefícios auxílio-doença (BAD), concedidos aos trabalhadores desse ramo no Brasil, em 2008. Os dados originaram-se do Sistema Único de Benefícios – SUB e do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS.

A prevalência de BAD (x 10.000 vínculos empregatícios) foi estimada pela soma dos benefícios auxílio-doença, iniciados em 2008, dividida pela média mensal dos vínculos empregatícios declarados em 2008. A despesa previdenciária (em \$Reais), a duração dos benefícios (em dias) e o custo-dia (em \$Reais) foram apresentados por meio de análise interquartilica (mediana e quartis 1 e 3) e estratificadas por espécie de benefício, sexo, idade, e Unidade Federativa – UF de localização da empresa. A despesa previdenciária representa o valor total pago pelo INSS ao beneficiário, calculada dividindo-se o salário de benefício do trabalhador por 30 e multiplicando-o pela duração do benefício em dias.

A prevalência foi de 556,5 BAD por 10.000 empregados e as principais causas de afastamento foram traumatismos, doenças osteomusculares e transtornos mentais. Os locais de traumas mais notificados foram joelho e perna (S80-S89), punho e mão (S60-S69), tornozelo e pé (S90-S99) e ombro e braço (S40-S49); com as maiores prevalências ocorrendo nos membros inferiores e em homens. Mulheres foram as mais acometidas por doenças osteomusculares e transtornos mentais. A duração dos BAD foi maior em homens e para os BAD relacionados com o trabalho; e houve um aumento da prevalência de BAD com o envelhecimento. A despesa previdenciária foi de 1847,00 Reais e os estados de Mato Grosso do Sul (MS), Goiás (GO) e Santa Catarina (SC) foram os com maiores prevalências.

É possível que a atividade postal apresente riscos ocupacionais adicionais de acidentes em extremidades do corpo, particularmente em membros inferiores, devido ao excesso de peso carregado por longas distâncias, em ruas mal

pavimentadas, com ladeiras ou de difícil acesso; além do risco de assaltos ou de acidente por mordedura de cães.

Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam a necessidade de medidas preventivas mais eficazes nesse ramo de atividade, em particular nas atividades operacionais, com investimento em melhores condições de trabalho.

**Palavras-chave:** incapacidade para o trabalho, benefício auxílio-doença, lesões, doença osteomuscular, doença mental, atividades de correios, duração dos benefícios, despesa dos benefícios.

## ABSTRACT

The incapacity for work due to sickness is the leading cause of absenteeism in the work environment and brings many consequences for society as a whole. This study aimed to describe the framework of incapacity to work in the Postal sector and to examine the influence of personal and occupational factors in the prevalence of sickness benefit claims granted to postal workers in Brazil 2008. This was a population-based epidemiological study whose databases were: the Unique Benefit System of the National Social Security Institute, and the National Cadastre of Social Information.

The prevalence of sickness benefit claims (per 10,000 work contracts) was estimated by adding the sickness benefit claims, started in 2008, divided by the average monthly work contracts declared in 2008. The cost of social security benefits (in \$Reais), the duration of the benefits (in days) and the cost per day (in \$Reais) were presented through interquartile (median and quartiles 1 and 3) and stratified by type of benefit, sex, age and the Brazilian state where the company is located. The cost of social security benefits represents the total amount paid by the National Institute of Social Insurance to the Brazilian employees, calculated by dividing the benefit wage by 30 and multiplying it by the benefit duration in days.

The prevalence was 556.5 per 10,000 workers and the main causes of absence were injuries, musculoskeletal diseases and mental disorders. Injuries were most common in knee and leg, wrist and hand, foot and ankle, shoulder and arm, with the highest prevalence in the lower limbs and in men. Women were the most affected by musculoskeletal diseases and mental disorders. The duration of sickness benefit claims was higher in men and when it was related to work; and the rates increased with aging. The cost of social security benefits was R\$ 1847.00 and the Brazilian states of Mato Grosso do Sul, Goias, Santa Catarina were the highest prevalence.

It is possible that the postal work present additional risks of accidents in the extremities of the body, particularly the lower limbs, due to excess weight carried over long distances on bad roads paved, hilly or difficult to access, in addition to the risk of robbery or accident by biting dogs.

The results found in this study indicate the need for more effective preventive measures in industry, particularly in operating activities, and investing in better working conditions.

**Key words:** work disability, sickness benefit, injuries, musculoskeletal disease, mental illness, postal work, duration of benefits, expense of benefits.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 34 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o grupo diagnóstico (CID-10), a espécie de benefício e o sexo, Brasil, 2008

Tabela 2 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 35 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o grupo diagnóstico (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Tabela 3 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 36 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o agrupamento diagnóstico (CID-10), espécie de benefício e sexo, Brasil, 2008

Tabela 4 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 38 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o agrupamento diagnóstico (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Tabela 5 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 39 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a categoria diagnóstica (CID-10), a espécie de benefício e o sexo, Brasil, 2008

Tabela 6 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 40 trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a categoria diagnóstica (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Tabela 7 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos 42 trabalhadores do ramo Correio, segundo a Unidade da Federação, a espécie de benefício, a duração (em dias) e despesa previdenciária (em \$Reais) dos benefícios, Brasil, 2008

Tabela 8 – Despesa previdenciária (em \$Reais) e duração (em dias) dos 43 benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a idade, espécie do benefício e o sexo, Brasil, 2008

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

OIT – Organização Internacional do Trabalho

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

NTEP - Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

GFIP - Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social

CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho

AT – Acidentes do Trabalho

BAD – Benefício auxílio-doença

SUB - Sistema Único de Benefícios

CNAE 2.0 – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CONCLA – Comissão Nacional de Classificação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1 INCAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> .....	12
<b>1.1.1 Conceitos</b> .....	12
<b>1.1.2 Epidemiologia da Incapacidade para o Trabalho</b> .....	15
<b>1.1.3 Duração da Incapacidade para o Trabalho</b> .....	19
<b>1.1.4 Despesas com a Incapacidade para o Trabalho</b> .....	20
<b>1.1.5 Subnotificação da Incapacidade para o Trabalho no Brasil</b> .....	23
<b>1.1.6 Incapacidade para o Trabalho no Setor Postal</b> .....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	28
<b>3 MÉTODOS</b> .....	29
<b>3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO</b> .....	29
<b>3.2 FONTES DE DADOS</b> .....	29
<b>3.3 DEFINIÇÃO DE CASO</b> .....	30
<b>3.4 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	31
<b>4 RESULTADOS</b> .....	33
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	53
<b>7 CONCLUSÕES</b> .....	54
<b>8 RECOMENDAÇÕES</b> .....	55
<b>9 REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>10 ANEXO A</b> .....	68
<b>11 ANEXO B</b> .....	69
<b>12 ANEXO C</b> .....	70

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

### 1.1.1 Conceitos

O termo *trabalhadores com incapacidade* é amplamente definido. Ele abrange os indivíduos que se tornaram deficientes, feridos ou doentes; cujas perspectivas de continuar avançando no emprego estão comprometidas; quando uma deficiência adquirida, doença ou deterioração – física ou mental – gera dificuldades em cumprir as exigências no emprego, reduz sua capacidade de ganho ou afeta outras recompensas no trabalho (1). Essa conceituação é muito ampla e inclui diversas dimensões e terminologias de incapacidade.

*Incapacidade laborativa*, segundo a definição do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfopsico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente (2). Nesse contexto, é necessária a correta análise do diagnóstico da doença, do tipo de atividade executada pelo trabalhador, das orientações legais que se apliquem ao caso e da possibilidade de reabilitação profissional (3).

Segundo Renê Mendes (4),

um acidente [ou doença] do trabalho pode impedir que o trabalhador volte a sua atividade normal, obrigando-o a permanecer sem trabalhar, por um tempo variável. (...) Na ótica do seguro privado ou social, essa situação caracteriza uma “incapacidade”, que pode ser temporária ou permanente, parcial ou total. (...) A avaliação da natureza e do grau da *deficiência* – se presente – é um procedimento essencialmente médico, que tanto o médico que atendeu o paciente/segurado pode e deve fazer, como outros especialistas poderão ser consultados em caráter complementar. A boa prática desse procedimento busca evitar a caracterização bipolar de “tudo” ou “nada”, utilizando-se ao máximo *escalas de estadiamento* ou *estadiamento* da deficiência ou disfunção.

No Brasil, a classificação da incapacidade para o trabalho pode ser realizada de diversas formas: quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada (2). Diferentemente, Organização Internacional do Trabalho (OIT) utiliza uma única

classificação, a qual avalia apenas o grau e a duração da incapacidade. Além disso, é restrita aos casos de acidentes e doenças do trabalho.

Segundo a OIT, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente. A temporária abrange todos os casos de doença ou acidentes de trabalho, cujos trabalhadores acometidos foram incapazes de trabalhar a partir do dia seguinte ao dia do agravo ou doença, mas foram depois capazes de realizar as mesmas funções no trabalho e no mesmo cargo ocupado dentro de um período de um ano desde o dia do afastamento (5). Assim, o conceito delimita o tempo de afastamento e recuperação do trabalhador, que deve ser de no máximo um ano.

Já nos casos de incapacidade permanente para o trabalho, ainda segundo a OIT, as pessoas que se tornam incapazes de trabalhar a partir do dia do agravo ou doença nunca voltam a realizar as funções normais de trabalho, no posto previamente ocupado (5).

Para o INSS a incapacidade, quanto ao grau, pode ser parcial ou total. A parcial é aquela que ainda permite o desempenho de atividade, sem risco de vida ou agravamento maior e que seja compatível com a percepção de salário aproximado daquele que o interessado auferia antes da doença ou acidente (2). Já a incapacidade total gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada, em condições normais, pelos trabalhadores da categoria do examinado (2).

Quanto à duração, a incapacidade pode ser temporária, para a qual se espera uma recuperação dentro de prazo previsível; ou indefinida, “aquela insuscetível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis à época”. Assim, no Brasil, a incapacidade temporária não está vinculada a uma duração específica, não se adotando a referência de um ano que é utilizada pela OIT (2).

Essa distinção mostra-se relevante do ponto de vista econômico e social. As licenças médicas de longo prazo são as mais onerosas para as sociedades ocidentais e a probabilidade de retorno ao trabalho diminui à medida que a duração do afastamento aumenta, dificultando ainda mais a reintegração do trabalhador no setor produtivo (6,7).

O INSS ainda classifica a incapacidade laborativa quanto à profissão, sendo útil para distinguir se o comprometimento provocado pela incapacidade alcança apenas uma atividade específica (uniprofissional); abrange diversas atividades

(multiprofissional); ou se implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laboral (omniprofissional); correspondendo esse último caso a um conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório (2).

Quando se analisa a incapacidade para o trabalho por motivo de doença, nota-se que seu conceito varia significativamente dependendo dos parâmetros legais estabelecidos por cada sistema previdenciário (8). No Brasil, no contexto da Seguridade Social, a incapacidade para o trabalho é estabelecida formalmente a partir de licença médica com duração superior a 15 dias consecutivos, da solicitação de benefício auxílio-doença junto ao INSS e da caracterização da incapacidade pela perícia médica institucional (9).

As repercussões decorrentes da incapacidade para o trabalho recaem tanto sobre o trabalhador, com a diminuição dos vencimentos; quanto sobre o empregador, responsável pelo pagamento dos primeiros 15 dias de afastamento do trabalho, além de arcar com a reposição do trabalhador incapacitado; e também sobre a Previdência Social, com o pagamento dos benefícios, a partir do 16º dia (10).

Conforme o Manual de procedimentos para os serviços de saúde, do Ministério da Saúde (3),

os trabalhadores compartilham o perfil de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, eles podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado.

A análise desses fatores resultará no perfil de adoecimento de cada trabalhador, que pode ser sintetizado em quatro grupos de causas, segundo Mendes e Dias (11):

- doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. (...);
- doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. (...);
- agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais.

Para esses grupos distintos de doenças, o INSS caracteriza duas espécies diferentes de benefício auxílio-doença: o Previdenciário e o Acidentário.

O auxílio-doença acidentário é definido pela Seguridade Social como (12):

Benefício concedido ao segurado incapacitado para o trabalho em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional. Considera-se acidente de trabalho aquele ocorrido no exercício de atividades profissionais a serviço da empresa (típico) ou ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa (de trajeto).

Entende-se que para requerer o benefício auxílio-doença acidentário, o trabalhador foi acometido por uma doença relacionada ao trabalho.

A família das doenças relacionadas ao trabalho, conforme os grupos de causas definidos por Mendes e Dias (11) e citados anteriormente, é constituída pelos três últimos desses quatro grupos. Assim, nesse contexto, ainda que o trabalhador tenha sido acometido por uma patologia comum, reconhece-se que houve uma interferência do seu trabalho no aumento da frequência de sua doença, na precocidade de seu surgimento ou na ampliação do seu espectro. Ou ainda, o trabalhador foi acometido por agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes de trabalho.

O auxílio-doença previdenciário é aquele concedido ao trabalhador acometido por um agravo não relacionado com o trabalho executado.

Ambos são benefícios com caráter compensatório, a que tem direito o trabalhador segurado que, após cumprir a carência quando for o caso, ficar incapaz para o trabalho (mesmo que temporariamente) por um agravo à saúde por mais de 15 dias consecutivos. Teoricamente, não é concedido auxílio-doença ao segurado que, ao filiar-se no Regime Geral de Previdência Social, já era portador da doença ou de lesão que geraria o benefício, salvo quando a incapacidade decorreu de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão (13).

### **1.1.2 Epidemiologia da Incapacidade para o Trabalho**

Existem várias possíveis causas justificadas para um trabalhador se ausentar do seu trabalho; tais como doença, maternidade, acompanhamento de pessoa doente ou morte de membro da família. A incapacidade por motivo de doença é a principal causa de afastamento do trabalhador do seu ambiente laboral (absenteísmo). A produtividade no trabalho, considerada reflexo da complexa relação pessoa – trabalho – empresa – sociedade, é intrinsecamente relacionada

com os níveis de absenteísmo. Esses fatores apresentam grandes variações entre países, indústrias, locais de trabalho, grupos de trabalho e indivíduos (14).

Vários fatores de risco têm sido associados à incapacidade para o trabalho e ao absenteísmo-doença (ausência no trabalho por motivo de doença do próprio trabalhador).

Estudo brasileiro recente (8) fez uma análise ampla da incapacidade para o trabalho no setor privado. Este estudo analisou a incidência de benefícios auxílio-doença (BAD), bem como a influência de fatores como sexo, idade, ramo de atividade econômica, diagnóstico clínico da incapacidade e espécie de benefício nas taxas de incapacidade temporária para o trabalho. Mostrou-se que entre os principais grupos diagnósticos destacaram-se as lesões, envenenamentos e outras causas externas (138,0 BAD /10.000 em 2008), as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (93,6) e as doenças mentais e comportamentais (45,1) (Barbosa-Branco et al., 2011). A incidência de BAD no Brasil em 2008 foi de 4,2% (Barbosa-Branco et al., 2011) e esteve aquém daquela referida em outros estudos internacionais (15,16,17,18,19), havendo possível relação com fatores socioeconômicos, tais como altas taxas de desemprego (que desmotivam o trabalhador a se ausentar do trabalho, devido ao risco de demissão) e a falta de força sindical no Brasil.

No geral, trabalhadores do sexo feminino e aqueles mais velhos apresentaram uma maior incidência de benefício auxílio-doença, tal como demonstrou a literatura internacional (8,20). Outros estudos, que avaliaram trabalhadores formais da iniciativa privada no Brasil, identificaram maior razão de feminilidade da prevalência de BAD no setor saúde (21), para *doenças mentais* (22), *doenças osteomusculares* (23) e *asma* (24), em particular. Quanto à idade, *Lesões* foram mais notificadas em trabalhadores mais jovens (25); *alcoolismo*, entre 40 e 49 anos (26); *doenças osteomusculares* (23) e *asma* entre os mais velhos (24).

Quanto à existência de nexos técnicos (relação do agravo com o trabalho), as *lesões* (25) apresentaram a mais forte relação com o trabalho, contrastando com a baixa caracterização dos *transtornos devido ao uso de álcool* (26).

Estudo brasileiro, específico sobre os benefícios auxílio-doença decorrentes de acidentes do trabalho (ATs), identificou que a prevalência de ATs foi maior no sexo masculino, no entanto, quando excluídas as *lesões*, a prevalência do conjunto das demais causas clínicas foi superior entre as mulheres. Trabalhadores mais

velhos apresentaram maior prevalência, duração e despesa em todas as causas clínicas, à exceção das *lesões*. Os dados sugeriram subcaracterização da relação dos ATs com o trabalho, mas apesar disso, os ATs ainda associaram-se com elevados custos para o país (25).

A elevada incidência de *lesões* pode ser devido às condições de trabalho, à precariedade das medidas de segurança no ambiente de trabalho e porque no Brasil existe uma grande população de trabalhadores manuais, com elevada exigência física, o que pode aumentar a ocorrência de acidentes (8,25).

As *doenças osteomusculares* são uma das principais causas de incapacidade para o trabalho relatadas no mundo (18,23). Estudo canadense analisou o perfil de adoecimento no ambiente de trabalho em profissionais da área da saúde, entre 1992 a 2002, e constatou que as afecções músculo-esqueléticas foram a maior causa de absenteísmo no trabalho no setor saúde em todas as províncias daquele país (18), resultado compatível com estudo sobre prevalência de incapacidade no setor saúde no Brasil (21). Descreveu-se correlação dessas afecções com inadequações ergonômicas no ambiente de trabalho, alta pressão e exigências, má chefia, baixa moral no trabalho e baixo suporte social (18).

No Brasil, pesquisa sobre incapacidade para o trabalho decorrente de *doenças osteomusculares* (23) mostrou que os quatro benefícios auxílio-doença mais prevalentes no Brasil nesse grupo de agravos são decorrentes de dorsalgia, transtornos de disco intervertebral, sinovite/tenossinovite e lesões do ombro.

Quanto aos transtornos mentais, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), tratam-se de uma das três principais causas de incapacidade, juntamente com a doença cardiovascular e a músculo-esquelética, no mundo (27). Esses agravos representam um dos principais motivos para a concessão de pensões por invalidez em vários países e associam-se à exclusão social, estigmatização e custos econômicos para os trabalhadores afetados e suas famílias (22,27,28).

Apesar da subnotificação evidente para as doenças mentais e sua baixa caracterização com o trabalho (22), o número de benefícios auxílio-doença por transtornos mentais tem aumentado nos últimos anos e pacientes acometidos ficam mais tempo afastados do trabalho do que aqueles com incapacidade por outras causas; o que reflete nos importantes custos sociais e econômicos desse problema (22,29).

Revisões sobre problemas de saúde mental e absenteísmo-doença apontaram alguns fatores-chave do trabalho associados a esse processo: longas jornadas, sobrecarga de trabalho e pressão, falta de controle sobre o trabalho, falta de participação na tomada de decisão, baixo suporte social, ausência de rede de apoio na unidade de trabalho, gestão insegura, violência no trabalho, baixo nível de escolaridade, bem como insegurança empregatícia (22,30,31,32).

Estatísticas do Reino Unido mostraram que, em 2006/07, estresse, depressão e ansiedade foram as maiores causas de ausência ao trabalho atribuíveis a doenças, representando 13,8 milhões de dias perdidos no trabalho, ou 46% de todas as doenças relatadas (29).

Outros estudos (8,22,25,33,34,35) já documentaram a relação da maior incidência de problemas psiquiátricos em mulheres trabalhadoras e alguns fatores seriam a exposição à violência doméstica sexual, física e psicológica; empregos com baixa remuneração e baixo controle das tarefas; associação com o trabalho doméstico e cuidado com as crianças (muitas vezes sendo a única responsável por isso); crescentes exigências no trabalho sem uma correspondente diminuição na demanda de trabalho não remunerado; vitimização sexual e assédio, particularmente em profissões dominadas por homens.

Estudo sobre incapacidade para o trabalho por *transtornos mentais*, em 2008, (22) documentou outros fatores de risco para esse problema, tais como idade avançada, menor nível sócio-econômico/renda e trabalho direto com pessoas. Quanto à idade, exceção é feita para os *transtornos mentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas* (F19), o uso de álcool (F10) e uso de cocaína (F14), que foram mais diagnosticados nos trabalhadores jovens. Quanto aos agrupamentos diagnósticos, o mais comum em ambos os sexos foi *transtornos de humor* (42,9%), seguido dos *transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas* (F10 a F19), que apresentaram maiores taxas em trabalhadores do sexo masculino.

Estudos encontraram grandes diferenças nas taxas de prevalência de incapacidade para o trabalho entre as diversas atividades econômicas, tanto para agravos relacionados quanto não relacionados ao trabalho (8,22,23,25,36,37,38). Atividades de trabalho distintas apresentaram diferentes riscos de adoecimento, atuando como um indicador de risco ambiental para a incapacidade para o trabalho (8).

No Brasil, os ramos de atividade econômica com maiores incidência de BAD em 2008 foram: 37 – *Esgoto e atividades relacionadas*, 60- *Atividades de rádio e de televisão* e 87 – *Atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares* (8).

Publicação específica sobre transtornos mentais em 2008 no Brasil (22) corroborou a vulnerabilidade desses ramos de atividade. Quando analisada a incapacidade para o trabalho decorrente de doenças mentais, o ramo com a maior prevalência foi 37 – *Esgoto e atividades relacionadas*, enquanto o ramo 53 – *Correio e outras atividades de entrega* ficou em 8º lugar. Já na análise das doenças mentais e sua relação com o trabalho (benefícios acidentários), o ramo com a maior caracterização de agravos relacionados com o trabalho foi observado nas *Atividades de Serviços Financeiros*, enquanto o ramo 53 – *Correio e outras atividades de entrega* ficou em 2º lugar (8).

Estudo específico sobre a incapacidade para o trabalho decorrente de asma deixa clara a associação entre certos riscos ocupacionais e o desenvolvimento da doença. Esse estudo identificou que as maiores prevalências de BAD por asma encontram-se nos ramos de atividade 37 – *Esgoto e atividades relacionadas*, 16 – *fabricação de produtos de madeira* e 31 – *fabricação de móveis*; todos com elevada exposição a alergênicos no ambiente de trabalho (24).

Em todos os estudos revisados, houve uma maior prevalência de benefícios auxílio-doença não relacionados com o trabalho (benefícios previdenciários) em relação aos acidentários e corroboram a importância do ramo de atividade no quadro de adoecimento dos trabalhadores (8,21,22,23,24,25,26).

### **1.1.3 Duração da Incapacidade para o Trabalho**

Estudos no Brasil e no mundo, demonstraram que, no geral, trabalhadores do sexo masculino (8,20) e aqueles mais velhos apresentaram uma duração mais prolongada do benefício auxílio-doença (8,20,39).

Ao analisar a duração dos benefícios auxílio-doença acidentários no Brasil observou-se que a duração média destes não apresenta diferenças entre os sexos e tem mediana de 59 dias (25), porém esses dados foram distintos do encontrado para

*doenças osteomusculares e transtornos mentais*, ambos com maior duração observada entre os homens (22,23).

A duração da incapacidade para o trabalho por *transtornos mentais* também foi maior em trabalhadores mais velhos e naqueles com níveis salariais mais elevados, exceção feita ao agrupamento das *doenças mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas*, o qual apresentou maior duração em trabalhadores mais jovens e entre aqueles com níveis mais baixos de reposição salarial (22).

Existiram variações na duração do afastamento associadas à causa clínica incapacitante, diretamente relacionada às características da própria patologia pela qual o trabalhador foi acometido (25). Assim, os BAD por acidentes de trabalho referentes às *neoplasias* apresentaram a maior duração (mediana = 121 dias), contrapondo-se aos por *doenças do aparelho digestivo* (mediana = 47 dias) (25). Para os *transtornos mentais*, os BAD de maior duração ocorreram com transtornos mentais orgânicos (mediana/ homens = 104 dias e mediana/ mulheres = 86 dias) e esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes (mediana/ homens = 97 dias e mediana/ mulheres = 93 dias) (22). A mediana da duração dos benefícios por *asma* foi de 49 dias (24).

Os benefícios auxílio-doença acidentários foram, no geral, mais longos do que os previdenciários (8).

#### **1.1.4 Despesas com a Incapacidade para o Trabalho**

A incapacidade laborativa tornou-se um grave problema social na maioria dos países industrializados, resultando em aumento de gastos em programas de assistência às doenças e invalidez, além do declínio das taxas de participação da população adulta na força de trabalho (40,41).

Muitos países estão enfrentando progressivas elevações no pagamento de benefícios, o que impacta negativamente a estabilidade financeira do sistema. Esse aspecto é ainda mais alarmante quando são consideradas outras pressões crescentes, como o envelhecimento da força de trabalho e o declínio das taxas de natalidade (40).

Sob a ótica dos empregadores, quando um trabalhador se ausenta, é necessário que a chefia faça alterações no funcionamento normal da empresa e isso pode significar trabalhar num ritmo mais intenso e por mais tempo, gerando sobrecarga nos trabalhadores presentes e dificuldades na execução das ações ou mesmo o adiamento do trabalho. Acrescenta-se que, para o trabalhador que fica na empresa, as taxas de absenteísmo repercutem negativamente ao suscitar a dúvida ou receio de ser o próximo acometido pelo agravo à saúde.

Certos serviços podem ser interrompidos temporariamente, caso o trabalhador que se ausentou seja o único com qualificação para executá-los. E às vezes é necessária a contratação de trabalhadores substitutos, temporários ou permanentes, mantendo uma força de trabalho extra para cobrir as faltas. Essa rotatividade de trabalhadores também gera custos de formação e treinamento, além de custos associados com o tempo necessário para que o empregado substituto atinja o nível de produtividade do empregado anterior (14).

Todo esse processo, evidentemente, gera um aumento nos gastos para as contratações e dispêndio de tempo em capacitação (14,29). Esses custos indiretos ou *ocultos* são frequentemente subestimados, mas podem ser maiores que o dobro do custo dos salários (custos diretos) (14,29,42), sem falar nos prejuízos de eventual queda da capacidade de produção da empresa.

Também é elevado o custo para a sociedade decorrente da exclusão de pessoas com incapacidade para o trabalho da parte ativa da comunidade.

Sabe-se que a incapacidade pode ser de curto a longo prazo, e até mesmo evoluir para uma aposentadoria precoce, por invalidez. Em todos esses cenários, existe uma importante repercussão social dessa incapacidade, particularmente no caso da incapacidade para o trabalho a longo prazo, a qual se associa a problemas de saúde comuns, que atingem uma parcela maior da população, quando comparados com os quadros de maior severidade, geralmente associados a um afastamento laboral definitivo (43).

Os custos incapacidade para o trabalho a longo prazo incluem: (a) os serviços de assistência e tratamento, abrangendo os gastos com os benefícios por incapacidade, com reabilitação, fisioterapia, consultas e medicamentos; (b) o custo com aqueles não diretamente afetados (cuidadores, que na maior parte das vezes incluem os próprios familiares); (c) os custos gerados pela perda de oportunidade de rendimentos, como resultado da incapacidade, ainda que temporária (44).

Reforça-se que a doença e a incapacidade possuem repercussões biológica e psicológica, sendo necessários também investimentos em tratamento e reabilitação que incluam esse último aspecto (43).

A incapacidade para o trabalho a longo prazo associa-se a uma desvantagem social, com um impacto importante sobre a saúde física e mental do trabalhador; repercutindo na manutenção do seu emprego, no seu crescimento profissional, ou mesmo numa busca de outra atividade laboral. A doença em si restringe a participação social do paciente, pode ser estigmatizante e resultar em perda parcial de sua independência, sendo um fardo para os próprios trabalhadores, famílias, empresas e sociedade (45). A ONU estima que cerca de 25% da população mundial é afetada negativamente, de uma forma ou de outra, como resultado dessas *deficiências* (44).

Essa exclusão leva a perdas de potencial humano, que podem ser temporárias, mas que exigem investimentos a longo prazo, que se prolongam para além do período de afastamento do trabalhador. Considerando todos esses aspectos, nota-se a ampla e onerosa dimensão desse problema.

A despesa média devido ao benefício auxílio-doença é diretamente influenciada por dois fatores: duração da incapacidade e valor do salário-benefício (25). Em estudo sobre a despesa previdenciária com benefícios de auxílio-doença por acidente do trabalho em 2008, Almeida et al. constataram que a despesa média e a despesa-dia foram maiores entre os homens (grupo com maiores valores de salário-benefício) e entre os trabalhadores da faixa etária mais elevada (associados a maior duração média dos benefícios e a como maiores salário-benefício) (25).

Entre as causas clínicas, a despesa média foi maior para o grupo das *neoplasias*, que também apresentou maior duração de afastamento. Já a despesa-dia média foi superior para as *doenças mentais*, que nesse estudo apresentaram um salário-benefício médio maior do que os demais. Outras publicações enfatizaram a longa duração da incapacidade decorrente dos transtornos mentais, o que também justificaria os maiores custos (29,46).

### 1.1.5 Subnotificação da Incapacidade para o Trabalho no Brasil

A incapacidade para o trabalho no Brasil é ainda caracterizada pela subnotificação tanto dos agravos à saúde, quanto de sua relação com o trabalho (25,26). Deve-se considerar, entre outros, o desinteresse do empregador na identificação da relação trabalho-doença e o medo do trabalhador quanto a possíveis consequências empregatícias decorrentes da notificação. Estudos reforçam a existência de subnotificação da relação de agravos à saúde com o trabalho, particularmente para as doenças (16,17,37), e apontam fatores como a falta de reconhecimento da relação de uma doença com o trabalho por médicos, o desconhecimento do próprio trabalhador, a burocracia e o medo de demissão como os mais importantes (8).

A menor prevalência de BAD no Brasil em comparação com alguns países europeus poderia ser explicada pela subnotificação, como também pelas grandes diferenças entre os sistemas de seguro social dos países e pelas circunstâncias socioeconômicas (22). No Brasil, considerando que a maioria dos BAD é menor que R\$ 1.000,00 por mês (22) e que o salário de benefício é menor do que o salário pago pelo empregador e ocorre cessação temporária de benefícios como auxílio-alimentação, transporte entre outros, alguns trabalhadores podem não ter condições de manter-se recebendo esse benefício e assim, evitam se afastar do trabalho, ainda que doentes.

Atenta-se ainda que são notificados nesse contexto de estudo apenas os agravos em trabalhadores com contrato formal de trabalho. Isso exclui grande parte dos trabalhadores brasileiros e desconsidera justamente o grupo exposto à informalidade, o qual, invariavelmente, é mais vulnerável aos fatores de risco ambientais e psicossociais e ao desenvolvimento de agravos à saúde. Ou seja, possivelmente, nessa população sem contratos formais de trabalho, existe uma prevalência ainda maior de agravos à saúde do trabalhador, porém esses valores não são conhecidos (26).

Mas, mesmo diante da subnotificação dos acidentes de trabalho, os registros oficiais mostram vultosas despesas em decorrência de patologias do trabalho tanto no Brasil (47), como no mundo (29).

Em 2008, estima-se que a despesa do INSS restrita aos pagamentos de benefícios de natureza acidentária, juntamente com o pagamento da aposentadoria especial, as despesas operacionais e as despesas com saúde, atingiu cerca de R\$ 46,6 bilhões (47).

Não houve estimativas específicas do custo direto relacionado à incapacidade para o trabalho por motivo de doença para a economia, no entanto, no Reino Unido em 2003 estimou-se que este tenha alcançado £ 11,6 bilhões (48). Ressalta-se que além desses custos, há também uma série de custos indiretos, já citados anteriormente, de difícil quantificação e com frequência subestimados (14,42,48).

Com o objetivo de reduzir a subnotificação dos agravos relacionados com o trabalho no Brasil, desde 2007, algumas medidas legais foram efetuadas para facilitar a caracterização de um evento de incapacidade laborativa como um acidente ou uma doença do trabalho (49):

- a) implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP);
- b) dispensa da obrigatoriedade de apresentação da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) para caracterizar nexo causal com o trabalho;
- c) possibilidade de caracterização da natureza acidentária a partir da anamnese do caso efetuada pela perícia médica do INSS.

Dentre essas medidas, nota-se a importância da implementação do NTEP.

O NTEP é uma metodologia originária de um estudo de coorte, de base populacional, que estabeleceu correlações entre grupos de diagnósticos da incapacidade para o trabalho e atividades econômicas às quais os trabalhadores incapacitados estavam vinculados (50). Desde a sua regulamentação, o NTEP disponibiliza à Perícia Médica do INSS um perfil epidemiológico de adoecimento e de acidentalidade dos empregados de todas as atividades econômicas do país (25), embasado em fundamentos da estatística e epidemiologia, facilitando a identificação de doenças e acidentes relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional no Brasil.

Após a implantação do NTEP nos sistemas informatizados do INSS para concessão de benefícios, houve aumento da concessão de auxílios-doença de natureza acidentária, o que demonstrou um mascaramento na notificação de acidentes e doenças do trabalho (51).

Em 2007, foram notificados 518.415 acidentes e doenças do trabalho mediante CAT e foram reconhecidos mais 141.108 casos pela Previdência Social

com base na aplicação do Nexo Técnico Previdenciário a benefícios que não tinham uma CAT a eles vinculada (49).

### **1.1.6 Incapacidade para o Trabalho no Setor Postal**

Ao analisar-se os ramos de atividades com as maiores incidências de incapacidade para o trabalho, de acordo com os principais grupos de causas clínicas, demonstrou-se que o ramo de atividade *Correio* figurou entre as 20 maiores incidências no Brasil, com particular relevância para as doenças mentais e comportamentais (8). Esses resultados mostram a importância de aprofundar o conhecimento sobre as causas de incapacidade nesse ramo de atividade, bem como identificar os fatores a ele associados.

Pesquisas sobre violência e estresse reiteraram que alguns grupos profissionais encontram-se sob maior risco do que outros (52). A OIT, numa publicação sobre o serviço postal, de 2003, alertou que os *carteiros* figuram entre as atividades consideradas de *alto risco* de exposição à violência e estresse (35).

Segundo o Sindicato dos Trabalhadores da Comunicação do Reino Unido, as principais causas de estresse entre os trabalhadores dos correios em 2001 foram a má gestão, excesso de carga de trabalho, falta de pessoal, insegurança no trabalho, monotonia do trabalho, longa duração das jornadas, *bullying* e falta de controle sobre o trabalho executado (53).

O desenvolvimento tecnológico e as novas necessidades dos clientes exigiram grandes mudanças não só relacionadas aos produtos e serviços oferecidos, mas também, e fundamentalmente, na forma como o setor postal funciona. Essas mudanças incessantes deram origem à insegurança no trabalho, à insatisfação e à tensão nas relações entre gestores, trabalhadores e representantes sindicais (53).

No Brasil, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) é a principal representante desse ramo de atividade. A ECT é uma empresa pública de direito privado, criada pelo Decreto-Lei 509, de 20/03/69, e vinculada ao Ministério das Comunicações. Atua no segmento postal, sendo detentora da exclusividade sobre os serviços de recebimento, transporte e entrega de carta, cartão postal e

correspondência agrupada e o recebimento, transmissão e entrega de telegramas, conforme previsto na Lei 6.538/78 (54).

Abrange ainda atividades nos setores de transporte e entrega de encomendas, de periódicos e de peças de marketing direto; no fornecimento de serviços de logística, em remessas de objetos internacionais; e atua como correspondente bancário, oferecendo serviços financeiros e de conveniência como a obtenção do CPF, compra de produtos, recebimento e pagamentos de aposentados e pensionistas da Previdência Social e filatelia (54).

Nos últimos anos, notou-se uma importante ampliação e consequente mudança dos serviços prestados pela ECT, representado principalmente pela automação das agências, atendimento em regiões de difícil acesso, expansão dos sistemas automatizados de triagem de correspondências, implantação do acesso público à Internet, além do alcance da abrangência de 100% dos municípios brasileiros (cobertura nacional) em 2001 (55).

Os trabalhadores da ECT compõem uma população heterogênea, segundo os níveis socioeconômicos e de escolaridade, que exerce diferentes atividades no trabalho e, assim, se expõe a fatores de risco distintos. Dentre o quadro da empresa, a profissão carteiro representa mais de 50% do efetivo de empregados (56). Em 2008, os trabalhadores do sexo masculino corresponderam a 76,5% desse efetivo e o nível de escolaridade mais prevalente foi o Médio completo, com 75,2% do efetivo da empresa (54).

Estudo anterior sobre o trabalho do carteiro no Brasil (55) analisou a atividade laboral desse grupo de trabalhadores e sua repercussão na saúde e constatou-se um ambiente de riscos de adoecimento para os carteiros.

Segundo Rossi et al. (55),

os carteiros são submetidos a uma organização de trabalho prescrita que além de exigir esforço físico e biomecânico, também exige intenso dispêndio mental para execução das tarefas, realidade agravada pela falta de equipamentos adequados. Tais limitações e exigências geram vivências de sofrimento. Diante desse fato, os trabalhadores para enfrentarem o medo, os riscos de incidentes e darem conta das tarefas, inventam procedimentos de trabalho que visam combater os perigos laborais; constroem estratégias operatórias para responder às exigências do trabalho, principalmente para adequar a discrepância existente entre as tarefas prescritas e a situação real.

Esse mesmo estudo identificou uma organização do trabalho provocadora de sofrimento, mas, também, facilitadora do uso de estratégias de mediação,

especialmente defesas de proteção, eficazes no papel de evitar o sofrimento. Assim, sugeriram-se transformações na organização do trabalho e melhoria nas condições físico ambientais (55).

Além da ECT, o ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* também inclui (57):

- a) as atividades de *courrier* envolvendo a coleta, o transporte e entrega de documentos, cartas e volumes (sendo o transporte realizado em um ou mais meios, próprios ou de empresas específicas);
- b) os serviços de malotes;
- c) os serviços de entrega de mercadorias do comércio varejista e de serviços de alimentação no endereço do cliente;
- d) os serviços de entrega de encomendas por motoboy;
- e) as atividades de entrega de jornais e revistas em domicílio sob contrato;
- f) as atividades de franquias do Correio Nacional.

A compreensão do perfil de incapacidade para o trabalho e de seus fatores associados pode fornecer importantes dados para os gestores públicos que precisam lidar com suas consequências e pode subsidiar o estabelecimento de ações e prioridades para a área de saúde do trabalhador (58).

Esse estudo visou a descrever o quadro de incapacidade para o trabalho no ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* e verificar a influência de fatores associados à prevalência de benefícios auxílio-doença (> 15 dias) concedidos em 2008.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVOS

Estimar a prevalência de incapacidade para o trabalho entre os trabalhadores do ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* no Brasil, em 2008.

Analisar a influência de fatores tais como sexo, idade, espécie de benefício (previdenciário, acidentário), UF e nível salarial na duração e na despesa previdenciária dos benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* no Brasil, em 2008.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, descritivo. A população alvo do estudo foi definida a partir da média mensal dos registros de emprego declarados, em 2008, ao Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS). Essas informações são alimentadas mensalmente e eletronicamente, por força de lei, pelas empresas, por intermédio das Guias de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informação à Previdência Social (GFIP).

Para essa pesquisa, foram selecionados especificamente os dados referentes aos trabalhadores declarados pelas empresas do ramo de atividade econômica *Correio e outras atividades de entrega* em 2008, nas bases de dados descritas abaixo.

#### 3.2 FONTES DE DADOS

O estudo foi conduzido a partir de duas bases de dados, ambas vinculadas ao Ministério da Previdência Social.

A primeira base é representada pelo Sistema Único de Benefícios – SUB e é composta pelos registros de todos os benefícios concedidos pela Previdência Social aos trabalhadores da iniciativa privada.

O SUB contém informações sobre os benefícios auxílio-doença concedidos e outras variáveis como idade, sexo e renda do trabalhador; causa clínica da incapacidade para o trabalho (códigos da CID-10); duração e espécie de benefício (relacionado ou não com o trabalho), além do ramo da atividade econômica. Esse banco de dados foi utilizado para a coleta dos casos (isto é, o numerador).

A segunda base é originária do Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS e representa o conjunto de trabalhadores declarados mensalmente por cada empresa à Previdência Social.

O CNIS contém informações sobre todos os trabalhadores segurados de todas as empresas do setor privado no Brasil. Qualquer novo trabalhador contratado ou demitido durante o mês anterior é inserido nesse sistema, o qual fornece dados sobre o ramo de atividade patronal, unidade da federação de localização do estabelecimento/empregador, sexo e idade do trabalhador. Esse banco de dados foi utilizado para o cálculo da população exposta (ou seja, o denominador).

No banco de dados dos benefícios concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio e outras atividades de entrega* foram selecionados para análise apenas os benefícios auxílio-doença (previdenciários e acidentários) iniciados em 2008. A caracterização do ramo de atividade foi estabelecida segundo a classe patronal da atividade econômica, definida pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE 2.0, sob a responsabilidade da Comissão Nacional de Classificação (Concla) (57). Segundo essa referência, esse ramo de atividade inclui atividades do Correio Nacional, atividades franqueadas do Correio Nacional, serviços de malote não realizados pelo Correio Nacional e serviços de entrega rápida.

No Brasil, quando um empregado segurado da Previdência Social é acometido por algum problema de saúde que o incapacite para o trabalho por mais de 15 dias, o trabalhador faz jus ao recebimento do auxílio-doença, o qual possui duas naturezas: não-ocupacional (auxílio-doença previdenciário); e ocupacional, relacionado ao meio ambiente do trabalho (auxílio-doença acidentário ou acidente de trabalho).

Cada ocorrência (previdenciária ou acidentária), que implique na concessão de um benefício, é registrada no Sistema Único de Benefícios (SUB) e recebe um número único de identificação (número do benefício). Esse número permite acessar um conjunto de informações tais como a CNAE da empresa, bem como alguns dados do empregado e do benefício, neste incluídos a espécie do benefício e o diagnóstico clínico, codificado pela CID-10 (9,59,60).

### 3.3 DEFINIÇÃO DE CASO

Foi considerado caso cada benefício auxílio-doença concedido aos trabalhadores empregados do ramo *Correio e outras atividades de entrega* iniciados

entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2008. A recorrência de incapacidade pelo mesmo diagnóstico em até 60 dias após o retorno do trabalhador ao trabalho é vinculada ao benefício anterior caracterizando um único benefício.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisadas variáveis que caracterizaram o trabalhador, o benefício auxílio-doença concedido e a patologia que justificou o afastamento:

a) Quanto ao trabalhador: Sexo, faixa etária, localização (unidade da federação onde foi solicitado o benefício);

b) Quanto ao benefício auxílio-doença: Espécie de benefício, duração, despesa previdenciária e custo-dia;

b) Quanto à patologia: grupo diagnóstico (capítulo da CID10), agrupamento da CID-10 e categoria CID da doença;

A prevalência (x 10.000 vínculos empregatícios) foi estimada pela soma dos benefícios auxílio-doença, iniciados em 2008, dividida pela média mensal dos vínculos empregatícios declarados em 2008. A mensuração do nexos técnico entre o trabalho e a incapacidade laboral foi feita a partir das medidas de prevalência, utilizando-se da análise das razões de prevalência entre as espécies de benefícios e sexos.

O grupo *Gravidez, parto e puerpério* (Capítulo XV da CID-10), que enumera as doenças relacionadas ao período da gravidez, parto e puerpério; e o agrupamento *Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez* (O20-O29 da CID10) são especificamente relacionados ao sexo feminino. Assim, nesses casos, foi utilizada apenas a população feminina para o cálculo das prevalências, não havendo registros para o sexo masculino.

A duração dos benefícios (em dias), a despesa previdenciária (em \$Reais) e o custo-dia (em \$Reais) foram apresentados por meio de análise interquartilica, (mediana e quartis 1 e 3) e estratificadas por espécie de benefício, sexo, idade e unidade federativa – UF de localização da empresa.

A despesa previdenciária representa o valor total pago pelo INSS ao beneficiário e foi calculada dividindo-se o salário de benefício do trabalhador por 30 e multiplicando-o pela duração do benefício em dias.

O custo-dia representa o valor pago pelo INSS, por dia, ao beneficiário e foi calculado dividindo-se o salário de benefício do trabalhador por 30.

As identidades dos trabalhadores e empresas não constavam nas bases de dados pesquisadas e, por se tratarem de dados administrativos, analisados retrospectivamente, não foi necessário submeter o protocolo à Comissão de Ética em Pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Em 2008 foram concedidos 8.608 benefícios auxílio-doença (BAD) à população de trabalhadores empregados no ramo de atividade econômica *Correio e outras atividades de entrega*, resultando em uma prevalência de 556,5 BAD por 10.000 empregados.

Quanto à espécie de benefício predominou o benefício auxílio-doença previdenciário (B31) e, comparando entre os sexos, as mulheres apresentaram maiores prevalências de benefícios previdenciários, contrapondo-se aos homens, com maiores prevalências de acidentários (B91) em relação às mulheres.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das prevalências de BAD segundo os grupos da CID-10 e mostra que entre os empregados do ramo *Correio* os principais grupos diagnósticos foram as *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas* (Capítulo XIX), as *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* (Capítulo XIII) e os *transtornos mentais e comportamentais* (Capítulo V).

A análise dos grupos diagnósticos (capítulos CID-10) mostrou clara diferença entre as causas que incapacitam homens e mulheres. Observou-se que essas diferenças independem da espécie de benefícios. Entre as mulheres predominou o grupo das *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* e os *transtornos mentais e comportamentais*, enquanto entre os homens o predomínio foi do grupo *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*. No grupo específico das *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*, a razão de masculinidade entre os sexos foi de 2,5. Essa razão mostra que a probabilidade de um trabalhador do sexo masculino apresentar incapacidade para o trabalho (auxílio-doença) decorrente desse grupo de agravos é 2,5 vezes maior do que a de uma trabalhadora.

Tabela 1 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o grupo diagnóstico (CID-10), a espécie de benefício e o sexo, Brasil, 2008

Grupo CID-10	Espécie de Benefício						Total Masc	Total Fem	RP		
	B31 – Auxílio-doença Previdenciário			B91 – Auxílio-doença Acidentário					Total B31/ B91	RP M/F	TOTAL
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total					
I- Doenças infecciosas	7,0	3,5	6,0	0,4	0,3	0,3	7,4	3,7	18,6	2,0	6,3
II- Neoplasias	10,9	36,9	17,0	0,2	0,0	0,1	11,1	36,9	131,5	0,3	17,1
III- Doenças do sangue	0,4	1,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	-	0,4	0,6
IV- Doenças endócrinas	1,9	5,1	2,7	0,0	0,0	0,0	1,9	5,1	-	0,4	2,7
V- Transtornos mentais	54,8	71,4	57,7	13,8	19,5	14,9	68,6	91,0	3,9	0,8	72,7
VI- Doenças sist nervoso	6,5	10,2	7,2	1,3	3,5	1,8	7,8	13,6	4,0	0,6	9,1
VII- Dçs olho e anexos	9,1	3,7	7,6	0,0	0,0	0,0	9,1	3,7	-	2,4	7,6
VIII- Doenças do ouvido	1,6	2,4	1,7	0,0	0,0	0,0	1,6	2,4	-	0,7	1,7
IX- Dçs ap circulatório	28,6	28,1	27,9	0,6	0,3	0,5	29,2	28,4	54,0	1,0	28,4
X- Dçs ap respiratório	5,9	4,5	5,4	0,1	0,5	0,2	6,0	5,1	28,0	1,2	5,6
XI- Doenças ap digestivo	35,3	25,2	32,1	0,7	0,0	0,5	36,0	25,2	62,1	1,4	32,6
XII- Doenças da pele	4,1	3,5	3,9	0,3	0,5	0,3	4,4	4,0	12,0	1,1	4,2
XIII- Dçs Osteomusculares	87,7	101,4	89,3	50,6	70,4	54,4	138,3	171,8	1,6	0,8	143,7
XIV- Dçs ap genitourinário	9,4	30,5	14,3	0,3	0,0	0,2	9,6	30,5	73,7	0,3	14,5
XV- Gravidez, parto, puerp	-	36,1	36,1	-	0,0	0,0	-	36,1	-	-	36,1
XVII- Malformações	0,3	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	1,1	-	0,2	0,5
XIX- Lesões, causas externas	122,0	43,1	100,5	112,9	49,2	95,3	235,0	92,3	1,1	2,5	195,8
XXI- Exames de rotina	3,9	4,0	3,9	0,4	0,3	0,4	4,4	4,3	10,0	1,0	4,3
<b>Total</b>	<b>389,8</b>	<b>412,1</b>	<b>387,4</b>	<b>181,8</b>	<b>144,5</b>	<b>169,1</b>	<b>571,5</b>	<b>556,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1,0</b>	<b>556,5</b>

CID: Classificação internacional de doenças; Dçs: doenças; Sist: Sistema; Ap: aparelho; Puerp: puerpério. Vide o Anexo A para a relação completa dos grupos diagnósticos (capítulos da CID10). Os demais capítulos não foram analisados individualmente em função do baixo número de casos. Os valores do Capítulo XV para o sexo masculino e a RP B31/B91 para o Capítulo XVII são inexistentes.

Apesar da razão de prevalência (RP) para o conjunto dos BAD ser quase igual entre os sexos, observaram-se grandes variações entre eles quando analisados de acordo com os grupos diagnósticos. Enquanto as maiores taxas de BAD entre o sexo masculino foram encontradas para todos os grupos das *lesões* e para as *doenças do olho e anexos*, entre o feminino houve forte predominância dos grupos das *neoplasias*, das *doenças do aparelho genitourinário* e das *doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas*.

A análise das RP entre as espécies de benefício também mostrou grandes diferenças entre os grupos, variando de 1,1 para as *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas* a 131,5 para as *neoplasias*, com uma RP geral de 2,3; taxa altamente influenciada pela elevada quantidade de *lesões*, que correspondem a 35,2% do total de BAD.

A incapacidade para o trabalho analisada de acordo com a potencial influência da idade mostrou que a faixa etária com maiores prevalências de BAD foi a de 40 a 49 anos, seguida daquela entre 30 a 39 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o grupo diagnóstico (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Grupo CID-10	Faixa Etária (anos)					
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60
I- Doenças infecciosas	0,0	5,0	8,3	6,7	6,1	3,7
II- Neoplasias	0,0	6,7	12,1	31,2	27,7	22,1
III- Doenças do sangue	0,0	0,2	1,1	0,0	0,9	3,7
IV Doenças endócrinas	0,0	1,0	3,7	3,2	3,3	3,7
V Transtornos mentais	0,0	58,9	95,1	90,8	47,5	11,0
VI Doenças sist nervoso	0,0	3,4	10,3	11,7	15,5	7,4
VII Doenças olho e anexos	0,0	5,7	5,7	9,1	14,6	11,0
VIII Doenças do ouvido	0,0	0,7	1,8	2,4	2,8	3,7
IX Dçs ap circulatório	0,0	10,5	21,1	42,4	62,0	33,1
X Dçs ap respiratório	0,0	4,1	5,9	7,7	6,6	0,0
XI Doenças ap digestivo	3,6	22,3	31,0	45,8	43,2	22,1
XII Doenças da pele	0,0	4,5	4,6	3,7	4,7	3,7
XIII Dçs Osteomusculares	3,6	75,1	161,2	215,8	165,5	40,5
XIV Dçs ap genitourinário	0,0	9,6	17,8	17,6	16,0	11,0
XV Gravidez, parto, puerp	0,0	13,9	15,2	2,1	0,0	0,0
XVII Malformações	0,0	0,7	0,4	0,3	0,5	0,0
XIX Causas externas	134,6	254,6	224,0	180,6	104,8	25,8
XXI Exames de rotina	0,0	3,1	5,7	3,2	7,1	0,0
<b>Total</b>	<b>141,9</b>	<b>480,3</b>	<b>624,9</b>	<b>675,4</b>	<b>529,3</b>	<b>202,5</b>

CID: Classificação internacional de doenças. Sist:sistema; Ap:aparelho; Dçs:doenças; Puerp:Puerpério. Vide o Anexo A para a relação completa dos grupos diagnósticos (capítulos da CID10). Os demais capítulos não foram analisados individualmente em função do baixo número de casos. Os valores do Capítulo XV para o sexo masculino e a RP B31/B91 para o Capítulo XVII são inexistentes.

O grupo de trabalhadores com menos de 20 anos foi o que menos se afastou do trabalho no período, seguido daqueles com mais de 60 anos. Praticamente todas as causas de BAD na faixa etária menor de 20 anos foram do grupo das *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*. Entre 20 a 39 anos, nota-se que o grupo das *lesões* continua sendo o mais prevalente, contudo os grupos das *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* e dos *transtornos mentais e comportamentais* também passam a apresentar relevância nessa faixa etária. A partir dos 40 anos, o grupo das *doenças osteomusculares* se torna a principal causa de BAD e as *doenças do aparelho circulatório* passam a ter grande importância.

Na avaliação das prevalências de BAD segundo os agrupamentos da CID-10, espécie de benefício e sexo; nota-se a predominância das *dorsopatias* (M40-M54),

*traumatismos do joelho e da perna (S80-S89), transtornos dos tecidos moles (M60-M79) e artropatias (M00-M25) (Tabela 3).*

Tabela 3 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o agrupamento (CID-10), espécie de benefício e sexo, Brasil, 2008

Agrupamento CID-10	Espécie de Benefício						Total Masc	Total Fem	RP		TOTAL
	B31 – Auxílio-doença Previdenciário			B91 – Auxílio-doença Acidentário					B31/ B91	RP M/F	
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total					
<b>M40-M54 Dorsopatias</b>	37,3	40,4	37,3	19,1	18,7	18,6	56,4	59,1	2,0	1,0	55,9
<b>S80-S89 Ts do joelho e perna</b>	33,4	9,4	27,0	34,1	12,6	28,2	67,5	21,9	1,0	3,1	55,1
<b>M60-M79 Transts tecidos moles</b>	17,2	32,6	20,6	21,6	44,1	26,6	38,8	76,8	0,8	0,5	47,2
<b>M00-M25 Artropatias</b>	29,2	25,4	27,7	9,7	7,5	9,0	38,9	32,9	3,1	1,2	36,7
<b>S60-S69 Ts do punho e mão</b>	22,7	4,8	17,9	19,8	4,8	15,8	42,5	9,6	1,1	4,4	33,7
<b>S90-S99 Ts do tornozelo e pé</b>	18,0	10,4	15,8	17,9	16,9	17,3	35,9	27,3	0,9	1,3	33,1
<b>F30-F39 Transts do humor</b>	18,2	45,2	24,4	2,4	6,7	3,4	20,6	51,9	7,3	0,4	27,7
<b>S40-S49 Ts do ombro e braço</b>	14,3	3,2	11,3	14,9	3,2	11,8	29,2	6,4	1,0	4,5	23,1
<b>F40-F48 Transts neuróts somfs</b>	10,9	19,0	12,7	9,8	12,0	10,2	20,7	31,0	1,2	0,7	22,8
<b>O20-O29 Transts gravidez</b>	-	21,9	21,9	-	0,0	0,0	-	21,9	-	-	21,9
<b>S50-S59 Ts cotovelo antebraço</b>	10,2	3,7	8,4	10,2	4,8	8,7	20,3	8,6	1,0	2,4	17,1
<b>F10-F19 Transts sbt psicoativa</b>	20,7	1,9	15,7	1,2	0,0	0,9	21,9	1,9	17,4	11,7	16,6
<b>K40-K46 Hérnias</b>	17,6	7,2	14,7	0,5	0,0	0,4	18,1	7,2	38,0	2,5	15,1
<b>I80-I89 Dçs vvs, ggs linfáticos</b>	13,0	17,7	13,9	0,1	0,0	0,1	13,1	17,7	215,0	0,7	14,0
<b>C00-C97 Neoplasias malignas</b>	8,3	9,9	8,5	0,1	0,0	0,1	8,4	9,9	132,0	0,8	8,6
<b>D10-D36 Neoplasias benignas</b>	1,8	25,7	7,6	0,0	0,0	0,0	1,8	25,7	-	0,1	7,6
<b>T90-T98 Ts, causas externas</b>	5,9	5,6	5,7	2,1	0,8	1,7	8,0	6,4	3,3	1,2	7,4
<b>S70-S79 Ts do quadril e coxa</b>	4,3	0,8	3,4	4,8	1,3	3,9	9,1	2,1	0,9	4,3	7,2
<b>Total</b>	389,8	412,1	387,4	181,8	144,5	169,1	571,5	556,6	2,3	1,0	556,5

CID:Classificação internacional de doenças; Ts:Traumatismos; Transts:Transtornos; Tts:Transtornos; Neuts:Neuróticos; Somfs:Somatoformes; Sbt:substância; Dçs:doenças; Vvs:Vasos; Ggs: Gânglios. Vide o Anexo B para a relação dos agrupamentos da CID-10 utilizados. Os demais agrupamentos da CID-10 não foram analisados individualmente devido ao baixo número de eventos. Os valores do agrupamento O20-O29 para o sexo masculino e a RP B31/B91 para D10-D36 são inexistentes.

Os traumatismos são os agrupamentos mais prevalentes se analisados em conjunto e os locais de traumas mais notificados foram joelho e perna, punho e mão, tornozelo e pé e ombro e braço. As maiores prevalências de todos os traumatismos ocorrem em homens, independentemente da espécie de benefício. Por outro lado, os *transtornos dos tecidos moles*, os *transtornos do humor* e os *transtornos neuróticos*, relacionados com o “stress” e *somatoformes* foram mais diagnosticados entre as mulheres.

Segundo a Tabela 3, constata-se que todos os agrupamentos da CID-10 que tratam de traumatismos apresentaram RP entre as espécies de benefícios (B31/B91) próximas a 1 (um), apresentando importante caracterização de nexos técnico (relação com o trabalho), à semelhança dos *transtornos dos tecidos moles*.

Dentre os agrupamentos da CID-10 mais prevalentes, aqueles com menor caracterização de nexos técnicos foram as *doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte* e as *neoplasias malignas*.

Quando se compara as razões de prevalência entre os sexos em relação aos agrupamentos diagnósticos, os *transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa* apresentaram razão de masculinidade de 11,7, enquanto as *neoplasias benignas* e os *transtornos do humor* apresentaram elevada razão de feminilidade (RP 10).

Na Tabela 4 é apresentada a prevalência de BAD por agrupamento CID-10 segundo a faixa etária. Quando se delimita os agrupamentos diagnósticos para a faixa etária menor que 20 anos, os mais relevantes foram *traumatismos do joelho e da perna, traumatismos do punho e da mão e traumatismos do ombro e do braço*. Esses três agrupamentos, acrescidos dos *traumatismos do tornozelo e do pé* correspondem às fraturas em extremidades do corpo, as quais apresentaram um predomínio de acometimento nos membros inferiores em comparação aos superiores no total da população estudada.

Os BAD devido a patologias músculo-esqueléticas estiveram entre os quatro mais prevalentes e foram representados pelos agrupamentos das *dorsopatias, transtornos dos tecidos moles e artropatias*. A prevalência de BAD por *neoplasias malignas* foi diretamente proporcional com a idade.

Tabela 4 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo o agrupamento diagnóstico (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Agrupamento CID-10	Faixa Etária (anos)					
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60
<b>M40-M54 Dorsopatias</b>	0,0	22,3	64,3	92,7	60,2	11,0
<b>S80-S89 Traumatismos do joelho e perna</b>	32,7	74,2	63,2	48,5	29,1	7,4
<b>M60-M79 Transtornos dos tecidos moles</b>	0,0	24,6	51,6	70,6	58,3	11,0
<b>M00-M25 Artropatias</b>	3,6	24,9	40,2	46,9	46,1	18,4
<b>S60-S69 Traumatismos do punho e mão</b>	29,1	43,6	38,4	32,0	16,9	0,0
<b>S90-S99 Traumatismos do tornozelo e pé</b>	0,0	44,3	37,8	32,0	16,5	0,0
<b>F30-F39 Transtornos do humor</b>	0,0	23,7	35,6	35,2	16,0	7,4
<b>S40-S49 Traumatismos do ombro e braço</b>	21,8	29,2	29,9	17,8	11,8	3,7
<b>F40-F48 Transts neuróticos somatoformes</b>	0,0	16,8	30,1	29,0	17,4	0,0
<b>O20-O29 Transts maternos rel à gravidez</b>	0,0	39,4	37,8	5,0	0,0	0,0
<b>S50-S59 Traumas cotovelo e antebraço</b>	10,9	20,1	20,2	16,8	9,4	7,4
<b>F10-F19 Transts mentais subst psicoativa</b>	0,0	13,6	20,6	21,0	12,2	3,7
<b>K40-K46 Hérnias</b>	3,6	8,4	12,5	23,2	24,0	11,0
<b>I80-I89 Dçs veias vasos, gânglios linfáticos</b>	0,0	7,9	15,4	20,8	15,5	7,4
<b>C00-C97 Neoplasias malignas</b>	0,0	2,9	4,8	12,5	21,6	22,1
<b>D10-D36 Neoplasias benignas</b>	0,0	2,9	6,6	16,8	5,6	0,0
<b>T90-T98 Traumas, causas externas</b>	3,6	6,7	7,9	9,6	6,1	3,7
<b>S70-S79 Traumatismos do quadril e coxa</b>	14,6	11,5	7,9	5,1	2,4	0,0
<b>Total</b>	141,9	480,3	624,9	675,4	529,3	202,5

CID:Classificação internacional de doenças; Transts:Transtornos; Subst:substância; Rel:relacionados; Dçs:doenças. Vide o Anexo B para a relação dos agrupamentos da CID-10 utilizados. Os demais agrupamentos da CID-10 não foram analisados individualmente devido ao baixo número de eventos. Os valores do agrupamento O20-O29 para o sexo masculino e a RP B31/B91 para D10-D36 são inexistentes.

Segundo a Tabela 5, as principais causas clínicas dos benefícios auxílio-doença segundo a categoria CID foram *dorsalgia (M54)*; *fratura de perna, incluindo o tornozelo (S82)*; *fratura ao nível do punho e da mão (S62)*; *lesões do ombro (M75)* e *outros transtornos de discos intervertebrais (M51)*. O CID S82 foi o mais prevalente entre os homens, com RP M/F de 3,3 e com prevalência de auxílio-doença acidentário (20,7) ainda maior que o previdenciário (16,4).

Tabela 5 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a categoria diagnóstica (CID-10), a espécie de benefício e o sexo, Brasil, 2008

Categoria CID-10	Espécie de Benefício						Total Masc	Total Fem	RP B31/ B91	RP M/F	TOTAL
	B31 – Auxílio-doença Previdenciário			B91 – Auxílio-doença Acidentário							
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total					
M54 Dorsalgia	18,9	22,2	19,3	13,0	12,6	12,6	31,9	34,8	1,5	0,9	31,9
S82 Frat perna tornozelo	16,4	5,1	13,3	20,7	6,2	16,8	37,1	11,2	0,8	3,3	30,1
S62 Fratura punho e mão	17,7	2,7	13,7	14,6	2,1	11,3	32,3	4,8	1,2	6,7	25,0
M75 Lesões do ombro	6,0	9,4	6,7	11,4	16,6	12,4	17,3	26,0	0,5	0,7	19,1
M51 Transts disc interverts	15,1	13,6	14,5	4,6	4,5	4,5	19,7	18,2	3,2	1,1	18,9
F32 Episódios depressivos	11,1	30,2	15,5	1,7	5,4	2,5	12,8	35,6	6,2	0,4	18,0
M23 Transts int joelhos	15,6	7,0	13,2	5,3	4,0	4,8	20,8	11,0	2,7	1,9	18,0
S83 Luxação entorse joelho	12,6	3,7	10,2	7,0	4,0	6,1	19,6	7,8	1,7	2,5	16,4
S92 Fratura do pé	8,8	5,4	7,8	8,9	6,4	8,1	17,8	11,8	1,0	1,5	16,0
S52 Fratura do antebraço	9,3	2,9	7,6	9,4	4,0	7,9	18,6	7,0	1,0	2,7	15,5
S42 Fratura ombro braço	9,0	2,7	7,3	9,9	1,9	7,8	18,9	4,5	0,9	4,2	15,1
M65 Sinovite tenosinovite	4,6	8,6	5,4	6,0	17,9	8,8	10,6	26,5	0,6	0,4	14,2
S93 Luxação tornozelo e pé	6,1	3,2	5,3	6,3	9,4	6,9	12,4	12,6	0,8	1,0	12,2
F43 Reações ao stress grave	2,1	5,9	3,0	8,2	11,0	8,7	10,3	16,9	0,3	0,6	11,7
K40 Hérnia Inguinal	13,1	0,5	9,8	0,3	0,0	0,2	13,4	0,5	50,7	25,0	10,0
F41 Outs transts ansiosos	8,1	11,2	8,7	1,1	0,8	1,0	9,2	12,0	8,4	0,8	9,7
F10 Transts devido álcool	10,2	0,8	7,7	0,7	0,0	0,5	10,9	0,8	14,9	13,5	8,2
I83 Varizes dos mmiis	6,0	12,0	7,4	0,0	0,0	0,0	6,0	12,0	-	0,5	7,4
<b>Total</b>	<b>389,8</b>	<b>412,1</b>	<b>387,4</b>	<b>181,8</b>	<b>144,5</b>	<b>169,1</b>	<b>571,5</b>	<b>556,6</b>	<b>2,3</b>	<b>1,0</b>	<b>556,5</b>

CID:Classificação internacional de doenças; Frat:Fratura; Transts:transtornos; disc:discos; Int: internos; Outs:outros; mmiis:membros inferiores. Vide Anexo C para a relação das categorias da CID-10 utilizadas.

O diagnóstico *episódios depressivos* se destaca no cenário do sexo feminino, sendo o mais prevalente, mas com uma baixa caracterização com o trabalho (30,2 de BAD previdenciário contra 5,4 de BAD acidentário). Quando comparado entre os sexos, houve uma relação quase 3 vezes maior de BAD por CID F32 para as mulheres.

As patologias *sinovite e tenosinovite e lesões do ombro* foram as de maior nexos com o trabalho para o sexo feminino. Já as categorias diagnósticas incluindo *fraturas* apresentam baixas prevalências nesse sexo.

Os CIDs *reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação e lesões do ombro* foram as categorias que apresentaram maiores nexos com o trabalho (nexo técnico), contrapondo com as categorias *hérnia Inguinal (K40) e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10)*, ambos notadamente mais relevantes em homens.

A categoria diagnóstica *dorsalgia* (M54) apresentou um pico de prevalência na faixa etária entre os 40 a 49 anos (Tabela 6). As categorias associadas a fraturas em extremidades, no geral, apresentaram maior prevalência na faixa etária entre 20 a 29 anos. Em contrapartida, para a *hérnia inguinal* (K40) e os *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool* (F10) as faixas etárias mais velhas foram as mais importantes.

Tabela 6 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a categoria diagnóstica (CID-10) e a faixa etária, Brasil, 2008

Categoria CID	Faixa Etária (anos)					
	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	≥60
<b>M54 Dorsalgia</b>	0,0	15,3	33,8	53,5	34,3	7,4
<b>S82 Frat perna tornozelo</b>	25,5	46,2	34,0	23,7	9,9	3,7
<b>S62 Fratura punho e mão</b>	25,5	33,0	30,3	22,4	9,4	0,0
<b>M75 Lesões do ombro</b>	0,0	8,9	16,9	31,2	29,6	3,7
<b>M51 Transts disc interverts</b>	0,0	6,2	23,7	29,6	22,1	3,7
<b>F32 Episódios depressivos</b>	0,0	15,8	24,4	21,6	8,9	7,4
<b>M23 Transts int joelhos</b>	0,0	13,4	20,4	24,0	18,3	3,7
<b>S83 Luxação entorse joelho</b>	3,6	18,7	20,4	15,7	10,3	0,0
<b>S92 Fratura do pé</b>	0,0	21,8	15,8	17,6	8,5	0,0
<b>S52 Fratura do antebraço</b>	7,3	18,4	19,1	14,1	8,9	3,7
<b>S42 Fratura ombro braço</b>	18,2	20,1	19,1	9,9	8,9	3,7
<b>M65 Sinovite tenosinovite</b>	0,0	6,5	18,0	19,4	17,4	3,7
<b>S93 Luxação tornozelo e pé</b>	0,0	16,0	15,4	10,7	5,6	0,0
<b>F43 Reações ao stress grave</b>	0,0	7,9	14,5	16,0	10,3	0,0
<b>K40 Hérnia Inguinal</b>	3,6	5,5	6,8	15,7	17,9	11,0
<b>F41 Outs transts ansiosos</b>	0,0	7,7	13,6	10,9	7,1	0,0
<b>F10 Transts devido álcool</b>	0,0	3,1	8,8	12,8	11,8	3,7
<b>I83 Varizes dos mmiis</b>	0,0	3,8	7,7	10,9	9,4	7,4
<b>Total</b>	141,9	480,3	624,9	675,4	529,3	202,5

CID:Classificação internacional de doenças; Frat:Fratura; Transts:transtornos; Disc:discos; Int:internos; Outs:outros; mmiis:membros inferiores. Vide Anexo C para a relação das categorias da CID-10 utilizadas.

Quanto aos transtornos mentais, a análise conjunta das Tabelas 4 e 6 mostrou que dentre os *transtornos do humor* (F30-F39), os *episódios depressivos* foram os mais relevantes. Entre os *transtornos neuróticos, relacionados com o “stress”* e *transtornos somatoformes*, os mais prevalentes foram *reações ao “stress” grave* e *outros transtornos ansiosos*. Entre os *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa*, o CID F10, específico para o uso de álcool, foi o que se sobressaiu.

A Tabela 7 apresenta a prevalência de incapacidade para o trabalho segundo as unidades federativas, identificando-se os estados de Mato Grosso do Sul (MS),

Goiás (GO), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS) com as maiores prevalências, contrapondo-se aos estados do Ceará (CE), Pernambuco (PE) e Rondônia (RO).

Em todos os Estados predominaram os benefícios previdenciário (B31) e a razão (B31/B91) foi maior (menor nexó técnico com o trabalho) no Rio Grande do Norte (RN), Maranhão (MA) e Sergipe (SE). Já o benefício acidentário foi proporcionalmente mais prevalente em Roraima (RR), Amapá (AP), Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS).

As unidades federativas (UFs) quando analisadas segundo a despesa previdenciária mediana dos BAD mostraram que para o conjunto dos trabalhadores do ramo de atividade *Correio* esse custo foi de 1847,00 Reais, sendo que 25% dos benefícios apresentaram despesa previdenciária inferior a 1035,00; contrapondo-se com os 25% dos BAD com as maiores despesas, os quais ficaram acima de 3265,00 Reais. As UFs com as maiores despesas medianas foram Alagoas (2371,00 Reais), Bahia (2368,00 Reais) e Espírito Santo (2353,00 Reais).

No geral, quanto à duração mediana dos BADs, esta foi de 59 dias, com variação entre as UFs de 46 a 76 dias; e o custo-dia foi de 30,8 Reais, com variação de 42,8 a 26,3 Reais entre as UFs. (Tabela 7).

Tabela 7 – Prevalência de benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo Correio, segundo a Unidade da Federação, a espécie de benefício, a duração (em dias) e despesa previdenciária (em \$Reais) dos benefícios, Brasil, 2008

Unidade Federativa	B31	B91	RP B31/ B91	TOTAL	Despesa (R\$)	Duração (dias)	Custo-dia (R\$)
					Mediana; quartis*	Mediana; quartis*	Mediana; quartis*
<b>Mato Grosso do Sul</b>	603,2	214,2	2,8	817,4	1596; [808;2617]	46; [27;74]	31,3;[23,4;47,3]
<b>Goiás</b>	629,2	186,5	3,4	815,8	1333; [787;2366]	76; [47;109]	27,9;[21,3;42,9]
<b>Santa Catarina</b>	466,9	302,6	1,5	769,5	1705; [1034;2887]	59; [41;82]	30,0;[22,6;40,8]
<b>Rio Grande do Sul</b>	466,7	286,5	1,6	753,3	1832; [1032;3129]	59; [37;91]	29,9;[22,1;41,2]
<b>Mato Grosso</b>	517,8	215,2	2,4	733,0	1395; [680;2952]	46; [29;72]	28,0;[23,3;39,8]
<b>Amazonas</b>	536,3	195,6	2,7	731,9	1762; [1106;2664]	56; [39;77]	33,0;[25,6;45,2]
<b>Alagoas</b>	501,4	212,7	2,4	714,1	2371; [1340;4266]	74; [48;104]	27,4;[23,2;49,7]
<b>Roraima</b>	369,9	323,7	1,1	693,6	1864; [1420;3458]	72; [34;90]	29,6;[25,2;40,2]
<b>Paraná</b>	465,3	198,0	2,4	663,4	1622; [941;2894]	59; [33;96]	27,1;[21,3;37,0]
<b>Paraíba</b>	417,0	208,5	2,0	625,5	1796; [1072;3073]	46; [30;74]	38,9;[26,8;56,2]
<b>Rio de Janeiro</b>	412,2	175,1	2,4	587,3	2125; [1204;3564]	62; [42;90]	32,3;[21,1;50,9]
<b>Distrito Federal</b>	400,8	157,4	2,6	558,2	2073; [1169;3886]	54; [35;79]	40,4;[26,1;66,5]
<b>Maranhão</b>	433,0	94,9	4,6	527,9	2013; [1262;3737]	62; [39;97]	33,3;[25,6;44,4]
<b>Sergipe</b>	427,3	98,6	4,3	525,9	1991; [997;3262]	47; [37;73]	42,8;[23,3;59,6]
<b>Espírito Santo</b>	355,2	166,3	2,1	521,5	2353; [1202;4024]	76; [47;109]	28,8;[22,6;48,6]
<b>Pará</b>	315,1	178,9	1,8	494,0	2313; [1502;3925]	74; [50;101]	32,7;[24,6;48,7]
<b>Rio Grande do Norte</b>	418,4	66,4	6,3	484,8	2018; [1129;3464]	69; [37;91]	34,4;[25,6;49,8]
<b>Minas Gerais</b>	370,3	105,4	3,5	475,7	1535; [789;2874]	50; [30;77]	29,1;[22,1;43,8]
<b>São Paulo</b>	324,2	139,0	2,3	463,3	1939; [1066;3395]	63; [38;100]	31,4;[23,0;44,4]
<b>Piauí</b>	323,9	114,7	2,8	438,6	2076; [1097;3019]	60; [37;77]	35,2;[24,0;56,8]
<b>Bahia</b>	274,9	145,1	1,9	420,1	2368; [1272;4448]	72; [43;112]	35,2;[25,4;50,1]
<b>Amapá</b>	219,9	183,3	1,2	403,2	1575; [955;2077]	60; [14;78]	26,3;[21,4;32,9]
<b>Ceará</b>	271,7	123,9	2,2	395,6	1519; [860;2301]	58; [34;80]	26,5;[14,8;44,6]
<b>Pernambuco</b>	228,0	130,3	1,8	358,3	1549; [870;3020]	57; [36;85]	28,7;[21,1;42,3]
<b>Rondônia</b>	199,4	94,5	2,1	293,9	1107; [751;2673]	49; [32;85]	26,6;[20,2;32,2]
<b>Brasil</b>	387,4	169,1	2,3	556,5	1847; [1035;3265]	59; [36;91]	30,8;[23,0;45,9]

Os Estados do Acre (AC) e Tocantins (TO) não foram listados. Eles apresentaram 1 e 5 BAD, respectivamente.  
\*Quartis 1 e 3

A despesa previdenciária apresentou um aumento diretamente proporcional à faixa etária, no sexo masculino, para ambas as espécies de benefício, até os 59 anos de idade; havendo um discreto declínio para a faixa etária acima dos 60 anos (Tabela 8). Para o sexo feminino, a relação foi semelhante, exceto na faixa etária menor de 20 anos, que apresentou a maior despesa previdenciária no período.

Quanto à duração dos BAD observa-se que, no geral, 74,2% destes duraram menos de 90 dias. Ao analisar esse indicador segundo a espécie de benefício, houve maior duração entre os BAD acidentários, dentre os quais 71,0%

apresentaram duração inferior a 90 dias comparado com 87,0% entre os previdenciários. Quanto ao sexo, a duração dos benefícios auxílio-doença foi maior entre os homens do que entre as mulheres.

Tabela 8 – Despesa previdenciária (em \$Reais) e duração (em dias) dos benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores do ramo *Correio*, segundo a idade, espécie do benefício e o sexo, Brasil, 2008

Idade (anos)	Sexo Masculino			
	B31		B91	
	Duração (dias) Mediana;quartis*	Despesa (R\$) Mediana;quartis*	Duração (dias) Mediana;quartis*	Despesa (R\$) Mediana;quartis*
<20	53; [31,3;102]	861; [580;1542]	50; [42;106]	1012; [581;1466]
20-29	59; [36;91]	1231; [761;2033]	68; [45;100]	1314; [837;1972]
30-39	60; [34;89]	1677; [979;2768]	63; [41;97]	1779; [1051; 2890]
40-49	59; [37;88]	2498; [1442;4155]	67; [45;98]	2894; [1695;4502]
50-59	63; [37;100]	3481; [1918;5738]	61; [43;89]	3313; [1862;5117]
≥60	66; [45;111]	3104; [1703;6488]	78; [41,5;130]	2850; [2334;5346]

  

Idade (anos)	Sexo Feminino			
	B31		B91	
	Duração (dias) Mediana;quartis*	Despesa (R\$) Mediana;quartis*	Duração (dias) Mediana;quartis*	Despesa (R\$) Mediana;quartis*
<20	86; [19;199]	2299;[263;2753]	-	-
20-29	44; [27;75]	976 [566;1746]	59;[36;98]	1266;[798;2166]
30-39	48; [30;83]	1423; [804;2728]	60; [40;88]	1601; [1041;2422]
40-49	47; [30;78]	1799; [1010;3256]	68; [46;87]	2935; [1952; 4697]
50-59	51; [30;88]	1946; [1094;3558]	-	-
≥60	66; [21;172]	1918; [320;3543]	-	-

\*Quartis 1 e 3

## 5 DISCUSSÃO

A Classificação nacional de atividade econômica (CNAE) representa o ramo de atividade no qual se insere cada empresa e geralmente um grupo diversificado de empresas com atividades semelhantes. O ramo de atividade *Correio e outras atividades de entrega* (CNAE 53) é um caso incomum, no qual um CNAE é representado predominantemente por uma empresa (Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – ECT), empresa esta, estatal, com monopólio dos serviços postais (carta, telegrama e correspondência agrupada), abrangendo 70% dos vínculos empregatícios do CNAE 53 no ano de 2008. Esse contexto permite extrapolar a análise desses resultados tanto para o CNAE como um todo quanto para essa estatal em particular.

O ramo de atividade econômica *Correio e outras atividades de entrega* apresentou uma prevalência de BAD que foi superior àquela concedida à população de trabalhadores brasileiros, no geral, no ano de 2008 (556,5 BAD versus 421,8 BAD por 10.000 empregados) (8). Essa maior prevalência pode ser devido a um maior risco ocupacional da atividade postal, assim como a uma maior segurança empregatícia nessa categoria em comparação a outros trabalhadores do setor estritamente privado, por se tratar basicamente de uma empresa estatal (com baixa probabilidade de demissão no retorno ao trabalho).

Segundo a principal empregadora do ramo *Correio e outras atividades de entrega*, no ano de 2011, o efetivo da empresa era composto por 51% de carteiros, 22% de atendentes, 12% de operador de triagem e transbordo e 15% por outros cargos. Do total de trabalhadores, 86% exerciam atividade operacional e 14%, atividade administrativa (54).

Com base nesses números, entende-se que a população em estudo é composta essencialmente por trabalhadores da área operacional, os quais exercem a atividade fim da empresa, e o trabalho exercido pelo carteiro, em particular, apresenta riscos substanciais de acidentes (35), o que poderia justificar as elevadas prevalências de BAD por *lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*. Quase 50% dessas lesões foram consideradas acidentes de trabalho, o que corrobora a presença de riscos inerentes a essa categoria de trabalhadores.

Apesar de novas tecnologias para aumentar a eficiência e melhorar a qualidade do serviço, a entrega de correio continua a ser um trabalho físico e intensivo, no qual o carteiro é obrigado a trabalhar longas horas fazendo um trabalho repetitivo e solitário, muitas vezes em condições sociais e ambientais desfavoráveis (61). Tais situações - envolvendo pesos, tarefas físicas e trabalho monótono - aumentam o risco de problemas músculo-esqueléticos, absenteísmo-doença e estão associadas a risco de quedas, fraturas e lesões (35). Nota-se que, nessa população, as *lesões* (Capítulo XIX) corresponderam a 35,2% do total de BAD, percentual acima daquele apresentado por esse capítulo no total de BAD no Brasil (33%) (8).

No caso do serviço postal, os resultados demonstraram que as extremidades do corpo foram locais de maior relevância para esses agravos, particularmente nos membros inferiores. Apesar das *dorsopatias* (M40-M54) representarem o agrupamento CID-10 mais prevalente, os *traumatismos do joelho e da perna* (S80-S89) estiveram em 2º lugar; e os locais de traumas mais notificados, se analisados em conjunto, foram as extremidades, como joelho e perna (S80-S89), punho e mão (S60-S69), tornozelo e pé (S90-S99) e ombro e braço (S40-S49). Especificamente, o CID S82 foi o mais notificado entre os homens, com elevada prevalência de auxílio-doença acidentário. Essas estatísticas são distintas daquelas encontradas para a população de trabalhadores brasileiros (8,47) sugerindo elevado nexo técnico.

A elevada prevalência de traumas ao nível de pernas e braços pode estar associada às condições de trabalho e ao excesso de peso que o carteiro precisa carregar. Esse trabalhador, responsável pela entrega de correspondências em uma área pré-delimitada, começa a jornada de trabalho com a separação das correspondências por região, uma atividade repetitiva e manual. Em seguida, ele precisa administrar um grande número de entregas num dia e nem sempre há meios de transporte disponíveis. Isso pode resultar em trabalho com excesso de peso carregado por longas distâncias, propiciando traumatismos e artropatias (62).

Estudo prévio sobre o trabalho do carteiro (55) também alertou sobre o esforço físico inerente ao manuseio dos malotes, o acondicionamento desses em veículos, seu transporte por longas caminhadas e também pelo uso frequente de escadas. A frequência diária de manuseio de malotes, por carteiro, supera a média de 300 repetições/dia (55). Tais imposições do trabalho se somam à falta de equipamentos adequados para o desenvolvimento das atividades e, em muitas

localidades no Brasil, as ruas são mal pavimentadas, com ladeiras ou de difícil acesso, expondo os carteiros a riscos de quedas e torções.

O risco de acidente por mordedura de cães também é elevado. Em estudo australiano, ataques relacionados com cães durante o trabalho ocorreram em 55% da amostra de trabalhadores dos Correios em Brisbane (63).

O maior risco de acidentes observado na atividade postal está relacionado não apenas à questão física, mecânica e ergonômica desse trabalho, mas se associa com o problema disseminado da violência social.

Violência no trabalho pode ser considerada em termos de agressão física ou psicológica e é definida pela Comissão Europeia como *incidentes em que as pessoas são abusadas, ameaçadas ou agredidas em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito para a sua segurança, bem-estar e saúde* (64). Esta definição implica que o responsável pelo incidente violento no local de trabalho pode ser tanto uma pessoa conhecida da vítima – por exemplo, um colega de trabalho ou cliente –, como um completo estranho.

A violência está presente de diversas formas nesse ramo de atividade e o risco de assaltos é um exemplo desse problema (35). A atividade do carteiro apresenta menos segurança e proteção quando comparada a outras instituições que lidam com objetos ou documentos de valor, como os bancos. Além disso, o papel do serviço postal mudou consideravelmente para oferecer uma gama diversificada de produtos e serviços, incluindo serviços bancários, transferência de dinheiro eletrônico, seguros e serviços de pensões, pagamento de contas, passaporte e pedidos de licenciamento (65,66). Assim, esse trabalhador precisa rotineiramente transportar objetos de valor, sendo um alvo em potencial para assaltos e furtos, agravando o estresse na profissão.

Devido à natureza da tarefa, os trabalhadores enfrentam também o risco de violência que emana de fora do ambiente de trabalho. Os carteiros são expostos a perigos onipresentes ao processar volumes em massa de correspondências e nesse contexto se inserem inclusive ações bioterroristas. Contaminação de cartas por antraz, correspondências com dispositivos como bombas ou equipamentos incendiários; particularmente em malotes endereçados às embaixadas, órgãos públicos e organismos internacionais são riscos potenciais. Apesar de incomuns no Brasil, os casos de bioterrorismo/antraz já foram documentados nos Estados Unidos,

onde são realizados treinamentos e orientações para os trabalhadores do setor postal e tomadas precauções de emergência (35,67,68,69).

Nota-se que o contexto da globalização repercutiu diretamente no trabalho dos carteiros, dando origem à insegurança no trabalho, insatisfação, conflito interno e aumento da carga de trabalho (35). O progresso tecnológico intenso interferiu na atividade da empresa e objetivamente no trabalho do carteiro. Esse ramo de atividade passou por várias mudanças internas e externas, com destaque para novas exigências dos clientes, ampliação dos serviços e produtos, estimulando importantes transformações organizacionais em nível nacional, regional e global, necessárias para a própria sobrevivência do serviço postal no novo mercado.

É possível que essa nova realidade contribua para a elevada prevalência de *transtornos mentais e comportamentais* e das *doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, ambos notadamente influenciados por fatores psicossociais, estresse no trabalho e formas de organização dos processos de trabalho (19,22,37,70,71,72,73,74).

Estudos destacam a importância das afecções músculo-esqueléticas como causas de afastamento no trabalho (18,23,38). Segundo publicação anterior, a prevalência de benefícios relacionados às doenças músculo-esqueléticas em trabalhadores brasileiros registrados no setor privado em 2008 foi 93.6/10 000 trabalhadores; com os quatro benefícios mais prevalentes sendo por dorsalgia, distúrbios do disco intervertebral, sinovite/tenossinovite e distúrbios do ombro (23).

Quanto às doenças mentais, elevadas prevalências no trabalho podem ser reflexo de um ambiente organizacional desfavorável e esse contexto evolui com outros complicadores a longo prazo. É descrito na literatura a estigmatização no emprego de trabalhadores que tiraram licença médica relacionada a um episódio de doença mental, como depressão, e o retorno ao trabalho esteve associado a dificuldades no desempenho e alterações no comportamento de seus colegas e empregadores (28). Além da elevada prevalência das doenças mentais, o ramo *Correio* também apresentou maior caracterização desses agravos com o trabalho, quando comparado com a média brasileira (8).

Estudo anterior (55) reforça que a execução das atividades dos carteiros repercute na saúde mental por exigir concentração, uso da memória, resolução de imprevistos e esforço mental; associados ao estresse para o cumprimento de horário e prazos, ao medo de errar e às cobranças da chefia imediata (Rossi et al., 2007).

Já foram documentadas pressões sofridas pelos carteiros no Brasil, durante a execução das atividades externas, decorrentes de tensões no trânsito (55). O próprio carteiro, além de ser o responsável pela entrega/coleta dos malotes, dirige o meio de transporte e precisa se preocupar com as leis do trânsito, os problemas de estacionamento e engarrafamento, o endereçamento dos malotes e o cumprimento dos horários, os quais são cobrados tanto pelos clientes quanto pela chefia imediata (55).

Em outra pesquisa descritiva, analisaram-se situações de assédio moral vivenciadas por um grupo de trabalhadores anistiados políticos dos Correios no Brasil e concluiu haver, de modo implícito, a presença de relações de dominação, com forte probabilidade de gerar assédio moral na categoria profissional estudada (75).

O assédio moral é um tipo de violência psicológica que abrange comportamentos visíveis e invisíveis praticados pela chefia, colegas e empresa. Caracteriza-se por atitudes hostis, destrutivas e vexatórias; não incluindo a agressão física manifesta, e sim, aquela latente e sutil; mas que também afeta a saúde do trabalhador ao provocar gradativamente intenso sofrimento e adoecimento (75).

Segundo Ferreira et al, 2007 (75):

o assédio moral, nas suas múltiplas formas, está se tornando um dos maiores riscos de desgaste psicossocial no trabalho. (...) As organizações hiper-rígidas (burocratizadas) e hiperflexíveis (desreguladas, instáveis, precárias, imprevisíveis, carentes de políticas coerentes) aparecem como casos de cultivo de relações competitivas e conflitivas, regidas pela falta de solidariedade, como ambientes facilitadores do assédio moral.

Esse tipo de violência psicológica no trabalho, além do intenso sofrimento que acomete os trabalhadores com repercussão na sua qualidade de vida, também relaciona-se com o aumento do absenteísmo e dos acidentes de trabalho, redução na produtividade e deterioração da imagem da empresa (75).

A tensão psicológica no trabalho tem sido associada a absenteísmo (32), saída precoce da vida laboral e mortalidade; além disso, a alta demanda, o baixo controle e o precário apoio social no trabalho são preditores significativos de doença cardíaca coronária (76,77,78,79). É possível que alguns trabalhadores acometidos tenham inclusive evoluído para aposentadoria por invalidez ou óbito, e assim, não foram notificados nesse estudo.

Os *transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas* (F10-F19) estiveram entre os agrupamentos mais prevalentes e especificamente a categoria F10, que aborda os *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool* foi o mais significativo. Sua elevada razão de masculinidade, subnotificação, além da baixa caracterização com o trabalho já foram descritas na literatura (22,26).

Em contraposição, os *transtornos do humor* (F30-F39) e os *transtornos neuróticos e somatoformes* (F40-F48) foram mais prevalentes entre as mulheres. Entre as atuais mudanças na atividade econômica postal também se insere o aumento da presença feminina no setor, tradicionalmente um ambiente de trabalho dominado por homens. Globalmente, a maior participação feminina na força de trabalho postal pode ser vista como uma ameaça ao *status quo* anterior, o que pode dar origem a assédio sexual, vitimizações por razões de gênero e comportamento machista e grosseiro para com colegas do sexo feminino (35), sugerindo que esse ambiente possa ter repercussão negativa na saúde dos trabalhadores, em particular, das trabalhadoras.

Um clima organizacional desfavorável pode representar um fator contributivo para as maiores prevalências de *doenças do sistema osteomuscular e de transtornos mentais* entre o sexo feminino de um modo geral. Outros estudos também demonstraram maiores prevalências de incapacidade para o trabalho para esse conjunto de patologias entre as mulheres (22,37,69,80).

A depressão clínica, nos Estados Unidos, é uma das principais causas de incapacidade entre trabalhadores e sua prevalência e custos com a assistência superaram aqueles relacionados com os transtornos por uso de substâncias químicas (81). A categoria *episódios depressivos* (F32) foi a mais relevante dentre todas as doenças mentais, caracteristicamente relacionada com o sexo feminino (foi a mais prevalente nesse sexo), porém com baixa relação com o trabalho. É possível que haja uma subcaracterização com o trabalho considerando o contexto do ambiente no trabalho postal já descrito e devido ao perfil estigmatizante do diagnóstico da doença.

As *doenças do aparelho geniturinário* (Capítulo XIV) também apresentaram maiores prevalências de BAD em mulheres. Segundo a literatura (82) ambos os gêneros são similarmente afetados por doenças renais; por outro lado, infecções do trato urinário, tais como cistite, que são muito comuns, acometem mais mulheres

jovens. A relação entre o aumento de casos de BAD por *neoplasias* e *doenças do aparelho circulatório* com o envelhecimento, segundo suas respectivas epidemiologias, é compatível com a população em geral (83).

Houve uma baixa caracterização de nexos técnicos com o trabalho (RP entre as espécies de benefício de 131,5) para as *neoplasias*, que pode ser justificado pela etiologia multifatorial do problema; associado a alterações genéticas, fatores ambientais e do estilo de vida; e porque se tratam muitas vezes de alterações crônicas, que se desenvolvem após muitos anos de exposição, podendo o trabalhador já estar aposentado do serviço (3,84). Dentre as neoplasias, os carteiros são um grupo de risco para os cânceres de pele, considerando que a exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco para esses transtornos (85). Em estudo com 33 carteiros de Botucatu, mostrou-se que mais de 90% dos carteiros exerciam atividades externas no período de 09h30min às 18h30min, porém o hábito de usar filtro solar foi encontrado em 63,6% dos entrevistados, sendo que pouco mais da metade desses o faziam diariamente (85).

A maior prevalência de BAD na faixa etária de 40 a 49 anos é corroborada por diversos estudos, os quais demonstram uma correlação direta entre as taxas de BAD e o envelhecimento (8,19,25). Outros estudos também mostraram associação entre trabalhadores mais velhos e incapacidade laboral, absenteísmo-doença e aposentadoria por invalidez (70,86,87,88).

Em contrapartida, a baixa prevalência de BAD em trabalhadores com menos de 20 anos e acima de 60 anos pode estar associada ao fato desses grupos apresentarem mais afastamentos de curta duração (< 15 dias), não analisados nesse estudo; do pouco tempo de serviço (no caso dos mais jovens); do tipo de atividade executada por aqueles acima de 60 anos (que podem ser poupados dos trabalhos mais exaustivos), além desse último grupo ser constituído quase que exclusivamente pelo sexo masculino, o qual mostra na grande maioria das pesquisas menor taxa de afastamento (8,22,23,80,89).

Pesquisas já mostraram que em jovens há uma maior prevalência de afastamentos de curta duração (20,48) e talvez trabalhadores mais velhos também optem por afastamentos mais curtos. É possível que esses últimos, ao adquirem competências ao longo da carreira, apresentem uma carga de trabalho diferenciada ou por estarem próximos a se aposentar, ou ainda porque fatores como a

experiência sejam mais valorizados e demandados nas suas funções do que a capacidade física.

O quadro de incapacidade para o trabalho entre os trabalhadores do ramo *Correio* foi distinto conforme as faixas etárias. Em jovens, as *lesões* foram praticamente a única causa de afastamento por BAD; o que pode sugerir uma subnotificação de outros agravos de saúde nesse grupo. Além disso, especificamente quanto às *lesões*, a idade avançada do trabalhador poderia ser considerada como potencial fator de proteção devido à maior experiência em executar tarefas, à menor exigência física e à menor exposição aos riscos traumáticos quando comparados aos mais jovens (25).

Porém à medida que essa população envelhece as *doenças do sistema osteomuscular* e os *transtornos mentais* surgem como importantes diagnósticos de BAD. Considerando a atividade do carteiro como possível fator contribuinte para essas patologias, a associação do envelhecimento e o maior tempo de serviço na empresa pode ajudar a justificar esses resultados.

Quanto às diferenças entre os estados brasileiros, as grandes variações entre as prevalências de incapacidade para o trabalho encontradas podem estar associadas às diferenças culturais e administrativas regionais. Em localidades com menor número de trabalhadores, a repercussão do afastamento no trabalho é maior e essa realidade poderia influenciar na decisão por um afastamento superior a 15 dias.

As maiores prevalências de BAD identificadas nos estados das regiões Sul e Centro-Oeste podem ser, em parte, explicadas por uma melhor assistência médica aos trabalhadores, o que pode contribuir para uma maior notificação dos casos existentes, bem como maior organização sindical (23,26). Em contrapartida, houve uma baixa notificação de casos nos estados do Ceará (CE), Pernambuco (PE) e Rondônia (RO) e uma menor vinculação do BAD com o trabalho no Rio Grande do Norte (RN), Maranhão (MA) e Sergipe (SE). Esses últimos resultados podem estar associados ao precário apoio à saúde do trabalhador, assim como à baixa organização de classe.

As unidades federativas com maiores despesas previdenciárias foram Alagoas, Bahia e Espírito Santo; as quais também estiveram ranqueadas entre aquelas com maiores durações do benefício (3º, 6º e 1º lugar, respectivamente). Os estados brasileiros com menores despesas previdenciárias foram Rondônia, Goiás e

Mato Grosso e eles também estiveram entre os estados com menores custo-dia para a previdência: Rondônia foi o 3º, Goiás e Mato Grosso os 6º e 7º respectivamente. Esse quadro sugere uma relação direta entre a despesa previdenciária e a duração do benefício e o custo-dia, tal como já demonstrado em pesquisa prévia (47).

Os estados do Acre e Tocantins não foram estudados individualmente, pois apresentaram respectivamente um e cinco BADs durante o ano de 2008; esse resultado provavelmente foi devido ao baixo número de trabalhadores existentes nesses estados.

Não foi encontrado na literatura estudos da despesa média dos auxílios-doença em geral, no entanto análise dos BADs por acidente de trabalho no Brasil em 2008 foi de 2181,00 Reais (25). O aumento da despesa previdenciária foi proporcional ao aumento da idade da população de trabalhadores e isso pode decorrer da maior duração do BAD e do maior salário de benefício médio nas faixas etárias mais elevadas (25).

Os BADs acidentários foram de maior duração quando comparados com os previdenciários. Considerando que os afastamentos de mais longa duração costumam ser diretamente associados a quadros clínicos de maior severidade (24) é possível inferir que a atividade ocupacional associou-se a quadros clínicos mais graves.

Além disso, essa maior duração dos BADs acidentários podem decorrer também da maior segurança empregatícia garantida aos trabalhadores quando do retorno ao trabalho, o que daria a eles a opção de uma recuperação mais adequada do que nos casos previdenciários. Nos casos de BADs previdenciários, sabe-se empiricamente que a chance de manutenção do emprego após um afastamento pelo INSS é diretamente proporcional ao tempo de afastamento, ou seja, quando maior a duração do afastamento, menor é a estabilidade empregatícia. Esse contexto motivaria o retorno precoce ao trabalho, nos casos previdenciários.

## 6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações gerais desse estudo derivam da população utilizada. O Sistema Único de Benefícios é composto de trabalhadores do setor privado no Brasil, que apresentam vínculo formal e legal de trabalho. Algumas atividades, como a entrega de jornais e revistas, podem ser realizadas por trabalhadores informais no Brasil, que não foram incluídos nesse trabalho e que possivelmente se expõem a riscos ocupacionais semelhantes ou ainda piores. Esse contexto não foi abordado nesse estudo.

A análise da incapacidade para o trabalho com duração inferior a dezesseis dias consecutivos não foi incluída nessa pesquisa. Para esses afastamentos, conforme legislação brasileira, não há concessão de benefício auxílio-doença e conseqüentemente não há registro no SUB. Ausências no trabalho por períodos mais curtos apresentam um quadro distinto dos afastamentos relacionados com incapacidade superior a 15 dias (90) e não foram objeto de estudo dessa pesquisa.

Outra limitação é que se trata de estudo baseado em banco de dados, que depende da qualidade do serviço médico no exame clínico e diagnóstico, e do correto registro das informações. Contudo, o Sistema Único de Benefícios (SUB) é uma grande base de dados previdenciária, sob uma única administração, com procedimentos padronizados no seu manuseio, e que oferece uma homogeneidade dos registros. Esses aspectos são favoráveis para estudos como esse.

## 7 CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu a análise do perfil do absenteísmo-doença dos carteiros no Brasil, em 2008, e reforça a importância desse tema na atualidade. A investigação constatou que as principais causas de afastamento nesse ramo de atividade foram os traumatismos, *doenças do sistema osteomuscular* e *transtornos mentais*. A prevalência de benefícios auxílio-doença nesse ramo de atividade esteve acima da média nacional, proporcionalmente maior para grupo dos benefícios por *transtornos mentais*.

Os traumas foram mais frequentes nas extremidades do corpo, principalmente nos membros inferiores, contrastando com resultados em outros ramos de atividade e no Brasil no geral. Traumatismos apresentaram maiores prevalências em jovens e no sexo masculino. As *doenças do sistema osteomuscular* e os *transtornos mentais* se associaram com o envelhecimento e com o sexo feminino.

Os estados brasileiros das regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores prevalências de BAD e houve uma menor vinculação do BAD com o trabalho em estados da região Nordeste; mostrando diferenças administrativas e socioculturais importantes entre os estados. A despesa mediana dos BAD para os trabalhadores do ramo de atividade *Correio* foi proporcional ao envelhecimento da população estudada.

Os BADs acidentários apresentaram maior duração, e possivelmente maior gravidade, quando comparados com os previdenciários. Essa maior duração dos BADs acidentários podem decorrer também da maior segurança empregatícia garantida aos trabalhadores quando do retorno ao trabalho.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Certamente, o meio mais eficaz para evitar o processo de adoecimento ocupacional é a prevenção. Estudos como esse oferecem a Seguridade Social, aos formuladores de políticas de saúde, profissionais de saúde ocupacional, sindicatos e empregadores algumas evidências epidemiológicas de pontos fracos, que podem ser corrigidos a fim de melhorar a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram que é necessária a aplicação de medidas preventivas mais eficazes no ramo de atividade *Correio*, em particular nas atividades operacionais, com investimento em melhores condições de trabalho no setor postal.

Inferese a necessidade de uma melhor estrutura de apoio, mais preparada e adaptada à realidade das cidades e vilarejos, no Brasil. Sugere-se uma maior disponibilidade e melhor manutenção de meios de transporte para entregas de pequeno e médio porte, como bicicletas, motos e vans; proporcional ao número de trabalhadores e quantidade de entrega realizada; além de adequado treinamento para seu uso.

Deve-se investir em segurança no ambiente de trabalho e na capacitação da equipe para prevenção de acidentes, particularmente em locais de risco como em aeroportos, onde são administradas grandes remessas de encomendas. Além disso, sugere-se treinamento para situações de riscos incomuns, porém não menos graves, como no caso de ações de bioterrorismo.

Em relação aos equipamentos de proteção individual; tais como vestimenta adequada ao clima, sapatos confortáveis, protetor solar e boné; o empregador deve oferecer, orientar e estimular o uso. Menos de 64% dos carteiros entrevistados em estudo prévio utilizavam o protetor solar, apesar da disponibilidade (83), o que sugere que é necessária uma melhor orientação quanto importância desses cuidados por parte da empresa.

É possível que mudanças no perfil de funcionamento dos *Correios* ou ainda que o ambiente de trabalho postal no Brasil exerçam influência no desenvolvimento de transtornos mentais. É necessário um estudo mais aprofundado sobre esse ramo de atividade e sua relação com situações clínicas adversas.

## 9 REFERÊNCIAS

1. O'Leary P, Dean D. International research project on job retention and return to work strategies for disabled workers; study report USA. Geneva: International Labour Office; 1998. Disponível em: <http://www.digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/159>
2. Ministério da Previdência Social (Brasil). Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2002.
3. Ministério da Saúde (Brasil); Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Mendes R. Conceito de Patologia do Trabalho. In: Mendes R [Org.]. Patologia do trabalho. 2ed. vol 1. São Paulo: Atheneu; 2005. 47-92.
5. International Labour Office. Decent work indicators: concepts and definitions: ILO manual. 1 ed v 1. Geneva: International Labour Office; 2012.
6. Von Celsing AS, Svardstudd K, Eriksson HG, et al. Determinants for return to work among sickness certified patients in general practice. BMC Public Health 2012 Dec;12:1077.
7. Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, et al. What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals. Scand J Work Environ Health 2011;37(6):481–93.
8. Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of work and non-work related disability claims in Brazil. American Journal of Industrial Medicine 2011;54(11):858-71.

9. Ministério da Previdência Social (Brasil). Auxílio-doença. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2009. Disponível em:

<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>

10. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. DOU, Brasília, 25.jul.1991. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm).

11. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, [Org.]. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi;1999. 431-56.

12. Ministério da Previdência Social (Brasil). Auxílio-doença acidentário. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2009. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=148>.

13. Reis P, Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R [Org.]. Patologia do trabalho. 2ed. vol 1. São Paulo: Atheneu; 2005. 231-322.

14. Australasian Faculty of Occupational Medicine. Workplace Attendance and Absenteeism. Sydney; 1999 Dec.

15. Gjesdal S, Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits: Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990–1995. European Journal of Public Health 2002;12:180-6.

16. Benavides GB, Benach J, Mira M, et al. Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. European Journal of Public Health 2003;14:51-5.

17. Morse T, Dillon C, Kenta-Bibi E, et al. Trends in work-related musculoskeletal disorder reports by year, type, and industrial sector: A capture-recapture analysis. *American Journal of Industrial Medicine* 2005; 48:40–9.
18. Yassi A, Gilbert M, Cvitkovich Y. Trends in injuries, illnesses, and policies in Canadian healthcare workplaces. *Canadian Journal of Public Health* 2005; 96:333–9.
19. Roelen CA, Koopmans PC, Hoedeman R, 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* 2009;19(6):625–30.
20. Voss M. *Work and Health. Epidemiological studies of sickness absence and mortality with special reference to work environment, factors outside work and unemployment. [medical dissertation] – Karolinska Institutet, National Institute for Working Life. Stockholm; 2002.*
21. Barbosa-Branco A, Albuquerque-Oliveira PR. Prevalência de incapacidade para o trabalho no setor saúde no Brasil, 2004. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva* 2011;5(1):235-50.
22. Barbosa-Branco A, Bültmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2012 Oct;28(10):1854-66.
23. Vieira ER, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Work disability benefits due to musculoskeletal disorders among Brazilian private sector workers. *BMJ Open* 2011 May;14;1(1).
24. Barbosa-Branco A, Ildefonso SAG. Prevalência e duração dos benefícios auxílio-doença decorrentes de asma no Brasil em 2008. *J Bras Pneumol* 2012;38(5):1-9.

25. Almeida PCA, Barbosa-Branco A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 2011;36(124):195-207.
26. Barbosa-Branco A, Mascarenhas FAN, Pena LGQ. Alcoolismo como fator de incapacidade para o trabalho: Prevalência de benefício auxílio doença no Brasil, 2007. *Com. Ciências Saúde* 2009;20(2):123–34.
27. International Labour Office; Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental health in the workplace: introduction and executive summaries for Finland, Germany, Poland and United States. Geneva: International Labour Office; 2000.
28. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, et al. Mental Disorders. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11766/>
29. Cooper C, Dewe P. Well-being – Absenteeism , Presenteeism, Costs and Challenges. *Occup Med (Lond)* 2008; 58(8):522-4.
30. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: A systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003 Jan;60(1):3-9.
31. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 2003;60:271-8.
32. Rael EG, Stansfeld SA, Shipley M, et al. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *J Epidemiol Community Health* 1995 Oct;49(5):474-81.

33. 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 Med* 2006 Aug; 4:19.
34. Steenstra IA, Verbeek JH, Prinsze FJ, et al. Changes in the incidence of occupational disability as a result of back and neck pain in the Netherlands. *BMC Public Health* 2006 Jul;6:190.
35. International Labour Organization; Giga SI, Hoel H, Cooper CL. Violence and Stress at Work in the Postal Sector. Working paper commissioned by the UN's International Labour Office. Geneva: International Labour Organization; 2003.
36. Ildefonso SA, Barbosa-Branco A, Albuquerque-Oliveira PR. Prevalence of temporary social security benefits due to respiratory diseases in Brazil. *J Bras Pneumol* 2009 Jan;35(1):44–53.
37. Guo HR, Chang YC, Yeh WY, Chen CW, Guo YL. Prevalence of musculoskeletal disorder among workers in Taiwan: A nationwide study. *J Occup Health* 2004 Jan;46(1):26-36.
38. Silverstein B, Welp E, Nelson N, Kalat J. Claims incidence of work-related disorders of the upper extremities: Washington state, 1987 through 1995. *Am J Public Health* 1998 Dec;88(12):1827-33.
39. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, et al. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health* 1994 Feb;84(2):190–6.
40. International Social Security Association. Who returns to work and why? Evidence and policy implications from a new disability and work reintegration study: A summary. Geneva: International Social Security Association Research Programme; 2002.

41. International Labour Organization; Mata-Greenwood A. Integrated framework for the measurement of working time. STAT Working Paper no. 92-2 International Labour Office. Geneva: International Labour Organization (ILO); 1992.
42. Soeren M, Aruna B, Bergamo G, et al. A review of methods to measure health related productivity loss. *Am J Manag Care* 2007;13:211-7.
43. Department for Work and Pensions (United Kingdom); Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. The Stationery Office (TSO); 2004.
44. World Health Organization; International Labour Organization; Harnois G, Gabriel P. *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Geneva: World Health Organization (WHO); International Labour Organization (ILO); 2000.
45. Kok R, Hoving JL, Verbeek JH, et al. Integrating evidence in disability evaluation by social insurance physicians. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37:494–501.
46. Conti DJ, Burton WN. The economic impacts of depression in a workplace. *Journal of Occupational Medicine* 1994;36(9):983-8.
47. Almeida, PCA. Prevalência, duração e despesa previdenciária da incapacidade temporária por acidentes do trabalho no Brasil. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília; 2011.
48. Barham C, Begum N. *Sickness absence from work in the UK*. Labour Market Trends. Office for National Statistics; 2005. Disponível em: [www.statistics.gov.uk/articles/labour\\_market\\_trends/sick\\_absence\\_Apr05.pdf](http://www.statistics.gov.uk/articles/labour_market_trends/sick_absence_Apr05.pdf)

49. Ministério da Previdência Social (Brasil). Saúde e Segurança Ocupacional. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2009. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=39>.

50. Oliveira-Albuquerque PR, Barbosa-Branco A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário NTEP, Fator Acidentário de Prevenção FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador. São Paulo – SP: LTR; 2008.

51. Ministério da Previdência Social (Brasil). Estatísticas. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2009. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=500>

52. Paoli P, Merllié D. Third European Survey on Working Conditions 2000. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2001.

53. Communication Workers' Union. Stress Survey. London: CWU, The Labour Research Department for the CWU; May 2001. Disponível em: [www.workstress.net/downloads/cwustress.pdf](http://www.workstress.net/downloads/cwustress.pdf)

54. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). Relatório Empresarial 2008. Disponível em: <http://www.correios.com.br/sobreCorreios/empresa/publicacoes/relatoriosEmpresariais/default.cfm>

55. Rossi EZ, Calgaro JCC, Melo VS. O trabalho dos carteiros no manuseio e entrega de correspondências. In: Mendes AM [Org.]. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. Cap 14.

56. Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). A Empresa – Quem somos [Internet]. Disponível em: <http://www.correios.com.br/sobreCorreios/empresa/quemSomos/default.cfm>

57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Classificação Nacional de Atividades Econômicas, versão 2.0 (CNAE 2.0). Resolução Concla 01/2006 publicada no Diário Oficial em 05/09/2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/classificacoes/cnae2.0/default.shtm>

58. Mc Clenney, MA. A study of the relationship between absenteeism and job satisfaction, certain personal characteristics, and situational factors for employees in a public agency. Applied Research Projects, Texas State University-San Marcos. Paper 241. Texas: 1992. Disponível em: <http://ecommons.txstate.edu/arp/241>

59. Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. DOU, Brasília, 7.maio.1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm)

60. Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS). Anexo à Resolução CNPS nº 1.101, de 16 de julho de 1998. Metodologia para Avaliação e Controle dos Acidentes de Trabalho. DOU, Brasília, 20.jul.1998. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/MPAS-CNPS/1998/1101.htm>

61. American Postal Workers Union. Stories of Abusive Postal Management and the Potential for Workplace Violence. American Postal Workers Union 2001. Disponível em: <http://www.apwu.org>.

62. Yoshimura N, Kinoshita H, Hori N, et al. Risk factors for knee osteoarthritis in Japanese men: a case-control study. Modern Rheumatology 2006 Fev; 16(1):24-9.

63. Wilks J, Davey P, Andrews G. Dog attack injuries: an emerging issue in workplace health and safety. Journal Occup Health Safety (Australia and New Zealand) 1994 Abr;10(4):359-62.

64. Wynne R, Clarkin N, Cox T, et al. Guidance on the prevention of violence at work. Luxembourg: European Commission DG-V; 1997.
65. International Labour Office (ILO). Note on the Proceedings: Tripartite Meeting on Employment, Employability and Equal Opportunities in the Postal and Telecommunications Services. Geneva: International Labour Organization (ILO); 2002.
66. Bell S. The reform of India post: Transforming a postal infrastructure to deliver modern information and financial services. World Bank, 2002.
67. United States Postal Service; Davis LM, Pollard M, Goulka J, et al. The role of the United States Postal Service in public safety and security: implications of relaxing the mailbox monopoly. United States: United States Postal Service; 2008.
68. United States Postal Inspection Service. Guide to Mail Center Security. Publication 166. March 2008. Disponible em: <http://about.usps.com/publications/pub166.pdf>.
69. United States Postal Services. How we're making the public and employees safe. USPS; 2001. Disponible em: [http://www.usps.com/news/2001/press/pr01\\_1023safe.htm](http://www.usps.com/news/2001/press/pr01_1023safe.htm)
70. Moncrieff J, Pomerleau J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. *J Public Health Med* 2000;22(1):59–67.
71. Cohidon C, Imbernon E, Goldberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *Am J Ind Med* 2009 Feb;52(2):141–52.
72. Torp S, Riise T, Moen BE. The impact of psychosocial work factors on musculoskeletal pain: a prospective study. *J Occup Environ Med* 2001 Feb;43(2):120-6.

73. Souza NSS, Santana VS. Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011 Nov;27(11):2124-34.
74. Andrea H, Beurskens AJHM, Metsemakers JFM, van Amelsvoort LGPM, et al. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med* 2003;60:295-300.
75. Ferreira JB, Mendes AM, Calgaro JCC. Situações de assédio moral a trabalhadores anistiados políticos de uma empresa pública. *Psicologia em Revista* 2006 dez; 12(16):215-33.
76. Von Bonsdorff ME, Kokko K, Seitsamo J, et al. Work strain in midlife and 28-year work ability trajectories. *Scand J Work Environ Health* 2011;37(6):455–63.
77. Laine S, Gimeno D, Virtanen M, et al. Job strain as a predictor of disability pension: The Finnish public sector study. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:24–30.
78. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002;325:57.
79. Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health* 2004;30:85–128.
80. Bekker MHJ, Rutte CG, Van Rijswijk K. Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Medicamento* 2009;14:405–18.

81. International Labour Office; Gabriel P. Mental Health in the Workplace: Situation Analysis: United States. Geneva: International Labour Office; 2000.
82. Dirks J, Remuzzi G, Horton S, et al. Diseases of the Kidney and the Urinary System. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11791/>
83. Rugo HS. Câncer. In: Current Medicina Diagnóstico e Tratamento, 2006. 45a ed. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editores. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006. p1535.
84. Filho VW, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R [Org.]. Patologia do trabalho. 2 ed. vol 2. São Paulo: Atheneu; 2005.1767-89.
85. Popim RC, Corrente JE, Marino JAG, et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. Cien Saude Colet 2008;13(4):1331-6.
86. Ilmarinen J, Tuomi K. Past, present and future of work ability. People and Work research reports. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. 2004;65:1–25.
87. Alavinia S, van den Berg TIJ, van Duivenbooden C, et al. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. Scand J Work Environ Health 2009;35:325–33.
88. Sell L, Bultmann U, Rugulies R, et al. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. Int Arch Occup Environ Health 2009;82:1133–8.

89. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absentéismo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008 Dez;13(2):2049-58.

90. Hemp P. Presenteeism: At Work – But out of it. *Harv Bus Rev.* 2004 Oct;82(10):49-58.

## **ANEXO A – RELAÇÃO DOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CAPÍTULOS DA CID-10)**

Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Capítulo II – Neoplasias (tumores)

Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários

Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas

Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais

Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso

Capítulo VII – Doenças do olho e anexos

Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide

Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório

Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório

Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo

Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo

Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário

Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério

Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal

Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas

Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas

Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade

Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Capítulo XXII – Códigos para propósitos especiais

## **ANEXO B – RELAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DA CID-10**

C00-C97 – Neoplasias malignas

D10-D36 – Neoplasias benignas

F10-F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F30-F39 – Transtornos do humor

F40-F48 – Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

I80-I89 – Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte

K40-K46 – Hérnias

M00-M25 – Artropatias

M40-M54 – Dorsopatias

M60-M79 – Transtornos dos tecidos moles

O20-O29 – Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

S40-S49 – Traumatismos do ombro e do braço

S50-S59 – Traumatismos do cotovelo e do antebraço

S60-S69 – Traumatismos do punho e da mão

S70-S79 – Traumatismos do quadril e da coxa

S80-S89 – Traumatismos do joelho e da perna

S90-S99 – Traumatismos do tornozelo e do pé

T90-T98 – Sequelas de traumatismos, de intoxicações e de outras consequências das causas externas

**ANEXO C – RELAÇÃO DAS CATEGORIAS DA CID-10**

- F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- F32 – Episódios depressivos
- F41 – Outros transtornos ansiosos
- F43 – Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
- I83 – Varizes dos membros inferiores
- K40 – Hérnia Inguinal
- M23 – Transtornos internos dos joelhos
- M51 – Outros transtornos de discos intervertebrais
- M54 – Dorsalgia
- M65 – Sinovite e tenossinovite
- M75 – Lesões do ombro
- S42 – Fratura do ombro e do braço
- S52 – Fratura do antebraço
- S62 – Fratura ao nível do punho e da mão
- S82 – Fratura de perna, incluindo o tornozelo
- S83 – Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho
- S92 - Fratura do pé (exceto do tornozelo)
- S93 – Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé