



CAPÍTULO 2

ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS LABORAIS POR ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E DELIRANTES NO ESTADO DO PIAUÍ

Carliane da Conceição Machado Sousa¹
Ana Livia Castelo Branco de Oliveira¹
Carla Danielle Araújo Feitosa¹
Márcia Astrês Fernandes¹

¹Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Absenteísmo; Previdência Social; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental.



INTRODUÇÃO

O processo produtivo encontra-se em ampla fase de reestruturação desde os anos 1990 até os dias atuais, fato decorrente da globalização e dos impactos causados pelas mudanças de valores no mundo moderno. Paralelo a isso, o perfil dos trabalhadores modificou-se, ocorrendo a intensificação do trabalho, em função do aumento do ritmo, das responsabilidades e da complexidade das tarefas. Por conseguinte, houve aumento do desemprego e do trabalho informal, além de alterações nas formas de trabalho e nos determinantes do processo saúde-doença (MARQUES *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o trabalho é um determinante social da saúde mental. A redução na produtividade, no desempenho, na possibilidade de trabalhar com segurança e a dificuldade em permanecer em um emprego são fatores que prejudicam o trabalho e a saúde mental dos indivíduos. A estimativa é de que cerca de 15% das pessoas adultas venham a ter um transtorno mental, em algum momento, afetando trabalhadores, empregadores e a economia (WHO, 2022).

Os transtornos mentais são condições que acometem crianças, adolescentes e adultos no mundo todo, caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e do humor, ou por alterações do comportamento, associadas à angústia expressiva e deterioração do funcionamento psíquico global (FERREIRA *et al.*, 2015). Eles afetam a produtividade das pessoas, a dinâmica da sociedade e o bem-estar, sendo necessário o diagnóstico precoce e preciso para que o tratamento possa ser efetivado e as consequências atenuadas. Tais transtornos têm se tornado objeto de estudos e de interesse público (PEROBELLI *et al.*, 2018).

No Brasil, os transtornos mentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, considerando a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, no período de 2012 a 2016. Desse modo, diante do impacto social ocasionado por estes transtornos, é imprescindível que a rede de saúde mental esteja estruturada para amparar e tratar seus usuários de maneira apropriada (BRASIL, 2017; GRILLO *et al.*, 2023).

Dentre os transtornos mentais mais frequentes, têm-se a esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos, que constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, porém caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto, sem prejuízo da capacidade intelectual; contudo, no decorrer do tempo, podem surgir prejuízos cognitivos (BRASIL, 2014; OMS, 2021).

A esquizofrenia, segundo a 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (WHO, 2021), trata-se de distúrbios nas diversas modalidades: pensamento (delírios, pensamentos desorganizados), percepção (alucinações), cognição (prejuízos na memória verbal e na atenção), autoexperiência, perda da motivação e alterações comportamentais. Tais sintomas precisam persistir por pelo menos um mês, não sendo manifestações de outra doença ou uso de alguma substância.

Considera-se ainda a esquizofrenia como uma das doenças mentais mais complexas, atingindo cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo, dos quais dois milhões são brasileiros, gerando custos maciços aos pacientes e aos sistemas de saúde (OMS, 2022). Apesar de sua prevalência ser relativamente baixa, o agravo vem apresentando tendência crescente, em especial nos países de baixa e média renda (CHARLSON *et al.*, 2018).

Ademais, possui curso variável: aproximadamente 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa; cerca de 30%, remissões incompletas e prejuízo parcial do funcionamento; e cerca de 30%, deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo. No que diz respeito ao diagnóstico, este en-



volve um conjunto de sinais e sintomas associados a uma disfunção social e ocupacional (SUGUYAMA *et al.*, 2016; PINHO & PEREIRA, 2015). Embora existam numerosas pesquisas, ela ainda é um mistério para muitos estudiosos devido ao tratamento, que ainda é inespecífico e varia de paciente para paciente (COSTA *et al.*, 2023).

A esquizofrenia caracteriza-se ainda como um transtorno de longa duração, no qual o indivíduo passa por períodos de crises e remissões, resultando na deterioração do doente e da família. Ademais, causa diversos danos e perdas nas habilidades, que vão desde a perda da habilidade de cuidar de si mesmo, trabalhar, se relacionar individual e socialmente, até a perda da capacidade de manter pensamentos completos (SILVA *et al.*, 2016).

Portanto, diante do número de profissionais afastados por conta desses transtornos mentais e da ausência de estudos científicos sobre esta questão em âmbito estadual, observou-se a necessidade de investigar tal problemática, tendo em vista o impacto econômico e social que esses afastamentos demonstram ao Estado e à família desses indivíduos. Diante disso, o estudo teve por objetivo analisar os afastamentos laborais por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes em trabalhadores do estado do Piauí.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, analítico, censitário, realizado no ano de 2018. Utilizou-se, para a coleta de dados, o banco de dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do município de Teresina, PI, Brasil, com vistas a caracterizar os afastamentos por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no triênio 2015–2017.

A população foi constituída por todos os dados de trabalhadores do Piauí que tiveram afastamento laboral registrado no banco de dados do INSS por auxílio-doença e aposentadoria devido à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Ressalta-se que, nesta população, foram identificados 1.165 afastamentos no ano de 2015, 1.612 afastamentos no ano de 2016 e 1.323 afastamentos em 2017.

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se: afastamento de trabalhadores por auxílio-doença e aposentadoria que apresentaram doenças do código F da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), variando de F20 a F29. E como critérios de exclusão: afastamentos de trabalhadores cujos dados estavam incompletos em relação às variáveis analisadas. Após aplicar os critérios de exclusão, a amostra foi composta por registros de 892 pessoas (afastadas) que se afastaram uma única vez ou duas vezes, totalizando 992 afastamentos.

A coleta dos dados se deu por meio de formulário produzido pelas pesquisadoras, com as variáveis relativas ao perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores, bem como aquelas referentes ao afastamento. Devido aos dados do sistema serem restritos, foram estabelecidas as seguintes variáveis: sexo; data de nascimento; idade; renda (a partir de um salário-mínimo); município de procedência; ramo da atividade; quantidade de afastamentos; tempo dos afastamentos; anos de concessão dos benefícios; e causas dos afastamentos, de acordo com a CID-10.

Inicialmente, os dados dos formulários foram digitados e armazenados em planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel, versão 10*). Posteriormente, a análise estatística foi realizada utilizando-se os programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e *BioEstat 5.0*. Os dados coletados foram descritos na forma de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão, e organizados em figura e tabelas.



Para comparação das médias de dias de afastamento segundo CIDs, aplicou-se o teste de ANOVA *pós-Tukey*. Para investigar a associação do tempo de afastamento (dias) e características sociodemográficas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de independência. Quando os pressupostos deste foram violados (célula com valor menor que cinco), empregou-se o teste G de independência. Para todos os testes, considerou-se como significativo $p < 0,05$.

A pesquisa teve autorização do INSS e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com Parecer de número 1.835.240, em 25/11/2016. Ademais, obedeceram-se a todos os princípios éticos e legais da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A partir dos registros analisados, identificou-se que a maioria era do sexo masculino (62,9%); 56,1% tinham entre 22 e 45 anos (média = 41,92; desvio-padrão = 10,6); renda entre um e dois salários-mínimos (95,9%); eram procedentes de outros municípios do Piauí (49,4%); exerciam suas atividades laborais em ambiente urbano (76,2%); e tiveram afastamento único no período estudado (88,8%), conforme a **Tabela 2.1**.

Tabela 2.1 Perfil epidemiológico da amostra incluída em estudo sobre afastamentos laborais por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no Piauí – Teresina, PI, Brasil, 2018

Variável	Categoria	Média±DP	N	(%)
Sexo	Masculino		561	62,9
	Feminino		331	37,1
	TOTAL		892	100
Faixa etária (anos)	18 a 21	41,92±10,6	6	0,7
	22 a 45		500	56,1
	46 a 60		324	36,3
	Mais de 60		62	7,0
	TOTAL		892	100
Renda (salários-mínimos)	1 a 2		855	95,9
	> 2		37	4,1
	TOTAL		892	100
Município de procedência	Teresina		390	43,7
	Outros municípios do Piauí		441	49,4
	Municípios de outros estados		61	6,8
	TOTAL		892	100
Ramo de atividade	Urbana		680	76,2
	Rural		212	23,8
	TOTAL		892	100
Afastamentos	Uma vez		792	88,8
	Duas vezes		100	11,2
	TOTAL		892	100

Legenda: DP – desvio padrão. **Fonte:** Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2018.

Com relação ao perfil dos afastamentos únicos, de acordo com a Tabela 2, o tempo de afastamento <167 dias foi a maioria (59,8%), sendo a média de dias $159,9 \pm 94,1$. O ano de 2016 (38,1%) contabilizou maior número de ocorrências em comparação a 2015 e 2017 (30,7% e 31,2%). Quanto ao tipo de afastamento, o auxílio-doença previdenciário foi o benefício mais concedido (76,5%) (**Tabela 2.2**).



Tabela 2.2 Perfil dos afastamentos únicos (n = 792) por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no Piauí. Teresina, PI, Brasil, 2018

Variável	Categoria	Média±DP	N	(%)
Tempo de afastamento (dias)	<167		366	59,8
	≥ 167	159,9±94,1	232	37,9
	Não informado		14	2,3
	TOTAL		612	100
Ano de ocorrência	2015		243	30,7
	2016		302	38,1
	2017		247	31,2
	TOTAL		792	100
Tipo de afastamento	Auxílio previdenciário		606	76,5
	Auxílio acidentário		6	0,8
	Aposentadoria invalidez		2	0,3
	Aposentadoria previdenciária		178	22,5
	TOTAL		792	100

Legenda: DP – desvio padrão. **Fonte:** Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2018.

No perfil dos afastamentos duplos ou de novos afastamentos (**Tabela 2.3**), o tempo de afastamento ≥ 167 dias foi a maioria (65,7%), sendo a média de dias $226,1 \pm 142,1$. Os anos de 2016 e 2017, sendo um afastamento em 2016 e um afastamento em 2017 (23,0%), contabilizaram maior número de ocorrências em comparação aos demais anos em questão, sendo eles isolados ou não. Quanto ao tipo de afastamento, dois auxílios-doença previdenciários seguidos foram o tipo de benefício mais concedido (35,0%).

Tabela 2.3 Perfil dos afastamentos duplos ou de novos afastamentos (n = 100) por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no Piauí. Teresina, PI, Brasil, 2018

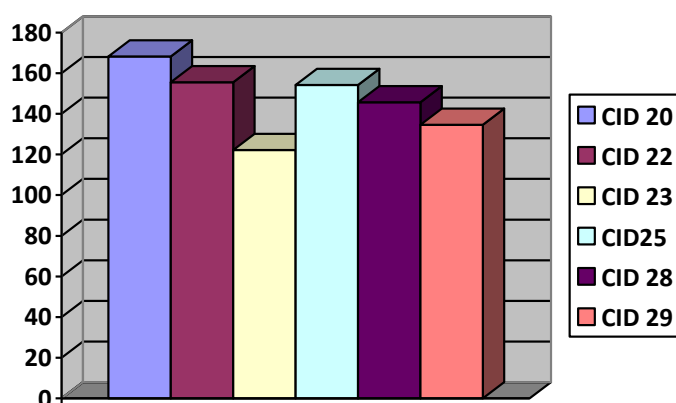
Variável	Categoria	Média±DP	N	(%)
Tempo de afastamento (dias)	<167		24	34,3
	≥ 167	226,1±142,1	46	65,7
	TOTAL		70	100
Anos de ocorrência dos afastamentos*	Dois em 2015		13	13,0
	2015 e 2016		15	15,0
	2015 e 2017		12	12,0
	Dois em 2016		18	18,0
	2016 e 2017		23	23,0
	Dois em 2017		19	19,0
	TOTAL		100	100
Tipo de afastamento	Auxílio previdenciário seguidos		35	35,0
	Auxílio previdenciário e outro acidentário		3	3,0
	Auxílio previdenciário seguido de aposentadoria		32	32,0
	Aposentadoria		30	30,0
	TOTAL		100	100

Legenda: DP – desvio padrão *Um mesmo trabalhador teve dois afastamentos que foram ou em anos iguais ou em anos diferentes. **Fonte:** Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2018.



Quando avaliada a média de dias de afastamento segundo CIDs, conforme a **Figura 2.1**, evidenciou-se a esquizofrenia (168,2 dias) e os transtornos esquizoafetivos (154,2 dias) como os de maior média de dias. Em contrapartida, o transtorno psicótico agudo e transitório (122,2 dias) e a psicose não orgânica não especificada (134,6 dias) foram os que tiveram menor média. Na comparação intergrupos, houve diferença estatisticamente significativa apenas entre esquizofrenia e transtorno psicótico agudo e transitório (168,2 *versus* 122,2; $p < 0,01$).

Figura 2.1 Média de dias de afastamento segundo CID – Teresina, PI, Brasil, 2018



Fonte: Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2018.

Nota: o eixo horizontal corresponde aos CIDs e o eixo vertical corresponde à média de dias de afastamento. CIDs: 20 – esquizofrenia; 22 – transtorno delirante persistente; 23 – transtorno psicótico agudo e transitório; 25 – transtornos esquizoafetivos; 28 – outros transtornos psicóticos não orgânicos; 29 – psicose não orgânica não especificada. Foram excluídos três afastamentos por transtorno esquizotípico (CID 21) devido à frequência $n < 5$. Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre grupos apenas entre os CIDs 20 e 23 (teste de ANOVA, pós-teste Tukey).

Procedendo com a análise bivariada para associação do tempo de afastamento e variáveis sociodemográficas, de acordo com a **Tabela 2.4**, evidenciou-se que a proporção relativa de trabalhadores do sexo masculino foi discretamente maior no afastamento prolongado (65,2% *versus* 60,2%). Do mesmo modo, a proporção relativa de pessoas na faixa etária de 18 a 21 anos e de 46 a 60 anos foi maior no grupo de afastamento prolongado. Observou-se uma proporção maior de trabalhadores com mais de dois salários-mínimos no grupo com afastamento prolongado em relação ao grupo com dias de afastamento abaixo da média (11,5% *versus* 10,3%). Embora tenham sido observadas tais diferenças entre esses grupos, elas não foram estatisticamente significativas, denotando que sexo ($p = 0,182$), idade ($p = 0,091$) e renda ($p = 0,626$) não tiveram associação com afastamento prolongado nesta amostra.

Houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,005$) entre ramo da atividade e afastamento prolongado. Apesar de ter prevalecido, em ambos os grupos, a presença de trabalhadores da zona urbana, houve maior proporção relativa de trabalhadores da zona rural no grupo com afastamentos prolongados (29,7% *versus* 20,3%), denotando que trabalhadores rurais passam mais tempo afastados de suas atividades do que aqueles da zona urbana.



Tabela 2.4 Análise bivariada para associação do tempo de afastamento (dias) e variáveis sociodemográficas. Teresina, PI, Brasil, 2018

		Tempo de Afastamento (dias)				
Variável	Categoria	<167		≥1677		p valor
		N	%	N	%	
Sexo	Masculino	234	60,2	182	65,2	
	Feminino	155	39,8	97	34,8	0,182 (q)
	TOTAL	389	100	279	100	
Idade (Anos)	18 a 21	1	0,3	4	1,4	
	22 a 45	256	65,8	163	58,4	
	46 a 60	115	29,6	100	35,8	0,091 (g)
	Mais de 60	17	4,4	12	4,3	
	TOTAL	389	100	279	100	
Renda (salários-mínimos)	1 a 2	349	89,7	247	88,5	
	Mais de 2	40	10,3	32	11,5	0,626 (q)
	TOTAL	389	100	279	100	
Ramo de atividade	Urbana	310	79,9	196	70,3	
	Rural	79	20,3	83	29,7	0,005* (q)
	TOTAL	389	100	279	100	

Legenda: (q) Teste de Qui-quadrado de independência, (g) Teste G de independência. (*) *p* valor estatisticamente significativo. **Fonte:** Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2018.

A esquizofrenia é considerada um grupo heterogêneo de síndromes, em que cada sujeito possui uma combinação única de sintomas e experiências de vida. Além das questões clínicas próprias da doença, há um histórico de isolamento social e negligência por parte das políticas públicas de saúde e do sistema normalizador vigente (SILVA & NASCIMENTO, 2019). Somado às demandas sociais desfavoráveis, comorbidades, isolamento social, desemprego e dependência do apoio financeiro contínuo, torna-se ainda mais difícil o alcance da independência dessas pessoas (ZAPATA *et al.*, 2016).

Ao tratar da associação entre gênero e esquizofrenia, a maior prevalência deste estudo deu-se entre a população masculina, o que corrobora o estudo realizado em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, que tratava do perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos em três Centros de Atenção Psicossocial, no qual a maioria dos pacientes com esquizofrenia era do sexo masculino (GRILLO *et al.*, 2023). Mundialmente, segundo revisão sistemática e meta-análise, a incidência dessa doença aparenta ser maior no sexo masculino, com razão de 1,4 em relação ao sexo feminino (CASTILLEJOS *et al.*, 2018). Contudo, possivelmente a incidência mais elevada para homens do que para mulheres constitui afirmações empíricas, visto que muitos estudos epidemiológicos não abordam rigorosamente a questão do gênero na esquizofrenia (SANTOS *et al.*, 2014).

Os fatores desencadeantes da esquizofrenia são multifatoriais, tendo como predisponentes a genética simultaneamente a fatores ambientais. Pode ser desencadeada por estresse ocupacional, por meio de cobranças excessivas, metas pré-estabelecidas e assédio



moral, o que pode repercutir tanto fisicamente quanto mentalmente (GARCIA *et al.*, 2013; QUEIRÓS *et al.*, 2019).

Com relação à idade dos afastamentos de forma geral, a prevalente na pesquisa em tela deu-se na faixa etária de 22 a 45 anos, o que ratifica o estudo de coorte retrospectivo realizado com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) sobre as características sociodemográficas e clínicas de usuários de antipsicóticos atípicos para esquizofrenia em todo o Brasil, evidenciando que a faixa etária mais afetada foi de 30 a 49 anos (FULANE *et al.*, 2023). Fato preocupante, pois, nesse período da vida, a maioria da população está ativamente inserida no mercado de trabalho.

A esquizofrenia pode ocorrer na infância, mas é extremamente rara antes da puberdade, tendo sua incidência rapidamente aumentada até meados dos anos 20 e antes da entrada nas seguintes décadas (JONES, 2013). Na faixa etária mais jovem (18 a 21 anos), pode-se observar uma maior proporção relativa de afastamento prolongado. Isso possivelmente está relacionado ao fato de o início precoce desta doença, juntamente com o seu caráter crônico, tornar-se um transtorno severo para a pessoa e para a sua família, acarretando um maior tempo de afastamento do trabalho (PATEL *et al.*, 2014).

Ao verificar a faixa de 46 a 60 anos, notou-se uma maior proporção relativa de afastamento prolongado. Esse dado corrobora a pesquisa realizada com trabalhadores dos Correios no Brasil em 2008. Tal estudo atribui um maior desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais ao estresse, grande carga horária, insatisfação, atividade repetitiva e solitária. Além disso, associa essa faixa etária a um afastamento demorado devido à própria atividade laboral desse profissional, ao envelhecimento e ao maior tempo de serviço (MASCARENHAS & BARBOSA-BRANCO, 2014).

Quanto à renda, os que recebem de um a dois salários-mínimos prevaleceram dentre os afastamentos de forma geral. Esses dados assemelham-se a uma pesquisa realizada no Maranhão, na qual a maioria dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial possuía como fonte de renda menos de um salário-mínimo. Devido a fatores como baixa escolaridade aliada às limitações dos problemas psicológicos, a dignidade e a qualidade de vida dessas pessoas são, geralmente, afetadas (SILVA *et al.*, 2018).

Em se tratando dos ramos de atividade, houve predomínio dos trabalhadores da zona urbana. Viver em ambientes urbanos tem afetado a saúde mental e o bem-estar dessas pessoas. Fatores como industrialização, elevado índice de desigualdade social, bem como altos índices de desemprego e criminalidade, predispõem ao estresse, mal-estar e adoecimento dessa população (DORNELAS *et al.*, 2019).

Embora a maioria tenha sido da zona urbana, pôde-se observar nesta pesquisa que os da área rural demandaram maior tempo de afastamento. Essa descoberta pode estar relacionada à carência de profissionais e de recursos materiais nessas áreas, o que acarreta diagnósticos tardios e, com isso, um mau prognóstico, gerando maior duração dos afastamentos por incapacidade laboral (CIRILO & DIMENSTEIN, 2017).

Dentre os transtornos responsáveis pelo afastamento, neste estudo se destacaram, em número de dias afastados, a esquizofrenia e os transtornos esquizoafetivos. Estudo realizado no Tocantins com servidores públicos federais apontou a esquizofrenia e os transtornos esquizotípicos e delirantes como as doenças que mais afastaram ($M = 2,20$ afastamentos/servidor; $DP = 1,64$) e as segundas causas de dias de afastamento ($M = 65,40$; $DP = 87,35$) (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Por outro lado, os que tiveram a menor quantidade de dias de afastamento foram os transtornos psicóticos agudos e transitórios, que consistem em perturbações de sensopercepções e alucinações que não possuem etiologia orgânica. Eles são desencadeados por



desorganização do comportamento, podendo estar relacionados a comportamentos agressivos, agitação psicomotora, além de intoxicação por substâncias psicoativas e síndrome de abstinência alcoólica (SOUZA, 2014).

Estudo realizado em 2017 no Centro de Atenção Psicossocial na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais identificou que, dentre as principais situações em que os pacientes em surto psicótico eram admitidos, estavam: gravidez, nascimento recente do filho, separações entre cônjuges, perda da guarda dos filhos, casamentos dos filhos, uso de drogas por familiar, perda de parentes próximos, começo de relacionamento, perda do emprego, traição conjugal, dificuldades relacionadas à identidade sexual, instabilidade financeira, patologias de parentes próximos, alistamento militar, abuso sexual, mudança de religião, tentativa de suicídio de conhecidos ou familiares, falta de adaptação a lugares novos, separação dos pais e problemas relacionados à adoção (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A presente pesquisa apresentou afastamentos duplos ou de novos afastamentos com média de dias maior do que o afastamento único, o que corrobora a pesquisa realizada com 6.934 funcionários municipais de Helsinque, na Finlândia, a qual constatou que uma ausência prévia aumenta o risco de novos episódios de ausência por doença e, com isso, há maior tempo de afastamento (LAAKSONEN *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

Conclui-se, por meio deste estudo, que os afastamentos por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes possuem implicações econômicas e sociais que aumentam a necessidade de aplicar medidas efetivas para diminuir sua incidência e amenizar suas consequências, tendo em vista o quantitativo de dias de afastamentos em que o indivíduo fica sem trabalhar, ou seja, sem produzir para a sociedade. Além disso, por serem doenças inveteradas, é necessário que sejam disseminadas atividades de reintegração não somente no meio social, mas também no laboral.

Portanto, a discussão sobre os afastamentos laborais contribui para o aprofundamento dessa temática, a fim de que conhecimentos sejam agregados para dar suporte a novas pesquisas e direcionamentos para as políticas públicas de saúde, voltadas para a promoção da saúde de trabalhadores acometidos por transtornos mentais, em especial a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e delirantes, com consequente redução do número de afastamentos ou do período de afastamentos. Apesar disso, a pesquisa apresenta limitações que se referem à ausência, pelo Sistema de Informações do INSS, do fornecimento das categorias profissionais, além do seu delineamento transversal.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, L. M. C.; GODOY, E. F. M.; BOTTI, N. C. L. Situaciones presentes en la crisis de pacientes psicóticos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 69, n. 2, p. 138-152, 2017.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017. Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: 2017. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2025.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia. Brasília: 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2025.
4. CASTILLEJOS, M. C.; MARTÍN-PÉREZ, C.; MORENO-KÜSTNER, B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychological Medicine*, v. 48, n. 13, p. 2101-2115, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291718000235>.
5. CHARLSON, F. J. *et al.* Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, v. 44, n. 6, p. 1195-1203, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>.
6. CIRILO, M.; DIMENSTEIN, M. Saúde mental em contextos rurais: o trabalho psicossocial em análise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, p. 461-474, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982370300254-2016>.
7. COSTA, M. A. S. G. *et al.* Esquizofrenia: perspectivas atuais acerca do diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 1, p. 61-71, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-007>.
8. DORNELAS, L. T. S. *et al.* Fatores socioeconômicos e esquizofrenia nas regiões brasileiras. *Revista Científica Online*, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2019.
9. FERREIRA, R. C. *et al.* Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, p. 135-155, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00042>.
10. FULONE, I.; SILVA, M. T.; LOPES, L. C. Uso de antipsicóticos atípicos no tratamento da esquizofrenia no Sistema Único de Saúde do Brasil: estudo de coorte, 2008-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, p. e2022556, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300015>.
11. GARCIA, L. L. N.; CONCEIÇÃO, M. N.; SILVA, M. O. Distúrbios Mentais e Comportamentais no Serviço Público—Experiência na Unidade SIASS—SFA/MAPA—Belém—Pará. *COGNITIO/PÓS-GRADUAÇÃO UNILINS*, n. 1, 2013.
12. GRILLO, L. P. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários dos centros de atenção psicossocial no sul do Brasil. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 5, p. 2583-2600, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-028>.
13. JONES, P. B. Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, v. 202, n. s54, p. s5-s10, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>.
14. LAAKSONEN, M.; HE, L.; PITKÄNIEMI, J. The durations of past sickness absences predict future absence episodes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 55, n. 1, p. 87-92, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e318270d724>.
15. MARQUES, D. O. *et al.* Absenteeism—illness of the nursing staff of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 876-882, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167.2015680-516i>.



16. MASCARENHAS, F. A. N. & BARBOSA-BRANCO, A. Work-related disability among postal employees: incidence, duration, and social security costs in 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 1315-1326, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00166512>
17. OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, p. 156-169, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000092614>.
18. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Transtornos mentais. Geneva: 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 12 dez. 2025.
19. PATEL, K. R. *et al.* Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, v. 39, n. 9, p. 638, 2014.
20. PEROBELLI, A. O. *et al.* Diretrizes clínicas em saúde mental. Vitória (ES): Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>.
21. PINHO, L. M. G.; PEREIRA, A. M. S. Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 14, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0101>.
22. QUEIRÓS, T. P. *et al.* Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa*, v. 32, n. 1, p. 70-77, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>.
23. SANTOS, A. E. *et al.* Communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Revista CEFAC*, v. 16, p. 1283-1293, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620140913>.
24. SILVA, A. M. *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688/u2016v13n30e688>.
25. SILVA, A. P. *et al.* “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, p. 2-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i1/5517>.
26. SILVA, A. S. S. *et al.* Prevalência de doenças infecciosas em usuários de Centro de Atenção Psicossocial de Caxias, MA. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 1, p. 137-144, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.137-144>.
27. SOUZA, P. H. Emergência Psiquiátrica: contexto, condutas, escuta e compreensão para um atendimento diferenciado. *Psychiatry on line Brasil*, 2013. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano17/art0317-2.pdf>.
28. SUGUYAMA, P.; BUZZO, L. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Desvelando a vivência da equipe multiprofissional no cuidar do paciente esquizofrênico. *Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 1, p. 65-71, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n1p65-71>.
29. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. p. 1-40. Geneva: 2021 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 12 dez. 2025.
30. WHO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ICD-11 Application Programming Interface (API). Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/icdapi/>. Acesso em: 12 dez. 2025.
31. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and Climate Change: Policy Brief; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045125>. Acesso em 12 dez. 2025.
32. ZAPATA, E. T. *et al.* Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, v. 45, n. 2, p. 118-123, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2033.15.07.002>.