

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM AÇÕES PREVIDENCIÁRIAS CONTRA O INSS NA JUSTIÇA FEDERAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO

ASSESSMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN ACTIONS AGAINST SOCIAL SECURITY INSS IN FEDERAL COURT OF SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO PAULO

Resumo

Foram estudados os transtornos psiquiátricos em ações previdenciárias contra o INSS em uma vara federal de São José dos Campos no período de um ano a fim de conhecer as patologias de maior prevalência e o perfil profissional de quem busca a justiça para auxílio previdenciário e aposentadoria. Um perfil sociológico bem definido se sobressaiu na pesquisa, sugerindo que transtornos afetivos em homens adultos com fracos elos psicossociais é causa frequente de incapacidade laboral e social.

Palavras-chave: perícia médica, previdência, transtornos mentais.

Abstract

The present study evaluated psychiatric disorders among patients who claimed for social security insurance in São José dos Campos – SP (Brazil), for the period of one year, in order to investigate the most common pathologies among those. A well-defined sociological profile was recognized on this study, suggesting that affective disorders in adult men with poor psychosocial links are frequent cause of occupational and social disability.

Keywords: medical expertise, social security, mental disorders.

Introdução

A Perícia Médica Previdenciária (contra o INSS) tem como finalidade subsidiar a autoridade judiciária acerca de diagnósticos que constatem no requerente de ações previdenciárias o direito aos benefícios assistenciais ou previdenciários (comuns ou acidentários) previstos em lei. O perito judicial, profissional nomeado diretamente pelo juiz, faz uso de suas atribuições por força da lei 3268/57 do artigo 3º, resolução cfm nº 1.627/2001 e resolução do CREMESP 126 de outubro de 2005.

A perícia médica é realizada por profissional da medicina. Os experts médicos, especialistas nas mais diversas áreas como psiquiatria, cardiologia, etc., são legalmente habilitados para informar e esclarecer alguma autoridade sobre fato próprio de sua especificidade funcional, no interesse da Justiça¹.



A atuação médica em perícia médica já é regulamentada quanto aos seus aspectos éticos e de exercício profissional por Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina, onde está disposta sua vinculação exclusiva aos médicos. Estas normas estão inseridas no próprio Código de Ética Médica na Resolução do CFM nº 1.246/88 que tem força de Lei².

Conceitos gerais sobre incapacidade e capacidade laboral

A Previdência Social brasileira define invalidez como a incapacidade do segurado para o trabalho, resultante de doença ou lesão, e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência³. Para Freire⁴, as dimensões física, psicológica, social e espiritual e uma boa qualidade de vida implica em um indivíduo autônomo e independente, com boa saúde física, com senso de significado pessoal, desempenhando papéis sociais e permanecendo ativo.

Segundo trabalhos da literatura, incapacidade laboral é a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, para o qual o examinado estava previamente habilitado e em exercício⁵.

A definição de incapacidade engloba alguns aspectos. A patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade⁶. O risco de vida para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível².

A existência de doença ou lesão não significa incapacidade. Várias pessoas portadoras de doenças bem definidas (como diabetes, hipertensão arterial, etc.) ou lesões (sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais) podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento e este agravamento, seja de natureza anatômica, ou funcional, ou de esfera psíquica, que impeçam o desenvolvimento da atividade, aquelas doenças de lesões não incapacitantes podem se tornar incapacitantes^{2,7}.

Nagi⁸ classifica três dimensões do desempenho que são conceitualmente e analiticamente separáveis: a física, a mental e a emocional. O desempenho físico se refere à função

sensorio-motora do organismo, indicado por limitações em atividades como andar, subir, ajoelhar, alcançar, ouvir, etc. O desempenho emocional se refere à efetividade psicológica de uma pessoa em lidar com o estresse da vida e pode se manifestar por meio da ansiedade e de uma variedade de sintomas psicológicos. O desempenho mental denota uma variedade de capacidades intelectuais e racionais dos indivíduos, que geralmente são mensuradas por meio de testes de resolução de problemas como o Quociente de Inteligência (QI).

Segundo o autor, a incapacidade significa a inabilidade ou a limitação no desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas ao trabalho, à família e à vida independente. Ao contrário dos indicadores de desempenho, os indicadores de incapacidade podem ser encontrados nas características individuais e nos requisitos dos papéis sociais em questão. Os mesmos tipos e graus de limitações no desempenho do organismo podem levar a diversos tipos e graus de incapacidade⁸.

A avaliação pericial pressupõe a constituição de um código interpretativo constituído de princípios ordenadores de julgamento. Essa matriz interpretativa depende da forma peculiar de atuação e inserção social do profissional. Sendo assim, a decisão (ou julgamento) não pode ser pensada independentemente das influências políticas de uma prática social⁹.

Para Gomes⁵, a capacidade laborativa é a relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las. O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada^{5,7,10}. A terminologia utilizada deve contribuir para maior proximidade entre as pessoas, favorecendo a comunicação e possibilitando a construção de pontes culturais, conforme a sugestão de Fernald e col.¹¹.

Quanto ao grau, a incapacidade pode ser parcial ou total: O médico perito considerará como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho da atividade, sem risco de vida ou agravamento maior, e que seja compatível com a percepção do salário aproximado daquele que o interessado auferia antes da doença ou do acidente, a incapacidade total é a que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média

de rendimento alcançada, em condições normais pelos trabalhadores da categoria do examinado⁷.

Quanto à duração, a incapacidade pode ser temporária ou permanente: Considera-se temporária a incapacidade para a qual pode se esperar recuperação dentro de prazo previsível; e incapacidade permanente é aquela insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis⁵.

Quanto à profissão, a incapacidade laborativa pode ser uniprofissional, ou seja, aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica; multiprofissional, em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais e omniprofissional, que implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório¹⁰.

A incapacidade em um determinado papel não significa, necessariamente, incapacidade em outro. Nem todas as pessoas incapacitadas para trabalhar requerem assistência na vida diária; por sua vez, nem todas as pessoas que precisam de assistência nas atividades diárias são incapacitadas para o trabalho⁸.

O código internacional de doenças (CID-10)¹² é usado para uniformização da linguagem médica e permite que estes profissionais se comuniquem sobre o nível de comprometimento que uma doença ou distúrbio acarreta para o periciando. Considerando os estudos de vários autores¹³, a integração entre os conceitos, com relação aos níveis de manifestação, pode ser esquematizada como na figura 1.

“O momento no qual a pessoa em crise vem a ser objeto de atenção pode ser identificado como o ponto de simplificação máxima da relação. Por um lado, o sujeito, para se manifestar, já veio simplificando progressivamente a complexidade de sua existência sofrida, reduzindo-a a um certo número de sintomas; por outro lado, o serviço, seja qual for, se equipou, como por um efeito de espelho, para perceber e reconhecer esses sintomas que se apresentam como modelo de simplificação ulterior” Dell'Acqua e Mezzina¹⁴.

Vale ressaltar que a incapacidade psiquiátrica está tratando de homens e mulheres cuja complexidade existencial não se reduz a um conjunto de sintomas clínicos¹⁵.

Aspectos epidemiológicos dos transtornos psiquiátricos e benefícios previdenciários

Revisando a literatura que discute as questões referentes aos aspectos epidemiológicos e sociais que envolvem a política previdenciária nacional, analisando os benefícios concedidos por incapacidade temporária, Possas¹⁶ encontrou os transtornos neuróticos, síndrome de dependência do álcool, outras psicoses não orgânicas e a psicose esquizofrênica como responsáveis por cerca de 10% do total de benefícios concedidos^{15,16}. Quando ainda levou em conta a epilepsia (1%), a psicose alcoólica (0,7%) e as psicoses afetivas (0,5%), esse total se elevou, no ano referido, para 12% dos benefícios considerados¹³. Outros diagnósticos psiquiátricos frequentes foram depressão, ansiedade e neurose^{18,19,20}.

Além desses agravos, verifica-se também um número igualmente crescente de indivíduos com distúrbios de interação social que são jovens, desempregados e sem perspectivas de trabalho, desprotegidos do sistema de seguro social, frequentemente com experiências com a justiça criminal e/ou agências de tratamento de toxicômanos²¹.

Em serviços de neurologia, a somatização também foi amplamente encontrada, chegando a 18% no sexo feminino. Pacientes com sintomas somatoformes representam uma importante carga econômica para os serviços de saúde e Previdência Social²⁰.

Martinez⁸ refere que a incidência anual de distúrbios neuropsicológicos persistentes é de 370 por 100.000, portanto muito maior que a incidência de esquizofrenia.

Segundo Ramos e Bertolote²², a prevalência da síndrome de dependência de álcool mais o abuso do álcool (ou ingestão patológica) têm sido estimados em torno de 5 a 10% da população adulta, o que compreenderia 3,5 a 7 milhões de pessoas. Os autores demonstram que 40% das consultas prestadas pelo ministério da Previdência Social foram para pacientes com abuso de álcool, sendo o alcoolismo isoladamente a oitava causa de requerimento de concessão de auxílio-doença.

Objetivo e metodologia

Este trabalho tem por objetivo avaliar os Transtornos psiquiátricos e a correlação entre eles e a incapacidade profissional em uma população que recorreu à Justiça Federal de São José dos Campos. A pesquisa foi realizada conforme as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

realizados na 3ª Vara da Justiça Federal de São José dos Campos e os diagnósticos seguiram a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID – 10). Não houve entrevista com os participantes e seus nomes foram mantidos em sigilo. Apenas os laudos foram utilizados na coleta dos dados.

Foram avaliados 198 laudos psiquiátricos realizados no período de um ano (2009), por perito judicial nomeado pelo juiz coordenador da III Vara Federal e do Fórum da Justiça Federal de São José dos Campos e da respectiva Vara, com autorização formal do Juiz titular da Vara, Renato Barth Pires.

Os dados biopsicossociais (idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão) e clínicos (diagnóstico psiquiátrico pela CID-10, patologias clínicas associadas e tratamentos) foram obtidos de cada indivíduo através

das anotações do próprio laudo, e não foram realizadas entrevistas com os indivíduos. Todas as informações do trabalho foram realizadas através dos prontuários (laudos).

Utilizamos o software Minitab 4.0 para análise dos dados. Nas análises inferenciais fixamos o erro alfa em $p = 0,05$.

Resultados e discussão

A amostra ($n = 198$) foi equilibrada em relação ao sexo (52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino), estado civil (53% casados, 47% solteiros) e filhos (51% com filhos, 49% sem filhos). O grau de instrução prevalente foi o fundamental (59%), os graus médio e o universitário corresponderam, respectivamente, a 9% e 12% da amostra. A maioria dos requerentes (aproximadamente dois terços) tinha idade abaixo dos 50 anos (69%).

Na amostra estudada as patologias mais prevalentes pertenciam à categoria F30-39 (50%) da CID-10, e secundariamente à categoria F40-48 (16,7%) que somaram aproximadamente 67% da amostra, dois terços do total. A figura 1 mostra a distribuição das categorias dos diagnósticos nas perícias, proporções que se mantinham mais ou menos as mesmas tanto para o grupo masculino quanto para o feminino. 63% da amostra apresentaram patologias clínicas associadas às suas patologias psiquiátricas (hipertensão, diabetes, cardiopatias, etc.).

A tabela 1 mostra os números de periciados segundo a categoria de sexo e tipo de incapacitação, usando como idade de corte 50 anos, pois dois terços dos periciados estão abaixo desta idade. Não houve diferenças significativas entre as proporções de incapacitados laborais e civis no grupo dos homens ou das mulheres, acima ou abaixo do 50 anos. Entretanto, quando essas condições foram comparadas entre homens e mulheres obtivemos os seguintes resultados:

- Abaixo dos 50 anos: a proporção de incapacitados era significativamente maior para os homens, tanto para incapacidade laboral ($X^2, p = 0,0002$) quanto para incapacidade civil ($X^2, p = 0,0031$);
- Acima dos 50 anos: não houve diferenças significativas para nenhuma dessas categorias ($X^2, p = 0,4001$ e $p = 0,9778$, respectivamente).

Percebe-se que homens abaixo de 50 apresentam significativa proporção de incapacitação em relação às

Idade de corte	Tipo de Incapacidade	Casos*	Homens	Mulheres
>50	Laboral	Sim Não Temporária	55 2 21	23 1 35
	Civil	Sim Não	49 29	22 37
<50	Laboral	Sim Não	15 1 8	18 7 10
	Civil	Sim Não Temporária	9 15	13 22

- S = sim, N = não, T = temporária

Os dados do trabalho foram obtidos de laudos periciais realizados na 3ª Vara da Justiça Federal de São José dos Campos e os diagnósticos seguiram a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID – 10). Não houve entrevista com os participantes e seus nomes foram mantidos em sigilo. Apenas os laudos foram utilizados na coleta dos dados.

Foram avaliados 198 laudos psiquiátricos realizados no período de um ano (2009), por perito judicial nomeado pelo juiz coordenador da III Vara Federal e do Fórum da Justiça Federal de São José dos Campos e da respectiva Vara, com autorização formal do Juiz titular da Vara, Renato Barth Pires.

Os dados biopsicossociais (idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão) e clínicos (diagnóstico psiquiátrico pela CID-10, patologias clínicas associadas e tratamentos) foram obtidos de cada indivíduo através das anotações do próprio laudo, e não foram realizadas entrevistas com os indivíduos. Todas as informações do trabalho foram realizadas através dos prontuários (laudos).

Utilizamos o software Minitab 4.0 para análise dos dados. Nas análises inferenciais fixamos o erro alfa em $p = 0,05$.

Resultados e discussão

A amostra ($n = 198$) foi equilibrada em relação ao sexo (52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino), estado civil (53% casados, 47% solteiros) e filhos (51% com filhos, 49% sem filhos). O grau de instrução prevalente foi o fundamental (59%), os graus médio e o universitário corresponderam, respectivamente, a 9% e 12% da amostra. A maioria dos requerentes (aproximadamente dois terços) tinha idade abaixo dos 50 anos (69%).

Na amostra estudada as patologias mais prevalentes pertenciam à categoria F30-39 (50%) da CID-10, e secundariamente à categoria F40-48 (16,7%) que somaram aproximadamente 67% da amostra, dois terços do total. A figura 1 mostra a distribuição das categorias dos diagnósticos nas perícias, proporções que se mantinham mais ou menos as mesmas tanto para o grupo masculino quanto para o feminino. 63% da amostra apresentaram patologias clínicas associadas às suas patologias psiquiátricas (hipertensão, diabetes, cardiopatias, etc.).

A tabela 1 mostra os números de periciados segundo a categoria de sexo e tipo de incapacitação, usando como

idade de corte 50 anos, pois dois terços dos periciados estão abaixo desta idade. Não houve diferenças significativas entre as proporções de incapacitados laborais e civis no grupo dos homens ou das mulheres, acima ou abaixo do 50 anos. Entretanto, quando essas condições foram comparadas entre homens e mulheres obtivemos os seguintes resultados:

- Abaixo dos 50 anos: a proporção de incapacitados era significativamente maior para os homens, tanto para incapacidade laboral ($X^2, p = 0,0002$) quanto para incapacidade civil ($X^2, p = 0,0031$);
- Acima dos 50 anos: não houve diferenças significativas para nenhuma dessas categorias ($X^2, p = 0,4001$ e $p = 0,9778$, respectivamente).

Percebe-se que homens abaixo de 50 apresentam significativa proporção de incapacitação em relação às mulheres.

Para conhecer melhor os perfis da amostra usamos as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, filhos, história familiar, tipo de incapacidade, patologia clínica associada e tratamento, obtidas nas fichas dos periciados, para uma análise multivariada. A variável “tratamento” foi excluída dado que ocorreu em todos os casos (portanto, sem variância), e também a variável escolaridade foi removida por ter se mostrado irrelevante para as conclusões.

Uma análise de correspondência múltipla (ACM) foi realizada em duas dimensões para estudar o comportamento das variáveis “incapacidade laboral” (Figuras 2) e “incapacidade civil” (Figura 3). Como já tínhamos verificado que essas variáveis eram em grande parte superpostas, os resultados foram semelhantes para ambos os casos. Verificando os gradientes das variáveis associadas no gráfico nomeamos a dimensão 1 (onde espalham-se as variáveis filhos/estado civil/incapacidade) subjetivamente como “grau de envolvimento familiar”, e a dimensão 2 (onde espalham-se história familiar/sexo/idade) como “grau de envolvimento social”. Essas denominações não são definitivas e representam os aspectos mais evidentes da amostra no plano da análise. A Figura 4 mostra essas variáveis e também a relação dos quadrantes da ACM e seus respectivos significados dentro do marco conceitual por nós adotado.



A ACM mostrou haver um perfil claro de incapacitados (tanto civil quanto laborativa) na amostra, em que predominavam homens solteiros, com menos de 50 anos e sem condições clínicas associadas, cujas características são dadas no quadrante Q3 da figura 4. Este perfil contrasta com aquele que caracterizou os não incapacitados, em que predominavam mulheres casadas, com mais de 50 anos, com condições clínicas associadas cujas características estão assinaladas no quadrante Q4 da figura 4.

Conclusões

A coorte de periciados considerados Incapazes para o trabalho e para vida civil nas perícias previdenciárias de uma Vara federal, no período do nosso estudo, tinha como perfil indivíduos masculinos com pouco envolvimento social e familiar (solteiros, sem filhos). A maioria apresentou transtornos de humor e os achados encontrados em nossa análise sugerem que indivíduos adultos, com menos de 50 anos, com fracos laços sociais, são psicossocialmente mais vulneráveis a este grupo de transtornos psiquiátricos.

Figuras e legendas

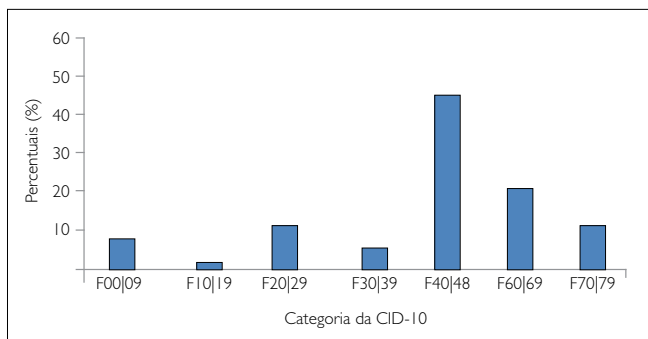


Figura 1. Distribuição dos transtornos mentais e do comportamento diagnosticados na amostra de periciados.

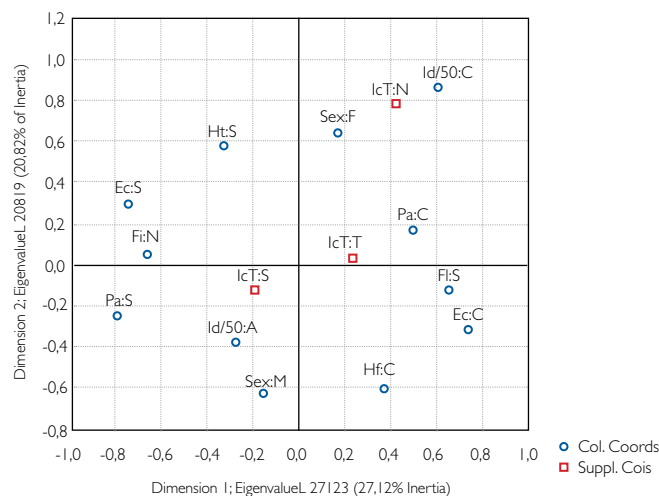


Figura 2. Análise de correspondência múltipla para os casos de incapacidade laboral (trabalhista). Veja também a figura 4. Note que no quadrante Q3 (inferior esquerdo) concentra o grupo com incapacidade declarada na perícia: na maioria homens com menos de 50 anos, solteiros, sem filhos, sem outras doenças. No quadrante Q4 (inferior direito) concentram-se aqueles que não foram declarados incapazes, predominando mulheres com mais de 50 anos, casadas, com filhos, apresentando outras condições clínicas. As siglas significam: Fi – filhos; Ec – estado civil; Hf – história familiar; Pa – patologia associada; Sex – sexo; IcT – incapacidade trabalho (laborativa); IcC – incapacidade civil; Id/50A – idade < 50; Id/50C – idade > 50.

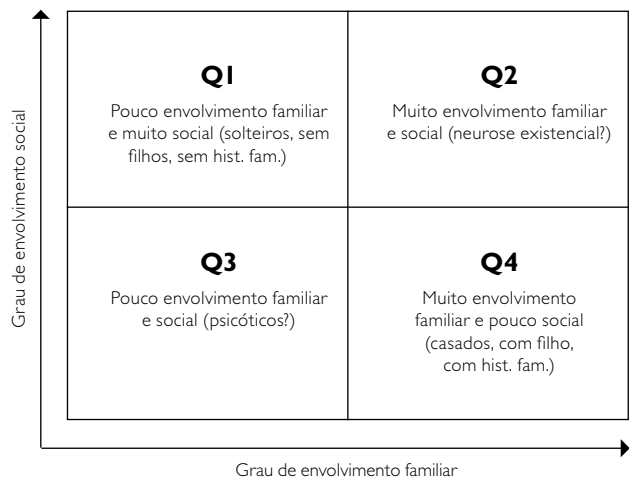
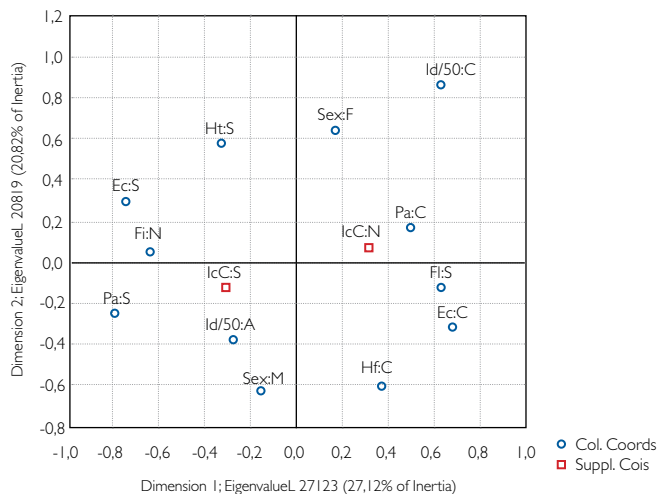


Figura 3. Análise de correspondência múltipla para os casos de incapacidade civil. Veja também a figura 4. Note que no quadrante Q3 (inferior esquerdo) concentra o grupo com incapacidade declarada na perícia: na maioria homens com menos de 50 anos, solteiros, sem filhos, sem outras doenças. No Figura 3. Análise de correspondência múltipla para os casos de incapacidade civil. Veja também a figura 4. Note que no quadrante Q3 (inferior esquerdo) concentra o grupo com incapacidade declarada na perícia: na maioria homens com menos de 50 anos, solteiros, sem filhos, sem outras doenças. No quadrante Q4 (inferior direito) concentram-se aqueles que não foram declarados incapazes, predominando mulheres com mais de 50 anos, casadas, com filhos, apresentando outras condições clínicas. As siglas significam: Fi – filhos; Ec – estado civil; Hf – história familiar; Pa – patologia associada; Sex – sexo; IcT – incapacidade trabalho (laborativa); IcC – incapacidade civil; Id/50A – idade < 50; Id/50C – idade > 50.

Figura 4. Esquema da análise de correspondência usada neste trabalho. As dimensões 1 e 2 estão nomeadas nos eixos horizontal e vertical, respectivamente, e o significado dos quadrantes indicados (ver texto e figuras 2 e 3).

Agradecimentos

A Renato Barth (Juiz coordenador do Fórum da Justiça federal de São José dos Campos da 3 região).

Correspondência:

Márcia Gonçalves
margonps@yahoo.com.br

Trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Taubaté – Conep e não apresenta conflitos de interesse ou fonte de financiamento.

Referências bibliográficas

- ¹ Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.627/2001. 2001 [acessado em 28.08.2010]. Disponível em: pnnass.datasus.gov.br/documentos/normas/89.pdf.
- ² Atkinson D. Language terminology across time and space: changing labels in the United Kingdom. *Annals of The 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*; Helsinki, 1996, p. 61.
- ³ Brasil. Decreto n. 3.048 de 6 de maio 1998. *Diário Oficial da União*; Brasília, 1999 [acessado em 11.06.2005]; Seção 1:50-108. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>.
- ⁴ Freire SA. Educação permanente e qualidade de vida na velhice: Meta e desafio na atualidade. III Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, SBGG, Santos, São Paulo, 2003.
- ⁵ Gomes MM. Epilepsy and labor incapacity; *J. Epilepsy Clin. Neurophysiol.* 2009; 15:130-4.
- ⁶ Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2008; 13: 1199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
- ⁷ Badley EM. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disabil Rehabil.* 1993; 15:161-78.
- ⁸ Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem. Fund.* 1976; 54: 493-67.
- ⁹ Melo MP; Assuncao AA. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2003; 13: 343-65. [acessado em 23.04.2010]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=en&tlnq=pt. 10.1590/S0103-73312003000200007.
- ¹⁰ Hutchison T. The classification of disability. *Arch Dis Child.* 1995; 73:91-3.
- ¹¹ Fernald CD, Atkinson D, Keynes M, Hutchison T. Disability language preferences: towards some universal, culture free principles. *Annals of The 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities.* Helsinki; 1996, p. 61.
- ¹² Organização Mundial da Saúde. CID-10: Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Porto Alegre: Sagra; 1976.
- ¹³ Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MI, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34: 97-103. [acessado em 29.08.2010]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017&lng=en&nrm=i so>. access on 17 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000100017>.
- ¹⁴ Dell'acqua G, Mezzina R. Réponse à la crise, stratégies et intentions de l'intervention dans le service psychiatrique territorial. *Perspectives.* 1991;18:7.
- ¹⁵ Freitas FFP. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública.* 1998; 14: 93-106.
- ¹⁶ Possas C. A especificidade do quadro sanitário no Brasil: principais características. In: Possas, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil.* São Paulo: HUCITEC. 1989, p. 19-115.
- ¹⁷ Mattos P. Aspectos neuropsicológicos dos traumatismos cranianos. *J Bras Psiquiatria.* 1992; 41: 495-502
- ¹⁸ Martinez DMC, Rico IR, Hernández JAF; Jiménez JL. Costo de los síntomas somatoformes. *Rev. Med. IMSS. México.* 1997; 35: 31-36.
- ¹⁹ Lopez TR, Haces MC. Incapacidad y limitaciones de la actividad laboral en pacientes neuróticos. *Rev. Hosp. Psiquiatr. Habana.* 1994; 35: 127-130.
- ²⁰ Bittencourt C, Ferreira MA, Marasciulo AC, Collares CF. Condições mais frequentes em um ambulatório de perícia neurológica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [periódico online] 2001; 59: 214-218. ; [acessado em 29.08.2010] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200012>.
- ²¹ Talbott JA. Toward a public policy on the chronically mentally ill patient. *American Journal Orthopsychiatry.* 1980; 50: 43-53.
- ²² Bertolote JM. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos SP, Bertolote JM. *Alcoolismo hoje.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, p. 131-138.