

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

LUIZA POLONIO

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO COMO ACIDENTE DE  
TRABALHO NOS ANOS DE 2007 A 2013

CURITIBA  
2014/2016

LUISA POLONIO

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO COMO ACIDENTE DE  
TRABALHO NOS ANOS DE 2010 A 2013

Artigo apresentado a Especialização em  
Medicina do Trabalho, do Departamento de  
Saúde Comunitária da Universidade Federal  
do Paraná, como requisito parcial à  
conclusão do Curso.

Orientador: Prof. Edevar Daniel

CURITIBA  
2014/2016

## Resumo

Apesar de os transtornos mentais serem uma das maiores causas de afastamento do trabalho, sua identificação como acidente de trabalho ainda causa bastante controvérsias devido sua etiologia multifatorial. Entre as psicopatologias, as mais frequentemente registradas como acidente de trabalho são as do grupo de transtornos de "Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação". O objetivo deste trabalho foi fazer uma análise comparativa sobre os dados registrados destes transtornos no Anuário Estatístico da Previdência Social no ano de 2010 a 2013 e fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema. A conclusão foi que houve um aumento significativo e gradual do número de casos notificados como acidente de trabalho e um aumento proporcionalmente maior de comunicados de acidente de trabalho (CAT) nesse grupo; em 2010, foram emitidos CAT em 53% dos casos registrados como acidente de trabalho já em 2013 66% dos casos foram registrados com CAT.

**Palavras-chave:** transtornos de estresse pós-traumático; acidentes de trabalho; transtornos mentais

## Abstract

Although mental disorders are one of the major causes removal of the work, its role as work accidents still cause quite controversial due to its multifactorial etiology. Among the psychopathologies, the most frequently recorded as work accidents are the disorders group "Reactions to severe stress and adjustment disorders." The objective was to make a comparative analysis of the recorded data of these disorders in the Statistical Social Security Yearbook in 2010 to 2013 and make a literature review on the topic. the conclusion was that there was a significant and gradual increase in the number of cases reported as accidents at work and a proportionately larger increase in reported work accidents (CAT). In 2010, were issued CAT in 53% of cases registered as a work accident. On the other hand in 2013 66% of cases were registered with CAT.

**Keywords:** post- traumatic stress disorders; work accident; mental disorders

## Introdução

O diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) surgiu pela primeira vez numa classificação psiquiátrica oficial em 1980 no DSM III (*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* 3ª edição). É um transtorno prevalente, crônico, incapacitante, resistente ao tratamento e pouco diagnosticado. Está associado a alcoolismo, insatisfação no trabalho, absenteísmo, suicídio e aposentadoria precoce.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) vem sendo apontado como uma das psicopatologias que podem ser desencadeadas após a vivência de um acidente no contexto do trabalho, causando prejuízos e impactos na qualidade de vida dos trabalhadores (Buodo et al., 2011).

Este transtorno pode acometer todas as categorias profissionais e ocorre com maior frequência em bombeiros, socorristas, enfermeiros, policiais e bancários (McFarlane & Bryant, 2007).

### **Acidente e Trabalho**

Conforme a Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, artigo 19 (Brasil, 1991), "acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho", sendo responsabilidade do empregador a "adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança do trabalhador". Ainda, equiparam-se a acidente de trabalho: o acidente relacionado ao trabalho que haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão, embora não tenha sido a causa única; o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho, como atos de agressão, sabotagem, terrorismo, ofensa física intencional, desabamento, incêndio, entre outros. Com isso, para o reconhecimento da natureza acidentária, é suficiente que o ambiente de trabalho tenha contribuído para o desenvolvimento ou agravamento do quadro clínico, não sendo necessário configurar-se como fator único ou predominante.

O trabalho deveria ser um fator de promoção da saúde, visto que por meio dele o indivíduo se desenvolve nas dimensões psicológica, social e econômica. No entanto, para aqueles trabalhadores que vivenciam situações traumáticas durante a jornada de trabalho, o trabalho pode torna-se nocivo para o empregado, especialmente quando realizado sob condições materiais e psicológicas inadequadas. Diante disso, a atividade profissional perde o significado para o trabalhador, de modo que não favorece o seu desenvolvimento pessoal, levando a um esgotamento (Seligmann-Silva, 1997).

## **Objetivo**

Este artigo teve como principal objetivo apresentar uma atualização dos números de diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) registrados como acidente de trabalho no Brasil no ano de 2013 e fazer uma análise comparativa com os anos de 2010, 2011, 2012. Além disso, foi feita uma revisão não sistemática de literatura sobre o TEPT decorrente de acidente de trabalho, assim como as implicações psicológicas e sociais e econômicas desencadeadas pelo transtorno.

## **Metodologia**

Será realizado um estudo descritivo dos dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) nos anos de 2010 a 2013.

Será realizado, também, uma pesquisa bibliográfica com o levantamento de artigos científicos em inglês e português, publicados até 2014. Para a busca destes artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados para pesquisas acadêmicas: MedLine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

## **Revisão de Literatura**

O TEPT é o transtorno psicológico mais comum após a experiência de um evento estressor traumático. A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-V*; Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014) refere ampla gama de eventos estressores traumáticos que podem desencadear o TEPT, como por exemplo: sequestro, assalto à mão armada, desastres naturais ou

causados pelo homem, acidentes automobilísticos graves, tortura, ataque sexual ou físico, entre outros. Tais situações são vivenciadas com frequência, já que estudos epidemiológicos estimam que mais de metade da população geral enfrentará ao menos um evento traumático ao longo de suas vidas (Kessler et. al.1995). Por exemplo, no estudo de revisão realizado por Sher (2004), estimou-se que entre 40 a 90% das pessoas serão expostas a eventos estressores traumáticos durante a vida. Caso o indivíduo seja exposto a mais de um evento traumático aumenta as chances de desenvolver TEPT (Breslau et al., 1999).

O TEPT é definido, no *DSM-V* (APA, 2014), como um conjunto de sintomas desenvolvidos pelo indivíduo após a exposição a um estressor traumático, no qual os seguintes critérios diagnósticos devem estar presentes: a pessoa vivenciou, testemunhou pessoalmente ou tomou conhecimento de evento traumático com algum familiar ou amigo próximo, ou ainda vivenciou repetidas ou extremas exposições a detalhes aversivos do evento traumático, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física, própria ou de outros (critério A). A partir disso, o indivíduo apresenta uma resposta sintomática envolvendo revivência contínua do evento traumático (critério B), evitação e entorpecimento (critério C) e alterações negativas cognições e humor associado ao evento traumático, começando ou se agravando após o evento (critério D) excitabilidade aumentada (critério E), sendo que a duração desses sintomas é superior a um mês (critério F) e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo (critério G) o transtorno não é atribuível ao efeito de substâncias (critério H).

Entre os sintomas de revivência, incluem-se: pensamentos intrusivos que invadem a consciência do indivíduo, sonhos aflitivos e recorrentes relacionados à experiência traumática vivenciada, sensação de que o evento está ocorrendo novamente, sofrimento psicológico intenso e/ou reatividade fisiológica quando exposto a estímulos que lembrem algum aspecto do trauma. No critério de esquiva e entorpecimento, as respostas mais comuns dizem respeito a tentativas de evitar pensamentos, atitudes, sentimentos, locais e/ou pessoas relacionadas ao trauma, incapacidade de lembrar algum aspecto importante do evento traumático, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, sensação de distanciamento das outras pessoas e/ou de um futuro abreviado. Por último, entre a manifestação

sintomática incluída no critério de excitabilidade aumentada, é comum a presença de: irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância (estar em alerta constante), reação de sobressalto exagerada e dificuldades em conciliar ou manter o sono (DSM-V).

No período de até 3 dias após o trauma estas reações são consideradas fisiológicas, resposta normal ao estresse, após 3 dias do evento traumático e anterior aos 30 dias pacientes que satisfazem estes critérios são diagnosticados com Reação Aguda ao Estresse (F43.0).

O TEPT é um transtorno comumente relacionado ao trabalho, juntamente com outros transtornos de ansiedade, estresse ocupacional, depressão e síndrome de *burnout* (World Health Organization, 1998). No Brasil, é adotada a classificação de Schilling para sistematizar as doenças relacionadas ao trabalho, as quais podem ser distribuídas em três grupos principais: grupo I (o trabalho é considerado como causa necessária para o aparecimento da doença), o grupo II (o trabalho pode contribuir para o desenvolvimento da doença, porém não é fator necessário) e o grupo III (o trabalho configura-se como um provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente). Assim, as doenças classificadas nos grupos II ou III são consideradas de etiologia múltipla e o trabalho seria entendido como um fator de risco, sendo o nexos causal, portanto, de natureza essencialmente epidemiológica (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; Teixeira, 2007). Segundo esta classificação, a maioria dos transtornos mentais e de comportamento estaria classificada no grupo III. Entretanto, entre algumas exceções encontra-se o TEPT, classificado no grupo I, e, nesse caso, excluídas outras causas não ocupacionais, o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta, necessária e imediata para o surgimento da doença (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

No Código Internacional de Doenças em sua 10ª edição (CID10) encontra-se no grupo das Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação, grupo representado pelo código F43. O CID10 F43 engloba as seguintes patologias: Reação aguda ao "stress" (F43.0), estado de "stress" pós-traumático (F43.1), transtornos de adaptação(F43.2), outras reações ao "stress" grave (F43.8), reação não especificada a um "stress" grave (F43.9).

Por estar diretamente relacionado a eventos traumáticos estes transtornos somados são o grupo do CID10 relacionado a transtornos psiquiátricos mais frequentemente registrados como acidente de trabalho segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social.

## Resultados

Foram registrados 8.989 casos de acidente de trabalho notificados com o CID10 F43 (grupo de Reação ao Estresse Grave e Transtornos de Ajustamento) no ano de 2013, dentre estes apenas 5939, o que corresponde a 66%, dos casos foram registrados por meio de CAT segundo informações do AEPS. Este resultado é maior em número total de casos comparado aos anos anteriores, segue a tabela dos casos notificados nos anos anteriores (Tabela 1). Esta tabela subdivide cada ano em número total de acidentes de trabalho nesta categoria de CID10 registrado e o registrado por meio de CAT. Estes achados apontam para o número crescente de casos registrados pertencentes a esta categoria, evidenciando a grande quantidade de acidentes de trabalho classificados no grupo de estresse. Ao mesmo tempo, pode-se pensar que tais dados estejam subnotificados, tendo em vista que muitos transtornos mentais acabam não sendo diagnosticados, principalmente pela ausência de lesão física aparente. Além disso, essas informações referem-se apenas aos trabalhadores contratados pelo regime da CLT, não incluindo, por exemplo, servidores públicos, profissionais liberais, autônomos, militares, trabalhadores informais, pequenos comerciantes, entre outros.

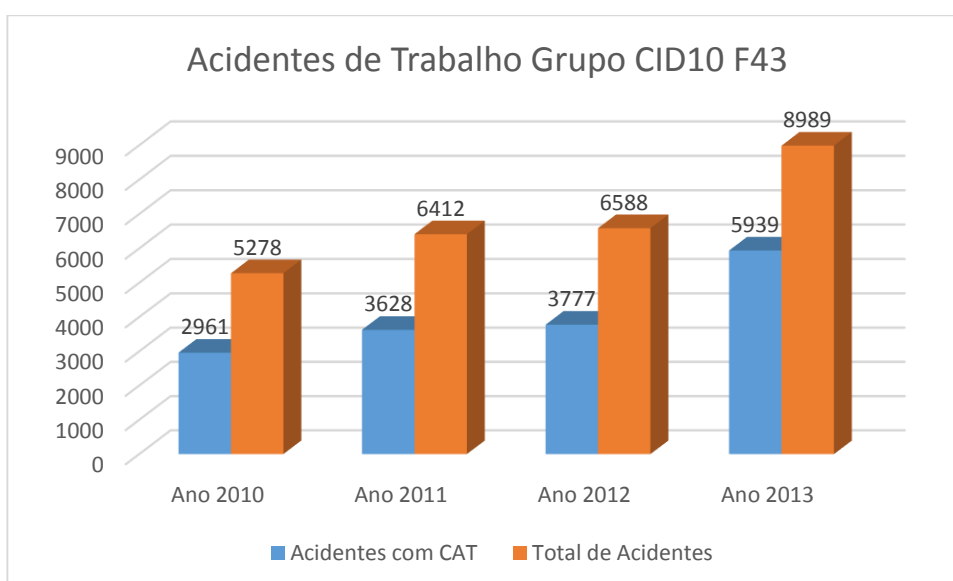




Tabela 1

**Dados da literatura**

Em um estudo de revisão, foi constatado que de 10 a 18% dos casos de violência no trabalho irão desenvolver sintomas que satisfazem os critérios para o TEPT (Steffgen, 2008). Um estudo semelhante observou que 44% dos trabalhadores que passaram por um acidente de trabalho preenchiem critérios para TEPT (Hensel et al., 2010). Ainda, 28,9% dos indivíduos que passaram por este tipo de trauma apresentam sintomas moderados a severos e 10,5% apresentavam sintomatologia severa de TEPT (Buodo et al., 2011).

**Consequências**

Entre as consequências para os trabalhadores que vivenciam um acidente de trabalho, a literatura aponta: desajuste emocional, irritabilidade, hostilidade, episódios depressivos, transtornos cognitivos, transtornos do sono, alcoolismo crônico, entre outros e, sobretudo, o TEPT (Cohidon et al., 2009; Jacques, 2007; Ministério da Saúde do Brasil, 2001; Steffgen, 2008). Assim, é possível perceber que vivenciar um evento traumático durante a jornada de trabalho pode ser categorizado como acidente de trabalho, repercutindo negativamente tanto na vida da vítima quanto no próprio ambiente de trabalho.

A literatura aponta elevada comorbidade entre TEPT e outros transtornos de ansiedade, como o Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Fobia Social e Fobias Específicas; e transtornos de humor, como o Transtorno Depressivo Maior, além de risco de suicídio, uso de substâncias químicas, como o álcool e outras drogas, e jogo patológico em até 80% dos casos (Kessler et al., 2008). Em estudo com trabalhadores que desenvolveram TEPT nos contextos do trabalho, foi constatado que 45% dos participantes possuíam pelo menos outra psicopatologia, sendo que a depressão foi a mais frequente (MacDonald et al., 2003). A alta prevalência de comorbidades mascara o diagnóstico de TEPT.

Além dos prejuízos físicos e emocionais ocasionados pelo TEPT são descritos, ainda, consequências sociais e econômicas significativas (Taylor, 2006).

No Brasil, ainda não há registros suficientes que permitam estabelecer de maneira precisa os gastos anuais despendidos com o TEPT. Nos Estados Unidos, Kessler (2000) estimou que pessoas com TEPT perdem cerca de 3,6 dias de trabalho por mês, o que significa um prejuízo na produtividade anual acima de US\$ 3 bilhões nos Estados Unidos. Já os gastos destinados à saúde anualmente por pessoa com alta sintomatologia de TEPT representam, em média, US\$ 1283.00 para o país (Walker et al., 2003).

O trabalhador pode desenvolver o TEPT como um diagnóstico adicional, em decorrência de um acidente de trabalho específico, como nas situações em que tem parte de seu corpo amputada pela utilização de uma determinada máquina, ou ele mesmo ser a única consequência do acidente de trabalho, como nas ocasiões em que vivencia um assalto à mão armada sem qualquer tipo de lesão física (MacDonald et al., 2003). Em virtude de tais possibilidades, percebe-se que, nos casos em que há um dano físico, a constatação do acidente de trabalho fica mais evidente. Por outro lado, muitas vezes os diagnósticos psiquiátricos não são realizados e, conseqüentemente, acabam sendo subestimados.

Como prejuízos sociais a evitação, o retraimento social, a irritabilidade e a agressividade resultam em distanciamento da família e amigos; o entorpecimento prejudica a comunicação; a excitabilidade aumentada resulta em dificuldades de concentração, fadiga, entre outros (Kessler, 2000; Taylor, 2006).

O TEPT decorrente de acidente de trabalho pode acarretar numa diminuição no nível de satisfação do trabalho, além de altos índices de absenteísmo, rotatividade de funcionários, licenças para tratamento de saúde e, até mesmo, aposentadoria adiantada (Bucasio et al., 2005; Hensel et al., 2010). Além do afastamento para o tratamento, o TEPT necessita de um planejamento de reabilitação profissional, já que possíveis decorrências, como por exemplo, a persistência de quadros fóbicos pode acarretar num empecilho para o retorno ao posto de trabalho (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). A partir disso, percebe-se grande interesse dos empregadores às questões referentes à saúde, particularmente quando estas interferem na produtividade e trazem inúmeras implicações econômicas (Chamon, 2006). Contudo, em circunstâncias nas quais não há uma lesão física aparente, como em situações de assalto à mão armada sem

agressão física, os prejuízos são menos explícitos, embora possam também estar presentes, visto que o indivíduo pode sofrer um dano psíquico ocasionado pela vivência do trauma.

Uma das maiores dificuldades encontradas na avaliação de uma psicopatologia decorrente de acidente de trabalho é confirmar se aquele dano constatado possui, de fato, relação direta com o evento traumático experimentado, ou seja, se aquela situação vivenciada no ambiente de trabalho foi o fator desencadeante da psicopatologia. Portanto, um dos empecilhos em termos de constatação diagnóstica refere-se à falta de prejuízo materialmente visível nos casos dos traumas psíquicos, o que contribui para a dificuldade de se mensurar a dimensão da lesão causada.

## CONCLUSÃO

Apesar da dificuldade diagnóstica e da subnotificação dos transtornos mentais como acidente de trabalho, de 2010 a 2013 houve um aumento gradual significativo tanto na notificação como no registro por meio de comunicado de acidente de trabalho. Em 2010, foram emitidos CAT em 56% dos casos registrados como acidente de trabalho já em 2013 66% dos casos foram registrados desta forma.

O TEPT é um dos únicos transtornos mentais que permite estabelecer uma relação de causalidade direta com o trabalho (Ministério da Saúde do Brasil, 2001), tendo em vista a necessidade da experiência, direta ou indireta, de um evento estressor traumático para a sua constatação (APA, 2014). Seu diagnóstico não é tarefa simples, exige minuciosidade na investigação de seus sintomas, incluindo análise da história mórbida pregressa do indivíduo, diagnóstico diferencial entre outros possíveis quadros psicopatológicos e, o mais importante, o nexos causal entre o evento traumático vivenciado e os sintomas pós-traumáticos examinados (Dorigo & Lima, 2007). A partir da avaliação clínica realizada e da causalidade estabelecida, deverá ser possível mensurar as consequências da situação traumática vivenciada, incluindo questões como incapacidade temporária ou permanente para a atividade laboral.

### Referências Bibliográficas:

1. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2014). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª. Ed.)**. Porto Alegre: Artmed.
2. Beck, J. G. et al. (2009). **Understanding the interpersonal impact of trauma: contributions of PTSD and depression**. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 443-450.
3. BERGER, W., et. al. (2007). **Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life**. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 637-642.
4. BERNINGER, A. et. al. (2010). **Trends of elevated PTSD risk in firefightersexposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005**. *Public Health Reports*, 125, 556-566.
5. BRESLAU, et. al. (1999). **Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit area survey of trauma**. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
6. BUCASIO, Erica, et. al. (2005) **Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso**. Porto Alegre: Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.27 no.1 Jan./Apr. 2005
7. BUONDO, et. al. (2011). **Assessment of cognitive functions in individuals with post-traumatic symptoms after work-related accidents**. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 64-70.
8. CACCIOLA, J. S., et. al. (2009). **Posttraumatic stress disorder and other psychopathology in substance abusing patients**. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 27-33.
9. CHAMON, E. M. Q. O. (2006). **Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala Toulousaine no Brasil**. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 6(2), 43-64.
10. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** (1988, 5 de outubro). *Diário Oficial da União*.
11. DANTAS, H. S. & Andrade, A. G. (2008). **Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 55-60.

12. DORIGO, J. N., & Lima, M. E. A. (2007). **O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico.** *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10, 55-73.
13. FORLEZA, Orestes & Miguel, Euripedes. (2014). **Clínica Psiquiátrica de Bolso**, Barueri, São Paulo
14. HENSEL, J. et. al. (2010). **A descriptive study of a specialized worker's psychological trauma program.** *Occupational Medicine*, 60, 654-657.
15. KEANE, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). **Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome.** *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.
16. KESSLER, R. C. et. al. (2000). **Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society.** *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-12.
17. KESSLER, R. C., et. al. (2005). **Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
18. KESSLER, R. C., et. al. (2005). **Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
19. KESSLER, R. C., et. al. (1995). **Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
20. KNAPP, P., & Caminha, R. M. (2003). **Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 31-36.
21. KRISTENSEN, C. H., Parente, M. A. M. P., & Kaszniak, A. W. (2005). **Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos, prevalência e avaliação.** In R. M. Caminha (Org.), *Transtornos do estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp. 15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.

22. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991** (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os Planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
23. LIMA, Eduardo de Paula et. al. **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados**. *Psic.: Teor. e Pesq.* vol.31 no.2 Brasília Apr./June 2015
24. LIMA, M. E. A. (2005). **Transtornos mentais e trabalho: O problema do nexo causal**. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, 2, 73-80.
25. MACDONALD, et.al. (2003). **Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of worker experiencing PTSD resulting from work injury**. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 63-77.
26. MARGIS, R. (2003). **Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 17-20.
27. MCFARLANE, A. C., & Bryant, R. A. (2007). **Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk**. *Occupational Medicine*, 57, 404-410.
28. MILLER, L. (2001). **Workplace violence and psychological trauma: clinical disability, legal liability, and corporate policy**. Part I. *NeuroLaw Letter*, 11, 1-5.
29. Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (2013). **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília, 17: MPS/DATAPREV.
30. Ministério da Saúde do Brasil (2001). **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.
31. Ministério do Trabalho e Emprego, & Ministério da Previdência Social (2008). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2007**, 1. Brasília: MTE: MPS.
32. Ministério do Trabalho e Emprego, & Ministério da Previdência Social (2014). **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2013**, 1. Brasília: MTE: MPS.

33. NOVARA, C., Buodo, G., Ghisi, M., Poli, S., Bichescu, D. M., Sanavio, E., & Palomba, D. (2009). **Integrated assessment of emotional distress after work-related accidents.** *Stress and Health, 25*, 195-204.
34. Organização Mundial da Saúde. (1993). **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas.
35. SCHAEFER, Luziana et. al. **Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas.** *Estud. psicol. (Natal) vol.17 no.2 Natal May/Aug. 2012*
36. STEFFGEN, G. (2008). **Physical violence at the workplace: consequences on health and measures of prevention.** *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 58*, 285-295.
37. WALKER, E., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. (2003). **Health care costs associated with posttraumatic stress disorders symptoms in women.** *Archives of General Psychiatry, 60*, 369-374.
38. SELIGMANN-SILVA, E. (1997). **Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário.** *Cadernos de Saúde Pública, 13*, 95-109.
39. TAYLOR, L. (2006). **Clinician's guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach.** Nova Iorque: Guilford Press.