



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRÁULIO ÉRISON FRANÇA DOS SANTOS

**TEMPO DE AFASTAMENTO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DO
ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2012.**

MACAPÁ
2013

BRÁULIO ÉRISON FRANÇA DOS SANTOS

**TEMPO DE AFASTAMENTO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DO
ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2012.**

Dissertação de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de Epidemiologia e Saúde Pública, linha de pesquisa Estudos Clínicos-epidemiológicos em Oftalmologia, Perícia Médica ou Cirurgia, sob a orientação da Professora Doutora Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima.

MACAPÁ
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

614
S237t

Santos, Bráulio Érison França dos.

Tempo de afastamento por doença em trabalhadores do Estado do Amapá no período de 2008 a 2012 / Bráulio Érison França dos Santos -- Macapá, 2013.

116 f.

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima

1. Trabalhadores – Cuidados médicos. 2. Morbidade. 3. Saúde do trabalhador. 4. Absenteísmo. 5. Previdência social. I. Nazima, Maira Tiyomi Sacata Tongu, orient. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRÁULIO ÉRISON FRANÇA DOS SANTOS

FOLHA DE APROVAÇÃO

**TEMPO DE AFASTAMENTO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DO
ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2012.**

Dissertação de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de Epidemiologia e Saúde Pública, linha de pesquisa Estudos Clínicos-epidemiológicos em Oftalmologia, Perícia Médica ou Cirurgia.

Aprovado em: ____/____/____.

Pela banca examinadora composta por:

Profª. Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima
Universidade Federal do Amapá (Orientadora)

Prof. Dr. Geraldo Vicente de Almeida
Universidade Federal de São Paulo

Profª. Dra. Marta Junqueira Henriques
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Prof. Dr. Marinho Scarpi
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Flávio Henrique Ferreira Barbosa
Universidade Federal do Amapá (Suplente)

Dedico este trabalho aos meus pais, pela dedicação e apoio nos momentos mais difíceis e por serem tão compreensivos nos períodos de ausência.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela inspiração e demonstração de fé que testemunho em cada dia de minha vida.

À minha família que sempre esteve ao meu lado para compartilhar alegrias e auxiliar das dificuldades.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima, por ter me permitido a honra de poder ser seu orientando ao longo dos últimos dois anos desta jornada, pela dedicação que sempre demonstrou, por manter-me estimulado mesmo nas dificuldades, pela forma sempre profissional e ética que atua e que certamente servirão de exemplo em minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, pela oportunidade de realização de trabalho em minha área de pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, pelos valiosos ensinamentos compartilhados durante as atividades realizadas.

Aos colegas de turma pelo companhia, incentivo e camaradagem.

Aos funcionários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que auxiliaram realização deste trabalho.

À Dra. Leila do Socorro da Silva Moraes, Perita do INSS, que manteve um apoio incentivador a esta pesquisa e permitiu a utilização dos sistemas da Seção de Saúde do Trabalhador de forma a viabilizar este estudo.

RESUMO

As relações saúde-trabalho-doença sempre foram observadas ao longo da história da humanidade e, apesar deste tema ser inicialmente pouco explorado, com o desenvolvimento dos modos de produção e dos avanços tecnológicos, surgiu a necessidade de melhor compreender os mecanismos e padrões de adoecimento das populações trabalhadoras. Neste contexto, a população em idade produtiva com filiação ao sistema previdenciário tem importância para identificação da situação de morbidade dos trabalhadores brasileiros. Com base nestas questões, o presente estudo objetivou avaliar as morbidades associadas ao afastamento laboral, com a identificação das patologias mais frequentes, a média de afastamento necessário para recuperação de capacidade laboral e sua associação com as variáveis patologia, gênero, idade, profissão, cidade de procedência e renda mensal nos trabalhadores do Amapá no período de 2008 a 2012. O presente estudo utilizou o modelo de investigação transversal, com abordagem e análise de dados quantitativa, com base nos dados dos sistemas corporativos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A análise estatística foi realizada para determinar as medidas de tendência central e variação da variável dependente e das variáveis independentes, além de verificar a significância ($\alpha=0.05$) da associação entre o tempo de afastamento e as variáveis. A pesquisa identificou 10.216 casos de benefícios por incapacidade no estado do Amapá entre os anos de 2008 a 2012. Destes 69,3% dos casos foram homens, 83,4% com auxílio-doença, estavam na faixa etária de 30 a 39 anos (29,6%), possuíam renda mensal de até um salário mínimo (50,6%), empregados (65,1%), 84,2% provenientes de municípios do Amapá e 86,1% trabalhadores do comércio. O tempo médio de afastamento por incapacidade apresentou média de 61,5 dias. As doenças identificadas como Causas Externas (41,2%), Outras Patologias (15,9%) e Osteomusculares (14,1%) foram responsáveis pelo maior número de afastamentos e com média de 73, 28 e 57 dias de afastamento, respectivamente. As variáveis idade, renda mensal, tipo de filiação previdenciária, procedência, ramo de atividade e tipo de morbidade influenciaram no tempo de afastamento. No Amapá o tempo de afastamento apresentou mediana de 53 dias e o desvio interquartilico no intervalo entre 29 e 83 dias, sendo este intervalo considerado como padrão de normalidade para o tempo de afastamento nesta população. A utilização prática dessas informações pode servir de base para a elaboração de sistemas de informações dinâmicos e que possam auxiliar as equipes técnicas a definir melhor o tempo ideal de afastamento para uma população de trabalhadores tendo como variáveis os padrões locais. Através dos resultados encontrados, espera-se ampliar o debate sobre as políticas de saúde do trabalhador no estado, uma vez que a identificação das características de morbidade na região Amazônica estudada permitirá análises comparativas com outras áreas do país.

PALAVRAS-CHAVE: Morbidade; Avaliação de Incapacidade; Saúde do Trabalhador; Absenteísmo; Previdência Social.

ABSTRACT

Work-health-disease relations always been observed throughout mankind history, and despite being initially unexplored, with the development of new production methods and technological advances, came the need to better understand the mechanisms and patterns of disease in workers. In this context, the working-age population with affiliation to the Brazilian social security system is important to identify the morbidity situation of Brazilian workers. This research aimed to evaluate the morbidity in workers, identifying the most frequent diseases, the average work-lost in days of labour disability and its association with disease variables, gender, age, profession, city of residence and salary of workers in Brazilian state of Amapá covering 2008-2012 period. This research used the cross-sectional approach and quantitative data analysis, retrieved from National Institute of Social Security (INSS) informations systems. Statistical analysis was performed to determine the measures of central tendency and variation of the dependent variable and the independent variables, as well as assess the statistical significance ($\alpha=0.05$), and to determine the association among work-lost in days and research variables. This study identified 10,216 cases of temporary work disability benefits in the state of Amapá during 2008-2012 period, 69.3 % of cases were men , 83.4 % temporary non work-related disability benefit, were aged 30-39 years (29.6 %), monthly income corresponding to one Brazilian minimum wage (50.6 %) , formal employees (65.1 %), 84.2 % from Amapá municipalities and 86.1 % workers from service sector. This research identified average of 61.5 work-lost days due diseases. Diseases identified as External Causes (41.2 %), Other Diseases (15.9%) and Musculoskeletal Diseases (14.1%) accounted for the largest number cases and average 73, 28 and 57 work-lost days, respectively. The variables age, salary, type of social security affiliation, city of residence, work sector and type of disease influenced the time of work-lost days. At the period Amapá presented a median of 53 days and the interquartile range in the interval between 29 and 83 days, and this range considered normal in this population. The practical use of these information can serve as a basis for the development of information systems that can support dynamic evaluations of work disability to better define the optimal time of work-lost days for a population taking as variables local standards. Through the results, it is expected to broaden the debate on the policies of the worker's health in Amapá, as well in Amazon region, since the identification of the characteristics of morbidity in the study area will allow comparative analyzes with other areas of the country.

KEYWORDS: Morbidity, Disability Evaluation, Occupational health, Absenteeism; Social Security.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração do método para estimação do tempo de benefício com base em dados do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	60
Figura 2 - Distribuição dos benefícios por sexo, concedidos no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	63
Figura 3 – Distribuição dos benefícios por incapacidade segundo espécie de benefício concedidos no Amapá de 2008 a 2012	64
Figura 4 - Distribuição dos benefícios por incapacidade (em percentuais) concedidos pelo INSS, segundo faixa etária, no Estado do Amapá de 2008 a 2012	64
Figura 5 – Distribuição dos benefícios por incapacidade concedidos segundo renda mensal no Amapá de 2008 a 2012	65
Figura 6 - Distribuição de benefícios concedidos no Estado do Amapá, segundo tipo de filiação, no período de 2008 a 2012	67
Figura 7 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) no estado do Amapá de 2008 a 2012	70
Figura 8 – Variação do tempo médio de afastamento (em dias) dos benefícios por incapacidade concedidos no Amapá de 2008 a 2012 segundo variável idade	72
Figura 9 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo variável renda mensal (em salários mínimos) em benefícios concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012	73
Figura 10 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo variável tipo de filiação no Amapá de 2008 a 2012	74
Figura 11 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo doença no Amapá de 2008 a 2012	77
Figura 12 - Curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho conforme a influência de seus fatores determinantes, Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	79
Figura 13 - Estimativa do tempo de benefício conforme as características apresentadas no momento da concessão do benefício. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição Benefícios Concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012, segundo variáveis sexo, espécie de benefício, faixa etária, faixa salarial, filiação, procedência e ramo de atividade	62
Tabela 2 - Principais municípios de residência dos benefícios concedidos pelo INSS no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	66
Tabela 3 – Distribuição das Patologias Incapacitantes em benefícios concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012	68
Tabela 4 - Códigos CID-10 com frequência relativa superior a 0.5% em benefícios concedidos no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	68
Tabela 5 - Tempo de afastamento laboral (em dias) de trabalhadores do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	69
Tabela 6 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o sexo de trabalhadores do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	70
Tabela 7 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a espécie do benefício concedido no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	71
Tabela 8 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a faixa etária dos beneficiários no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	71
Tabela 9 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a faixa salarial de beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	72
Tabela 10 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a forma de filiação em benefícios concedidos pelo INSS do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	73
Tabela 11 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o Estado onde reside o beneficiário em benefícios concedidos pelo INSS no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	74
Tabela 12 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o ramo da atividade do beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	75
Tabela 13 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o Grupo CID do beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012	76

Tabela 14 - Fatores determinantes para a elaboração da Curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho, Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CBO – Classificação Brasileira e Ocupações
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DIESAT – Departamento Intersindical de Saúde do Trabalho
DIPSAT – Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador
DIRSAT – Diretoria de Saúde do Trabalhador
DRT – Delegacia Regional do Trabalho
FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GEISAT – Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
ICOH – International Commission on Occupational Health
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MTPS - Ministério do Trabalho e da Previdência Social
NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR – Norma Regulamentadora
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PCMAT – Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho
PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCTBI – Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália
PEA – População Economicamente Ativa
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílios
RGPS – Regime Geral de Previdência Social

SESI - Serviço Social da Indústria

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SESP - Serviços Especializado de Saúde Pública

SETEC – Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia

SUIBE – Sistema Único Integrado de Benefícios

SUS – Sistema Único de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	22
2.2 – A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	24
2.3 – A INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.....	34
2.4 – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	40
2.5 – CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO NO AMAPÁ	48
3 – MATERIAL E MÉTODOS	53
3.1 – DESENHO DO ESTUDO	53
3.2 – LOCAL DO ESTUDO	54
3.3 – POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	54
3.4 – TAMANHO DA AMOSTRA.....	55
3.5 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	55
3.6 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS.....	56
3.7 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	58
3.8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
4 – RESULTADOS.....	62
5 – DISCUSSÃO.....	81
6 – CONCLUSÕES	101
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICE A.....	114
ANEXO A	115
ANEXO B.....	116

1 - INTRODUÇÃO

As observações da relação saúde-trabalho-doença são crescentes ao longo da história, e inúmeros eventos contribuíram para a criação de organizações e leis trabalhistas, dentre eles pode-se citar: a Revolução Industrial, as Grandes Guerras e a Globalização, entre outros (ARAÚJO, 2011).

De Hipócrates (460-375 a.C.) até Galeno (129-199), considerado maior médico do Império Romano, há escritos médicos referentes à morbidade em determinadas classes de trabalhadores, principalmente as doenças presentes em escravos e detentos no trabalho em minas. Durante o período clássico foram reconhecidas as relações entre doenças e ocupações. Entretanto, este reconhecimento, enquanto ato médico, não redundava em modificações específicas do espaço laboral nem construiu um corpo estruturado de conhecimento teórico adequado (MENDES, 2013).

Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico italiano, considerado Pai da Medicina do Trabalho, desenvolveu diversos trabalhos relacionando as atividades exercidas pelos indivíduos com as patologias que estes desenvolviam ao longo da vida. Em seu livro *As Doenças dos Trabalhadores* (1700), o autor já relacionava 54 profissões e descrevia os principais problemas de saúde apresentados, de forma a chamar a atenção dos médicos sobre a importância de conhecer a ocupação, atual e pregressa, de seus pacientes, a fim de realizar o correto diagnóstico e adotar os procedimentos adequados (OPITZ JUNIOR, 2011).

Nos séculos XV e XVI, houve enorme influência das mudanças socioeconômicas em curso durante este período. O desenvolvimento tecnológico e a ascensão da burguesia, as possibilidades comerciais e o poder centralizador dos Estados determinaram a necessidade de incremento nas atividades relacionadas à mineração e ao manuseio de metais nobres. As atividades ligadas ao transporte marítimo também sofreram importantes transformações como resultado da expansão mercantilista e das novas e prolongadas rotas de navegação (MENDES, 2013).

Entre as consequências da Revolução Industrial ocorrida na Europa – Inglaterra, França e Alemanha, principalmente - destacam-se aquelas sobre a saúde de trabalhadores. As condições de trabalho longo, penoso e perigoso, e os ambientes laborais agressivos ao conforto e à saúde rapidamente produziram graves danos à saúde dos operários. Estes passaram a sofrer de acidentes e a desenvolver doenças nas áreas fabris, como por exemplo, o tifo europeu, na época chamado de febre das fábricas. (FRIAS JÚNIOR, 1999).

As péssimas condições de trabalho e vida, entretanto, acabavam muitas vezes por comprometer a própria produção, em face da grande constância de acidentes e/ou doenças que reduziam a intensidade produtiva. É deste modo, e também como reação à capacidade de organização e clamor popular, que se impôs o surgimento de novas ações normativas sanitárias voltadas a este problema (MENDES, 2013).

Atualmente, os processos de modernização dos meios de produção associados ao fenômeno da globalização trouxeram diversas consequências aos trabalhadores: introdução de tecnologias, particularmente da automação e da robótica substituindo o trabalho do homem; declínio da atividades de manufatura e o crescimento do setor de serviços; introdução de novos processos de produção e gestão do trabalho, gerando novos riscos para a saúde e ao meio ambiente; proliferação de pequenas unidades de produção, com maior dificuldade para sua organização; aumento dos níveis de desemprego em várias regiões do globo; aumento da intensidade e duração do trabalho, levando ao aumento de estresse e das doenças dele decorrentes; aumento do trabalho realizado no domicílio, do trabalho em tempo parcial e sazonal, levando a precarização do trabalho; e diminuição dos níveis de remuneração (LINO; DIAS, 2011; SATO; BERNARDO, 2005).

Agências reguladoras e órgão públicos desempenham uma função central e essencial para proteger a saúde do trabalhador. No entanto, a aplicação das normas de segurança e saúde no local de trabalho é apenas um componente de uma abordagem abrangente de saúde pública relacionada à saúde e segurança no trabalho. Agências de saúde pública do Estado têm um papel fundamental e complementar a desempenhar na realização de vigilância das doenças relacionadas ao trabalho e na investigação de problemas de saúde ocupacional nas comunidades, além de implementarem ações de prevenção para proteger a saúde do trabalhador (LEVY *et al.*, 2005).

Na América Latina e no Caribe, as condições de saúde dos trabalhadores apresenta influências de diversas variáveis socioeconômicas. A desigualdade social, bem como a racial e a discriminação sexual, colocam desafios significativos para a melhoria da saúde nesta região. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) estima que cerca de 34,1% dos moradores da região vivem na pobreza, com mais de 12,6% vivem em extrema pobreza. Enquanto os moradores de alta renda em centros urbanos podem desfrutar de acesso à prevenção avançada em tratamento de saúde, os moradores de aldeias remotas, membros de grupos indígenas, afro-descendentes e mulheres são frequentemente marginalizados dos serviços de saúde. Há uma variação considerável na região. Os países de renda média mais alta, como México, Brasil, Chile e Argentina possuem indicadores demográficos melhores que esses países de baixa renda, como Haiti, Guatemala ou Bolívia (BLISS, 2009).

Em nosso país, os movimentos por uma legislação específica para os trabalhadores podem ser observados no Código Comercial e no Regulamento 737, ambos de 1850, os quais formaram os primórdios da legislação trabalhista brasileira. Estes traziam algumas referências à questão trabalhista, estabelecendo prazo para aviso prévio e indenização por demissões antes do prazo acordado em contratos e manutenção dos vencimentos, por três meses, em caso de acidentes de trabalho com afastamentos (BRASIL, 2013).

A partir dessa época, marcha-se para um estágio no qual todos os cidadãos devem ser amparados em suas necessidades por serviços estatais, seja qual for sua profissão ou condição social. É o que denomina a Seguridade Social. Sob tal prisma, a maioria dos registros identifica a Lei Eloy Chaves, de 1923, como o marco inicial da história da Previdência Social brasileira, quando foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões (BRAGA *et al*, 2001).

No Brasil, cabe ao Ministério da Previdência Social garantir o direito à assistência e à previdência social dos trabalhadores regularmente inscritos no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Como Seguridade Social compreende-se um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1991).

A principal função dos sistemas previdenciários é oferecer assistência financeira à população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho, seja por doença, invalidez ou idade avançada. O auxílio-doença — um dos benefícios concedidos pela Previdência Social brasileira — é de caráter temporário e devido a segurados que, sob avaliação médico pericial, comprovam o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde. O direito a recebê-lo vincula-se ao cumprimento do período mínimo de carência (12 contribuições mensais) necessário à sua concessão — exceto para determinadas situações que isentam de carência, conforme definido pela legislação previdenciária. Apesar da nomenclatura, sua prestação não depende apenas da presença de alguma doença — uma vez que é necessário que seja identificada incapacidade laborativa pelo perito médico — e não será devida àquele segurado que, ao iniciar suas contribuições previdenciárias, já apresentava a patologia alegada como motivo para o requerimento do benefício, exceto quando a incapacidade decorre de sua progressão ou agravamento (BRASIL, 2007a).

Os segurados do Regime Geral da Previdência Social dividem-se em dois grupos: segurados facultativos e obrigatórios. Os segurados facultativos são aqueles que, mesmo não estando vinculados obrigatoriamente à Previdência Social, por não exercerem atividade remunerada, optam por sua inclusão no sistema protetivo. Eles devem ter, no mínimo, 16 anos (exemplos: estudantes, donas de casa, estagiário entre outros). Os segurados obrigatórios são os

maiores de 16 anos, salvo na condição de menor aprendiz (em que se permite o início das atividades a partir dos 14 anos), que exercem qualquer tipo de atividade remunerada lícita. A legislação previdenciária subdivide os segurados obrigatórios em cinco categorias: a) empregado; b) empregado doméstico; c) contribuinte individual; d) trabalhador avulso; e) segurado especial (BRASIL, 1991).

O INSS concede, atualmente, 57 tipos de benefícios a seus segurados, destes, sete têm como causa a morte ou uma doença que tenha gerado incapacidade temporária ou permanente, parcial ou total para o trabalho. Exceção feita aos casos de morte do segurado, geradores de benefícios do tipo pensão por morte, em todos os outros benefícios devem constar a causa mórbida, classificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2010).

Segundo os estudos iniciais da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, desenvolvido em cooperação pelos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social e da Saúde, para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga outros quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos entre outros (BRASIL, 2004).

Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e de aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução do tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho, sem levar em consideração a grande parte da população que não se encontra protegida pelos direitos previdenciários (BRASIL, 2004).

O INSS ainda não disponibiliza, de maneira regular, estatísticas que permitam estabelecer as causas básicas dos benefícios concedidos por incapacidade temporária ou invalidez permanente ou de benefícios assistenciais para não contribuintes. As informações disponíveis são esparsas (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Investir em um sistema eficaz de gestão e monitoramento da saúde dos trabalhadores de um país tem grande valor na redução de doenças no local de trabalho e lesões geradoras de incapacidade, auxilia a minimizar os custos associados com os acidentes de trabalho e reduz a probabilidade de processos por violações de leis trabalhistas. Os departamentos de saúde dos países, em conjunto com as empresas, têm um dever primário de garantir a promoção da saúde e segurança dos seus trabalhadores e outras pessoas no ambiente de trabalho. Um sistema eficaz de gestão ajuda a alcançar essas obrigações legislativas (AUSTRALIA, 2012).

Considera-se que a saúde é uma condição dinâmica de adaptação ativa do organismo à suas circunstâncias. Assim, para diagnosticar precoce e corretamente uma dada condição é

necessário investigar ativamente as origens do processo patogênico, ou seja, aquelas interações que têm início antes mesmo que o indivíduo seja afetado. Este preceito irá, sem dúvida, favorecer a detecção e o tratamento efetivo das patologias decorrentes do trabalho, de forma a apontar caminhos para a prevenção de novos casos (MENDES, 2013).

Segundo Mendes (2013), os trabalhadores compartilham os perfis 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, os trabalhadores 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. Dessa forma, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da associação desses fatores. Através da análise dessas associações é possível identificar os principais fatores de risco para grupos de trabalhadores.

A análise da gênese dos agravos à saúde do trabalhador em segmentos específicos de trabalhadores permite ampliar a compreensão teórica e prática, em vários níveis de complexidade, das relações entre o trabalho e a saúde. Dessa forma, permite identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos ambientes de trabalho de maneira a efetivamente melhorar as condições de higiene ocupacional da população economicamente ativa. Mas é preciso ter dados sobre tais fatores, não apenas estatísticos, mas também qualitativos, por exemplo, entrevistas documentários, histórias de vida, entre outras formas reveladoras da relação trabalho e saúde (LOURENÇO, 2009).

Diversas doenças, relacionadas ou não ao trabalho, exigem, pela sua gravidade, o imediato afastamento do trabalho, como parte do tratamento (repouso obrigatório) ou pela necessidade de interromper a exposição aos fatores de risco presentes nas condições ou nos ambientes de trabalho. Muitos médicos vêm-se em dúvida quanto à questão dos atestados médicos e seus respectivos tempo de afastamento laboral. Alguns são muito liberais e, na dúvida, concedem longos períodos de afastamento, tentando proteger o trabalhador. Outros são muito rigorosos ou restritivos, concedendo tempo insuficiente para a melhora efetiva do paciente/trabalhador. Não há uma fórmula fixa para tal tipo de decisão, que fica a critério do médico que atende ao paciente/ trabalhador. A maior dificuldade decorre da falta de critérios objetivos que orientem a conduta do médico, principalmente quando ele não está familiarizado com o ambiente e as condições de trabalho do paciente (BRASIL, 2007).

Os determinantes da saúde do trabalhador compõem um sistema multifatorial e complexo, no qual pode-se citar a influência de condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes

nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001b).

Segundo autores como Warren, Carayon e Hoonakker (2008), diversos são os fatores que influenciam no adoecimento de populações trabalhadoras, segundo as evidências atuais há tendência de maior acometimento de patologias incapacitantes em indivíduos de menor poder aquisitivo. Dessa forma, pode-se identificar que, o acometimento de população de maior vulnerabilidade social e consequentemente com menor acesso aos meios de diagnóstico e tratamento, tornam as pesquisas nesta área, fontes de conhecimento do papel das características do trabalho e das condições ambientais para fundamentar medidas de intervenção.

Deve-se considerar ainda questões relacionadas às desigualdades sociais, comuns no Brasil. A precarização do trabalho, neste contexto, caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como consequência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está relacionado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde (BRASIL, 2007).

Para Levy *et al.* (2005), as agências e órgãos de saúde têm importante papel na melhora dos parâmetros de saúde da força de trabalho, tanto no âmbito nacional quanto no regional, de forma a exercer função central na proteção da saúde dos trabalhadores. Além disso, os órgãos de saúde pública terão funções complementares ao conduzir os sistemas de vigilância da saúde dos trabalhadores, na investigação de problemas de saúde ocupacionais na comunidade e na implantação de medidas preventivas para proteger a saúde dos trabalhadores.

Ter o conhecimento dos motivos de adoecimento dos trabalhadores é essencial para o conhecimento da realidade, planejamento das ações e envolvimento com outros serviços, em especial, os sindicatos das categorias profissionais. Ademais, os dados epidemiológicos são de interesses públicos, então necessitam ser disponibilizados à sociedade, inclusive aos Sindicatos para que esta Política seja, realmente, efetivada. Os entes públicos não podem parecer “ilhas autônomas” capazes de abarcar toda a problemática, bem como de resolvê-la. A resolução dos

problemas verificados está dependente de ações conjuntas com outros órgãos de forma intersetorial (LOURENÇO, 2009).

Além destas questões, deve-se ressaltar a importância econômica do tema. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), atualmente são 56,58 milhões de brasileiros em idade economicamente ativa protegidos pela Previdência Social do Brasil. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é responsável pela manutenção de 28,03 milhões de benefícios, com custos mensais de aproximadamente R\$ 19 bilhões mensais (BRASIL, 2010).

Autores como Siano *et al.* (2008) destacam que são necessários estudos que possam aprofundar e melhor delinear aspectos referentes a concessão de benefícios por incapacidade como, por exemplo: a) analisar os transtornos mais frequentemente associados à incapacidade laborativa; b) quantificar o tempo de afastamento decorrente destes diagnósticos; c) avaliar as possíveis relações de auxílios-doença com as características sócio-demográficas dos segurados, com sua profissão e com seu vínculo com o INSS, bem como com as mudanças normativas e as alterações no quadro de peritos médicos do INSS.

Na região amazônica, a análise de morbidade dos trabalhadores, merece atenção diferenciada. Em virtude das características geográficas e de ocupação do espaço na região, nas quais se destaca a migração de trabalhadores para subsistência, com baixa escolaridade, com incentivo às atividades de extrativismo florestal e mineral, colonização de terras por posseiros, sem a devida organização estrutural por parte do estado, o perfil dos trabalhadores desta região não apresenta parâmetros de comparação com outras regiões do Brasil (PIGNATI; MACHADO, 2005).

No estado do Amapá, esta necessidade torna-se ainda mais importante, pois se a literatura especializada refere que, ainda hoje, o número de publicações científicas e estudos da realidade do trabalhador brasileiro ainda é pequeno, neste estado da Amazônia é ainda incipiente nesta área.

Esta pesquisa permite a ampliação do debate sobre as execuções de uma política de saúde do trabalhador de maior eficiência no estado, com a devida base científica necessária para entender de forma mais comparativa a realidade local do Amapá em relação às demais regiões do país. Dessa forma, definiu-se como objetivo geral: identificar quais as principais causas de morbidade e o tempo médio de afastamento laboral dos trabalhadores do estado do Amapá no período de 2008 a 2012.

Além disso, este estudo teve como objetivo específico dimensionar o tempo de afastamento do trabalho e sua variação associada aos seguintes fatores: patologia, gênero, idade, ramo de atividade, filiação, cidade de procedência e renda mensal. Além disso, houve a

possibilidade de identificar as características gerais desta população. Com os dados coletados foi possível ainda identificar curvas de normalidade para o tempo de afastamento segundo as variáveis estudadas.

De acordo com a metodologia de trabalho, realizou-se estudo transversal descritivo, tendo como fonte os bancos de dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) do Amapá. Esta pesquisa está dividida em sete sessões: introdução, fundamentação teórica, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - Contextualização Histórica

As referências da relação entre o trabalho e o adoecimento são identificadas desde a antiguidade (ARMSTRONG *et al*, 1993). Segundo Mendes (2013), esta associação é encontrada desde os papiros egípcios, os quais reconheciam a existência de doenças relacionadas ao trabalho, e mais posteriormente, na tradição judaica e no mundo greco-romano.

De acordo com Mendes (2013), apesar do reconhecimento, durante o período clássico das relações entre as ocupações e as doenças, não houveram modificações dos espaços laborais de maneira significativa. Apesar destas referências, havia desinteresse no tema por parte dos impérios dominantes, uma vez que os trabalhos mais pesados ou de maior risco eram destinados a escravos e povos subjugados.

A influência das transformações socioeconômicas em curso durante os séculos XV e XVI, como o desenvolvimento tecnológico, a ascensão marcante da burguesia e o poder centralizador dos Estados, ocasionaram o incremento das atividades relacionadas à mineração e ao manuseio de metais nobres. Neste período, em virtude das expansões mercantilistas das potências europeias, as atividades ligadas ao transporte marítimo também sofreram transformações importantes (MENDES, 2013).

Ao fim do século XVII, mais precisamente em 1799, é publicado o livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre Doenças dos Trabalhadores) de Bernardino Ramazzini (1633-1714), importante fonte de conhecimento da associação entre o trabalho e as doenças, referencia na área até o século XIX, quando a Revolução Industrial determinou importantes mudanças sanitárias e no padrão de morbidade da população (MENDES, 2005)

Esta obra em particular, destacou-se entre outras razões pela visão sobre a determinação social da doença, segundo Rosen (1958) Ramazzini estabeleceu ou insinuou alguns elementos básicos do conceito de Medicina Social. Estes incluem a necessidade do estudo das relações entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida, que são determinadas pela sua posição social; os fatores perniciosos que agem de uma forma particular ou com especial intensidade no grupo, por causa de sua posição social; e os elementos que exercem uma influencia deletéria sobre a saúde e impedem o aperfeiçoamento do estado geral de bem-estar.

A Revolução Industrial, iniciada na Europa no século XIX, permitiu diversas modificações nas relações de trabalho que afetaram as condições de saúde das populações. As

características de trabalho com longas jornadas laborais, em atividades penosas e perigosas e os ambientes de trabalho agressivos ao conforto e à saúde rapidamente produziram danos à saúde dos trabalhadores. Tornaram-se comuns os acidentes graves, mutilantes e fatais, intoxicações agudas entre os mais variados tipos de agravos anteriormente incomuns, os quais passaram a acometer grande parcela de operários, incluindo crianças e mulheres, as quais eram preferidas por permitiram salários mais baixos. (ARAÚJO, 2011; MENDES, 2013)

Com a Revolução Industrial os indivíduos passam a laborar em ambientes fechados, os quais passam a ser denominados fábricas. Com a migração da população rural para as cidades, as questões de saneamento básico e de miséria se juntaram aos problemas das péssimas condições de trabalho. Dessa forma, o perfil de morbidade dos trabalhadores foram alterados em virtude de passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças nas áreas fabris. Grande parte da mão-de-obra encontrada nas fábricas era composta por mulheres e crianças, as quais sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos dos processos de trabalho. A preocupação com a força de trabalho, com as perdas econômicas suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas. No século XIX percebeu-se a necessidade da presença de médicos em fábricas e surgimento das primeiras leis de saúde pública que marcadamente abordavam a questão saúde dos trabalhadores. (FRIAS JUNIOR, 1999)

A improvisação dos meios de produção nas fábricas associado à mão-de-obra sem o devido preparo para as novas condições impostas pela modernização resultaram na proliferação de diversos problemas de saúde. Os acidentes de trabalho eram numerosos e quantidade de óbitos muito frequente, pois as atividades eram realizadas por equipamentos sem proteção. Não haviam limites de horas de trabalho, independente da idade do trabalhador ou do gênero, os turnos ne estendiam pela noite sem qualquer tipo de controle ou fiscalização. A intensidade de ruídos nos ambientes laborais impediam que os funcionários entendessem as ordens de seus superiores e contribuíam para a ocorrência de infortúnios (OPITZ JUNIOR, 2011).

Em virtude das condições de trabalho impostas pelos industriais da época, houve o surgimento de intensos movimentos sociais, ocasionando a necessidade de medidas legais de controle dos ambientes de trabalho. Dessa forma, em 1802, no Parlamento Britânico, houve redução da jornada de trabalho e a regulamentação da idade mínima para exercer atividades laborais, através da Lei de Saúde e Moral dos Aprendizizes, que estabelecia o limite de 12 horas de trabalho por dia, proibia o trabalho noturno e tornava obrigatório sistemas de ventilação em ambientes fechados. Em 1833 é instituído o “*Factory Act*”(Leis das Fábricas), com ampliações das medidas de proteção à trabalhadores no Reino Unido (ARAÚJO, 2011; OPITZ JUNIOR, 2011).

No fim do século XIX se vislumbrava uma nova era: os conhecimentos da "medicina científica", unicausal, com base na teoria microbiana, somavam-se ao reconhecimento dos conceitos da Medicina Social, na qual aspectos como habitação, saneamento, trabalho e outros estão realacionados como co-fatores determinantes na gênese do processo de doença. O modelo de serviços médicos dentro das empresas difundiu-se para vários países da Europa e de outros continentes, paralelamente ao processo de industrialização, e passou a ter um papel importante no controle da força de trabalho através do aumento da produtividade e regulação do absenteísmo (MENDES; DIAS, 1991; FRIAS JUNIOR, 1999).

A história da saúde pública nas sociedades ocidentais demonstra a importância que assume o conhecimento dos fatores que atuam no processo saúde-trabalho, e como tais informações podem modificar políticas anteriormente instituídas. Como exemplo, pode-se citar, o caso da relação de nexo causal entre silicose e doença ocupacional, com consequências positivas no papel da organização do trabalho e definição da importância da saúde dos trabalhadores para as empresas e governos (SCALLY; WOMACK, 2004).

2.2 – A Saúde Do Trabalhador No Brasil

A maneira como o Brasil se estruturou social e economicamente, constituiu um dos fatores que determinaram o modelo de relação com o trabalho no país. Aspectos relacionados ao extrativismo mineral motivou o conhecimento e posterior ocupação do interior brasileiro; o modelo agrário feudal, dos latifúndios, dos senhores de engenho e posteriormente dos coronéis; a exploração do indígena nativo, por vezes também escravizado e os anos de escravidão negra, determinaram que – de modo semelhante ao ocorrido na Antiguidade (Egito, Grécia e Roma), - o trabalho braçal fosse destituído de atributo de valor, bem como quaisquer processos mórbidos que o envolvessem, como doenças do trabalho e acidentes do trabalho, banalizados todos pela pouca importância concedida à mão de obra destituída de quaisquer direitos de cidadania. (FRIAS JÚNIOR, 1999)

Com a abolição da escravatura e a vinda dos imigrantes europeus no fim do século XIX, o Brasil dá início ao seu primeiro grande surto industrial com quase cem anos de atraso. A medicina de então evidenciava preocupação natural com as grandes epidemias, bem como, reproduzindo o modelo de medicina social francês, um cuidado especial com cemitérios, matadouros, hospitais, presídios e fábricas. E o modelo de desenvolvimento industrial em nada diferia daquele vivido na Inglaterra muitos anos antes: fábricas primitivas, sem condições

mínimas de higiene, empregando mão de obra barata, principalmente mulheres e crianças. (FRIAS JÚNIOR, 1999)

Contraditoriamente, foi em um período de governo totalitário (a ditadura do Estado Novo), que surgiu a Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, que agrupava e sistematizava as leis trabalhistas, representando notável avanço do ponto de vista jurídico. Também foi um período marcado pelo crescimento e afirmação do movimento sindical no Brasil. Atualizações da Lei de Acidentes do Trabalho se sucederam. A década de 50 representou o segundo grande surto industrial do Brasil. O desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo passou pela existência de entidades como o SESP (Serviços Especializado de Saúde Pública) e do SESI (Serviço Social da Indústria). (BRASIL, 1978; MENDES, 2013)

As Escolas de Medicina Preventiva, de influência americana, fizeram incorporar a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, que passou, também no Brasil, a contextualizar uma área mais abrangente, a Saúde Ocupacional. Também na formação médica, disciplinas como Medicina do Trabalho foram incluídas na maioria dos currículos das escolas médicas do país. Proliferavam os serviços médicos de empresas, afirmando-se também como mercado de trabalho interessante para médicos do país, principalmente aqueles com formação em Saúde Pública (sanitaristas) ou em Medicina Preventiva (MENDES, 2013).

Na década de 60, o Brasil em crise política, que levou ao golpe militar de 31 de março de 1964, passou a viver um período de restrição das liberdades democráticas, ao mesmo tempo em que o Governo tentava disciplinar a questão do trabalho, aplicando leis e reformas, mas mantendo a lógica do totalitarismo. A Previdência Social unificou os Institutos de categorias, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical. O Ministério do Trabalho também consolidou suas ações, intervindo decisivamente em segurança e saúde do trabalhador. O nacionalismo exacerbado, do início do Governo Militar, deu origem a atitudes como a estatização do seguro de acidentes do trabalho em 1966. Acontecia o terceiro grande surto industrial do país; era o "milagre brasileiro", com o início de construção de grandes obras, como a Transamazônica, ponte Rio-Niterói, estádios de futebol, hidroelétricas, entre outras, financiadas com endividamento interno e externo. O ritmo acelerado de tais obras transformava os canteiros em verdadeiros campos de batalha, onde operários morriam todos os dias e poucas medidas eram tomadas para a melhoria das condições de trabalho por parte dos setores públicos (BRAGA, *et al.*, 2008).

A alternativa para a redução de acidentes de trabalho encontrada pelo regime militar, no início dos anos 70, frente aos altos índices de ocorrência de acidentes, foi a imposição legal às empresas, de contratarem profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando assim os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMTs- dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas (BRASIL, 1977). A criação de serviços dessa natureza, já era recomendada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) desde 1959, mas no Brasil foi enfatizada nos anos 70. Era um modelo técnico subordinado ao setor empresarial. O governo do Brasil preocupava-se exclusivamente com os acidentes do trabalho, em virtude da repercussão econômica (graves prejuízos aos cofres públicos) e pelo destaque dado em toda a mídia ao tema. Pouca ou nenhuma atenção era conferida às doenças do trabalho (FRIAS JÚNIOR, 1999).

No âmbito acadêmico, a Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) criava o departamento de Saúde Ambiental, que abrigava uma área de Saúde Ocupacional. Por essa época, vários cursos de Medicina tinham também essa área em seus currículos. Para preparar técnicos especializados em número necessário, o Governo criou a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), órgão do Ministério do Trabalho também afeto à pesquisa. Cursos de pós-graduação em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança disseminaram-se de norte a sul do país, geralmente em convênio com Universidades. Também na área jurídica, o Governo ampliou e modificou o capítulo V da CLT, que versa sobre medicina e segurança do trabalho, ao criar as Normas Regulamentadoras em junho de 1978. Tais normas adotaram a avaliação quantitativa de riscos ambientais e limites de tolerância, bem dentro do escopo da Saúde Ocupacional, permanecendo a legislação previdenciária-acidentária, com características de uma prática de cunho individual e, contemplando exclusivamente os trabalhadores segurados, ou formalmente engajados no mercado de trabalho (BRASIL, 1978; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

No final da década de 70 surgiram, no Brasil, dois movimentos no campo da saúde, com vertentes distintas, dentro de um início de processo de redemocratização do País e de grande importância. O primeiro é o chamado Movimento Sanitário, que, inspirado nos princípios da Conferência de Alma-Ata (1978) e na própria luta interna pelos direitos de cidadania do brasileiro, entre os quais o de acesso à saúde, geraram a proposta de Reforma sanitária brasileira, buscando a integralidade da assistência e superação do modelo dicotômico - Medicina preventiva, medicina curativa (GOMEZ; LACAZ, 2005).

O segundo movimento é o Movimento Sindical, processo que não por acaso iniciou-se no ABC paulista, a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas, e que se espalhou por boa parte do território nacional a partir daí. Com a reorganização do movimento sindical, introduziu-se a questão saúde nas pautas de discussão e reivindicação, seguindo neste momento, o modelo operário italiano das décadas de 60 e 70. Ainda em 1978, foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho - DIESAT, que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e trabalho, tentando superar o assistencialismo, herança do Estado Novo (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Esta nova área temática, a Saúde do Trabalhador, desenvolveu diversos temas como: direito de conhecer a legislação por parte dos trabalhadores, recusa ao trabalho em situações de risco, inclusão de cláusulas de saúde e ambientais nos acordos coletivos de trabalho, integralidade nas ações de saúde do trabalhador, participação na gestão dos serviços de saúde, validação consensual, grupos homogêneos de risco, incorporação da epidemiologia como instrumento de reconhecimento de riscos e danos à saúde e ao meio ambiente. Os organismos internacionais também influenciaram na gênese da Saúde do Trabalhador: a Oficina Panamericana Sanitária (OPAS) lançando o documento "Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores" em 1983, e o Comitê misto OIT-Organização Mundial da Saúde (OMS) lançando a Convenção 161 e a recomendação 171 (Serviços de Saúde no Trabalho). O Brasil, vivendo o período de reabertura ou de redemocratização, viu surgir na Saúde Pública, um novo modelo, com valores oriundos da reforma sanitária e dos núcleos de medicina preventiva, o Programa de Saúde do Trabalhador (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde (SUS), que os Programas de Saúde do Trabalhador, começaram a ser criados em vários Estados brasileiros. Assim, a reforma constitucional de 1988, ao definir como direitos de cidadania a saúde e o trabalho, marcou um avanço, em um momento político de transição democrática, ao confirmar o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e o povo em geral (SANTANA; SILVA, 2008).

Em 1990 o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde (LOS), No. 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária, que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de

definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei 8.080 contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º conceituando-a como: "...um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990; FRIAS JÚNIOR, 1999).

Em 1991, o Ministério da Saúde, através de sua Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT), área nova criada a partir da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, reunindo todos os Estados da Federação, representados na maioria por coordenadores ou gerentes de Programas de Saúde do Trabalhador, onde foi amplamente discutida a operacionalização da Lei 8.080 e a realidade dos programas regionais. Como um dos produtos desse Seminário, ficou agendado o I Seminário Nacional sobre o Acidentado do Trabalho, que se realizaria em novembro de 1991. Ainda em 1991, o Ministério da Previdência publicou a nova Lei de Custeios e Benefícios (8.212 e 8.213) com alguns significativos avanços na questão seguridade, como a estabilidade para o trabalhador acidentado (BRASIL, 1991; FRIAS JÚNIOR, 1999; BRASIL, 2011).

Outra conquista importante, nesta primeira metade dos anos noventa, foi a constituição da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo relatório de novembro de 1993 continha princípios de atuação conjunta de órgãos do Governo em prol da saúde do trabalhador. Progrediam no país as ações de intervenção ambiental voltadas para a defesa da saúde do trabalhador. Até 1993, eram 161 os Programas de Saúde do Trabalhador organizados ou em fase de organização no Brasil (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST). Aspectos como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos, financiamento e vários outros foram abordados neste documento, que se propôs a ser uma diretriz, para que em todas as regiões do País a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realizasse com a qualidade desejada (FRIAS JÚNIOR, 1999).

No mesmo período, o Ministério do Trabalho modificou várias normas regulamentadoras que vigoravam praticamente intactas desde a Portaria 3.214 de 1978. Como aspectos de relevância, a nova Norma Regulamentadora (NR) 7, instituindo a obrigatoriedade das empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional- PCMSO, e a NR

9, criando o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais- PPRA. A NR 17 que aborda de uma maneira mais racional a questão da ergonomia nos postos de trabalhos e a NR 18- instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho – PCMAT, direcionado para construção civil, representaram um grande avanço no campo prevencionista. Hoje as normas regulamentadoras são reformuladas a partir de comissões tripartitis, envolvendo trabalhadores, técnicos e empresários. Doenças ocupacionais, como doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho e perda auditiva induzida pelo ruído, começaram a ser melhor e ações indenizatórias se acumulam nos tribunais. A partir deste momento, começam discussões mais amplas sobre saúde do trabalhador nos Contratos Coletivos de Trabalho (BRASIL, 1978; FRIAS JÚNIOR, 1999).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, enquanto parte da política para o setor saúde, está submetida a um movimento real e concreto de forças sociais, cuja expressão se intensifica na dinâmica das variáveis conjunturais presentes na relação Estado e Sociedade Civil. Uma característica marcante desta política é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área (BRASIL, 2004).

A despeito de se atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de sua regulamentação pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, a responsabilidade pela assistência médica ao doente e ao acidentado do trabalho, pressupondo o atendimento na rede como um todo, esta continuou sendo prestada nos moldes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), mantendo o modelo anacrônico de convênios específicos com prestadores de serviços privados. Somente em 1990, com o advento da Lei No. 8029 e do Decreto No. 99.350 houve a criação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e real divisão entre o medicina assistencial e a previdência social (BRASIL, 2010).

As ações de reabilitação não foram incorporadas ao SUS, mantendo-se sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), dentro da estrutura do INSS. Este fato contraria frontalmente a mesma lei do SUS no seu artigo 6º, parágrafo 3º, em que o entendimento da Saúde do Trabalhador, para efeito da execução de ações pelo SUS, passa pela reabilitação da saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

Para autores como Oliveira e Vasconcelos (1992), as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo MTPS/INSS, pelas Coordenações de Relações do Trabalho, ex-Delegacias Regionais do Trabalho — DRTs. Entende-se que a fiscalização dos ambientes de trabalho é parte essencial na execução das ações de vigilância sanitária. Estas ações devem ser realizadas numa perspectiva da prevenção, a partir do mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras

formas de abordagem. Cabe ressaltar que as ações de vigilância sanitária são competência do SUS, não seguindo a lógica do modelo tradicional do MTPS, no qual o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais.

Experiências nesse sentido vêm sendo realizadas há cerca de uma década em São Paulo e, mais recentemente, no Rio de Janeiro pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. Institucionalizadas como Programa de Saúde do Trabalhador, são o resultado de mecanismos de pressão sobre os órgãos públicos de saúde, por parte de setores combativos do movimento sindical, em articulação com técnicos das secretarias de saúde sensibilizados e comprometidos com as lutas pela transformação das condições de trabalho (KELLY-SANTOS; ROZEMBERG, 2005).

Para Oliveira e Vasconcelos (1992), a análise dos mecanismos de notificação, e dos dados deles resultantes, não é voltada para a produção de informações capazes de serem trabalhadas epidemiologicamente. Dessa forma, estaria-se contrariando a lei, mantendo-se na estrutura do INSS o poder de deter informações que, embora pudessem alimentar um sistema riquíssimo de vigilância epidemiológica, têm servido apenas aos objetivos financeiros de atender às obrigações pecuniárias decorrentes dos agravos à saúde dos trabalhadores. A persistência desta lógica parcializada faz com que tanto a política de execução das ações como o próprio indivíduo permaneçam fragmentados. O trabalhador, já comprometido pelo dano à sua saúde é “forçado” a procurar diversos serviços de saúde mesmo sem atendimento técnico adequado como numa espécie de peregrinação institucional.

Do ponto de vista dos recursos humanos para a área de Saúde do Trabalhador, o quadro que se apresenta é de uma multiplicidade de órgãos formadores com visões diferenciadas. De um lado, a formação tradicional visando suprir um mercado de trabalho voltado para os interesses empresariais, tendo em vista a necessidade do cumprimento da legislação, que obriga as empresas a constituírem os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Historicamente, a Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), tem sido a responsável pela organização e supervisão destes cursos. Por outro lado, tem-se a formação promovida pelas universidades, dentro de uma concepção referenciada à saúde pública. Estes recursos humanos são absorvidos, em sua quase totalidade, pelos níveis centrais da administração pública. Este modo de organização dos aparelhos formadores para a área gera uma carência de profissionais capazes de dar conta das necessidades de atenção aos trabalhadores doentes e acidentados (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

Diversos estudos utilizando os dados oficiais demonstram um quadro extremamente grave de morbi-mortalidade dos trabalhadores brasileiros, que vem se acentuando ao longo dos anos. Apesar de uma diminuição do número absoluto de acidentes de trabalho registrados nos últimos anos, vem ocorrendo um aumento progressivo do índice de letalidade, o que aponta para a gravidade do problema (OLIVIERA; VASCONCELOS, 1992). Além disso, estes agravos acometem trabalhadores em idade produtiva com repercussões econômicas.

Dentre os efeitos na saúde causados pelo trabalho, como define Mendes (1988), encontram-se os "agudos", que são os acidentes de trabalho e as intoxicações. A partir de dados oficiais de trabalhadores cobertos pelo sistema urbano da Previdência Social, o mesmo autor refere que os acidentes do trabalho, cuja incidência vem aparentemente caindo a partir de 1973, ainda atingem mais de um milhão de trabalhadores por ano. Se levado em conta o provável sub-registro e os significativos contingentes da População Economicamente Ativa (PEA) não incluídos nesta estatística (por exemplo, os trabalhadores rurais, os do setor informal e/ou os que não contribuem para a Previdência), não é fora de propósito ter que triplicar estes números para poder, assim, estimar a provável incidência de acidentes no país.

Segundo Mendes e Waissmann (2013), nas questões referentes às doenças em grupos trabalhadores é interessante notar que o conhecimento e o interesse sobre a saúde e a doença nestas populações evoluem em função de determinantes de natureza econômica e tecnológica, os quais são relativamente difusos e inespecíficos, mas também ligados a outros determinantes mais específicos. Esta dinâmica terá influência nos modos de pensar, investigar e de agir.

Em relação aos problemas com as informações na área de Saúde do Trabalhador, a literatura apresenta um vasto número de estudos. O mais expressivo exemplo destes problemas está na notificação das doenças profissionais. Mendes (1988) assinala que em relação à ocorrência das doenças profissionais em nosso país, ocorre um fenômeno comum a outros países em mesmo estágio de desenvolvimento, ou seja, sua incidência, a julgar pelas estatísticas oficiais, é extremamente baixa. Prossegue ainda o autor: "contudo, não é difícil suspeitar que a verdadeira situação não é tão favorável assim. Devem estar ocorrendo tanto a falta de diagnóstico quanto o sub-registro dos casos diagnosticados".

Segundo Waldvogel (2011), para a realização de análises com maior precisão sobre os acidentes de trabalho e as doenças prevalentes nos trabalhadores do Brasil, deveriam estar disponíveis informações completas e atualizadas sobre as ocorrências de agravos e acidentes de acordo com as variações de exposição e de profissão de cada indivíduo. Contudo, a realidade demonstra que as fontes de dados disponíveis fornecem cifras distintas que revelam apenas panoramas parciais e, muitas vezes, desconhecidos. Para esta autora não haveria carencia de

sistemas pois os atuais, em tese, seriam suficientes para gerar informações necessárias para o acompanhamento das doenças do trabalho, porém na prática os sistemas têm fornecido dados insuficientes para as necessidades de acompanhamento destas populações e não há sistemas interligados de maneira a cobrir a totalidade dos trabalhadores.

As dificuldades na identificação das patologias nos trabalhadores no Brasil apresentam-se com grande percentual de sub-notificação. As “Doenças Profissionais” e “Doenças do Trabalho” apesar de preconizadas em lei, sempre foram pouco divulgadas entre os profissionais de saúde. Este fato contribuiu para a geração de diversas controvérsias e conflitos, tanto entre segurados e a Previdência Social, como entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Previdência Social, uma vez que a ausência de listas ou relações nominais e claras de doenças aumentava a subjetividade das decisões técnicas e administrativas, além de favorecer a transferência de tais conflitos para esferas judiciais (MENDES, 2013).

Pode-se acrescentar, além destes fatos, a identificação de que a maioria dos trabalhos de pesquisa sobre este tema são concentrados nas regiões sul e sudeste, onde se supõe maior qualidade nos registros de acidentes ocupacionais. Dessa forma, demonstra-se que as estatísticas oficiais não refletem as características deste problema de maneira uniforme, principalmente quando se considera as grandes diferenças regionais no que se refere ao perfil de atividades produtivas, magnitude da informalidade na capacidade produtiva, escolaridade dos trabalhadores, entre outros fatores (SANTANA; NOBRE; WALDVOGEL, 2005).

Os estudos que tratam da Saúde do Trabalhador, propõem a integração das ações, a partir do estabelecimento de colegiados interinstitucionais que dêem conta da formulação da política, do planejamento das ações e da sua execução. Esta experiência, de certo modo inédita, não foi ainda colocada em prática no Brasil, a não ser de forma pontual e isolada, a partir de programas de Saúde do Trabalhador. A efetivação de integração é importante como estratégia para atenuar as dificuldades existentes (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992).

Na década de 90, diversas portarias e leis foram criadas com o objetivo de garantir os princípios básicos e a efetivação do SUS em relação ao campo da saúde dos trabalhadores. No final de esta década, em cumprimento a Lei Orgânica da Saúde, que delega ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, foi editada a nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999). Ressalta-se que, ao estabelecer a relação entre doenças e trabalho num conceito mais amplo e prever a sua revisão anualmente com a finalidade de incluir novas doenças, propiciou um avanço para novas práticas e políticas no campo saúde do trabalhador (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Entre as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a saúde do ocupacional no país, pode-se citar a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, cuja estratégia já havia sido imaginada desde a década de 70 quando iniciou o Projeto de Cooperação técnica Brasil-Itália (PCTBI). São também destacados a consolidação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o revigoramento do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT) (MAENO; CARMO, 2005).

Segundo Oliveira e Vasconcelos (1992), apesar dos indiscutíveis progressos em relação a legislação, o processo de absorção das ações da Saúde do Trabalhador, por parte do SUS, vem apresentando diversos problemas e, até o momento, não se pode afirmar que as mesmas estejam sendo executadas de forma eficaz. Deve-se enfatizar, na análise da política de Saúde do Trabalhador no Brasil, que tanto a subnotificação de doenças e acidentes quanto a questão da integração institucional são aspectos que sinalizam perfeitamente os maiores problemas da área.

Para estes autores, a dinâmica que se imprime na relação Estado-Sociedade Civil, que no caso da Saúde do Trabalhador envolve a relação capital-trabalho, não incorporou ainda a transformação necessária, capaz de responder às rápidas mudanças que vêm se impondo à sociedade brasileira neste contexto de democratização e internacionalização da Economia (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

Um exemplo da importância das questões relativas a saúde ocupacional e a dificuldade para o país acompanhar as necessidades da sociedade, refere-se a análise do ensino das relações trabalho-saúde-doença na formação médica no Brasil cujo aprimoramento permanece pouco atendido, principalmente quando se considera as dificuldades dos alunos de graduação em relacionar a anamnese ocupacional com a disciplina de clínica geral (DIAS *et al.*, 2006).

O aprofundamento da análise desta questão implica entender a fundo o quadro existente, com todos os possíveis parâmetros capazes de serem demarcados, a despeito das dificuldades conhecidas em estabelecê-los. A incorporação de novas formas de abordagem da questão da Saúde do Trabalhador, considerando aspectos referentes a despoluição da produção e o desenvolvimento de tecnologias limpas, deverá contribuir para enriquecer a discussão nos próximos anos. A expectativa é de que a ampliação do enfoque contribua para que as medidas capazes de enfrentar e reverter os perfis epidemiológicos de morbi-mortalidade dos trabalhadores sejam compatíveis com as rápidas transformações sociais e com as mudanças na correlação de forças na dinâmica entre o Estado e a Sociedade Civil (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 1992).

2.3 – A Incapacidade para o Trabalho

Absenteísmo, para Castejón (2002), é o termo utilizado na literatura médica para indicar o não-comparecimento inesperado ao trabalho, especialmente aquele que acontece de forma repetitiva. Dentre as diversas possibilidades utilizadas para caracterizar o absenteísmo, pode-se evidenciar o absenteísmo por motivo de saúde e o absenteísmo-doença. O primeiro compreende ausências devido a problemas de saúde próprios ou de seus dependentes, onde o trabalhador não está impedido de exercer suas atividades. Trata-se de aspectos que envolvem procura por diagnósticos, prevenção ou terapia. Caracterizaria uma condição potencialmente questionável em relação à necessidade de interrupção do exercício laboral. No caso do absenteísmo-doença, a ausência ao trabalho decorreria da falta de capacidade para exercer as atividades em razão de doença ativa ou acidentes, configurando condição inquestionável quanto a necessidade de afastamento. Segundo estudo de Santos e Mattos (2010), embora o absenteísmo ocupacional tenha grande importância e seja causado por diversos fatores, o que mais afasta o trabalhador do ambiente laboral é o absenteísmo-doença.

O absenteísmo-doença traz, tanto nos países em desenvolvimento, como nos considerados altamente industrializados, um aumento direto nos custos de produção pela necessidade de concessão de auxílio-doença, um aumento indireto nos custos pela redução da produtividade e da eficiência, com maior desperdício e aumento dos problemas administrativos nos departamentos de pessoal com sucessivas substituições de faltosos (MARTINS *et al.*, 2005; DIACOV; LIMA, 1988). Segundo o Bureau of Labor Statistics dos Estados Unidos, em 2009, foram registrados 1.238.490 casos de acidentes e doenças ocupacionais não fatais com afastamento laboral (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2009).

Barboza e Soler (2003) e Reis *et al.* (2003), ressaltam que o absenteísmo tem associação direta às condições nas quais o trabalho é exercido, com repercussões na qualidade de vida, de saúde e de trabalho dos profissionais, e que é imprescindível a realização de estudos para analisar e prevenir o absenteísmo. Análise semelhante a de Punnett e Wegman (2004), em estudo de distúrbios musculoesqueléticos e sua relação com o trabalho, segundo os quais estudos epidemiológicos em saúde ocupacional permitiriam melhor avaliação da história natural, prognóstico e efeitos latentes destas patologias.

Faltas ao trabalho decorrentes de doenças e agravos à saúde refletem incapacidades temporárias para o desempenho das atividades laborais. Demonstram não apenas a existência de problemas de saúde, mas também a sua gravidade, exceto quando resultam de gravidez, parto, ou

quando compõem medidas para evitar a propagação de doenças transmissíveis. A incapacidade para o trabalho causada por problemas de saúde é de interesse não somente do trabalhador e dos profissionais de saúde, mas também das instituições responsáveis pelos benefícios de compensação salarial durante o afastamento, e das próprias empresas empregadoras (YANO; SANTANA, 2012).

Mendes (2013) conceitua o absenteísmo de longa duração como os afastamentos do ambiente de trabalho em virtude de morbididades causadores e incapacidade total temporária por período superior a 15 dias. Para este autor, o estudo do perfil de saúde e das informações derivadas destes casos é um importante componente para a adoção de medidas preventivas, incluindo as de higiene industrial, proporcionando atuação nos mais variados tipos de gravidade de afecções laborais.

Segundo Shiri *et al.* (2011), em seu estudo sobre intervenções em ambientes de trabalho, a incapacidade laboral por doenças musculoesqueléticas é um fenômeno complexo e multifatorial, mas que através de intervenções ergonômicas precoces no local de trabalho, há importante redução do absenteísmo e melhora na produtividade.

De acordo com Boff, Leite & Azambuja (2002), o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) detém atualmente o maior banco de dados referente a características demográficas e de saúde de uma parcela significativa da população trabalhadora brasileira. No entanto, esses dados, obtidos com a finalidade de atender prioritariamente à demanda administrativa da seguradora, são ainda pouco explorados para o diagnóstico da morbidade dos trabalhadores segurados.

As repercussões dos danos ou agravos à saúde sobre a vida e as atividades do trabalhador são conhecidas e divulgadas por diversos autores. É do senso comum, por exemplo, a observação de que um acidente do trabalho pode impedir que o trabalhador volte à sua atividade normal, obrigando-o a permanecer sem trabalhar, por um tempo variável, desde algumas horas, até a vida inteira que lhe resta. Na óptica do seguro privado ou social, esta situação caracteriza uma “incapacidade”, que pode ser temporária ou permanente, parcial ou total (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002).

Trabalhadores segurados eventualmente receberão algum tipo de compensação financeira, enquanto durar sua incapacidade. Aliás, a tentativa de compensar financeiramente os trabalhadores por danos ou agravos sofridos – máxime os que implicaram incapacidade para o trabalho – constitui um dos fundamentos universais do seguro que, no caso brasileiro, ainda é estatal e, portanto, tido como “social” (PEREIRA JÚNIOR, 2008).

Embora as faltas no trabalho por doença sejam consideradas importante dimensão do estado de saúde de trabalhadores, estimativas de prevalência ou incidência de episódios ainda são raras. Estimativas de prevalência de faltas por doença variam de 3,2% nos Estados Unidos a 7,6% na Dinamarca, e 1,78% entre jovens residentes no Canadá. Observou-se também que pessoas com maior idade, do sexo feminino, com menor número de anos de escolaridade, renda ou nível socioeconômico, tinham maior proporção de faltas por saúde em comparação com outros grupos. Alguns fatores de risco para doenças crônicas como o hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, sobrepeso, obesidade, saúde autopercebida ruim e, também se associavam positivamente a faltas por doença. Fatores ocupacionais relacionados ao aumento relativo da prevalência de faltas por doença também têm relação a indivíduos com ocupações menos qualificadas ou trabalho temporário (YANO; SANTANA, 2012).

Segundo estudo de Achutti e Azambuja (2004), há necessidade de uma maior integração entre a Previdência e Assistência Social e o Sistema Único de Saúde (SUS), pois por este ainda apresentar deficiências graves, os custos da incapacidade recaem pesadamente sobre a previdência e a assistência social, uma vez que os pacientes permanecem em benefício por muito mais tempo do que o necessário, aguardando exames, procedimentos ou acesso a um especialista para a conclusão do seu tratamento.

Da mesma forma, para Maeno e Vilela (2010), a saúde do trabalhador, incluindo a reabilitação profissional, ainda é caracterizada como um “direito constitucional a ser conquistado na prática”. Segundo as autoras “a inclusão das questões trabalhistas e sanitárias dos trabalhadores nas equações de sustentabilidade das políticas econômicas é de importância central para que se supere a situação de sua sobreposição ao bem-estar da população cujo ônus recai sobre o próprio Estado”.

Todas as doenças, bem como os acidentes – relacionados ou não com o trabalho – podem produzir uma “deficiência” ou “disfunção”, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985) é “qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica”. Por exemplo, após um acidente vascular cerebral (AVC), a paralisia do braço direito ou a disfagia serão “deficiências” ou “disfunções”, isto é, sistemas ou partes do corpo que não funcionam e que, eventualmente irão interferir com as atividades de uma vida diária “normal”, produzindo neste caso, “incapacidade”.

A “incapacidade” (disability), segundo a OMS (1985), é “qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal”. Refere-se a coisas que as pessoas não conseguem fazer. Por exemplo, após

um AVC, que produziu deficiências ou disfunções antes referidas, o indivíduo poderá não conseguir caminhar, vestir-se, dirigir um automóvel etc.

Para fins previdenciários é valorizada a “incapacidade laborativa” ou “incapacidade para o trabalho”, que foi definida pelo Instituto Nacional de Seguro Social (BRASIL, 2005a) como a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidentes. Para a maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo ‘impossibilidade’ como a incapacidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada. Na avaliação da incapacidade laborativa, é necessário ter sempre em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava, e nunca os da média da coletividade operária. (COSTA, 2003).

O auxílio doença, gerado a partir de uma incapacidade laboral, é devido ao trabalhador segurado que ficar incapacitado para o trabalho por motivo de doença ou acidente de trabalho, sendo pago como equivalente ao salário mensal, concedido a título de benefício temporário, pago pelo INSS a partir do décimo sexto dia de afastamento, e cessará apenas quando o trabalhador for considerado apto para o retorno ao trabalho, ou quando concluir-se pela incapacidade permanente, sendo então, transformado em aposentadoria por invalidez, podendo esta ser do tipo previdenciário ou acidentário, dependendo da caracterização estabelecida (BARBOSA-BRANCO; ROMARIZ, 2006).

Para o pronunciamento médico-pericial sobre a existência (ou não) de incapacidade laborativa do segurado, é imprescindível considerar determinadas informações: diagnóstico da doença; natureza e grau de deficiência ou disfunção produzida pela patologia; tipo de atividade ou profissão e suas exigências; indicação ou necessidade de “proteção” do segurado doente, por exemplo, contra reexposições ocupacionais a agentes patogênicos sensibilizantes ou de efeito cumulativo; eventual existência de hipersuscetibilidade do segurado a um agente patogênico relacionado com a patologia da doença; dispositivos legais pertinentes (Normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, ou de órgãos da saúde, ou acordos coletivos, legislação previdenciária etc.); idade e escolaridade do segurado; potencial do segurado à readaptação profissional; mercado de trabalho e outros “fatores exógenos” (BRASIL, 2005b).

Em bases técnicas, a incapacidade laborativa poderia ser classificada em: total ou parcial, temporária ou indefinida, uniprofissional, multiprofissional e omni-profissional. (BRASIL, 2005a). A avaliação de incapacidade deve compreender os seguintes parâmetros: o grau, a duração e a abrangência da tarefa desempenhada. Quanto ao grau a incapacidade laborativa pode

ser parcial ou total. Considera-se como parcial o grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de vida ou agravamento; considera-se como incapacidade total a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo, função ou emprego.

Quanto à duração a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente. Será considerada temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível; considera-se permanente a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial. Quanto à abrangência profissional, a incapacidade laborativa pode ser classificada como uniprofissional - aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo, função ou emprego; multiprofissional - aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo, função ou emprego; e omni-profissional - aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família (BRASIL, 2005a).

A compreensão do papel dos benefícios por incapacidade no sistema previdenciário tem, como ponto de partida, os princípios que permeiam as teorias da sociedade: justiça, necessidade e igualdade. A concepção de um seguro para compensar um perigo e as consequências advindos de agravos à saúde enquanto parte de uma política social baseia-se, em última análise, nesses princípios (BRASIL, 2007).

No Brasil, em função de sua importância social, a Seguridade tornou-se matéria constitucional, sendo descrita no artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade; destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2004).

Entre os diversos avanços da Constituição de 1988 na determinação da responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, pode-se destacar: a instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social, articulando e integrando as políticas de seguro social, assistência social e saúde; o reconhecimento da assistência social como política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte de populações necessitadas, e direito a uma renda para idosos e portadores de deficiência em situação de extrema pobreza; o reconhecimento do direito à aposentadoria não integralmente contributiva dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar; e o reconhecimento do seguro-desemprego como direito social do trabalhador a uma provisão temporária de renda em situação de perda circunstancial de emprego (CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005).

Os sistemas de proteção social tiveram suas origens na necessidade de neutralização ou redução do impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. A formação desses sistemas resulta da ação pública que busca resgatar a sociedade dos efeitos dos riscos de doença, velhice, invalidez, desemprego e de outras formas de exclusão social. Os conceitos de previdência social, seguro e seguridade social, embora muitas vezes sejam utilizados como sinônimos ou substitutos de proteção social e partes dela, devem funcionar como instrumentos de realização de justiça social e devem ser submetidos à política social do Estado (BRASIL, 2007).

O modelo do seguro social caracteriza-se em dar cobertura a grupos ocupacionais através de uma relação contratual, em que os benefícios dependem da contribuição previamente realizada pelos trabalhadores segurados. Baseia-se no princípio da solidariedade, pelos quais os indivíduos deveriam receber compensações, com base e na proporção de suas contribuições, e o objetivo central visa à manutenção do status sócio-econômico, em situações de infortúnio e perda de capacidade para o trabalho, assegurando ao trabalhador condições iguais às existentes quando se encontrava em atividade (CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005).

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2010), tem “a finalidade de promover o reconhecimento, pela Previdência Social, de direito ao recebimento de benefícios por ela administrados, assegurando agilidade, comodidade aos seus usuários e ampliação do controle social.” Compete ao INSS a operacionalização do reconhecimento dos direitos da clientela do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) que, conforme Boletim Estatístico da Previdência Social, de 2004, abrange aproximadamente 31 milhões de contribuintes.

Os segurados do Regime Geral da Previdência Social dividem-se em dois grupos: segurados facultativos e obrigatórios. Os segurados facultativos são aqueles que, mesmo não estando vinculados obrigatoriamente à Previdência Social, por não exercerem atividade remunerada, optam por sua inclusão no sistema protetivo. Eles devem ter, no mínimo, 16 anos (exemplos: estudantes, donas de casa, estagiário entre outros). Os segurados obrigatórios são os maiores de 16 anos, salvo na condição de menor aprendiz (em que se permite o início das atividades a partir dos 14 anos), que exercem qualquer tipo de atividade remunerada lícita. A legislação previdenciária subdivide os segurados obrigatórios em cinco categorias: a) empregado; b) empregado doméstico; c) contribuinte individual; d) trabalhador avulso; e) segurado especial (BRASIL, 1991).

A questão da incapacidade para o trabalho e suas implicações para o sistema de Seguro Social é vista como um fenômeno social, condicionada por uma série de determinantes,

cuja principal é a doença, que está relacionada ao tipo de trabalho, à condição salarial e ao emprego/desemprego (BRASIL, 2005a).

Não existem evidências de que o crescimento de benefícios por incapacidade seja consequente ao aumento na incidência de deficiências ou das taxas de morbidade da população. Além disso, observa-se que o tempo médio de permanência em benefícios por incapacidade, em torno de 219 dias em algumas regiões do país, é extremamente prolongado e reduz as chances de retorno ao trabalho. Por outro lado, as mudanças recentes nos processos de transformação do trabalho, de uma atividade fim apoiada no setor produtivo, para uma atividade meio com crescimento do setor de serviços e a precarização das relações de trabalho, repercutem em mudanças nos perfis de morbidade da população, com reflexos nos benefícios por incapacidade (BRASIL, 2010).

De maneira geral, antes da criação do SUS, os cuidados com a saúde do trabalhador eram desenvolvidos, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, pela Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizadas pelos respectivos especialistas, em serviços próprios de empresas e em alguns sindicatos. Também alguns estados e municípios já desenvolviam algumas ações em Saúde do Trabalhador na perspectiva da saúde pública e da saúde coletiva. Do ponto de vista institucional, o Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho. A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores. A Reforma Sanitária incorporou a Saúde do Trabalhador nas suas propostas, dando lugar e voz a um movimento de reivindicações que ecoava tendências já em desenvolvimento em países industrializados, liderados pela Organização Internacional do Trabalho e pela Organização Mundial de Saúde (SANTANA; SILVA, 2008).

2.4 - Sistemas De Informação Em Saúde

Segundo estudo de Vasconcellos *et al.* (2002), apesar dos contínuos avanços tecnológicos relacionados às informações, existe um descompasso em sua implantação e uso em benefício da ampliação da potência de intervenção da esfera pública sobre a saúde de indivíduos e de populações e do próprio desenvolvimento de um espaço cada vez mais estratégico para a Ciência e a Tecnologia do país, em um mundo globalizado. Há uma aparente aproximação de discursos ao se referir à ‘informação e informática em saúde’. No entanto, suas práticas são díspares e desconexas, com pouca clareza sobre a abordagem dos temas. Essa opacidade

contribui para as dificuldades de organização, coordenação e fragilidade institucional, tornando-se cada vez mais vulnerável às pressões do mercado, o que deixa fluido o papel do Estado na condução da Política de Informação e Informática em Saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Com necessidade de buscar cada vez mais a qualidade, tornou-se nítida a importância de melhorar o desempenho dos serviços de saúde ocupacional. Uma das estratégias mais importantes para este objetivo é melhorar o conhecimento das informações geradas para que se possa estabelecer medidas de controle para redução de doenças, com consequente redução de custos à cadeia produtiva. O conhecimento dos agravos a saúde e de seus determinantes de risco tem importância significativa na definição de estratégias de intervenção com objetivo de diminuir e prevenir as patologias mais frequentes neste grupo populacional (MENDES, 2013).

Para Lima *et al.* (2009), no Brasil, o monitoramento da qualidade dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) não segue um plano regular de avaliações, normatizado pelo Ministério da Saúde, resultando em iniciativas não sistemáticas e isoladas. Apenas a título de ilustração, destacam-se as estruturas de gestão do SUS das três esferas de governo: Ministério da Saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. Salvo mudanças na denominação, em quase todas se observa o quadro fragmentado das informações e informática em saúde. Observa-se que cada setor/ órgão/agência, esforça-se por constituir “seu” próprio sistema de informação, “seu” núcleo de informática ou tecnologia de informação e, paradoxalmente, “sua” padronização. Essa situação reforça a dispersão, facilita a multiplicação de contratos e fragiliza sua identidade institucional, epistêmica e sua potência de ação política (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Por outro lado, a avaliação das condições de infraestrutura de informação e informática e a constatação da sua enorme deficiência, tanto em termos de equipamentos como de capacitação dos técnicos e profissionais para utilizá-los, repõem um aparente paradoxo presente na elucidação do uso da informação no processo de tomada de decisão. Trata-se do desencontro entre as formulações de natureza racional e técnica e a sua efetivação no cotidiano da ação política e administrativa órgão público. Com efeito, manifesta-se a coexistência do reconhecimento da importância da incorporação da informática no processo de decisão política e administrativa e a ausência de meios efetivos e articulados para provê-lo no trabalho cotidiano. Com isso, registra-se uma dissociação entre a expressão do pensamento e o modo de agir no cotidiano da administração pública, que se insere na lógica da racionalidade subjetiva, assumindo configuração própria decorrente das outras influências a que o processo de tomada de decisão no nível de governo está submetido (COHN *et al.*, 2005).

O profissional de saúde pode melhorar a qualidade da saúde de trabalhadores através do uso de instrumentos e métodos adequados de gerenciamento de informação. A

qualidade destas informações e a forma como elas devem ser colhidas, processadas, avaliadas e utilizadas devem seguir critérios técnicos eficazes, através da utilização de métodos capazes de “enxergar” o trabalhador como um todo, como indivíduo e como população, além de todos os possíveis eventos de saúde (MENDES, 2013).

A importância de um Sistema de Informação em Saúde de qualidade e de alto nível de atendimento é óbvio, pois sem ter acesso adequado aos dados pertinentes, praticamente não se consegue tomar as decisões sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou de outros, com fatal consequências para os pacientes. Porém, os Sistemas de Informação em Saúde também são um fator de custo importante. Aproximadamente, 10% dos produtos internos brutos das nações são dedicados à saúde, e cerca de 5% à tecnologia da informação e comunicação (TIC). Tendências em aumentar os investimentos na saúde e na área das TIC, particularmente nos países desenvolvidos, pode ser esperado na atualidade. Tendo isto em mente, pode-se reconhecer a relevância do processamento de dados, informações e conhecimentos de forma sistemática para a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde. Os progressos no campo dos sistemas de informação de saúde estão relacionados diretamente com maior preocupação com qualidade e eficiência dos cuidados, de forma a permitir maior acesso a um sistema adequado (HAUX, 2006).

Existe uma outra dimensão imersa nesse processo, com características de despolitização, e refere-se ao significado e ao papel do sujeito na informação e informática em saúde. Por exemplo, ao se analisar os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), observa-se que o ‘sujeito’ – enquanto criação da modernidade – está fragmentado entre as diversas bases de dados em saúde existentes. Seus fragmentos - características parciais e estáticas de sua vida - povoam Sistemas de Informação em Saúde desconexos. O indivíduo perde sua identidade integral como sujeito pleno: perde sua historicidade. A visão biologicista da saúde/doença/cuidado é de tal modo hegemônica nos SIS que, mesmo quando variáveis socioeconômicas estão presentes na coleta dos dados (como ocupação e escolaridade), são as que apresentam maiores problemas em sua qualidade (MORAES; GÓMEZ, 2007).

O conhecimento do perfil de saúde de trabalhadores empregados, através da análise da distribuição das ocorrências de agravos à saúde, constitui uma valiosa ferramenta de vigilância em saúde. A análise de dados coletados e centrada na identificação das principais causas de efeitos eventos adversos à saúde de trabalhadores, gerando conhecimento suficiente para priorizar recursos para a implantação de medidas preventivas e corretivas que têm como meta a modificação do perfil de saúde (MENDES, 2013).

O sistema de informação de saúde é parte tanto do sistema de saúde quanto de um sistema estatístico mais amplo. As compilações de dados para as estatísticas de saúde são, muitas

vezes, distribuídos em diferentes ministérios de forma setorizada (por exemplo, os ministérios do emprego, agricultura e educação) ou em agências governamentais. Há grande variedade na integração destas informações entre os países na medida em que existam boas relações de trabalho entre os ministérios da saúde e serviços nacionais de estatística. Não obstante há necessidade de valorizar o papel central do Ministério da Saúde como um gerador de dados e, talvez mais importante ainda, como principal usuário dos dados para ação de saúde pública (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

Tanto a procura quanto a oferta de dados variam de formas complexas em diferentes níveis do sistema de saúde. Embora alguns defendam que não deve haver coleta de dados que não seja no nível em que serão utilizados, na prática, as coisas não são tão simples. Por exemplo, o censo está previsto em âmbito nacional, mas os dados são gerados a partir de indivíduos e os dados são analisados e utilizados, tanto em âmbito nacional quanto local. Pesquisas domiciliares nacionais de dados agregados são coletados de indivíduos de forma nacional, mas esses dados geralmente não podem ser desagregados para a comunidade ou até mesmo em nível distrital. Vigilância para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outras doenças notificáveis geram informações que são usadas tanto de maneira nacional quanto subnacional (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

Segundo Moraes e Gómez (2007), as informações em saúde constituem um dos dispositivos de um Estado fragmentado, postos a serviço de específicas Políticas de Saúde e estruturadas para subsidiar a atuação dos seus aparelhos em face de determinados interesses e práticas institucionais. Essa análise reforça a hipótese que a fragmentação existente nas informações em saúde é expressão da fragmentação e da forma do Estado brasileiro atuar. A lógica fragmentadora, que decompõe a realidade observada e ‘departamentaliza’ as demandas da sociedade, é hegemônica tanto na organização das informações em saúde quanto na sua estruturação e gestão no âmbito das instituições de saúde, acarretando diversos problemas e preocupações.

Entre tais problemas, pode-se citar uma fraca identidade da ‘área’ de informação e informática em saúde nas instituições de saúde, o que contribui, dentre outras consequências, para sua vinculação a setores diversos, de forma competitiva, com ausência de um processo coordenado em torno das práticas e saberes de informação e informática, que permanecem dispersas e redundantes, reforçando sua fragmentação e gestão pulverizada. Essa inserção institucional, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde quanto nas instituições de C&T em Saúde, reflete sua ‘fragilidade’ em termos de prestígio, relevância e correlação de forças no cotidiano das esferas de decisão política na saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Outra situação conflitante seria a visão das práticas de informação em saúde reducionista e tecnicista, de simples “área meio”, que encobre sua atuação como espaço estratégico de disputa de interesses, tanto no âmbito dos sistemas e serviços de saúde quanto nas instituições de pesquisa e ensino. “Não possui relevância política” e/ou é tratada “como ‘academicismo’, teoria desvinculada do ‘mundo real’”: Essa é a justificativa apresentada por alguns gestores quando resistem à inclusão de tema relacionado à informação na pauta de fóruns decisórios políticos, como a Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito do SUS. A tematização da ‘informação e informática em saúde’ torna-se uma “caixa preta”, sob o domínio de *experts* que imprimem uma racionalidade tecnocrática a questões de política pública: Política de Saúde e, como parte dessa, a Política de Informação e Informática em Saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Apesar do Brasil dispor de uma ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de âmbito nacional, com grande parte de suas informações disponível na Internet, muitos desses dados ainda estão dispersos. A apropriação dessas informações pelos gestores e pela sociedade organizada para subsidiar suas atividades deve considerar seus pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados (LIMA *et al*, 2009).

Entretanto, a partir de diferentes e muitas vezes divergentes setores, pode-se vislumbrar a potencialidade de constituição de uma linha tênue de ação política e epistemológica que perpassa por todos os envolvidos, em uma abordagem transdisciplinar, de maneira a estabelecer canais de interlocução contínuos em direção de um processo coordenado, contribuindo para a (re)construção do intercampo de informação e informática em saúde (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Os componentes de um sistema de informação em saúde, devem significar um esforço integrado para coletar, processar, gerar relatórios e usar a informação de saúde e conhecimento para influenciar a formulação de políticas, programa de saúde e de pesquisa. O sistema de informação de saúde é fortemente inclinado para dados quantitativos - descrições do estado de saúde e mortalidade das populações ao longo do tempo, a análise de causa de problemas de saúde, a quantificação das associações entre os resultados de saúde e de risco ou fatores de proteção e avaliação da eficácia pública nas intervenções em saúde. Assim, é claramente distinguíveis das informações de saúde para profissionais ou conhecimentos relacionados com a saúde mais geral (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

No entanto, os melhores modelos de sistemas de informação em saúde devem estar acima das especificidades de estudos de casos individuais. Devem oferecer um quadro mais geral de forma a trabalhar para a compreensão do sucesso e do fracasso destes modelos. Mas também

pode ser usado como uma ferramenta de avaliação de risco preditivo, identificar os principais riscos e sugerir ou legitimar ações de redução de tais riscos (HEEKS, 2006).

Dada a natureza fragmentada da assistência à saúde, o grande volume de processamentos no sistema, a necessidade de integrar novos conhecimentos científicos em prática e outras atividades complexas de gerenciamento de informações, as limitações da gestão da informação em documentos físicos são intuitivamente evidentes. Embora os benefícios da tecnologia da informação de saúde são claros na teoria, adaptando novos sistemas de informação aos cuidados de saúde tem sido difícil e as taxas de utilização têm sido limitadas. A maioria dos aplicativos de tecnologia da informação têm-se centrado nas operações administrativas e financeiras, em vez de prestação de cuidados clínicos (CHAUDHRY *et al*, 2006).

Nesse contexto, ocorre de forma cada vez mais forte, pressão das empresas privadas de informática em disputa pelo setor público da saúde, enquanto fatia substantiva de mercado. Em paralelo, há um processo de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e informática em saúde, fortalecendo a tendência pela opção à terceirização (MORAES; GÓMEZ, 2007).

A palavra "sistema" implica um processo como um todo ou organizado e conectado. Na prática, a maioria dos sistemas de informação de saúde dos países não têm essa coesão, tendo sido desenvolvidos de forma fragmentada, formada por pressões administrativas, econômicas, legais ou da sociedade e são, invariavelmente, altamente complexos. Uma forma de simplificar a questão é descrever as dimensões da demanda do sistema de forma a definir quem precisa de dados e para quê. Há necessidade de delimitar as dimensões de alimentação do sistema, de maneira a definir as ferramentas e métodos disponíveis para gerar as informações necessárias. E ainda definir a dimensão de nível do sistema no qual os dados são gerados e utilizados (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

Não existe uma fórmula universal para uma combinação precisa de fontes de dados que funcionem em todas as situações ou necessidades. Muito dependerá de sistemas já existentes que são eles próprios os produtos da história e do desenvolvimento social do país. No entanto, durante as discussões técnicas que sustentam o desenvolvimento de redes de informação em saúde, houve consenso de que todos os países devem aspirar a uma mistura das abordagens na geração de dados. Em alguns contextos, certas abordagens estarão ausentes ou serão rudimentares; outras situações eles podem existir, mas exige o reforço. A sequência de eventos na criação ou reforço de abordagens de geração de dados dependerá da capacidade e dos recursos existentes e uma visão de longo prazo é essencial. Sistemas de registro não pode ser estabelecida num curto prazo e a capacidade de implementar um programa de pesquisa domiciliar

efetivamente é construída gradualmente. A disponibilidade de recursos humanos adequadamente treinados com habilidades analíticas, numéricas e estatística é crítica (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

O autor Almeida Filho (2000) defende que as ciências denominadas ‘da saúde’ são de fato ciências ‘da doença’, e concentra esforços relevantes na delimitação do que pode ser considerada como ‘Ciência da Saúde’ e de novos marcos referenciais da Saúde Coletiva. Dessa forma, pode-se afirmar o mesmo em relação às informações em saúde, uma vez que sua gênese está imersa no referencial das ‘Ciências da Doença’. A necessidade atual de (re)pensar a ‘informação e informática em saúde’ pode ser uma importante aliada estratégica na construção de uma Ciência da Saúde e no avanço da Saúde Coletiva, em seu esforço por contemplar a complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado (MORAES; GÓMEZ, 2007).

No âmbito dos indivíduos e das comunidades, a informação é necessária para a gestão clínica eficaz e para avaliar o grau no qual os serviços estão atendendo às necessidades e demandas das comunidades. Como exemplo, em distritos e cidades as informações de saúde permitem auxiliar as equipes de planejamento e gestores de saúde a tomar decisões sobre o funcionamento eficaz dos serviços de saúde e do sistema de saúde como um todo. Em níveis mais altos, informações de saúde são necessárias para a definição de estratégias de políticas e alocação de recursos. Embora as características dos dados usados para assistência ao paciente e os sistemas de gestão serem um pouco diferentes eles estão ligados ao longo do tempo, de forma contínua (ABOUZHAR; BOERMA, 2005).

No Brasil, nas últimas décadas, vem se ampliando o interesse em utilizar bancos de dados originados, de forma rotineira, pelos serviços de saúde, como ferramenta na elaboração de políticas de saúde e no planejamento e gestão de serviços de saúde. (BITTENCOURT *et al*, 2006) A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (LIMA *et al*, 2009, OPAS, 2002).

Tal fato reforça a necessidade de se investir numa oferta acessível ao grande público quanto à facilidade de compreensão da forma como os dados estão organizados, dispensando-se recursos e equipamentos de informática mais complexos. No caso dos técnicos e dos tomadores de decisão dos órgãos públicos, em particular, a disposição de material que se destine à formação desses quadros em informação, informática e sistematização de dados voltados à formulação de políticas, bem como à capacitação dos conselheiros de saúde com o objetivo de estarem aptos a exercerem efetivamente o controle público dos sistemas e das políticas de saúde (COHN *et al*, 2005).

Se, como parece provável, existem problemas significativos com um grande número de dados em sistemas de tecnologia da informação (TI) baseados em cuidados de saúde, o que cria uma grande lacuna entre o potencial efeito positivo para a informática contribuir com o trabalho das organizações de saúde e uma realidade muito mais negativa. Este, por sua vez, significa que cada vez mais grandes somas de dinheiro estão sendo investidos em novos sistemas de informação de saúde, mas que uma proporção substancial deste é desperdiçada em sistemas não implementadas ou ineficazes (HEEKS, 2006).

Um dos pontos de partida significativos para pensar a saúde e a informação em saúde é a reconstrução daquele momento ideal em que acontece a diferenciação entre a saúde entendida como dimensão fundamental da vida humana e a saúde como setor especializado e institucionalizado de conhecimentos, práticas, procedimentos, instituições, recursos e políticas. “Saúde”, como dimensão da vida, é a expressão de um bem maior individual e coletivo, simbólico e materialmente construído e preservado por todos e cada um dos grupos humanos, os quais, nos contextos assimétricos da história humana, entram em disputa por sua definição diferencial e sua distribuição inclusive (MORAES; GÓMEZ, 2007). Para Paim e Almeida Filho (1998), como setor diferenciado, de crescente fragmentação e especialização, abrange o desenvolvimento de profissões, serviços, indústrias e recursos, desdobra-se nos domínios do público e do privado, da economia e das políticas e constitui o complexo dispositivo de poder e saber que compõe as Ciências da Saúde.

Além disso, e movendo-se de uma visão mais estática para uma mais dinâmica dos projetos de informação em saúde e da realidade, estes modelos fazem parte de um crescente número de profissionais que tem vindo a questionar a noção de planejamento e controle no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde. Eles devem ser definidos junto com reflexões a partir da prática que sugerem que a prática clínica tem um papel crítico a desempenhar (HEEKS, 2006).

O uso do conhecimento produzido pelos sistemas de informação em saúde, quando utilizado para traçar estratégias de ação e aplicado na administração de estabelecimentos de saúde, mostra-se como um instrumento de gestão que permite preparar estratégias de intervenção nos locais de ocorrência, determinar ações de saúde a serem implantadas, além de definir e distribuir melhor os recursos disponíveis (MENDES, 2013).

A partir desta perspectiva, tanto "realidade" quanto "projeto" de sistema estão continuamente mudando de identidade, e o processo de introdução com sucesso de um Sistema de Informação em Saúde pode ser visto como um conjunto de alterações recíprocas entre o projeto e a realidade que, eventualmente, chegará a algum tipo viável de interação entre os dois.

Neste caso, gerentes, consultores e outros profissionais envolvidos com a sua introdução devem prestar menos atenção a variações das metodologias tradicionais. Eles devem prestar maior atenção ao desenvolvimento do conteúdo, ferramentas, papéis e competências que permitirão a redução da diferença entre a informação coletada e a realidade observada, de forma que seja possível, de maneira mais provável, entregar um SIS que os usuários de saúde e organizações tanto precisam e desejam (HEEKS, 2006).

Ao se avaliar a atual lógica organizativa das informações de interesse para a Saúde, produzidas e geridas pelo aparato estatal, observa-se que a informação em saúde surge de um certo “prejuízo” de sinais, sintomas e práticas relacionados ao processo de saúde/doença/cuidado que, em um determinado contexto histórico, adquirem relevância política e social. A partir deste momento, tornam-se eventos que justificam seu monitoramento, sua visibilidade e sua vigilância através de dispositivos de Estado (MORAES; GÓMEZ, 2007).

Abouzhar e Boerma (2005) concluem que países em desenvolvimento não podem permanecer sem sistemas de informação em saúde adequados às suas necessidades. Segundo ele existem diversos exemplos de uso de dados para tomada de decisão baseada em evidências que levam a uma melhor promoção da saúde mesmo em países menos favorecidos. Tais exemplos devem ser estimulados e ampliados. Para estes autores, chegou o momento de um esforço sério de profissionais e de recursos a serem aplicados em sistemas de informação sanitária em construção que podem efetivamente apoiar a saúde pública.

2.5 - Características do Mercado de Trabalho no Amapá

O Estado do Amapá está localizado ao norte do território brasileiro, entre as latitudes 04000'00"N e 01000'00"S e longitudes 50000'00" e 55000'00"W. Tem aproximadamente 145.000 Km² de superfície. Apresenta isolamento terrestre do resto do país por ser cortado pelo rio Amazonas, o qual banha a cidade de Macapá, capital do Estado (CHAGAS, 2013). A população desse estado é estimada em 626.609 habitantes segundo dados do IBGE-2009, cuja densidade demográfica é de 4,38 habitantes por Km². O Amapá é o único estado federativo que possui fronteira com um território de dominação europeia, a Guiana Francesa, além de fazer fronteira com o Suriname (MORAIS, 2011).

É um estado que apresenta especificidades socioambientais ainda gerenciadas de formas antagônicas ou rivais, entre as quais pode-se citar: possui recursos minerais, incluindo ilhas de sintropia (áreas de concentração de minerais) que apresentam diferentes tempos e

práticas de gestão ambiental; detém 70% de seu território institucionalizado como áreas protegidas (Unidades de Conservação e Áreas Indígenas; a participação da administração pública na economia é a maior entre todas as unidades da federação (CHAGAS, 2013).

A economia do Amapá se caracteriza por ser de um lado, importadora de bens de consumo e manufaturados e, de outro, exportadora de matéria prima para alimentação de parques industriais de outras regiões. Na costa atlântica concentra-se o maior potencial para a pesca, além de existir uma concentração muito grande de açaizais nativos, que são utilizados para produção de polpa de açaí, com potencial para exportação. A região sul/sudoeste, situada entre os rios Jari, ao sul e Amapari, ao Norte, é uma região característica de atividades extrativistas, principalmente de castanha-do-brasil, encontrando-se nela as Reservas Extrativistas do Rio Cajari e a de Desenvolvimento Sustentável do Rio Iratapuru. Na região dos cerrados, existe grande potencial para produção de culturas de ciclo curto, com utilização de tecnologias apropriadas (AMAPÁ, 2011).

O estado apresenta sua base econômica de produção e demanda agregada, alicerçada na funcionalidade e operações das atividades, ações e projetos advindos do setor público (gastos governamentais em bens e serviços), tendo no setor primário (agricultura, pecuária, extrativismo), atividades produtivas de baixo valor agregado, portanto, de resultado pouco significativo quanto à geração de trabalho e renda. No setor terciário, os segmentos do comércio e serviços apresentam expressivas atividades que garantem relevante suporte na geração de ocupação da População Economicamente Ativa (PEA) (AMAPÁ, 2007).

Desde os tempos de Território, o estado sofreu com a falta de uma política global de desenvolvimento capaz de minimizar as grandes desigualdades entre a potencialidade dos recursos naturais existentes e a edificação da base produtiva local (CHAGAS, 2013).

O Amapá apresenta vantagens comparativas frente a outras regiões da Amazônia e do país. Estas vantagens podem ser melhor aproveitadas no mercado global do que no nacional. O fato de ser a entrada virtual para a Europa, através da Guiana Francesa, e fazer fronteira e limite com países do Caribe apresenta um potencial maior de desenvolvimento do que sua presença no cenário regional (SANTOS, 2008).

A rodovia BR-156 é o eixo de integração viária sócio-econômica regional - (Arco Norte) com os países do Platô das Guianas, Caribe e União Européia, que permitirá a oportunidade de investimentos que servirão de estímulo ao desenvolvimento econômico e social, a redução das disparidades sociais e regionais e, principalmente, integração com mercados internacionais, permitindo a geração de empregos, rendas e divisas à economia local e nacional (AMAPÁ, 2011).

Entre as principais atividades econômicas desenvolvidas no Amapá pode-se destacar, segundo Santos (2008): movelaria, indústria de minerais não-metálicos, indústria de compensados e laminados, pesca, agricultura, mineração, pecuária e serviços.

Na movelaria, o Governo do Amapá projetou a implantação do Pólo Moveleiro, abrangendo Macapá e Santana basicamente, com o objetivo de introduzir novas técnicas ao beneficiamento e produção de artefatos de madeira. A atividade moveleira é utilizadora de insumos essencialmente locais e abundantes como madeira e mão-de-obra. Entretanto a matéria-prima existe em grande quantidade possibilitando a viabilização do processo econômico da região, com vantagens comparativas a outros centros desde que se possa organizar a produção melhorando a qualidade dos móveis e esquadrias. Sua mão de obra é constituída por trabalhadores semi e não especializados, os quais, apesar de sua baixa qualificação, são os grandes responsáveis na sustentação da produção setorial, haja vista a obsolescência das máquinas (MORAIS, 2011).

A indústria de minerais não metálicos é composta pelas indústrias ligadas às atividades de fabricação de telhas, tijolos, artefatos de cimento, britamento e aparelhagem de pedras, e produtos diversos. Os bens minerais industriais (argila para indústrias oleiro-cerâmicas) e aqueles aplicados diretamente na construção civil, *in natura*, (areia, seixo, barro, piçarra e pedra ferruginosa) encontram-se em abundância no Estado. Ainda que não existam dados estatísticos que indiquem a grandeza do setor, contudo, pela rápida expansão da construção civil nesta década, principalmente em Macapá e Santana, pode-se vislumbrar o seu potencial de mercado. Contudo, segundo estudo da Secretaria de Ciência e Tecnologia (SETEC), este setor apresenta entre suas características o emprego de trabalhadores de baixo nível de instrução, dificultando a absorção de novas técnicas de produção e prejudicando do desenvolvimento da atividade no estado (AMAPÁ, 2007).

Em relação à Indústria de compensados/laminados, este setor é formado basicamente por serrarias que utilizam madeiras retiradas da floresta para a fabricação de placas de madeira, as quais são encaminhadas para movelarias ou exportadas para outros estados. Utiliza mão-de-obra não qualificada (MORAIS, 2011).

No que se refere ao setor de pesca, observa-se que a pesca na Amazônia é basicamente uma atividade extrativista, condicionada, portanto, pelo nível das águas dos rios com superprodução na época da “seca” e de escassez durante a época da “cheia” o que influi decisivamente no preço final do produto. Uma alternativa para minimizar os efeitos da sazonalidade é a criação de peixes e crustáceos em cativeiro que além de propiciar um equilíbrio entre a oferta e demanda no mercado regional, estabilizando os preços ao longo do ano, também

poderá contribuir para incrementar a comercialização não só para o restante do país como para o mercado internacional. No Estado do Amapá existem boas condições para a instalação de empreendimentos em piscicultura, devido a abundância de recursos hídricos e temperatura elevadas. Estima-se que já existem entre 30 e 40 ha de viveiros com peixes no Estado; destes, 10 ha estão ocupados por viveiros em sistema de cultivo semi-intensivo de tambaqui, com uma produtividade média de 8 ton/ano. Os outros empreendimentos são cultivos de pequeno porte (carpa, tilápia), com características artesanais e que utilizam poucos recursos tecnológicos. Constitui uma das principais atividades econômicas do Estado, ela ocorre tanto no ramo de pesca artesanal como pesca industrial. A pesca no Estado pode ser dividida de acordo com a sua finalidade econômica e o grau de tecnologia empregado. Assim, distingue-se: a. Pesca de subsistência, sem fins comerciais. Ocorre de maneira difusa em todo o Estado, nos locais onde há disponibilidade de corpos d'água. b. Pesca artesanal de pequena escala. Ocorre principalmente nos municípios de Macapá, Amapá e Oiapoque, em frota de pequeno porte, que desembarca e comercializa a produção de forma localizada. Muitos pescadores locais desta frota possuem outras atividades complementares à renda familiar. c. Pesca artesanal de maior escala. Ocorre principalmente nos municípios de Santana e Calçoene; está constituída de barcos de madeira, mas pelos volumes de produção, número de pescadores por barco e tamanho das embarcações, esta pesca é considerada de “pesca artesanal de maior escala”. c. Pesca industrial. Tem como principal finalidade a comercialização de produtos no mercado nacional e no exterior; concentra-se na captura de piramutaba e camarões marinhos, efetuada em barcos arrasteiros de ferro, que aportam em Santana (DIAS, 2011).

A atividade agrícola embora seja considerada de maior importância sócio-econômica, uma vez que é o suporte básico de qualquer economia no Amapá, ainda é cultivada em pequena escala sendo considerada uma cultura de subsistência. A participação no abastecimento do mercado local é insignificante não havendo excedente para exportação. Para o suprimento da demanda interna, o mercado importa grande parte do seu consumo. O estado possui solos e climas, propícios, para o cultivo de culturas temporárias como: arroz, milho, feijão, mandioca, legumes, etc. Além de culturas permanentes como: pimenta-do-reino, coco, laranja, limão e outros (MORAIS, 2011).

A existência de um representativo potencial mineral, ainda não avaliado na extensão de suas reservas e nem explorado corretamente com sua significação econômica, predispõe o Amapá como região propícia para o desenvolvimento da indústria extrativa mineral. Esta peculiaridade, no entanto, representada pela existência do manganês, ouro, caulim, tantalita, columbita, cassiterita, bauxita, ferro, eremita, etc. Durante muito tempo, pouco foi incentivado o

empresariado do setor a investir na pesquisa e/ou exploração desses minerais. Somente na década de 80, a mineração do Amapá ganhou maior expressão no contexto sócio-econômico, expandindo sua área de exploração e ganhando maior representatividade como geradora de emprego e renda. Para isso, muito influenciou a descoberta de novos veios auríferos no município de Calçoene e Oiapoque, que motivou a vinda de grandes levas de garimpeiros de todo o Brasil, como influenciou também no ânimo do empresariado do setor para investimentos representativos em pesquisa e, exploração não só de ouro, mas de outros minerais, inclusive os não metálicos (CHAGAS, 2013).

A pecuária do Amapá é extensiva sem aplicações das técnicas recomendadas e manejos adequados às peculiaridades da região. Os programas de incentivo do Governo à pecuária ocorrem através da realização de exposições, feiras e aquisição de animais em outras Unidades da Federação, para revenda aos criadores com vistas à melhoria do padrão de rebanho, além da assistência técnica aos produtores (MORAIS, 2011).

A atividade de serviços é a responsável por 86,0% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado. Compreende principalmente as atividades no comércio e no serviço público (MORAIS, 2011; DIAS, 2011).

As características apresentadas pelo Amapá no que se refere ao mercado de trabalho local podem ser resumidas como um estado cuja principal força de trabalho está empregada no setor de serviços, considerando ainda a localização na região amazônica deve-se destacar ainda a importância das atividades de agricultura e pesca principalmente nas populações ribeirinhas (aqueles que vivem às margens dos rios da Amazônia) e a extração mineral. Desta forma, tornam-se cada vez mais necessários estudos locais que possam apontar com precisão a relação das principais atividades desempenhadas no estado e sua colaboração no processo de adoecimento da população economicamente ativa. A falta de dados estatísticos e de estudos científicos no estado que façam este tipo de correlação corroboram a justificativa da necessidade de abordagem neste tema.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

3.1 – Desenho do Estudo

O presente estudo é descritivo e utilizou o modelo de investigação transversal, com abordagem e análise de dados quantitativa. Foi realizado nas Agências de Previdência Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) localizadas no estado do Amapá.

De acordo com Diehl (2004) a pesquisa quantitativa faz uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

A pesquisa quantitativa busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, por isso é definida como objetiva, tem como característica permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando-se de dados quantitativos. A coleta de dados quantitativos se realiza através da obtenção de respostas estruturadas. As técnicas de análise são dedutivas (isto é, partem do geral para o particular) e orientadas pelos resultados. Os resultados são generalizáveis (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

Considerando as características fundamentais dos serviços e dos programas de saúde, e a importância de incorporar a avaliação como uma atividade cotidiana dos profissionais do setor, é recomendável que se inicie o processo de avaliação pela utilização da abordagem quantitativa, tendo em vista a maior facilidade e disponibilidade de informações que podem ser utilizadas neste contexto. Isto permite, no mínimo, uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado. Deste modo, a abordagem quantitativa pode ser utilizada como um ponto de partida para a incorporação da avaliação nos programas, serviços ou sistemas (TANAKA; MELO, 2001).

Segundo Rothman, Greenland e Lash (2011), os estudos transversais são caracterizados por serem estudos nos quais se inclui como sujeitos todas as pessoas na população, ao tempo da averiguação, ou uma amostra representativa de todas essas pessoas, selecionadas sem levar em consideração o estado de exposição ou de doença. Tem como vantagens a facilidade de execução associada ao um baixo custo relativo, permite simplicidade analítica e boa capacidade de geração de hipóteses (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

3.2 – Local do Estudo

Este estudo transversal quantitativo, com base nos dados dos sistemas corporativos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no qual foram coletadas informações do banco de dados da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev), disponíveis no sistema SUIBE (Sistema Único de Informações de Benefícios) foi realizado no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 nas seis Agências de Previdência Social (APS) do INSS no Amapá, nas cidades de Macapá, Santana, Laranjal do Jari, Porto Grande, Amapá e Oiapoque.

3.3 – População do Estudo

A população em análise foi composta por trabalhadores filiados ao regime previdenciário, caracterizando significativa parcela da população economicamente ativa do estado do Amapá. Foram incluídos dados referentes a todos os benefícios por incapacidade solicitados por segurados do INSS/Amapá e avaliados em exames médico-periciais com conclusão favorável, cujo afastamento do trabalho foi superior a 15 dias. Além disso, foram analisadas informações referentes ao gênero do segurado, escolaridade, idade, profissão, renda mensal, diagnóstico da patologia, tempo médio de afastamento e cidade de procedência.

Segundo Boff, Leite e Azambuja (2002), o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) detém atualmente o maior banco de dados referente a características demográficas e de saúde de uma parcela significativa da população trabalhadora brasileira. No entanto, esses dados, obtidos com a finalidade de atender prioritariamente à demanda administrativa da seguradora, são ainda pouco explorados para o diagnóstico da morbidade dos trabalhadores segurados.

Segundo Mendes (2013), as morbidades causadoras de incapacidade total temporária superior a 15 dias e que são referentes a afastamentos por auxílio previdenciário, seja auxílio-doença ou auxílio-doença acidentário, são também denominadas de absenteísmo de longo prazo e correspondem a importante espectro de estudo do padrão de adoecimento dos trabalhadores no Brasil.

3.4 – Tamanho da Amostra

Foram analisados 10.216 requerimentos concedidos pelas Agências de Previdência Social no Amapá durante o período de janeiro de 2008 até dezembro de 2012.

Em virtude de ser estudo descritivo, que é um tipo de pesquisa cujo objetivo de análise é a descrição de um fato em termos quantitativos, não é necessário o cálculo de tamanho de amostra, pelo simples fato de a seleção dos indivíduos não ser baseada em amostragem probabilística, o que é justificado pela própria definição do estudo (SIQUEIRA; TIBÚRCIO, 2011).

3.5 – Critérios de Inclusão e de Exclusão

Na Previdência Social, o processo de afastamento por doença do trabalho ocorre nos casos em que incapacidade seja superior a 15 dias. De forma geral, o trabalhador passa por avaliação médica quando é definido o diagnóstico clínico da doença e sua relação com a incapacidade laboral. Quando o trabalhador é acometido por uma patologia é orientado a procurar uma APS e a entrar com pedido de benefício. O setor administrativo da instituição verifica se o trabalhador está em dia com suas contribuições previdenciárias e, uma vez confirmada a condição de segurado, o trabalhador é encaminhado à perícia médica da Previdência. Caso seja confirmada a incapacidade laboral, o pedido de benefício é aceito. O tempo de duração deste é variável, e o desfecho pode ser o retorno ao trabalho ou a evolução para o benefício por aposentadoria (ALCANTARA; NUNES; FERREIRA, 2011).

Neste estudo foram coletados e analisados os requerimentos de trabalhadores com requerimento de Auxílio-Doença seja por Doença Previdenciária (Espécie 31) ou por Acidente de Trabalho ou Doença Ocupacional (Espécie 91) e que procuraram as Agências da Previdência Social (APS) no Estado do Amapá, nos seguintes municípios: Macapá, Santana, Laranjal do Jari, Amapá, Porto Grande e Oiapoque. Outro critério utilizado para inclusão foi o resultado favorável ao requerimento e compreendendo afastamentos superiores a 15 dias e com consequente incapacidade laboral.

Como critérios de exclusão utilizou-se: requerimentos indeferidos pela perícia médica. Tais requisições correspondem aos casos cujos afastamentos seriam inferiores a 15 dias de afastamento, o que não garante pagamento de benefícios pelo INSS, conforme Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Ou ainda aqueles casos, nos quais a perícia médica não reconheceu a incapacidade laboral (BRASIL, 1991). Foram excluídos também os casos nos quais não houve

comprovação do requerente ser segurado do regime de previdenciário e os casos de requerimentos referentes a benefícios assistenciais.

3.6 – Instrumento de Coleta de Dados e Variáveis

No presente estudo foi elaborado instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) com os seguintes elementos a serem retirados do sistema de informação SUIBE (Sistema Único Integrado de Benefícios) disponível pelo INSS: Número de Benefício (NB), Idade, Data de Nascimento, Sexo, Ramo de Atividade, Renda Mensal, Procedência (Município), Tipo de Filiação, Tipo de Afastamento, Tempo de Afastamento (em dias) e Código Internacional de Doença (CID-10).

O item Número de Benefício (NB), foi utilizado com objetivo de identificação e controle de cada caso uma vez que é utilizado de forma ampla no INSS para a identificação de requerimentos. Para Rothman, Greenland e Lash (2011) o uso de um sistema de identificação sem ambiguidade, tal como um número pessoal único, permite fazer um melhor relacionamento entre as diversas variáveis coletadas além de poder relacionar tais dados com outras fontes de informação. Quando os dados são conectados por outras fontes de informação, tais como data de nascimento, nome, endereços ou marcadores genéticos, geralmente há maior risco de erro.

A idade e a data de nascimento foram selecionadas em virtude das características da idade poderem influenciar no estado de saúde e bem estar de trabalhadores segundo estudos de Warren *et. al* (2011).

Em relação ao gênero, existe uma heterogenicidade característica nas relações de trabalho no Brasil no que se refere ao sexo, esta situação apresenta repercussões à saúde dos trabalhadores, o que justifica pesquisas que possam delimitar os fatores ou as características de adoecimento na população (NEVES *et. al*, 2011)

Para a análise das profissões identificadas no estudo foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), amplamente usado pelo Ministério do Trabalho em Emprego, de maneira a permitir o agrupamentos das profissões em atividades similares, pelas características ocupacionais exercidas pelo trabalhador e considerando o ramo de atividade da empresa, conforme preconizado por Nobre (2002). Após este procedimento, decidiu-se categorizar a atividade em Ramo de Atividade. Tal necessidade foi importante para permitir uma categorização mais ampla da população em estudo, uma vez que a informação específica da atividade do trabalhador nem sempre era definida no banco de dados usado como fonte inicial. Apesar disso,

cada requerimento processado no banco de dados fonte era atribuído à um ramo de atividade conforme o CNAE (Código Nacional de Atividade Econômica) da empresa vinculada.

As variáveis escolaridade, renda mensal e procedência tem grande interesse na epidemiologia social, na qual se estuda as relações entre os fatores sociais e doenças em determinada população. Pode ser interpretada de forma ampla como o resumo da ocorrência diferencial de qualquer fator de risco ou desfecho de saúde entre grupos categorizados de acordo com qualquer uma dentre as várias dimensões definidas socialmente (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

A variável “Tipo de Filiação” está relacionada à forma que o indivíduo está filiado ao Regime de Previdência. O Regime de Previdência Social (RGPS) envolve cerca de 53,8 milhões de trabalhadores com proteção social previdenciária, no Brasil, em 2007 e está, certamente, entre os maiores sistemas de previdência social pública do mundo,. O sistema abrange tanto os trabalhadores urbanos, quanto os rurais, integrando o seu rol de segurados obrigatórios: o trabalhador empregado; o empregado doméstico; o contribuinte individual (categoria de trabalhadores por conta própria); o trabalhador avulso; e o segurado especial (trabalhadores do campo e pescadores). A regra geral é que estão vinculados a esse regime todos os trabalhadores que exerçam atividade remunerada e que, simultaneamente, não estejam filiados a regime próprio de previdência. Além dos segurados obrigatórios o RGPS admite, ainda, a filiação de segurados facultativos, podendo livremente integrar esse regime qualquer pessoa maior de 16 anos, desde que não integre a categoria de segurado obrigatório nem esteja vinculada a regime próprio de previdência. (SWCHWARZER, 2009).

A variável “Tipo de Afastamento”, visou identificar se a patologia definida como incapacitante para o trabalhador, foi de origem Previdenciária (Espécie 31) ou Ocupacional (Espécie 91). Para Mendes (2013), o estudo e identificação das características do adoecimento na população trabalhadora do Brasil ampliam a visão das grandes causas de morbidade, incapacidade e morte e mesmo em relação àquelas aparentemente não relacionadas, além disso, a definição dos casos de afastamento relacionando às Doenças Ocupacionais e aos Acidentes de Trabalho permite melhorar o gerenciamento de recursos para a prevenção das doenças mais comuns neste grupo.

Os agravos identificados foram inicialmente agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10), atribuído ao agravo que constava na conclusão do exame médico-pericial. A atribuição do código correspondente à patologia geradora de incapacidade foi avaliada por meio de pesquisa e análise dos registros retirados dos postos do INSS, recuperados a partir dos Sistemas Corporativos da instituição.

A distribuição das causas de incapacidade laboral encontradas, durante a pesquisa, obedeceu à lista tabular e subcategorias fornecidas pelo CID-10, conforme recomendado pela OMS (1999). Assim, com a codificação retirada do sistema SUIBE (Sistema Único e Integrado de Benefícios) cada caso foi enquadrado numa das seguintes categorias definidas: para as Causas Externas serão agrupados todos os casos dos Capítulos XIX (Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas) e XX (Causas Externas de Morbidade); para as Doenças Osteomusculares foram agrupados os casos do Capítulo XII (Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo); para as Doenças Cardiovasculares foram agrupados aqueles enquadrados como do Capítulo IX (Doenças do Aparelho Circulatório); para as Doenças Neurológicas foram agrupados os casos do Capítulo VI (Doenças do Sistema Nervoso); os casos identificados como Doenças do Aparelho Respiratório foram agrupadas conforme Capítulo X (Doenças do Aparelho Respiratório); os casos identificados como de Doenças Mentais foram agrupados pelo Capítulo V (Transtornos Mentais e Comportamentais); as Doenças Gastrointestinais foram agrupadas conforme o Capítulo XI (Doenças do Aparelho Digestivo); as Doenças Neoplásicas foram agrupadas conforme o Capítulo II (Neoplasias/Tumores), aqueles identificados como Outros Tipos de Patologia, formarão o grupo mais variado compreendendo o Capítulo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias), Capítulo III (Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Transtornos Imunitários), Capítulo IV (Doenças Endócrinas, Nutricionais e Comportamentais), Capítulo VII (Doenças dos Olhos e Anexos), Capítulo VIII (Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide), Capítulo XII (Doenças da Pele e do Tecido Conjuntivo) e Capítulo XIV (Doenças do Aparelho Geniturinário).

O Sistema de Informação utilizado como fonte da retirada de dados para esta pesquisa foi o Sistema Único Integrado de Benefícios (SUIBE), que é utilizado pelo INSS para a consolidação de dados referentes a todos os benefícios por incapacidade analisados pelo Serviço de Perícia Médica da autarquia. O sistema SUIBE é utilizado como ferramenta inicial de gestão para as Gerências Executivas do INSS, de forma a permitir acesso a informações gerais sobre o número de benefícios em manutenção.

3.7 – Análise Estatística

Neste estudo, a análise estatística foi dividida em duas etapas gerais, conforme proposto por Siqueira e Tibúrcio (2011), a primeira etapa chamada de análise preliminar dos dados e a segunda etapa designada como análise definitiva.

A análise preliminar dos dados consistiu em processar as informações de forma conveniente para a posterior análise definitiva, checar a qualidade dos dados, de forma a verificar a ocorrência de erros, observações atípicas, dados faltantes ou outras peculiaridades. Após estes procedimentos iniciais foi realizada a análise descritivas dos dados, com o intuito de visualizar as frequências absolutas e relativas de cada variável e o cumprimento dos objetivos do estudo.

Na análise definitiva procedeu-se após a consolidação dos dados com a escolha dos instrumentos e testes estatísticos a serem utilizados nos dados coletados. Assim, o presente estudo, de caráter transversal, é uma pesquisa descritiva e propõe a análise da associação entre a variável dependente: tempo de afastamento do trabalho e as variáveis independentes: patologia, gênero, idade, ramo de atividade, cidade de procedência, tipo de benefício, tipo de filiação e renda mensal. Inicialmente a análise estatística foi realizada para determinar as medidas de tendência central e variação da variável dependente e das variáveis independentes. No segundo momento, referente a estatística inferencial, foi verificada a significância (alfa = 0.05) da associação entre o tempo de afastamento e as variáveis independentes. Foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) e alternativamente o teste de Kruskal-Wallis, conforme recomenda Ayres *et al.* (2011). A criação das curvas de normalidade do tempo de afastamento conforme o tipo de patologia foi realizada a partir de estimadores obtidos a partir de regressões não-lineares (logarítmica, exponencial ou geométrica) cujos coeficientes foram utilizados para compor equações de determinação dos valores considerados normais.

Para estabelecer a curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho conforme a influência das variáveis selecionadas no presente estudo houve necessidade do cálculo do Estimador do tempo de afastamento. O método para calcular o Estimador do tempo de benefício consiste em calcular a média e o desvio padrão do tempo típico do benefício. Caso o Estimador esteja dentro do intervalo de normalidade (média $\pm$ 1 desvio padrão), então o tempo de benefício é considerado normal. O Estimador também pode estar acima ou abaixo do tempo considerado normal para aquele benefício.

Fórmulas:

MÉDIA ARITMÉTICA

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}.$$

VARIÂNCIA

$$s^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n-1} \text{ ou } s^2 = \frac{\sum X_i^2 - (\sum X_i)^2 / n}{n-1}.$$

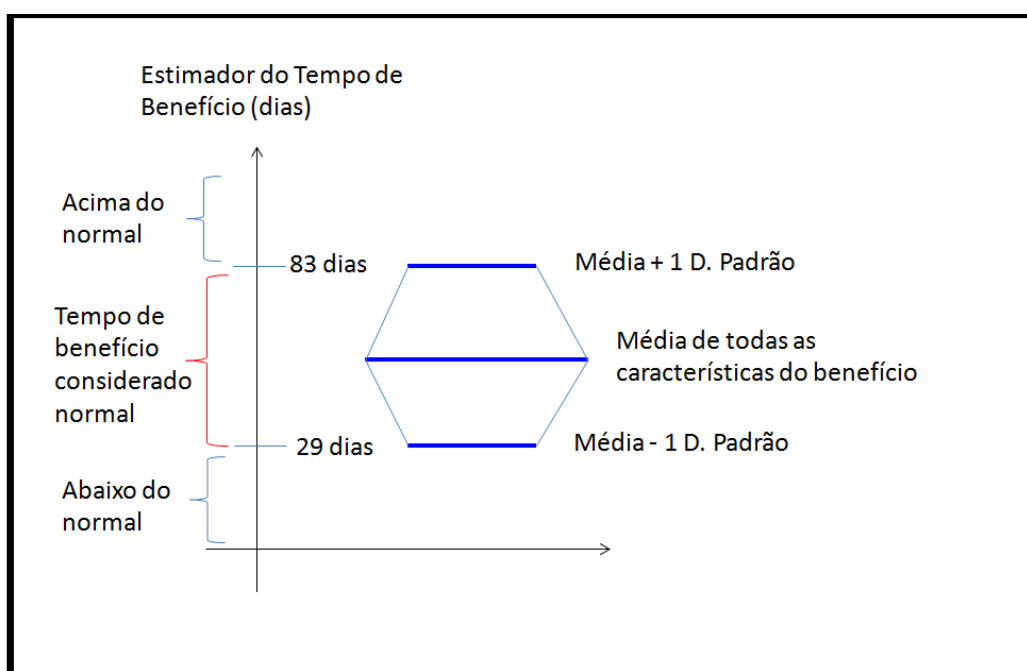
DESVIO-PADRÃO

$$s = \sqrt{s^2}.$$

Onde:

- a) A variável x_i representa os tempos típicos de benefício das oito características do benefício.
- b) A constante n é igual a 8 (indica o número das características que estão sendo avaliadas).

Figura 1 - Ilustração do método para estimação do tempo de benefício com base em dados do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012.



Fonte: Adaptado de AYRES, 2007.

O processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2. Para a construção dos gráficos e tabelas foram utilizados os programas Excel e Word, versões 2011.

3.8 – Considerações Éticas

A presente pesquisa, por se tratar de uma análise secundária de banco de dados sobre morbidade em trabalhadores, seguirá todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964), sendo preservada a confidencialidade das fontes de informações. Por se tratar de um estudo que utilizou dados secundários não foi solicitado o consentimento informado dos participantes do estudo ou de seus familiares.

Além disso, foram respeitados todos os preceitos e orientações referentes a Ética em

Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme dispositivos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual atualizou as diretrizes e normas regulamentadores deste tema no país (BRASIL, 2012).

A utilização dos sistemas corporativos da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev) e operacionalizados pelo INSS foi autorizado através de Termo de Consentimento fornecido pela Seção de Saúde do Trabalhador do INSS do Amapá (ANEXO A). Além disso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), conforme protocolo da Plataforma Brasil e aprovado sem restrições (ANEXO B).

4 – RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 foram concedidos 10.216 benefícios por incapacidade nas Agências de Previdência Social (APS) instaladas no Estado do Amapá. A Tabela 1 apresenta as características gerais da população deste estudo, segundo as variáveis sexo, espécie de benefício, faixa etária, faixa salarial, filiação, procedência e ramo de atividade.

Tabela 1 – Distribuição benefícios concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012, segundo variáveis sexo, espécie de benefício, faixa etária, faixa salarial, filiação, procedência e ramo de atividade

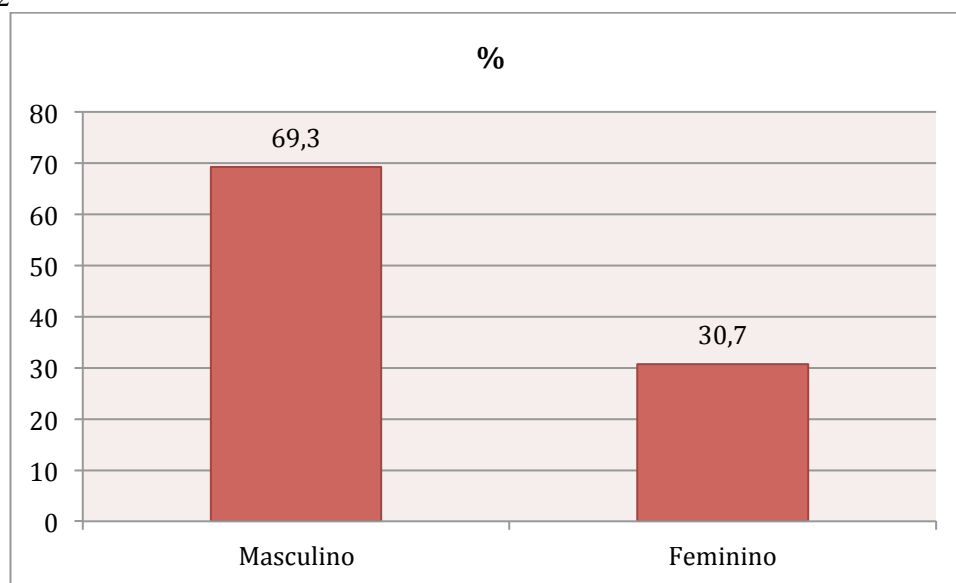
Variáveis		Frequência	
		n	%
Sexo	Masculino	7.076	69,3
	Feminino	3.140	30,7
Espécie	B31	8.519	83,4
	B91	1.697	16,6
Faixa Etária	≤ 19 anos	138	1,4
	20 a 29	2.464	24,1
	30 a 39	3.021	29,6
	40 a 49	2.328	22,8
	50 a 59	1.858	18,2
	60 a 69	398	3,9
	≥ a 70 anos	9	0,1
Faixa Salarial	≤ a 1 SM	5.167	50,6
	1 a 2 SM	3.677	36,0
	2 a 3 SM	821	8,0
	3 a 4 SM	356	3,5
	4 a 5 SM	174	1,7
	5 a 6 SM	21	0,2
Forma filiação	Autônomo	299	2,9
	Desempregado	1.715	16,8
	Empregado	6.650	65,1
	Domestico	172	1,7
	Facultativo	17	0,2
	Sem Registro	5	0,0
	Segurado especial	1306	12,8
	T. Avulso	52	0,5
Procedência	Amapá	8.603	84,2
	Outros Estados	925	9,1
	Sem Registro	688	6,7
Ramo Atividade	Comércio	8.800	86,1
	Industrial	1	0,0
	Sem Registro	40	0,4
	Rural	1.319	12,9
	Transporte e carga	56	0,5

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

Os beneficiários foram na maioria residentes em Macapá (41,4%) e 69,3% do sexo masculino, com tendência para a idade de $38,9 \pm 11,7$ anos. Os benefícios concedidos foram 83,4% da espécie B31 e o grupo do CID-10 mais frequente foi o de “Causas Externas”. No tocante ao beneficiário a faixa salarial mais frequente foi de até 1 Salário Mínimo (SM), a qual alcança 50,6% da distribuição e a forma de filiação mais frequente foi a de Empregado (65,1%) da atividade comercial (86,1%). O tempo de afastamento apresentou mediana de 53 dias e o desvio interquartílico ficou no intervalo entre 29 e 83 dias, sendo este intervalo considerado como padrão de normalidade para o tempo de afastamento.

A variável gênero demonstrou que 69,3% dos casos estudados no períodos foram de homens enquanto 30,7% foram de mulheres (Figura 2).

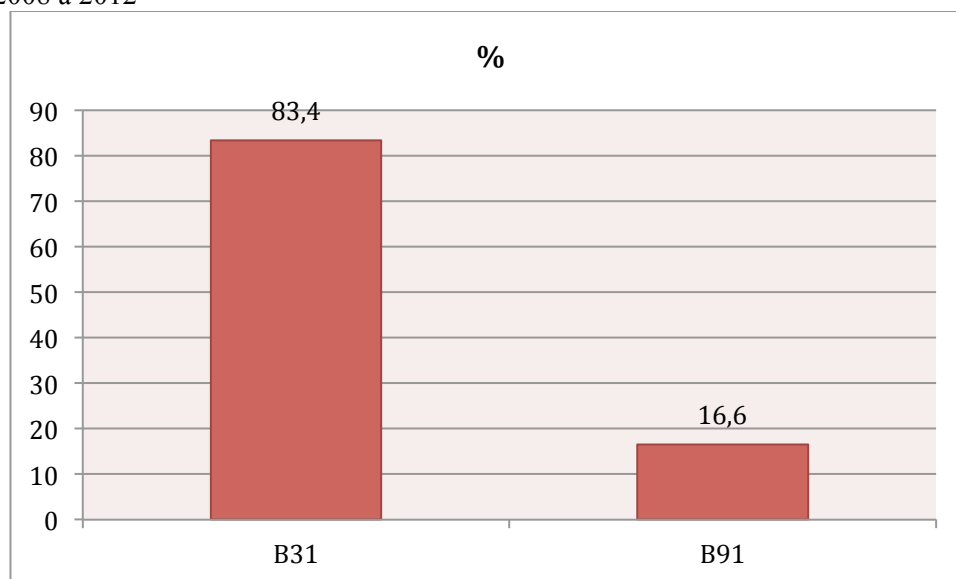
Figura 2 - Distribuição dos benefícios por sexo, concedidos no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

Em relação à Espécie de benefício concedida no Amapá de 2008 a 2012 foram identificados que 83,4% dos casos foram da Espécie 31 (Auxílio-doença Previdenciário) e 16,6% foram da Espécie 91, a qual corresponde aos casos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais ou doenças relacionadas ao trabalho (Figura 3).

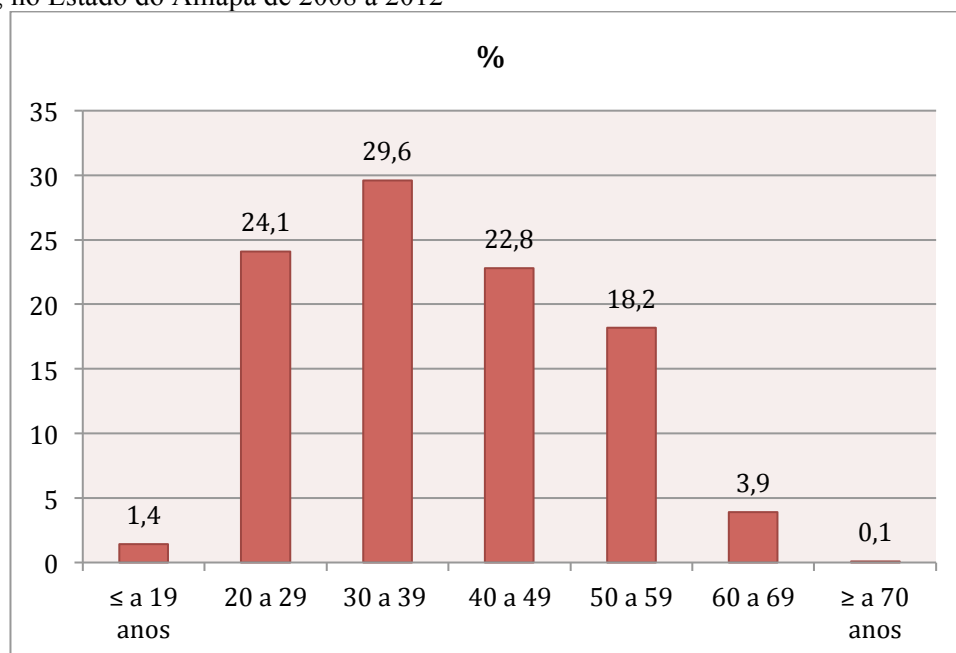
Figura 3 – Distribuição dos benefícios por incapacidade segundo espécie de benefício concedidos no Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

A faixa etária de maior acometimento de doenças incapacitantes foi a compreendida entre 30 e 39 anos com frequência de 29,6%, seguida pelas faixas de 20 a 29 anos com 24,1%, 40 a 49 anos com 22,8% e 50 a 59 anos com 18,2%. As faixas de idade de menos de 19 anos, 60 a 69 anos e mais de 70 anos foram responsáveis por frequências de 1,4%, 3,9% e 0,1%, respectivamente (Figura 4).

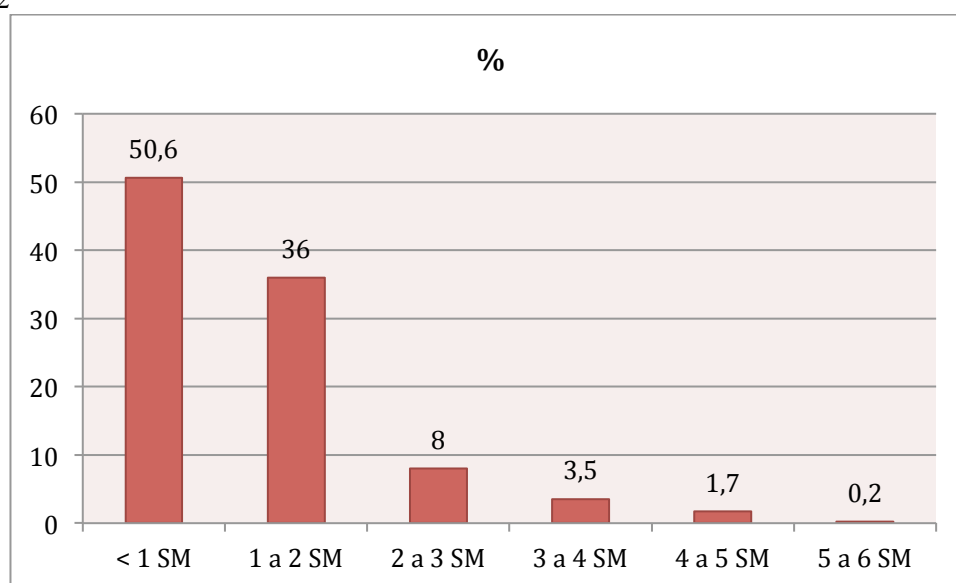
Figura 4 - Distribuição dos benefícios por incapacidade (em percentuais) concedidos pelo INSS, segundo faixa etária, no Estado do Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

Observou-se nesta pesquisa que 50,6% (5.167) dos casos analisados foram de indivíduos cuja renda mensal era de até 1 (um) salário mínimo, 36% (3.677) dos casos apresentaram renda de mais de 1 e até 2 salários mínimos, 8% (821) dos casos tinham renda entre 2 e 3 salários mínimos. Os benefícios com renda de 3 a 4 salários mínimos compreenderam 3,5% (356) dos casos, enquanto 1,7% (174) tinham renda entre 4 e 5 salários mínimos. Apenas 0,2% (21 casos) tinham renda entre 5 e 6 salários mínimos (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição dos benefícios por incapacidade concedidos segundo renda mensal no Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

A maior parte dos casos concedidos no período do estudo foi de indivíduos provenientes de municípios do Amapá totalizando 84,2% dos casos enquanto 9,1% foram de outros estados (Tabela 1). Cabe relatar que 6,7% dos casos não apresentavam informações referentes ao município de procedência do trabalhador e foram agrupados na categoria “Sem Registro”.

Na Tabela 2 estão representados os municípios de procedência dos requerimentos de benefícios por incapacidade solicitados nas Agências do INSS no Estado do Amapá no período de estudo. Pode-se observar que a maioria dos casos é proveniente da Capital Macapá (41,4%), seguido pelo município de Santana (16,0%) e Laranjal do Jari (8,7%), em relação aos outros estados o município com maior número de casos foi o de Amerim-PA com cerca de 4,5% dos casos. Esta cidade localiza-se próxima ao município de Laranjal do Jari e como não possui

agência do INSS seus moradores tendem a procurar a cidade de Laranjal do Jari, que é mais próxima.

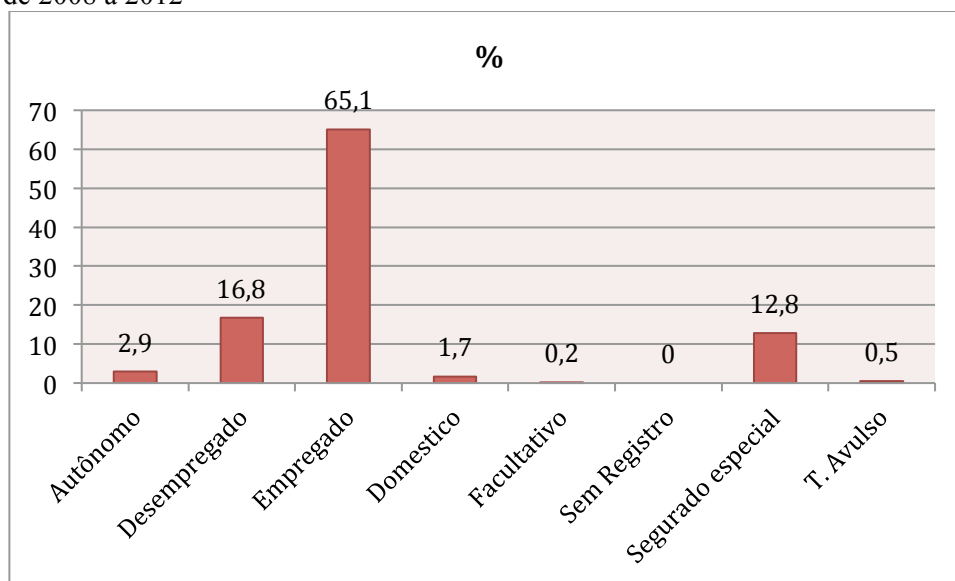
Tabela 2 - Principais municípios de residência dos benefícios concedidos pelo INSS no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Município de procedência	n	%
AP-Macapá	4225	41.4
AP-Santana	1638	16.0
AP-Laranjal do Jari	886	8.7
AP-Macapá	778	7.6
PA-Almeirim	460	4.5
AP-Porto Grande	215	2.1
AP-Mazagão	123	1.2
AP-Tartarugalzinho	110	1.1
AP-Vitória do Jari	109	1.1
PA-Gurupá	91	0.9
AP-Oiapoque	82	0.8
AP-Amapá	77	0.8
AP-Pedra Branca do Amapari	61	0.6
AP-Calçoene	51	0.5
AP-Ferreira Gomes	49	0.5
AP-Mazagão	41	0.4
AP-Serra do Navio	40	0.4
AP-Vitória do Jari	30	0.3
AP-Pracuúba	24	0.2
AP-Itaubal	18	0.2
AP-Cutias	15	0.1
AP-Amapá	14	0.1
AP-Calçoene	9	0.1
AP-Pracuúba	6	0.1
PA-Afuá	149	1.5
PA-Breves	56	0.5
PA-Afuá	41	0.4
PA-Belém	11	0.1
PA-Gurupá	22	0.2
PA-Chaves	18	0.2

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

O Ramo de Atividade responsável pela grande maioria dos afastamentos foi o de Comércio, o qual correspondeu a 86,1% dos casos analisados. Da área rural foram 12,9%, seguido pelo setor de Transporte e Cargas (0,5%), Industrial (1 caso) e Sem Registro (0,4%) (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição de benefícios concedidos no Estado do Amapá, segundo tipo de filiação, no período de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Cileta de Dados do Autor.

Este estudo permitiu definir quais as doenças foram as mais frequentes para ocasionar incapacidade laboral superior a 15 dias. Os principais agravos registrados nos laudos periciais foram: Causas Externas com uma frequência de 4.209 casos totalizando 41,2% das concessões de benefícios. Como segundo agravo em frequência aparecem as Doenças do Sistema Osteomuscular responsáveis por 14,1% das solicitações (1.445 em números absolutos); em terceiro lugar surgem as Doenças do Aparelho digestivo com 9,4% dos casos; em seguida aparecem as Neoplasias e Tumores (5,5%), as Doenças Cardiovasculares (4,0%), as Doenças Infeciosas (3,2%), os Transtornos Mentais (2,5%), Doenças Neurológicas (2,0%), Doenças do Aparelho Respiratório (1,1%) e Doenças Endócrinas (1,0%). Os outros sistemas orgânicos foram responsáveis por 15,9% das solicitações. (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das Patologias Incapacitantes em benefícios concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012

CID 10		Frequência	
		n	%
1	Doenças Infecciosas	329	3,2
2	Neoplasias e Tumores	565	5,5
3	Doenças Endócrinas	107	1,0
4	Transtornos Mentais	253	2,5
5	Doenças Neurológicas	208	2,0
6	Doenças Cardiovasculares	409	4,0
7	Doenças Ap. Respiratório	110	1,1
8	Doenças Ap. Digestivo	957	9,4
9	Doenças Osteomusculares	1445	14,1
10	Causas Externas	4209	41,2
11	Outras Patologias	1624	15,9
Total		10216	100,0

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

Ao se considerar o Código Específico da doença pelo CID-10, as patologias mais frequentes no período de estudo foram as Hérnias Inguinais (K40) com 2,98% dos casos, Fraturas de Punho e Mão (S62) com 2,09%, Doenças da Vesícula Biliar (K80) com 1,94%, Fraturas de Ombro e Braço (S42.0) com 1,94% e Apêndice Aguda (K35) com 1,92% dos casos concedidos no Amapá (Tabela 4).

Tabela 4 - Códigos CID-10 com frequência relativa superior a 0.5% em benefícios concedidos no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Código CID	Ocorrências	Percentual
K40	304	2.98
S62	214	2.09
K80	198	1.94
S420	198	1.94
K35	196	1.92
S82	192	1.88
M54	185	1.81
S52	165	1.62
M545	146	1.43
S525	136	1.33
M51	134	1.31
M23	133	1.30
D25	117	1.15
S626	100	0.98

S829	85	0.83
S623	83	0.81
S923	75	0.73
M479	68	0.67
S72	64	0.63
S822	64	0.63
M17	63	0.62
S826	60	0.59
I10	58	0.57
S824	55	0.54
M544	53	0.52
S523	53	0.52
S92	53	0.52
S821	52	0.51
S823	52	0.51
C53	51	0.50
I69	51	0.50

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

Na tabela 5 está a média de dias de afastamento no estado do Amapá por ano, no período de 2008 a 2012. Pode-se observar que a média do período foi de 61,5 dias de afastamento laboral. O ano com maior tempo de afastamento por doenças foi o de 2011 com pouco mais de 66 dias, por outro lado no ano de 2008 houve afastamento de pouco mais de 51 dias, caracterizando o ano de menor média de dias de afastamento na população de estudo.

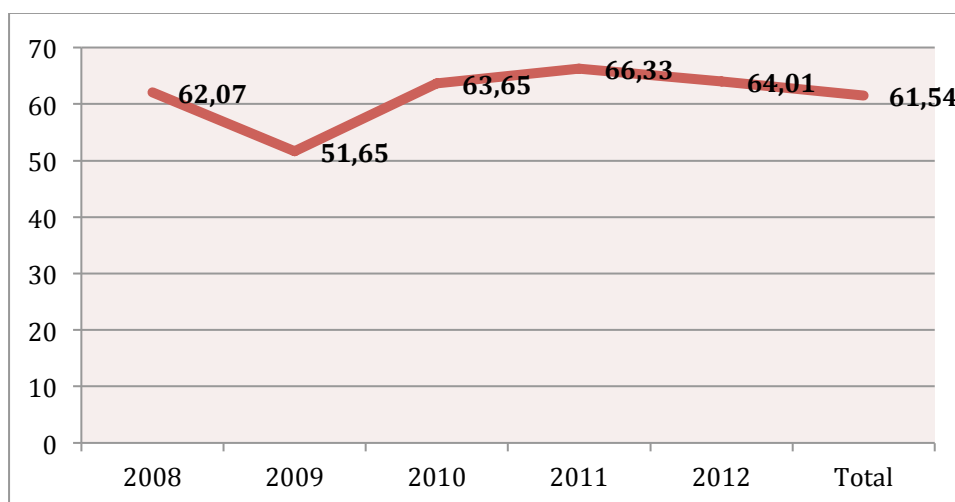
Tabela 5 - Tempo de afastamento laboral (em dias) de trabalhadores do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

ANO	Média (dias)
2008	62,07
2009	51,65
2010	63,65
2011	66,33
2012	64,01
Total	61,54

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

A figura 7 representa a variação do tempo médio de afastamento de trabalhadores no estado do Amapá durante o período de 2008 a 2012.

Figura 7 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) no estado do Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

O tempo médio de afastamento encontrado neste estudo ao se considerar o gênero do beneficiário foi de 62,8 dias para o sexo masculino, com desvio padrão de 50,8 dias e mediana de 56,0 dias. Pelo teste estatístico utilizado (Mann-Whitney), tais valores não se mostraram significantes, o que leva a entender que o fator gênero do trabalhador não influencia num tempo de afastamento maior (Tabela 6).

Tabela 6 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o sexo de trabalhadores do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Sexo	n	TEMPO DE BENEFÍCIO			
		%	Média	D. Padrão	Mediana
Masculino	7076	69,3	62,8	50,8	56,0
Feminino	3140	30,7	60,2	56,4	48,0
Total	10216	100,0	61,5	52,6	53,0

p-valor = 0.5425*, Mann-Whitney

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

A avaliação do tempo de afastamento concedido nos 10.216 benefícios avaliados no Estado do Amapá, durante o período de 2008 a 2012 mostrou que não houve real diferença quanto a espécie do benefício. Os benefícios do tipo 31 (Auxílio-doença) tiveram média de 61,7

dias, já os de espécie tipo 91 registraram média de afastamento de 63,2 dias. Ao se aplicar o teste estatístico de Mann-Whitney demonstrou o valor de $p = 0.0615$, sem apresentar significância (Tabela 7).

Tabela 7 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a espécie do benefício concedido no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Espécie	n	TEMPO DE BENEFÍCIO			
		%	Média	D. Padrão	Mediana
B31	8519	83,4	61,7	53,6	53,0
B91	1697	16,6	63,2	46,8	54,0
Total	10216	100,0			

p-valor=0.0615, Mann-Whitney

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

O tempo de afastamento laboral conforme a faixa etária de beneficiário apresentou diferença altamente significativa (p-valor = 0.0146*, estatisticamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis), essa diferença foi evidenciada entre as faixas etárias ≤ 19 anos (59.5 dias de afastamento) e ≥ 70 anos (23 dias de afastamento). Dessa forma, pode-se concluir que esta variável terá uma influencia maior no tempo no qual o trabalhador permanece afastado de suas atividades laborais (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a faixa etária dos beneficiários no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Faixa etária	n	%	Tempo de benefício		
			Média	D. Padrão	Mediana
≤ 19 anos	138	1,4	73,1	79,9	59.5
20 a 29	2464	24,1	62,9	49,2	54.0
30 a 39	3021	29,6	62,8	49,4	53.0
40 a 49	2328	22,8	60,0	51,8	52.0
50 a 59	1858	18,2	62,1	58,5	54.0
60 a 69	398	3,9	57,6	58,5	48.0
≥ 70 anos	9	0,1	39,4	47,6	23.0
Total	10216	100,0			

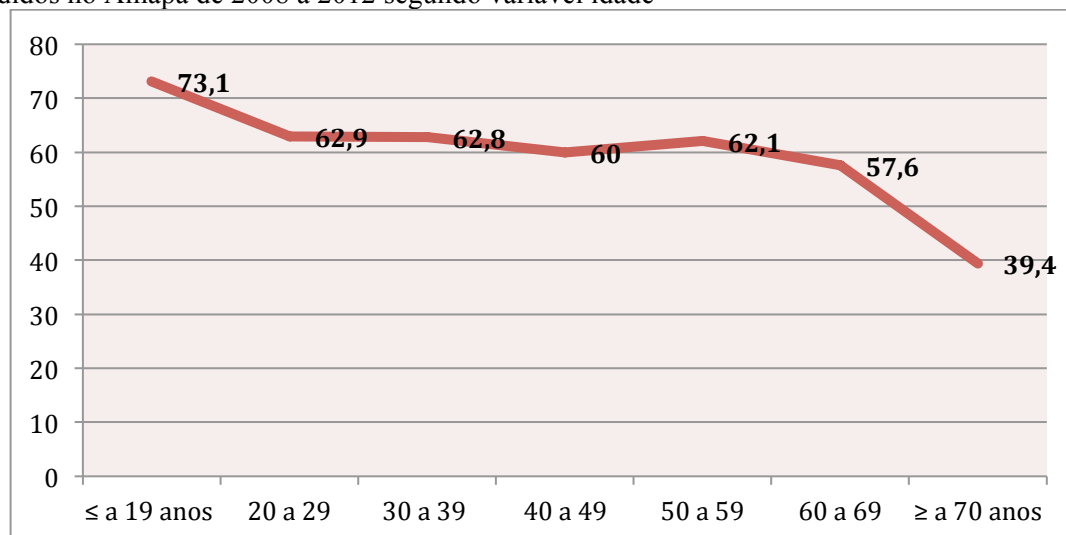
p-valor=0.0146*, Kruskal-Wallis

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

A variação do tempo médio nos benefícios concedidos no Amapá durante o período de 2008 a 2012 está representada na Figura 8, na qual pode-se observar que os indivíduos cuja a

idade foi igual ou maior de 70 anos tiveram média de afastamento de 39,4 dias enquanto que os indivíduos com idade igual ou inferior a 19 anos tiveram 73,1 dias de afastamento em média.

Figura 8 – Variação do tempo médio de afastamento (em dias) dos benefícios por incapacidade concedidos no Amapá de 2008 a 2012 segundo variável idade



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

O tempo de afastamento laboral (n=10216 benefícios) conforme a faixa salarial do beneficiário apresentou diferença altamente significativa (p-valor =0.0034*, altamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis), essa diferença foi evidenciada entre as faixas salariais < 1 SM (62 dias de afastamento) e 5 a 6 SM (41 dias de afastamento) (Tabela 9).

Tabela 9 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a faixa salarial de beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

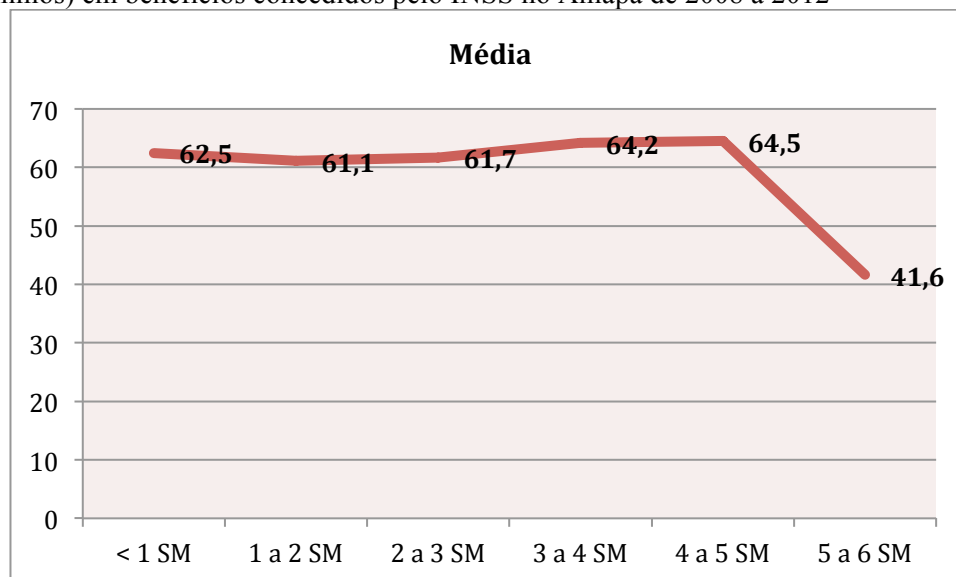
Faixa salarial	n	%	TEMPO DE BENEFÍCIO		
			Média	D. Padrão	Mediana
< a 1 SM	5167	50,6	62,5	53,5	55,0
1 a 2 SM	3677	36,0	61,1	49,9	52,0
2 a 3 SM	821	8,0	61,7	52,8	53,0
3 a 4 SM	356	3,5	64,2	63,7	50,0
4 a 5 SM	174	1,7	64,5	55,2	47,5
5 a 6 SM	21	0,2	41,6	25,2	38,0
Total	10216	100,0			

p-valor=0.0034*, Kruskal-Wallis

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

O tempo médio de afastamento laboral foi de 62,5 dias para trabalhadores com renda de até um salário mínimo e de 41,6 dias para trabalhadores cuja renda ficou entre 5 e 6 salários mínimos (Figura 9).

Figura 9 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo variável renda mensal (em salários mínimos) em benefícios concedidos pelo INSS no Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

No presente estudo, o tempo de afastamento laboral (n=10.216 benefícios) conforme a forma de filiação do beneficiário apresentou diferença altamente significativa (p-valor = 0.0032*, altamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis), essa diferença foi evidenciada entre as formas de filiação Facultativo (59 dias de afastamento) em relação a Trabalhador Avulso (72 dias de afastamento) e Segurado Especial (70 dias) (Tabela 10).

Tabela 10 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme a forma de filiação em benefícios concedidos pelo INSS do Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

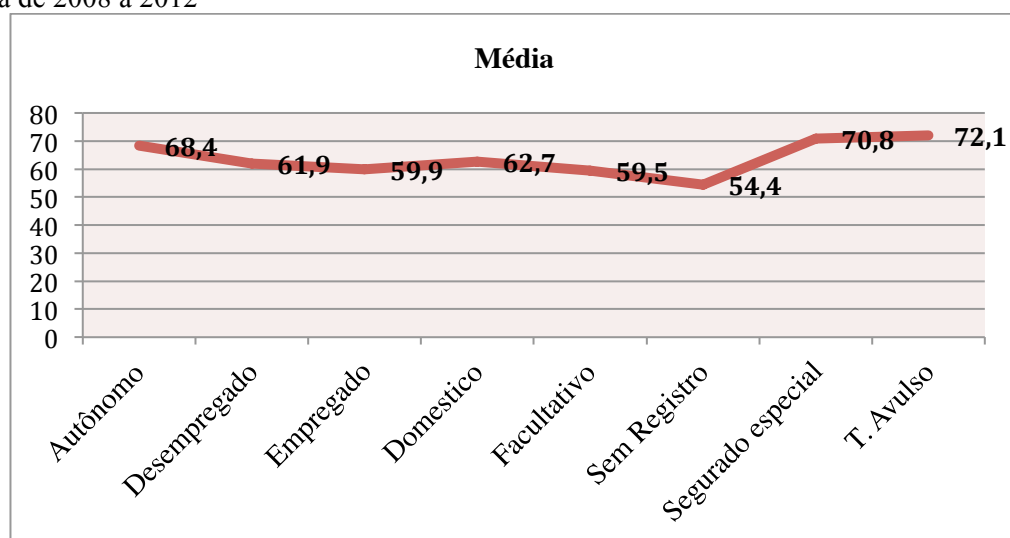
Forma Filiação	n	%	TEMPO DE BENEFÍCIO		
			Média	D. Padrão	Mediana
Autônomo	299	2,9	68,4	61,9	57,0
Desempregado	1715	16,8	61,9	61,8	56,0
Empregado	6650	65,1	59,9	47,6	49,0
Domestico	172	1,7	62,7	50,6	59,0
Facultativo	17	0,2	59,5	68,6	39,0
Sem Registro	5	0,0	54,4	29,0	43,0
Segurado especial	1306	12,8	70,8	59,6	64,0
T. Avulso	52	0,5	72,1	57,9	63,5
TOTAL	10216	100,0			

p-valor=0.0032*, Kruskal-Wallis

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

A variável “Tipo de Filiação” apresentou as seguintes médias de tempo de afastamento laboral: 68,4 dias para os trabalhadores autônomos, 61,9 dias para desempregados, 59,9 dias para empregados, 62,7 dias para empregados domésticos, 59,5 dias para trabalhadores de filiação facultativa, 70,8 dias para segurados especiais (agricultores e pescadores), 72,1 dias para trabalhadores avulsos e 70,8 para trabalhadores sem o registro de filiação (Figura 10).

Figura 10 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo variável tipo de filiação no Amapá de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

O tempo de afastamento laboral (n=10.216 benefícios) conforme o Estado onde reside o beneficiário apresentou diferença altamente significativa (p-valor =0.0374*, estatisticamente significativa pelo teste de Mann-Whitney), essa diferença está entre os beneficiários residentes no Amapá (62 dias de afastamento) e os residentes em outros Estados (95 dias de afastamento) (Tabela 11).

Tabela 11 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o Estado onde reside o beneficiário em benefícios concedidos pelo INSS no Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Estado onde Reside	TEMPO DE BENEFÍCIO				
	n	%	Média	D. Padrão	Mediana
Amapá	8603	84,2	62,5	52,9	54,0
Outros Estados	925	9,1	95,0	127,3	59,0
Sem Registro	688	6,7	50,7	43,7	---
Total	10216	100,0			

p-valor=0.0374*, Mann-Whitney

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

O tempo de afastamento laboral conforme o ramo da atividade do beneficiário apresentou diferença altamente significativa ($p\text{-valor} = 0.0004^*$, altamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis), essa diferença foi evidenciada entre os ramo da atividade “Comércio” (60,8 dias de afastamento) em relação a atividade “Rural” (70,9 dias de afastamento). O tempo de afastamento para Industrial não pode ser avaliado por apresentar apenas 1 (uma) ocorrência. O tempo de afastamento para ramo de atividade “Sem Registro” foi de Zero dias (Tabela 12).

Tabela 12 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o ramo da atividade do beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

Ramo Atividade	TEMPO DE BENEFÍCIO				
	n	%	Média	D. Padrão	Mediana
Comercio	8800	86,1	60,8	50,9	51,0
Industrial	1	0,0	579,0	---	579,0
Sem Registro	40	0,4	4,5	28,6	0,0
Rural	1319	12,9	70,9	59,7	64,0
Transporte e carga	56	0,5	71,0	56,4	63,5
Total	10216	100,0			

$p\text{-valor}=0.0004^*$, Kruskal-Wallis

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

De forma geral, nesta pesquisa as patologias causadoras de incapacidade laboral foram divididas em 11 categorias chamadas de Grupo CID, conforme demonstrado na Tabela 12. Os grupos de doenças com maior frequência foram as Causas Externas (41,2%), seguidas pelo grupo Outras Patologias (15,9%), Doenças Osteomusculares (14,1%), Doenças do Aparelho Digestivo (9,4%), Neoplasias (5,5%), Doenças Cardiovasculares (4,0%), doenças Infeciosas (3,2%), Transtornos Mentais (2,5%), Doenças Neurológicas (2,0%), Doenças do Aparelho Respiratório (1,1%) e Doenças Endócrinas (1,0%)

O tempo de afastamento laboral ($n = 10216$ benefícios) conforme o Grupo CID apresentou diferença altamente significativa ($p\text{-valor} = 0.0016^*$, altamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis), essa diferença foi evidenciada entre as Outras Causas de Patologia (28 dias de afastamento) e Grupo de Doenças do Aparelho respiratório (46 dias de afastamento) em relação ao Grupo de Causas Externas (73 dias de afastamento) e Grupo de Doenças Cardiovasculares (74 dias de afastamento) (Tabela 13).

Tabela 13 - Tempo de afastamento laboral (em dias) conforme o Grupo CID do beneficiário. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

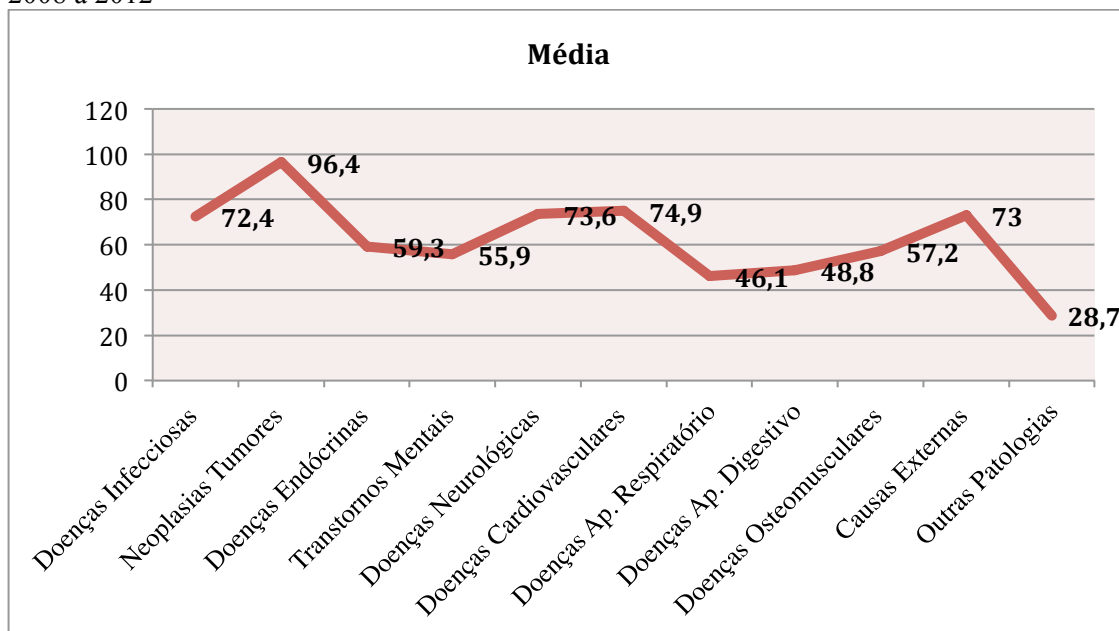
CID 10		n	TEMPO DE BENEFÍCIO			
			%	Média	D. Padrão	Mediana
1	Doenças Infecciosas	329	3,2	72,4	62,1	61,0
2	Neoplasias Tumores	565	5,5	96,4	84,8	67,0
3	Doenças Endócrinas	107	1,0	59,3	44,7	52,0
4	Transtornos Mentais	253	2,5	55,9	40,4	48,0
5	Doenças Neurológicas	208	2,0	73,6	72,7	63,0
6	Doenças Cardiovasculares	409	4,0	74,9	57,4	64,0
7	Doenças Ap. Respiratório	110	1,1	46,1	40,8	34,5
8	Doenças Ap. Digestivo	957	9,4	48,8	24,3	46,0
9	Doenças Osteomusculares	1445	14,1	57,2	41,1	51,0
10	Causas Externas	4209	41,2	73,0	48,1	65,0
11	Outras Patologias	1624	15,9	28,7	46,8	16,0
Total		10216	100,0			

p-valor=0.0017*, Kruskal-Wallis

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

Entre as doenças identificadas neste estudo como causadoras de incapacidade laboral em trabalhadores, o grupo representado por “Neoplasias e Tumores” foi o responsável pelo maior tempo médio de afastamento com média de 96,4 dias, e foram seguidas pelas “Doenças Cardiovasculares” responsáveis por 74,9 dias de afastamento laboral, “Doenças Neurológicas” com 73,6 dias e “Causas Externas” com 73 dias de afastamento. Por outro lado, o grupo “Outras Patologias” foi responsável por afastamento de 28,7 dias (Figura 11). Destaca-se ainda o tempo médio de 57,2 dias para as “Doenças Osteomusculares”, terceira causa de afastamento segundo frequências absolutas e relativas.

Figura 11 – Variação do tempo médio de afastamento laboral (em dias) segundo doença no Amapá de 2008 a 2012



. Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

Com os dados coletados pelo presente estudo foi possível estabelecer a curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho conforme a influência de seus fatores determinantes. A Tabela 14 demonstra todas as variáveis utilizadas para calcular a curva de normalidade.

Tabela 14 - Fatores determinantes para a elaboração da Curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho, Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012

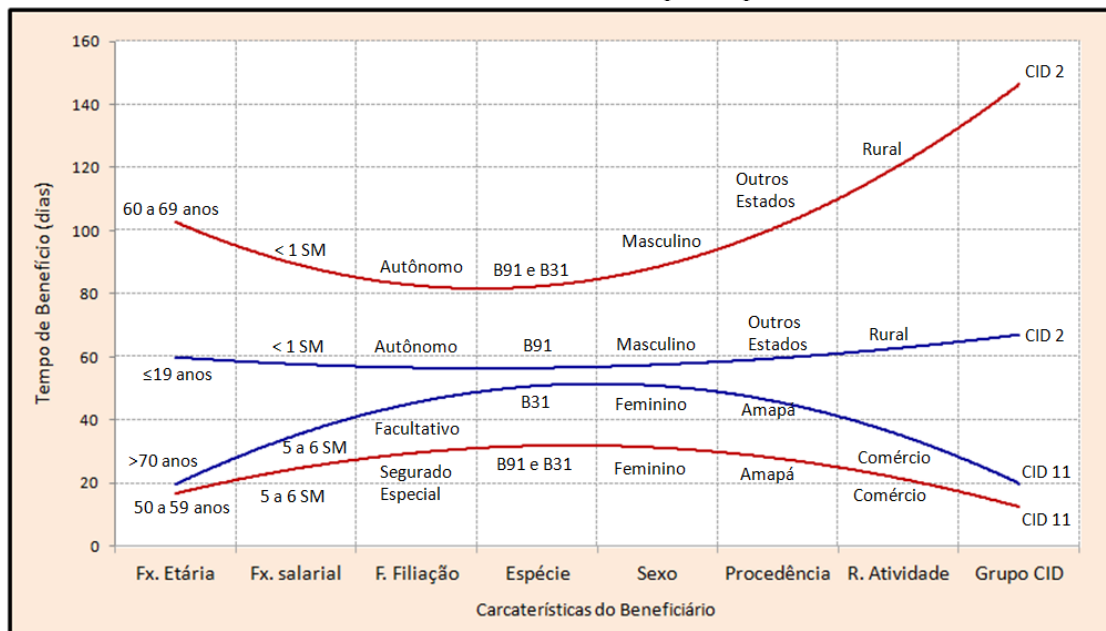
Fatores determinantes		Percentis do Tempo de Benefício				
		P0	P25	P50	P75	P100
Sexo	Masculino	0.0	31.0	56.0	87.0	579.0
	Feminino	1.0	28.0	48.0	80.0	480.0
Espécie	B31	0.0	28.0	53.0	83.0	579.0
	B91	0.0	34.0	54.0	82.0	412.0
Faixa Etária	≤ 19 anos	0.0	31.3	59.5	88.8	579.0
	20 a 29	0.0	32.0	54.0	80.0	550.0
	30 a 39	0.0	31.0	53.0	83.0	412.0
	40 a 49	0.0	27.0	52.0	81.0	410.0
	50 a 59	0.0	16.0	54.0	88.8	424.0
	60 a 69	0.0	0.0	48.0	92.0	446.0
	≥ a 70 anos	0.0	0.0	23.0	72.0	117.0

Faixa Salarial	≤ a 1 SM	0.0	29.0	55.0	87.0	550.0
	1 a 2 SM	0.0	30.0	52.0	80.0	446.0
	2 a 3 SM	0.0	30.0	53.0	80.0	559.0
	3 a 4 SM	0.0	30.0	50.0	80.3	579.0
	4 a 5 SM	0.0	29.0	47.5	84.3	308.0
	5 a 6 SM	5.0	28.0	38.0	55.0	97.0
Forma filiação	Autônomo	0	31	57	93	424
	Desempregado	0	0	56	92	446
	Empregado	0	31	49	76	579
	Domestico	0	31.75	59	77	355
	Facultativo	0	0	39	78	182
	Optante	29	32	43	71	97
	Segurado especial	0	29	64	96.7	392
	T. Avulso	0	40.5	63.5	90.5	369
Procedência	Outros Estados	0	31	59	90	579
	Amapá	0	29.75	54	83	559
Ramo Atividade	Comércio	0	30	51	79	559
	Industrial	---	---	579.0	---	
	Irrelevante	0	0	1	1	181
	Rural	0	29	64	97	392
	Transporte e carga	0	35.7	63.5	98	369
Grupo CID	D. Infecciosas	0	29	61	100	399
	Neoplasias	0	34	67	167	424
	D. Endócrinas	0	25.5	52	87	211
	T. Mentais	0	31	48	75	212
	D. Neurológicas	0	29	63	94	550
	D. Cardiovasculares	0	36	64	104	380
	D. Ap. Respiratório	0	16	34.5	61.75	184
	D. Ap. Digestivo	0	31	46	63	187
	D. Osteomusculares	0	32	51	74	412
	Causas Externas	0	43	65	95	446
	Outras Patologias	0	14	16	45	579

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados.

A curva de normalidade é a representação gráfica da tabela 14. Este diagrama é composto por duas curvas centrais (de cor azul) as quais representam as características típicas determinadas pelo Percentil 50. No diagrama há duas linhas vermelhas: a linha vermelha na parte inferior do diagrama indica o menor Percentil 25 (obtido dentro categorias que compõem a variável), a linha vermelha na parte superior do diagrama indica o maior Percentil 75 (obtido dentro categorias que compõem a variável). Portanto, o valor considerado de normalidade encontra-se no intervalo entre as duas linhas azuis (Figura 12).

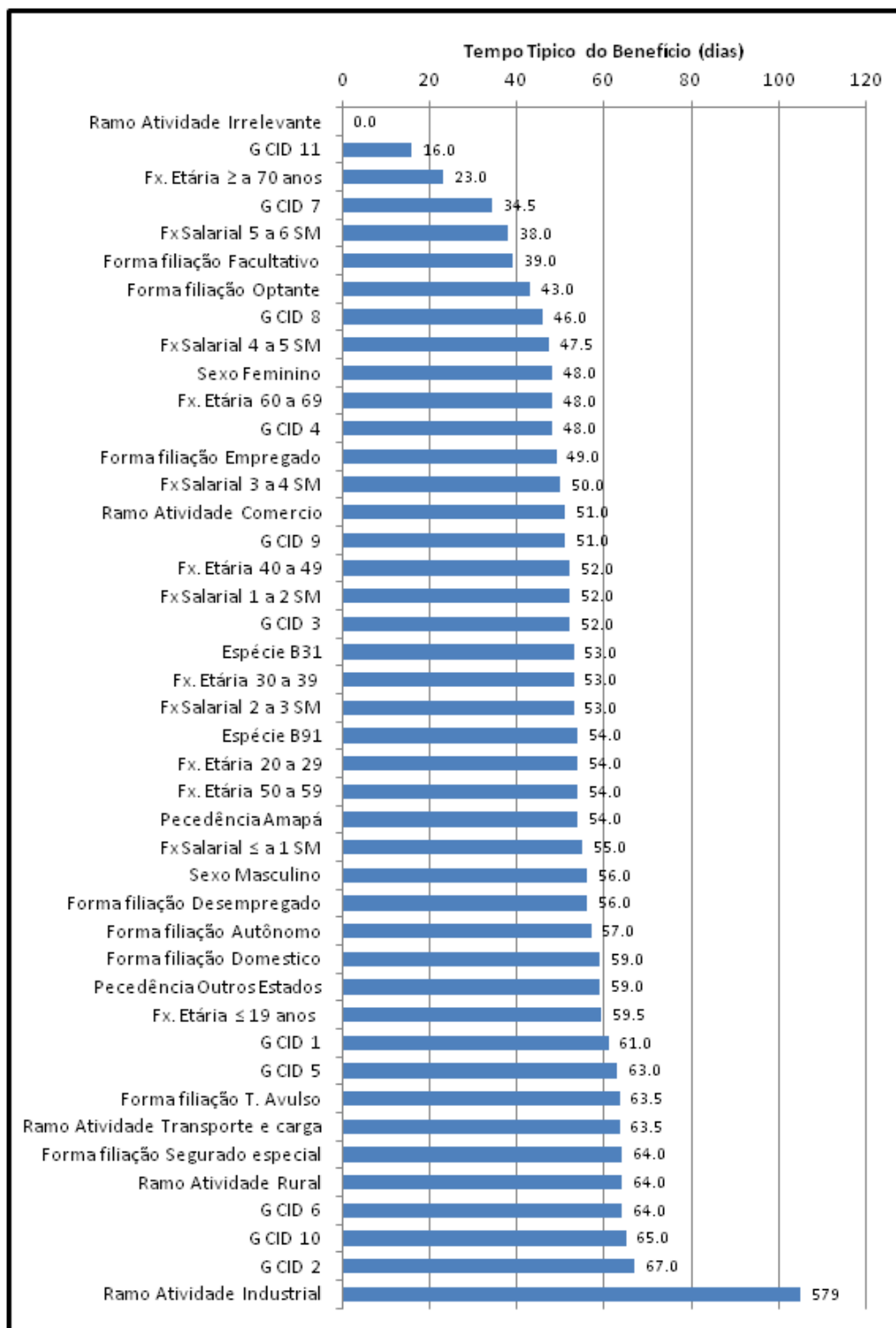
Figura 12 - Curva de normalidade para a duração do tempo de afastamento do trabalho conforme a influência de seus fatores determinantes, Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

Na figura 13 estão representadas as estimativas de tempo de afastamento em relação a cada uma das variáveis deste estudo. Dessa forma, com as características da população do Amapá com base nos anos de 2008 a 2012, indivíduos com diagnóstico inicial dentro do grupo caracterizado como “Outras Patologias” (Grupo CID 11) teria um tempo estimado mínimo de afastamento de 16 dias, enquanto que trabalhadores cujo CID inicial seja caracterizado por ser “Neoplasias” o tempo estimado de afastamento inicial de 67 dias.

Figura 13 - Estimativa do tempo de benefício conforme as características apresentadas no momento da concessão do benefício. Estado do Amapá, no período de 2008 a 2012



Fonte: Instrumento de Coleta de Dados do Autor.

5 – DISCUSSÃO

No presente estudo, ao se utilizar os banco de dados disponibilizados pelo INSS do Amapá, pôde-se observar que a diferença de beneficiários em relação ao gênero, ocorreu na proporção de 69,3% dos casos do sexo masculino e 30,7% do feminino (Figura 2). Diferente do estudo de Silva e Romanik (2010), no qual foi demonstrado que a maioria dos casos de adoecimento pertenciam ao sexo feminino (73%), com idade média entre 30 a 59 anos (65%); mantinham união estável (65%) e eram chefe da família (50,8%). Contudo este estudo de Silva e Romanik, foi realizado numa população específica de ribeirinhos (moradores de áreas próximas a rios), enquanto a população do presente estudo compreendeu trabalhadores urbanos e rurais de todo o estado.

Para Atcheson, Ward e Lowe (1998), a proporção de mulheres em sua amostra apresentou proporção diferente, pois 77% dos casos acometidos por doenças foram de trabalhadoras, números bem maiores aos encontrados na população do Amapá. Contudo, deve-se comparar tais achados de forma cuidadosa já que a metodologia utilizada naquele estudo considerou apenas casos de doenças osteomusculares. Além disso, no presente estudo a variável gênero dos beneficiários de benefícios por incapacidade não influenciou no tempo de afastamento do trabalho, segundo teste estatístico utilizado.

Segundo pesquisa de Gomes e Tanaka (2003), em estudo do adoecimento em mulheres, 51,5% informaram ter atividade remunerada, 21% afirmaram serem chefe de família, 10,9% identificaram-se como responsáveis pelo sustento da família e 33,2% afirmaram ser co-responsáveis pelo sustento familiar. A participação das mulheres no mercado de trabalho foi detectada em todas as faixas etárias, mas sem uniformidade na distribuição dos casos. Observaram que a alternativa “ter atividade remunerada” foi citada por mais de metade das mulheres em todas as faixas etárias, a partir dos 20 anos de idade, com uma maior proporção entre aquelas que estavam na faixa de 20 a 24 anos (76,7%) e menor entre aquelas com mais de 44 anos. Apesar disso, em comparação com o presente estudo os afastamentos laborais em mulheres foi inferior a um terço da amostra.

Segundo Brito (2005), estudos com a abordagem das "relações sociais de sexo", ao problematizarem a divisão sexual do trabalho, permitem ampliar a própria noção de trabalho e constituem mais um elemento de sua complexidade. Segundo esta autora um dos problemas seria reconhecer o trabalho profissional realizado por esse grupo, ou seja, identificar a evolução das formas de divisão sexual do trabalho. Dessa forma, poderia melhor compreender os motivos que levam a muitos casos o trabalho profissional das mulheres guardar proximidade com o trabalho doméstico, além de muitas vezes ser realizado no espaço privado.

De acordo com estudo do *Office for National Statistics* do Reino Unido (2012), as mulheres têm consistentemente as mais elevadas taxas de absenteísmo por doença em relação aos homens, mas ambos os sexos têm apresentado queda nos últimos 20 anos. Os homens passaram a perda de cerca de 2,5% de suas horas de trabalho devido a doença em 1993, para cerca de 1,5% em 2011. No mesmo período, as mulheres viram uma redução de 3,3% para 2,3 %. Este predomínio do gênero feminino não foi identificado no Amapá durante o período analisado. Além disso, pelos testes estatísticos usados não foi comprovado que o fator gênero possa influenciar num tempo de afastamento maior, visto os tempos médios de afastamento terem sido de 62,8 dias para homens trabalhadores e 60,2 dias para mulheres.

Na população estudada identificou-se que, em relação ao tipo de benefício concedido, 83,4% foram para a Espécie 31, que corresponde ao auxílio-doença previdenciário, enquanto que 16,6% dos casos foram para a Espécie 91, a qual engloba acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (Figura 7). Comparando com o estudo de Nogueira, Gomes e Sawaia (1981), o qual analisou uma população formada apenas por casos de acidente de trabalho, os autores demonstraram que 36,1% dos casos com “incapacidade temporária” cerca de 46,7% levaram a “incapacidade permanente”. Assim, ao analisar o presente estudo, pode-se notar a importância no desenvolvimento de metodologias que possam atuar na diminuição das repercussões biopsicossociais que os benefícios por incapacidade causam à saúde coletiva da população amapaense.

Os dados encontrados foram similares com o padrão encontrado no restante do país. Segundo dados do INSS, em 2011 os benefícios da espécie 31 foram responsáveis por 86,1% dos casos de afastamento por incapacidade laboral enquanto que os benefícios da espécie 91 foram responsáveis por 13,9% (REIS; ARANTES, 2013). No Amapá a variável espécie de benefício não influenciou em tempo de afastamento laboral por doença maior, segundo dados encontrados os requerimentos de auxílio-doença (espécie 31) tiveram afastamento médio de 61,7 dias enquanto que os requerimentos de auxílio-doença por acidentes de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho (espécie 91) tiveram afastamento de 63,2 dias.

A faixa etária identificada nesta pesquisa como de maior acometimento para doenças incapacitantes, durante o período de 2008 a 2012, foi aquela compreendida entre 30 e 39 anos com 29,6% dos casos, seguida pela faixa de 20 a 29 anos (24,1%) e a faixa de 40 a 49 anos (22,8%) (Tabela 8). Assim, observa-se acometimento de importante parcela da população em idade produtiva, se considerarmos os indivíduos de 20 a 49 anos, esta faixa etária representou 76,5% da amostra estudada. Pela análise estatística realizada, a idade apresentou influência no tempo médio de afastamento.

No estudo de Atcheson, Ward e Lowe (1998), foi encontrada idade média dos pacientes em torno de 40 anos, 83% com idade entre 25 e 54 anos. Contudo, tal estudo deve ser utilizado de forma restrita na comparação uma vez que a população de estudo era compreendida por trabalhadores com lesões por esforço repetitivo associado a outras comorbidades. Fatores como obesidade, sexo feminino, o aumento da idade e estariam mais associados ao acometimento de doenças osteomusculares como a Síndrome do Túnel do Carpo. No presente estudo as faixas de idade de maior predomínio compreendem aquelas entre os 20 anos até os 49 anos, responsáveis por mais de 60% dos afastamentos laborais. Achado este, similar ao encontrado no estudo de Silva e Romanik (2010), no qual foi demonstrado que a maioria dos casos de adoecimento além de pertencer ao sexo feminino (73%), apresentavam idade média com variação entre 30 a 59 anos (65%).

Cabe observar que, diferente do que se poderia esperar, os afastamentos na faixa etária inferior a 19 anos foi de 73,1 dias em média e de forma inversa os trabalhadores com mais de 70 anos apresentaram média de afastamento de 39,4 dias (Figura 8). É possível que outros fatores estejam influenciando nesta diferença de tempo de afastamento laboral destes indivíduos. Autores como Robert e Li (2001) relataram em suas pesquisas que os diferenciais socioeconômicos em saúde são menores em idades mais avançadas quando se considera apenas medidas socioeconômicas individuais (por exemplo, renda, educação), sem considerar indicadores da comunidade (por exemplo, a taxa de pobreza da região), embora a literatura gerontológica sugerir que o contexto da comunidade pode ser particularmente relevante na vida dos adultos mais velhos. Em seus estudos, estes autores utilizaram dois inquéritos nacionais em adultos, cada um combinado com dados de censo sobre as comunidades dos entrevistados, para examinar se havia associação entre as características socioeconômicas da comunidade e as individuais e o estado de saúde. A associação foi inexistente ou fraca durante a idade adulta mais jovem, de maior intensidade na idade adulta, e ainda mais forte nas idades de 60 a 69, e fraco novamente em idades acima de 70. As características socioeconômicas de uma comunidade devem ser consideradas dimensões importantes quando se explora seu impacto sobre a saúde ao longo da vida.

Na pesquisa de Batista (2009) em relação a idade, os trabalhadores com idade de 70 anos tiveram média de afastamento laboral de 30 dias, trabalhadores com idade de 30 anos tiveram média de 10 dias de afastamento, 40 anos tiveram 11 dias de afastamento, 50 anos 23 dias, 60 anos com 30 dias. Porém, este estudo considerou apenas professores como público de análise, comportamento diferente pode ser esperado quando se avalia várias categorias de trabalhadores.

As pessoas geralmente são mais propensas a desenvolver problemas de saúde em idades mais avançadas e as taxas de absentismo por doença também aumenta com a idade. Para os trabalhadores com idades entre 16 e 34 anos cerca de 1,5% das horas foram perdidas para a doença em 2011, em comparação com cerca de 2,5% das horas perdidas para os trabalhadores com idades entre 50 e 64 anos. Apesar disso, trabalhadores com mais de 65 anos de idade tendem a perder uma porcentagem menor de horas por doença, pois nesta idade pessoas com problemas de saúde são mais propensos a já terem deixado o mercado de trabalho (REINO UNIDO, 2012). Apesar das diferenças de metodologia que dificultam comparações diretas, os resultados encontrados permitem afirmar que na população analisada os trabalhadores de maior idade (acima de 70 anos) tiveram menor tempo de afastamento médio em comparação com as faixas etárias mais jovens.

Em relação a esta dimensão, do ponto de vista epidemiológico, no Brasil, as populações mais jovens tem maior exposição a fatores como violência e acidentes, os quais vem ocupando lugar de destaque no perfil de morbimortalidade no país, atrás das doenças crônico-degenerativas. Na faixa etária entre 20 e 29 anos, constituem a principal causa de morte e uma importante causa de morbidade, expressa nas lesões físicas e na variada gama de sofrimento e transtornos mentais decorrentes da vivência de situações violentas. Os homicídios, lesões e óbitos relacionados ao trânsito, representam quase dois terços das mortes devido a causas externas e com grande número de lesões sequelares (REICHENHEIM *et al.*, 2011; MENDES, 2013).

Por tais questões, e pelos achados encontrados no presente estudo, há necessidade de mais pesquisas que visem identificar outros fatores relacionados e maiores detalhes das características deste problema, pois além das repercussões individuais há ainda o aspecto econômico. Os custos da violência afetam desproporcionalmente países de renda per capita mais baixas, os quais concentram 90% dos casos de mortes violentas no mundo (WHO, 2009). No Brasil, o IPEA estimou em 92 bilhões de reais ou 5% do Produto Interno Bruto (PIB) o custo total da violência em 2004 (CERQUEIRA *et al.*, 2007) e em 9 bilhões de reais o custo da perda de capital humano em virtude à homicídios em 2001 (CARVALHO *et al.*, 2007).

Pôde-se identificar, no presente estudo, que os benefícios por incapacidade foram concedidos para trabalhadores com renda inferior a um salário mínimo (50,6%), os quais apresentaram média de 62,5 dias de afastamento. A segunda faixa salarial, com o maior número de afastamentos, foi a compreendida entre um e dois salários mínimos (36%) com 61,1 dias de afastamento laboral em média. Já a faixa de 5 a 6 salários mínimos compreendeu apenas 0,2% da amostra e apresentou a menor média de afastamento com 41,6 dias (mediana de 25,2 dias) (Tabela 9). Pelo teste estatístico utilizado, conclui-se que a renda mensal tem importante

influencia na duração do afastamento laboral no estado do Amapá. Resultados similares foram encontrados por Silva e Romanik (2010), cuja pesquisa identificou predomínio de atividades urbanas (63,5%) com renda familiar entre menos de um a sete salários mínimos (SM), sendo que 44,4% dos entrevistados recebiam abaixo de dois SM. Comparação realizada com ressalvas uma vez que na pesquisa destes autores foi utilizada como população de estudo moradores de áreas ribeirinhas apenas.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição segundo a qual os determinantes sociais de saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Dentro deste aspecto, as condições salariais permitem evidenciar a tendência ao adoecimento mais comum e com características de maior gravidade a longo prazo quando se analisa indivíduos com renda baixa os quais apresentam acesso limitado a serviços de saúde de qualidade (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007). No presente estudo, a maior parte dos trabalhadores com afastamento apresentaram renda inferior a 2 salários mínimos demonstrando a importância da produção de conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as diferenças de renda, com vistas a fundamentar políticas e programas em comunidades menos favorecidas.

Em relação a forma de filiação dos indivíduos com requerimentos por incapacidade laboral, 65,1% dos casos estudados foram de trabalhadores empregados enquanto 16,8% dos benefícios concedidos foram para indivíduos desempregados (Figura 6). Os segurados especiais, formados por agricultores e pescadores reconhecidos como segurados pelo INSS, corresponderam a 12,8% dos casos estudados, os trabalhadores autônomos foram 2,9%, domésticas 1,7%, trabalhadores avulsos 0,5%, facultativos foram 0,2%. Foram observados ainda um pequeno número de trabalhadores sem o registro de filiação e agrupados na categoria Sem Registro (5 casos).

Em matéria previdenciária o termo “filiação” representa elemento essencial na relação jurídica prestacional do indivíduo com a seguradora. Filiar-se quer dizer pertencer, fazer parte, ter direitos e obrigações diante de um Sistema de Proteção Social. O elo para o seguro social do qual decorrerão direitos e obrigações recíprocos tem origem na ‘atividade econômica remunerada’ descrita na norma de direito social. Da condição de segurado da Previdência Social se inicia uma relação jurídica estabelecida entre o segurado e o ente segurador a um objeto associativo, o risco assegurado (COSTA; SILVA, 2007). Dessa forma, este aspecto tem grande

importância aos trabalhadores no sentido de assegurar a proteção nos momentos de doença incapacitante, invalidez e acidentes.

Segundo Possas (1981), em seus estudos, foram registrados que aproximadamente 40% dos trabalhadores do país estariam sem carteira assinada. Número diferente ao identificado na população do presente estudo, o qual demonstrou que apenas 16,8% dos casos em benefícios por incapacidade laboral foram em “Desempregados”. Deve-se considerar, no entanto, que estes casos refletem somente os casos de benefícios cuja incapacidade foi reconhecida após a avaliação pericial e não a população sem cobertura previdenciária, os sem carteira assinada ou ainda os casos de requerimentos negados durante a avaliação médico-pericial realizada no INSS.

Por oportuno, embora transcenda o enfoque deste trabalho, comprova-se a existência de grande parcela de trabalhadores brasileiros inseridos no setor informal (não estruturado da economia) e no trabalho precário, conforme estudo de Barbosa-Branco e Romariz (2006). Segundo as quais, tal contingente encontra-se excluído dos direitos trabalhistas e sociais assegurados aos trabalhadores do setor formal da economia. Apesar da fragilidade desta situação, é na área da atividade informal, a maior carência de fiscalização ou mecanismos de proteção, uma vez que frequentemente estes trabalhadores estão intensamente expostos a situações de riscos e a inúmeros agravos à saúde.

De outro lado, as recentes e profundas mudanças na realidade de trabalho têm tido importante papel na conformação de um contexto pouco favorável desta realidade. Tais mudanças – articuladas pelos fenômenos da globalização e da reestruturação produtiva no contexto neoliberal – implicam no aumento crescente do desemprego e do trabalho não regulamentado pelas Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT). Dessa forma, este problema gera conseqüências para a saúde, principalmente a mental, daqueles que trabalham (BRASIL, 1977; SATO; BERNARDO, 2005).

Neste estudo, a forma de filiação junto ao regime previdenciário no Amapá apresentou influência no tempo de afastamento laboral da população de trabalhadores, segundo a análise estatística realizada. O grupo de trabalhadores avulsos apresentaram média de 72,1 dias de afastamento, seguido pelos segurados especiais com 70,8 dias, autônomos (68,4 dias), desempregados (61,9 dias), já os trabalhadores empregados tiveram média de 59,9 dias de afastamento. Este aspecto portanto merece atenção no desenvolvimento de políticas públicas para a redução das populações com menor cobertura previdenciária.

A questão do desemprego como fator influente no grau de saúde de populações trabalhadoras é alertado por Salim (2003), que destaca, particularmente, os anos 90 como os piores em indicadores do mercado de trabalho. O índice de desemprego para aquela década foi,

em média, de 6,1%. Vale dizer, por um lado, que a cada ano da década de 90, cerca de 570 mil trabalhadores perderam seus postos, conforme atestam os dados da Fundação IBGE. Por outro lado, segundo a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras em Domicílio), também realizada pelo IBGE, a mera elevação do emprego informal e da subcontratação no total de ocupados de 41,5% para 49,4%, entre 1990 e 1997, resultou no incremento de 6,4 milhões de trabalhadores sem qualquer proteção legal, ou seja, simultaneamente sob os impactos da exclusão de direitos e da precarização no ambiente de trabalho. E, o setor de serviços, mesmo ampliando a sua participação relativa na estrutura geral de empregos, diante de sua nova inserção econômica, não tem sido capaz de se contrapor ao desemprego ascendente, especialmente nas regiões metropolitanas.

Sabe-se que o desemprego assusta, fragiliza e afeta a condição de saúde do trabalhador. A escala crescente de desemprego faz com que surjam dois tipos de indivíduos: de um lado, aqueles trabalhadores à procura de emprego em tempo integral e, de outro, aqueles trabalhadores desmotivados, que já não procuram mais emprego. Com o emprego cada vez maior de tecnologias de automação nas empresas, as taxas de desemprego tendem a ser cada vez mais crescentes. Dessa maneira, cada vez mais, a economia produz bens e serviços tecnológicos empregando cada vez menos a força humana de trabalho (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Segundo o PNAD/IBGE, em 2001 existiam 40,7 milhões de trabalhadores que não contribuíam para a Previdência Social. Este contingente correspondia a 57,7% da população ocupada privada, ou seja, quase 58 em cada 100 trabalhadores ativos sem vínculo contributivo com a Previdência. A tendência que se observa na economia brasileira tem sido no sentido do agravamento deste quadro (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Em virtude das características do processo de produção agrícola implicarem numa dificuldade de classificar, de forma apriorística e rígida, as relações de trabalho neste setor, as comparações entre populações de trabalhadores do campo são ainda mais difíceis. Além disso, na Amazônia, o processo produtivo industrial-florestal tem causado grandes impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores rurais, estendendo-se à população e ao ambiente local/regional (PIGNATI; MACHADO, 2005). No Amapá, observou-se que 12,8% dos casos analisados foram de trabalhadores considerados como Segurados Especiais (agricultores e pescadores), cujo tempo de afastamento médio foi de 70,8, sendo o segundo grupo com maior média.

O presente estudo considerou como público-alvo a população segurada pelo INSS, ou seja indivíduos registrados no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), desta forma pôde-se observar de maneira mais ampla as principais características da população de trabalhadores no estado do Amapá. Apesar desta informação, de acordo com os estudos de Boff *et al.* (2002) a

população do INSS não pode ser considerada representativa do conjunto da população economicamente ativa (PEA). Para se ter noção desta afirmativa, segundo dados do IBGE, no ano de 1999 enquanto a PEA era estimada em torno de 80 milhões de trabalhadores, o total de contribuintes do INSS era de apenas 26,7 milhões, sendo 20,7 milhões os casos de trabalhadores com carteira assinada. Números que pouco mudaram nos dados de 2002 quando foram computados apenas 22,9 milhões de trabalhadores com cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT).

A procedência dos indivíduos portadores de incapacidade laboral e que procuraram as agências do INSS no Amapá predominante de municípios do próprio estado (84,2%) enquanto que os provenientes de outras unidades federativas foi responsável por 9,2% (Tabela 11). Porém, conforme teste estatístico realizado na amostra, demonstrou-se que a variável procedência influencia no tempo de afastamento da população estudada, trabalhadores provenientes do Amapá apresentaram média de 62,5 dias de afastamento (mediana de 54 dias), já aqueles provenientes de outros estados apresentaram tempo médio de afastamento de 95 dias (mediana de 59 dias).

No referido aspecto, deve-se considerar a organização da atenção a saúde que é baseada em critérios como o espaço territorial, área de abrangência das unidades de saúde, facilidade de acesso aos usuários, redes de referencia e contra-referencia entre outros. Além disso, diversos são os fatores que determinam a territorialização das ações de saúde como relações sociais, culturais, econômicas e ambientais (MONKEN *et al.*, 2011). No caso do Amapá, por sua posição geográfica na parte setentrional do Brasil, com costa banhada pelo oceano Atlântico e pelo rio Amazonas, fazendo fronteira com o estado do Pará (do qual já fez parte), muitos moradores de municípios paraenses tem acesso mais fácil e rápido ao Amapá o que leva ao aumento na demanda de serviços de saúde no estado (MORAIS, 2011).

Neste estudo o ramo de atividade referente ao setor de comércio, o qual engloba as atividades de comércio e de prestação de serviço, foi o maior responsável pelos afastamentos (86,1%) e cujo tempo médio ficou em 2 meses (Tabela 12). Este resultado é semelhante ao encontrado por Alcântara *et al.* (2011), no qual o setor Comerciante foi o ramo de atividade mais descrito em sua amostra com 82,5% dos casos no ano de 2005 na cidade de Diamantina-MG. Para este autor o aumento do número de comerciantes, observado ao longo dos anos, possivelmente se deve em função da ocorrência do êxodo rural, prática ainda observada nos dias atuais. Em relação ao tempo de afastamento aquele autor utilizou um intervalo maior para avaliação da amostra o que dificulta comparações, pois para ele o tempo de afastamento de 53,4% de sua amostra estava entre 0 (zero) a 10 (dez) meses de afastamento.

Alcântara *et al.* (2011), identificou o setor de comércio como o ramo de atividade mais descrito em sua amostra com 82,5% dos casos, ao avaliar o tempo de afastamento aquele autor utilizou um intervalo maior para avaliação da amostra o que dificulta comparações, pois em seus achados o tempo de afastamento de 53,4% de sua amostra estava entre 0 (zero) a 10 (dez) meses de afastamento, diferente desta pesquisa que utilizou os tempos médios de afastamento sem categorização por faixas de tempo.

Pela análise estatística realizada a variável ramo de atividade apresentou influência no tempo de afastamento laboral na população de trabalhadores estudada, o que demonstra a importância de estudos no setor de comércio em virtude deste ter demonstrado ser o ramo com mais alto percentual de trabalhadores afastados por doenças incapacitantes e, cujo tempo médio de afastamento foi de 60 dias. Além disso, o setor terciário no Amapá tem grande influência na economia do estado sendo responsável por 86% das atividades econômicas da região e por isso também empregando a maior parcela dos trabalhadores com carteira assinada (MORAIS, 2011).

Para Gómez e Lacaz (2005) e Pena (2011), os estudos referentes à situação dos trabalhadores do setor terciário da economia são escassos no área de saúde do trabalhador, neste setor a saúde seria precarizada, entre outros motivos, pela própria reestruturação produtiva, e por tanto apresentam peculiaridades que podem expressar condicionantes diferentes para a saúde do trabalhador.

No Amapá, durante o período de 2008 a 2012, o presente estudo demonstrou que os grupos principais de doenças responsáveis pelos afastamentos laborais superiores a 15 dias foram as Causas Externas responsáveis por 41,2%, seguidas pelo grupo definido como Outras Patologias (15,9%) e Doenças Osteomusculares (14,1%) (Tabela 3). O INSS não disponibiliza informações nosológicas, impossibilitando a definição de ações com base nas causas de afastamento. Contudo, ao se comparar com os dados nacionais, em 2011 foram concedidos 1.956.215 auxílios doenças previdenciários (Espécie 31), o grande grupo de lesões e traumatismos foi identificado como o de maior ocorrência com 25,2%, seguido de doenças do sistema osteomuscular, com 19,5% e transtornos mentais e comportamentais com 10,2% (REIS; ARANTES, 2013).

Segundo estudo de Souza *et al.* (2008) do total de benefícios por eles analisados, 17.282 (58,3%) foram concedidos devido a doenças, 6.499 (21,9%) por lesões, envenenamentos e outras causas externas, e 5.877 (19,8%) devido a fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. As Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT) representaram 3,1% (935) do total de benefícios por incapacidade temporária relacionados a problemas de saúde em geral. No estado do Amapá foi identificado que 16,1% dos casos de afastamento

correspondeu aos casos de espécie 91 (Doenças Ocupacionais e Acidentes de Trabalho), cujo tempo médio de afastamento foi de 63,2 dias. A espécie de benefício não influenciou num maior tempo de afastamento na população da amostra.

Ao analisar por ramo de atividade, no estudo de Souza *et. al* (2008) esse percentual variou de 1,2% referente a CNAE não declarada a 7,4% na indústria de transformação, na qual a proporção de benefícios por DRT representou mais de duas vezes o esperado. De forma semelhante, o ramo de atividade “intermediação financeira, atividades imobiliárias, aluguel, serviços prestados, administração pública”, apresentou 7,2% de DRT. Trabalhadores do ramo de comércio, alojamento e alimentação apresentaram os menores percentuais de DRT (2,7%) dentre os benefícios relacionados a problemas de saúde em geral. Em 54% (16.014) dos benefícios em que a CNAE não foi declarada observou-se também um baixo percentual de DRT (2,7%). Do total de benefícios por incapacidade temporária concedidos por acidentes e doenças relacionados ao trabalho, as DRT contribuíram com 27,6%. Apenas na atividade de “intermediação financeira, atividades imobiliárias, aluguel, serviços prestados, administração pública”, as DRT constituíram a maioria (53,5%), percentual quase duas vezes maior do que a total. O grupo constituído por “comércio, alojamento e alimentação” teve a menor proporção de DRT (17,8%). O percentual de CNAE não declarada para os benefícios por problemas de saúde relacionados ao trabalho foi significativo (26,8%).

Ao se comparar os resultados encontrados nesta pesquisa com os achados constatados por Boff, Leite e Azambuja (2002) quando identificaram 22% dos benefícios concedidos nas Agências do INSS de Porto Alegre foram para “Causas Externas”, enquanto que as “Doenças do Sistema Osteomuscular” foram a primeira causa de doença propriamente dita, com 10,3%, observa-se um maior percentual de Causas Externas no Amapá (41,2%) e frequência similar no caso das “Doenças Osteomusculares” (14,1%) (Tabela 3).

As Causas Externas de morbimortalidade têm sido um problema de saúde pública de grande magnitude no país (IMPERATORI; LOPES, 2009). Esses agravos nem sempre são reconhecidos como problemas de saúde e preveníveis, sendo considerados, frequentemente, “obra do acaso”. Com a denominação de Causas Externas a Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1996) inclui agravos à saúde que causam morbidade ou mortalidade e subdividem-se em intencionais e não intencionais/acidentais, admitindo-se também os de intencionalidade não determinada.

A partir da década de 1980, as causas externas, passaram a representar a segunda causa de morte no quadro geral de mortalidade (BRASIL, 2001a). A partir de então, representam 15% dos óbitos registrados no país, ficando para trás apenas das doenças do aparelho circulatório.

Conforme dados do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002), ocorrem, no Brasil, 120 mil mortes ao ano; esses números correspondem ao total de pessoas mortas em conflitos históricos, como as guerras do Vietnã e do Golfo. São 630 mil internações e um custo financeiro para o SUS de, pelo menos, R\$ 351 milhões por ano.

Segundo Imperatori e Lopes (2009), a realização de pesquisas envolvendo profissionais e instituições de saúde auxiliam o conhecimento desse tipo de morbimortalidade local e podem proporcionar elementos para o desenvolvimento de propostas assistenciais de prevenção e promoção de saúde que considerem a base geográfica.

Vale ressaltar que no caso das Doenças Osteomusculares, sua alta prevalência tem demonstrado que as condições do ambiente no qual o trabalho é realizado, principalmente no caso de atividades que demandam alto esforço físico e desgaste articular, tem grande valor no momento de definir as principais causas de incapacidade laboral, tal tema inclusive está abordado na Norma Regulamentadora (NR) 15, a qual define as atividades de esforço e as condições ergonômicas mínimas no ambiente de trabalho. Segundo Pignati e Machado (2005) os distúrbios dolorosos da coluna vertebral (genericamente denominados lombalgias e dorsalgias) constituem a maior causa isolada de transtorno de saúde e absenteísmo relacionados ao trabalho.

Ainda citando os estudos de Boff, Leite e Azambuja (2002), segundo seus dados as “Doenças Mentais” foram responsáveis por 9,1% das causas de morbidade, ficando em segundo lugar geral, considerando o grupo “doenças”, em terceiro lugar surgiram as “Doenças do Aparelho Circulatório” responsáveis por 6,6% dos casos. Já no Amapá identificou-se que as “Doenças Mentais” ficaram como sétima causa de afastamento laboral com 2,5% dos casos, enquanto as “Doenças Cardiovasculares” foram responsáveis por 4,0%. Neste caso, deve-se considerar que esta pesquisa considerou todas as agências da previdência no estado do Amapá enquanto que o outro estudo analisou uma população predominantemente urbana (naquele caso, a de Porto Alegre).

Besser *et al.* (2006), em seu estudo sobre patologias incapacitantes encontrou número total de prontuários dos pacientes aposentados por doença cardiovascular (1.618 pacientes) como o maior, constituindo 34,4% de todas as aposentadorias concedidas durante o período. Sucederam, em ordem decrescente, as doenças psiquiátricas, oncológicas, neurológicas, reumatológicas e traumatológicas, endocrinológicas, etc. Estes dados divergem do presente estudo, contudo, deve-se considerar o emprego de metodologias diferentes na avaliação destes casos, além daquele estudo ser em população de um estado do sudeste, cujas características populacionais são diferentes do estado do Amapá.

Segundo Mendes (2013), o monitoramento de riscos de exposição ocupacional com potenciais efeitos à saúde dos trabalhadores deve ser realizado para avaliar e diferenciar as exposições aceitáveis daquelas consideradas inaceitáveis. Neste sentido, a presente análise conseguiu identificar que, no Amapá, os principais agravos geradores de incapacidade são as Causas Externas (41,2%) e as Doenças Osteomusculares (14,1%). Desta forma, as políticas de prevenção e controle de agravos entre trabalhadores no estado deve estar direcionada para o controle destas causas, uma vez serem estas as maiores reponsáveis pelo absenteísmo no mercado de trabalho local, correspondendo a mais de 50% dos casos identificados no presente estudo.

Os tempo de afastamento segundo as patologias incapacitantes identificadas na presente pesquisa demonstrou que as doenças com o maior tempo médio de afastamento foram as Neoplasias (96 dias de afastamento), Doenças Cardiovasculares (74 dias), Doenças Neurológicas (73 dias) e Causas Externas (73 dias). Merecem destaque ainda as Outras Patologias (28 dias) e as Doenças Osteomusculares (57 dias), que apesar de apresentarem tempo médio inferior as demais citadas, estão entre as três causas mais frequentes de afastamento no Estado do Amapá. Segundo avaliação estatística, realizada na atual pesquisa, a variável patologia influenciou nos tempos de afastamento dos trabalhadores estudados. Em comparação com os achados de Batista (2009) as médias de afastamentos do trabalho encontrados foram as seguintes: 40 dias para doenças endocrinológicas, 37 dias para doenças osteomusculares, 31 dias para transtornos mentais, 27 dias para o aparelho digestivo, 40 dias para doenças cardiovasculares, 16 dias para doenças infecciosas. Segundo o autor os dados de afastamento não podem expressar, em sua totalidade, os problemas de saúde vividos pelos servidores, tampouco é possível estabelecer associações diretas desses problemas com o trabalho por eles desenvolvidos, porém estes estudos permitem observar de maneira objetiva a realidade de saúde em determinadas categorias.

De forma diferente dos achados nesta pesquisa, em estudo de Siano *et al.* (2008), após a conclusão da avaliação pericial, três grupos de doenças foram mais frequentemente registrados pelos peritos médicos do INSS como diagnóstico principal nas avaliações iniciais: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo M da Décima Edição da Classificação Internacional de Doenças- CID-10), doenças do aparelho circulatório (grupo I da CID-10) e transtornos mentais e comportamentais (grupo F da CID-10). Observou-se um crescimento das freqüências relativas das doenças osteomusculares e dos transtornos mentais entre o primeiro e o último trimestre avaliados: respectivamente, 31% e 13% no período de julho a setembro de 2004 e 34% e 19% no conjunto dos meses de outubro a dezembro de 2006. A freqüência das doenças cardiovasculares manteve-se estável, em torno de 21%, e a das demais categorias diagnósticas da CID-10 sofreu redução de 34% para 26% entre o primeiro e o último

trimestre avaliados. No presente estudo não houve divisão dos casos por mês de requerimento o que dificulta a comparação.

Dados diferentes foram relatados por Alcântara *et al.* (2011) cujos diagnósticos de dorsalgia (M54) e de tendinites e tenossinovites (M65) foram os mais encontrados, com predomínio significativo do primeiro. A dorsalgia foi predominante no gênero masculino e as tendinites e tenossinovites, no gênero feminino. Para estes autores, pesquisas mostram que os homens geralmente estão envolvidos em atividades de impacto e sobrecarga de peso, o que aumenta sua predisposição a problemas na coluna vertebral. Já as mulheres, estão associadas às atividades de destreza manual, predispondo as preferencialmente a acometimentos como as tendinites e tenossinovites.

No estudo de Santos e Mattos (2010) dentre as doenças que mais afastaram os servidores, as de maiores proporções (39,59%) estiveram relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Nesta categoria, verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: episódios depressivos (F32 = 12,5%), transtorno afetivo bipolar (F31 = 8,1%), episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2 = 7,7%), transtorno depressivo recorrente (F33 = 7,6%) e transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de álcool (F10 = 4,7%). Para as licenças vinculadas à categoria “fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (Z00-Z99), os diagnósticos mais frequentemente observados foram: convalescença após cirurgia (Z54.0 = 41,9%), convalescença (Z54 = 33,2%) e exame médico e consulta com finalidades administrativas (Z02 = 11,8%). No CID-10, esta categoria é utilizada quando não existe uma doença, trauma ou causa externa: a pessoa, que não está doente, procura o serviço de saúde para receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo. Para as licenças vinculadas à categoria “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (M00- M99), verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: dorsalgia (M54 = 16,1%), sinovite e tenossinovite (M65 = 11,0%) e cervicalgia (M54.2 = 5,4%).

As Doenças Osteoarticulares são a principal causa de incapacidade a curto e longo prazo em populações de trabalhadores. Afecções como, por exemplo, lombalgias, cervicalgias e osteoartrites enfatizam a importância de se manter ativo e evitar o repouso excessivo na prevenção de tais lesões. Os funcionários que procuram o médico em serviços de saúde ocupacional, devido a lesões musculoesqueléticas se consideram frequentemente “parcialmente capazes de trabalhar” do que efetivamente incapazes ao trabalho. Quando a capacidade para o trabalho é avaliada como apenas parcialmente reduzida, a primeira questão a ser considerada é se

o empregado poderia ficar no local de trabalho em funções modificadas ou trabalhar em horários restritos (VIAKARI-JUNTURA *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa, foi identificado que o tempo de afastamento laboral por doenças no Estado do Amapá apresentou tempo médio de 61,5 dias, com mediana de 53 dias e o desvio interquartilico no intervalo entre 29 e 83 dias, sendo este intervalo considerado como padrão de normalidade para o tempo de afastamento da população analisada. Segundo Reis e Arantes (2013), a utilização de medidas como a média e a mediana permite um melhor conhecimento da estrutura de distribuição de uma população de trabalhadores pelas características analisadas. Dessa forma, a média representa uma medida de localização do centro da distribuição desses dados enquanto a mediana será o valor que divide a amostra ao meio, de forma que 50% dos indivíduos terão valores menores da mediana e os outros 50% terão valores maiores. Como medida de localização a mediana é mais robusta do que a média, pois não é tão sensível aos dados.

Em países nórdicos, é possível retornar de forma precoce ao trabalho mesmo quando acometido por doenças incapacitantes. Desta forma, nestes países foi adotado o auxílio-doença parcial no qual se oferece uma possibilidade de ficar no trabalho e ser ativo quando um distúrbio provoca incapacidade de trabalho parcial. O benefício pode ser usado somente após licença médica em tempo integral ininterrupto durante mais de 60 dias úteis. Tal medida fornece mais um mecanismo para a manutenção da atividade produtiva do trabalhador sem perdas financeiras, principalmente quando se considera que o longo período de licença médica em tempo integral tem se mostrado um obstáculo para o retorno ao trabalho (VIAKARI-JUNTURA *et al.*, 2012).

Alcântara *et al.* (2011) identificaram que a maioria dos trabalhadores permanecem por longos períodos de afastamento, com benefício por até 10 meses. Ao analisar as Doenças Osteomusculares identificou dificuldades associadas à sua complexidade, originando patologias de difícil tratamento, com alta recidiva e de alta evolução para incapacidade permanente. Caso não sejam prevenidas ou tratadas precocemente, geram incapacidade para a vida diária e laboral do trabalhador, além do impacto econômico para a sociedade.

Em outros países pode-se utilizar outros valores para verificar o afastamento laboral por doença. No Reino Unido, em 2011, cerca de 131 milhões dias foram perdidos através de faltas por doença ou acidente, uma queda de cerca de 26% desde 1993, no qual 178 milhões de dias foram perdidos (estes valores incluem empregados e autônomos, com mais de 16 anos, em todo o território do Reino Unido). O número de dias perdidos por faltas por doença manteve-se constante ao longo da década de 1990 até 2003 e vem caindo desde então. No mesmo período, o percentual de pessoas que tiveram algum período de doença e, portanto, percentual de horas de

trabalho perdidas vem reduzindo. A razão pela qual o número de dias perdidos manteve-se constante entre 1993 e 2003, quando o percentual de horas perdidas foi caindo, ocorreu porque haviam mais pessoas que entraram no mercado de trabalho com emprego formal durante este tempo (REINO UNIDO, 2012).

Na Grã-Bretanha, ao se comparar o número de dias perdidos por trabalhador, em 1993, cerca de 7,2 dias, foram perdidos em média (ou cerca de uma semana e meia, com base em 5 dias por semana). Em 2011 este número baixou para menos de uma semana (ou 4,5 dias). A razão mais comum para a doença em 2011 foram doenças de menor gravidade como infecções de vias aéreas, gripes e resfriados. Esse tipo de doença tende a ter curta duração e maior número de dias perdidos ocorreram devido a problemas músculo-esqueléticos. Isso representou pouco mais de um quarto de todos os dias perdidos ou 35 milhões de dias. Cerca de 27,4 milhões de dias foram perdidos devido a outras doenças e 133 milhões de dias foram perdidos ao estresse, depressão e ansiedade (REINO UNIDO, 2012). No presente estudo a média de dias de afastamento foi bem maior (média de mais de 61 dias), contudo deve-se considerar que o Reino Unido executa cálculos baseados em toda a população trabalhadora o que acaba por “diluir” os afastamentos, visto que não serão todos os trabalhadores afastados por doença no período, além disso, nos cálculos de afastamento foram considerados também o absenteísmo de curta duração (inferior a 15 dias de afastamento).

As recomendações da OIT enfatizam a importância de se manter registros das causas de absenteísmo, as quais permitem estudos epidemiológicos da população. Vários índices podem ser utilizados como indicadores, a *International Commission on Occupational Health* (ICOH) criou na década de 1960 diversos “indicadores de absenteísmo por doença”, simplificados em 1978, prevalecendo até hoje. Contudo, índices dessa natureza carregam uma dificuldade implícita, pois não descrevem as causas médicas de afastamento, geralmente utilizam o número de dias divididos pelos trabalhadores com afastamento, inviabilizando o estabelecimento de medidas para a redução de faltas por meio de intervenções efetivas nas causas (REIS; ARANTES, 2013).

Segundo o INSS, a incapacidade temporária pode ser entendida como a perda total da capacidade para o trabalho, por um período limitado de tempo, impossibilitando o trabalhador, segundo a avaliação da perícia médica, de voltar imediatamente a sua ocupação, o que geraria um Auxílio-Doença, no qual se concede um prazo para a recuperação do segurado (BRASIL, 2005a). A preocupação em estabelecer parâmetros de tempo de repouso para recuperação da capacidade funcional, que permitam a operacionalização dos novos modelos de reconhecimento de direito ao benefício por incapacidade tem sido frequente pelo INSS. A Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em agosto de 2011, constituiu um

grupo de trabalho para avaliar e estabelecer parâmetros de períodos de repouso por motivos de doença, com a finalidade de estimar os prazos de reconhecimento de direito dos benefícios por incapacidade dos segurados da Previdência Social. Neste estudo utilizaram como base a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 (BRASIL, 2011).

Diversos países procuram sistematizar de maneira objetiva a determinação dos tempos necessários de recuperação para uma patologia. Países ibero-americanos utilizam os chamados baremos, caracterizados por serem tabelas com o objetivo de mensurar a incapacidade. Através desse tipo de instrumento, procura-se realizar a quantificação das consequências da deficiência física ou psíquica para pessoa, avaliável por um médico de uma forma objetiva e reprodutível. No entanto, a maioria dos países não possui, atualmente, uma escala que seja projetada especificamente para avaliar as deficiências físicas ou mentais decorrentes de lesões sofridas em vários tipos de acidentes e que considerem outras variáveis além do tipo de doença. Além disso, a evolução da avaliação de incapacidade é modificada constantemente, incorporando novas abordagens e mudanças nos critérios de aplicação, o que torna inutilizáveis escalas tradicionais, desenvolvidas para outras necessidades e ambientes sociais. Em tal situação, os médicos que trabalham com avaliação de danos e incapacidades em diferentes áreas (médicos assistentes, peritos, médicos de companhias de seguros, etc.) são obrigados a utilizar as escalas disponíveis, nacionais ou estrangeiras, apesar de não atenderem a finalidade da avaliação (ARGENTINA, 2012).

Existem muitas oportunidades de integração da saúde ocupacional para a prática geral da saúde pública nos âmbitos estadual e local. A saúde pública sempre esteve focada na resolução dos problemas de saúde de pessoas mais necessitadas. Muitos programas de saúde pública tem como alvo populações específicas, como mulheres, jovens, minorias, imigrantes, pessoas de baixa renda, migrantes e pessoas com deficiência. Estas são as mesmas populações que compõem a parcela mais vulnerável da força de trabalho, cujas necessidades de saúde ocupacional ainda não foram bem abordadas pelos métodos convencionais para a segurança e saúde ocupacional. Consequentemente, a infraestrutura de saúde pública e seus sistemas de informação oferece inúmeros pontos de acesso para se identificar populações especiais de trabalhadores e de maiores riscos (LEVY *et al.*, 2005).

No presente estudo foi possível identificar curvas de normalidade para o tempo de afastamento do trabalho por doenças incapacitantes em relação às variáveis idade, sexo, ramo de atividade, renda mensal, procedência, tipo de filiação, espécie de benefício e patologia incapacitante (Figura 12). Através desta análise, é possível entender com maior precisão o padrão

de variação do tempo de afastamento considerando a realidade do estado do Amapá, uma vez que estas curvas foram produzidas com uma base de dados de indivíduos provenientes da região.

O presente estudo avaliou dados de 10.216 benefícios por incapacidade concedidos no Estado do Amapá, durante o período de 2008 a 2012, através da análise destes dados foi possível identificar que o tempo de afastamento da amostra apresentou mediana de 53 dias e o desvio interquartilico ficou no intervalo entre 29 e 83 dias, sendo este intervalo considerado como padrão de normalidade para o tempo de afastamento.

Em Medicina, parece razoável entender 'normal' em função das distribuições gaussianas. A equação da “curva normal de Gauss”, que é uma curva matemática teórica, baseia-se em dois parâmetros — a média e o desvio-padrão — que são os elementos que definem uma determinada população, em relação a uma característica qualquer, estudada e medida em integrantes da amostra. Vários fatores considerados pelos médicos durante a avaliação de seus pacientes têm índices numéricos que se distribuem de acordo com a conhecida "curva de Gauss", em forma de sino. Quando isso ocorre, indivíduos normais são aqueles cujos fatores tenham índices situados no intervalo $(M-s, M+s)$, onde M é a média e s o desvio padrão das medidas. Isso indicaria, paralelamente, que indivíduos situados fora do intervalo para "baixo" ou para "cima" estariam fora do padrão de normalidade daquela população (HEGENBERG, 1998).

Como estudo preliminar, a análise da curva de normalidade para o tempo de afastamento no Amapá permitirá o desenvolvimento de novas estratégias para a melhora dos sistemas de informações em saúde e também para entender os fatores que prejudicam o tempo de recuperação da capacidade laboral dos trabalhadores no estado. Além disso, o manejo de curvas de normalidades pode auxiliar a criar novos sistemas de avaliação complementar que possam servir como ferramenta de apoio aos profissionais que atendem trabalhadores com incapacidades.

A criação de sistemas de informação em saúde de melhor qualidade permite desenvolver a tendência de utilização destes dados não apenas na gestão administrativa, mas evoluir para um modelo de gestão da saúde. Isso significa buscar informações com o maior detalhamento possível sobre a utilização de benefícios, melhorar os canais de comunicação com a sociedade, a fim de evitar interpretações tendenciosas. Além disso, deve-se avaliar de forma permanente o perfil dos trabalhadores dos ramos de atividades da economia, identificar precocemente indivíduos portadores de doenças crônicas, estimular a integração dos diversos programas de saúde disponíveis e ainda permitir um controle de patologias através de metas e indicadores de fácil reprodução. Com o aperfeiçoamento dos sistemas de informação atuais, a gestão de informação em saúde deverá viabilizar os meios para organizar os dados gerados, transformá-los em informação (dados com significado) e, após a devida análise, gerar os

conhecimentos necessários para permitir a utilização desse conhecimento com inteligência, para definir estratégias com competência em um processo de decisão (REIS; ARANTES, 2013).

Algumas limitações precisam ser destacadas no estudo de trabalhadores filiados ao regime previdenciário. Os dados disponíveis pela Previdência Social são referentes aos trabalhadores segurados por essa instituição, não abrangendo toda a população de trabalhadores, de forma que os dados devem ser interpretados para a população estudada. Além disso, o banco de dados é inconsistente para algumas variáveis, como estado civil, ocupação, escolaridade e número total de segurados. Deve-se considerar que os responsáveis pela alimentação deste tipo de banco de dados caracterizam a interação com estes sistemas como ‘burocrática e desvinculada de sua própria atividade’, o que, por si só, contribui para a baixa qualidade das informações. Além da dimensão tecnológica, seus métodos, recursos humanos e recursos organizacionais deveriam ser utilizados com fins de maximizar a utilização dos respectivos sistemas para minimizar este problema (ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

A qualidade de dados apresentados nos sistemas corporativos disponibilizados pelo INSS no Amapá no desenvolvimento desta pesquisa foi um problema identificado na coleta dos dados. Para a variável escolaridade que estava prevista no início do estudo, observou-se que a maior parte dos registros não tinham esta informação o que inviabilizou a sua utilização. Dessa forma, é necessário que os gestores do instituto sejam alertados que a falta de dados ou a alimentação de sistemas de informação com dados incompletos irá dificultar a posterior análise dos padrões de adoecimento e afastamento laboral com as diversas determinantes sociais da saúde.

A falta de uma padronização dos laudos e avaliações médico-periciais, a heterogeneidade da qualidade técnica dos laudos de exames complementares encontrados nos prontuários, assim como a limitada adesão dos pacientes aos diversos tipos de tratamento instituídos, constituem grandes limitações aos estudos desta matéria (BESSER *et al.*, 2006).

Outra limitação do estudo é o fato de que, em nosso país, as informações sobre morbimortalidade dos trabalhadores são limitadas, fragmentadas e heterogêneas. Há presença relevante de subnotificações no número de acidentes do trabalho e de doenças profissionais. Muitas vezes essa subnotificação ocorre por sonegação de informações pela empresa, não emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou até mesmo por uma atitude dos trabalhadores em esconder dores ou desconfortos por receio de se prejudicar em sua carteira profissional, pela burocracia da Previdência ou até mesmo para evitar seu afastamento (MENDES, 2013).

Nas últimas décadas, destacou-se o aumento no número de concessões dos benefícios por incapacidade, os quais saltaram de 575.742 em 1988 para 793.825 em 2001 e daí para 1.288.270 em 2002, chegando a 1.860.695 em 2005 (DATAPREV, 2007). O relevante aumento no número de concessões do auxílio-doença chamou atenção para a necessidade de discutir suas possíveis causas. Entre elas, destacam-se: as mudanças nos critérios de concessão das aposentadorias, tornados mais rígidos com as reformas de 1998-1999; a conjuntura econômica desfavorável, com baixo crescimento econômico, aumento do desemprego e redução da renda dos trabalhadores; a modernização da Previdência Social que facilitou o acesso dos segurados aos benefícios e às informações sobre seus direitos; a ocorrência de uma deterioração da saúde dos brasileiros; os incentivos econômicos decorrentes do cálculo do valor do auxílio-doença que, em alguns casos, torna-se maior que o salário do segurado; o aumento da população passível de requerer este benefício; a ocorrência de fraudes em sua concessão; a capacidade técnica da Perícia Médica do INSS (CECHIN; GIAMBIAGI, 2004; MORA, 2007).

No entanto, devemos considerar que a necessidade de informações das causas de morbidades na população ainda necessita de estudos que possam auxiliar o desenvolvimento de ações preventivas nesta área. É preciso constatar que a produção científica na área apresenta uma tendência continuada de crescimento nas últimas décadas, abrangendo diversas áreas do conhecimento, inclusive, recebendo o influxo das contribuições de diversos profissionais que atuam nos serviços de saúde. E os temas de estudo voltados para as questões de trabalho-saúde correspondem à notável visibilidade social e reconhecimento jurídico-institucional desse campo no âmbito da saúde coletiva, coincidindo com a implantação e consolidação das práticas de assistência e vigilância em alguns estados brasileiros (GÓMEZ; LACAZ, 2005).

Embora se observe um grande número de publicações e investigações clínicas realizadas em grupos populacionais, tanto no Brasil como no exterior, revelando a epidemiologia, as causas mais comuns de internação hospitalar e a mortalidade relacionadas às doenças cardiovasculares, impressiona a escassez de informações e publicações sobre a incapacidade laboral e as aposentadorias conseqüentes a estas enfermidades. Em publicação do IBGE, verificou-se que em 2,5 milhões de exames médico-periciais realizados ao longo do ano de 2002, apenas 7% dos pacientes que procuraram obter benefícios no INSS foram considerados inaptos para retornar ao trabalho e as especialidades que lideraram a listagem de incapacitações laborais reconhecidas foram, em ordem decrescente, a Cardiologia, a Psiquiatria e a Neurologia (BESSER *et al.*, 2006).

Mesmo reconhecendo-se a evolução positiva do número de publicações cujo enfoque é voltado para os processos de trabalho e doença, segundo dados internacionais, estima-se que a

produção brasileira represente menos de 1% dos artigos científicos divulgados anualmente (WÜNSCH FILHO, 2004).

Os enfoques analisados nesta pesquisa sintonizam com a visão de que a relação saúde-trabalho é complexa e, por esse motivo, não pode ser apreendida por modelos causais simplificados. Uma visão estática dos processos de trabalho e da realidade do Brasil, neste caso o Amapá, não é suficiente para que se avance na produção de conhecimentos sobre esta temática. A importância do conhecimento e divulgação das peculiaridades locais do mercado de trabalho, das características da população produtiva e as mudanças das dinâmicas sociais têm se mostrado fundamentais para a diferenciação e constituição do campo da Saúde do Trabalhador em nosso meio.

Segundo os autores Takahashi, Kato e Leite (2010) para que os trabalhadores mantenham-se no controle de suas condições de saúde, além da busca de uma intervenção de prevenção primária, é imprescindível discutir as relações sociais de emprego e as políticas públicas de inclusão de pessoas com incapacidades. As medidas de proteção social relativas à inclusão dos trabalhadores reabilitados e das pessoas com deficiência estão estabelecidas pela lei que trata dos benefícios da Previdência Social. A lei nº 8.213, de dezembro de 1991, refere-se às cotas de emprego a ambos os segmentos. Estes autores demonstram a complexidade da prática de inclusão social de trabalhadores deficientes como dificuldades de reinserção profissional desses trabalhadores após demissão pela empresa e a ineficácia da política estatal de reabilitação profissional.

Para Santos e Lacaz (2011) torna-se cada vez maior o desafio de analisar as estratégias adotadas e avaliar se os atuais modelos avançam na direção da integração de ações e de recursos, de forma a permitir a participação e a intersetorialidade. Existem ainda outras questões, como criação de indicadores de impacto das ações, instrumentos e procedimentos de avaliação da qualidade das intervenções entre outras que auxiliariam na construção de práticas da saúde dos trabalhadores no SUS.

Na solução de tais problemas é a sociedade, com suas formas de organizar a produção e o trabalho, permitidas ou não, que vai imprimir, nas relações sociais, as atitudes de acolhimento ou discriminação e, nas relações institucionais, as ofertas de modelos de atenção pautados pela proteção social ou pela segmentação da desvantagem e da exclusão. As propostas exitosas, assim como as propostas de mudança, podem servir de referência para atuação dos profissionais de saúde e reabilitação, assim como subsidiar o planejamento de ações e o desenvolvimento de competências na gestão de políticas públicas da Saúde do Trabalhador, da Previdência Social e do Trabalho. E, finalmente, completando a dinâmica de contribuição, tais experiências, quando

socializadas e apropriadas pelos usuários em suas instâncias de controle social, podem produzir o *empowerment* (fortalecimento) que legitima e garante a efetividade das intervenções e a permanência dos serviços (TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010).

Faltas ao trabalho decorrentes de doenças e agravos à saúde (FTS) refletem incapacidades temporárias para o desempenho das atividades laborais. Demonstram não apenas a existência de problemas de saúde, mas também a sua gravidade, exceto quando resultam de gravidez, parto, ou quando compõem medidas para evitar a propagação de doenças transmissíveis. A incapacidade para o trabalho causada por problemas de saúde é de interesse não somente do trabalhador e dos profissionais de saúde, mas também das instituições responsáveis pelos benefícios de compensação salarial durante o afastamento, e das próprias empresas empregadoras (YANO; SANTANA, 2012).

Pelo presente estudo pôde-se identificar características importantes apresentadas pelos trabalhadores filiados ao regime de previdência social no Estado do Amapá. Os achados encontrados fornecem informações importantes sobre o comportamento das morbidades mais frequentes nesta população de trabalhadores e permite perspectivas de novos estudos sobre este tema.

6 – CONCLUSÕES

A preocupação com a saúde do trabalhador se mostra constante ao longo da história da humanidade. Inúmeras medidas e leis foram criadas no sentido de otimizar a relação saúde trabalho e reduzir as consequências deste no bem estar individual. Contudo, o desenvolvimento dos modos de produção não contribuíram da mesma maneira para minimizar ao acidentes ou enfermidades relacionadas ao trabalho.

Se por um lado a mudança nos padrões de consumo causaram reduções salariais, aumento da jornada de trabalho, redução dos quadros de pessoal por reestruturações das linhas de produção, aumento do estresse laboral, ritmo acelerado de trabalho e maiores riscos de acidentes, por outro lado a industrialização acelerada causou uma deterioração da qualidade de vida devido ao enfraquecimento das relações humanas, poluição, degradação ambiental, desenvolvimento dos meios de comunicação em massa e substituição do trabalho humano pelo mecanizado. Assim, modificações nos determinantes da saúde em trabalhadores devem fazer parte da produção científica regular com a finalidade de indicar alternativas de melhoria das condições gerais de saúde destes indivíduos.

Nesta pesquisa identificou-se 10.216 casos de benefícios por incapacidade no estado do Amapá entre os anos de 2008 a 2012. Destes 69,3% dos casos foram homens, 83,4% de auxílio-doença previdenciário (Espécie 31), estavam na faixa etária de 30 a 39 anos (29,6%), possuíam renda mensal de até um salário mínimo (50,6%), eram empregados (65,1%), 84,2% provenientes de municípios do Amapá e 86,1% trabalhadores do comércio. O tempo médio de afastamento por incapacidade apresentou média de 61,5 dias de afastamento no período, sendo as doenças identificadas como Causas Externas (41,2%), Outras Patologias (15,9%) e Osteomusculares (14,1%) as responsáveis pelo maior número de afastamentos e com média de 73, 28 e 57 dias de afastamento, respectivamente. As patologias com maior tempo médio de afastamento do trabalho foram as Neoplasias (96 dias), Doenças Cardiovasculares (74 dias) e as Doenças Neurológicas (73 dias).

Dentre as variáveis estudadas nesta pesquisa, aquelas que influenciaram na variação do tempo médio de afastamento do trabalho por doença foram: idade, renda mensal, tipo de filiação previdenciária, procedência, ramo de atividade e tipo de morbidade. Por outro lado, as variáveis sexo e espécie de benefício não apresentaram influência no tempo de afastamento da população estudada segundo análise estatística realizada.

Com a conclusão da pesquisa foi possível identificar a curva de normalidade no tempo de afastamento do trabalho segundo as variáveis estudadas. Dessa forma, no Amapá o tempo de afastamento apresentou mediana de 53 dias e o desvio interquartilico no intervalo entre 29 e 83 dias, sendo este intervalo considerado como padrão de normalidade para o tempo de afastamento nesta população. A utilização prática dessas informações pode servir de base para a elaboração de sistemas de informações dinâmicos e que possam auxiliar as equipes técnicas a definir melhor o tempo ideal de afastamento para uma população de trabalhadores tendo como variáveis os padrões locais.

A necessidade de disponibilização de dados e informações sobre os aspectos de saúde em trabalhadores apesar de ser conceito bem divulgado, ainda apresenta falhas na sua operacionalização. Como exemplo de medida que pode ser executada apenas com a estrutura atual, temos os chamados Observatórios de Saúde do Trabalhador, incentivado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, que teriam importante função na divulgação de dados sobre o tema. Contudo, na própria página eletrônica destas organizações as informações são desatualizadas e sem os dados dos CEREST's regionais, os quais deveriam levantar os dados regionais para os Observatórios (SANTOS, LACAZ, 2011).

Na medida em que as informações processadas pelo SUS não ganham a devida visibilidade social, as estatísticas da previdência social, mesmo que limitadas aos trabalhadores

regidos pela CLT, ainda constituem uma das principais fontes de informações disponíveis ao público externo ao SUS. Neste estudo, pôde-se comprovar que os dados presentes nos sistemas de informação utilizados pelo INSS, podem ser melhor analisados e fornecer informações de grande utilidade para atuação mais efetiva na prevenção e promoção da saúde na população trabalhadora. O presente trabalho procurou demonstrar que, ao utilizar um sistema já disponível e operacionalizado, é possível de forma concreta aperfeiçoar a análise dos dados gerados e construir detalhes não disponíveis pela forma de consolidação atual deste banco de dados.

Ainda que tais dados sejam de grande utilidade nos âmbitos gerenciais e assistenciais, existe dificuldade na comparação das pesquisas de padrões de morbidade no Brasil, visto existir grande variedade nas metodologias utilizadas para a análise das informações coletas. Isso demonstra a importância de criar uma padronização mínima na utilização de informações de saúde. Além disso, pelas características geográficas do Brasil associadas às grandes variações socioambientais das diversas regiões, deve-se estimular o aumento de estudos regionais que permitam maior precisão nas comparações dos achados.

Torna-se evidente, ainda, a necessidade de integrar as informações geradas pelos mais diversos sistemas de dados já disponíveis atualmente pelos órgãos e unidades do Ministérios da Saúde, Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência de maneira a tornar estes dados mais precisos e de análise mais ampla dos padrões de saúde dos trabalhadores. Dessa forma, será possível desenvolver políticas adaptadas para as diferenças regionais e potencializar os sistemas de vigilância em saúde do trabalhador.

Com os achados deste trabalho é possível delinear a necessidade de novos estudos com a população de trabalhadores do estado do Amapá, como por exemplo, identificar as patologias de maior acometimento em grupos específicos de trabalhadores e o comportamento do tempo médio nestes grupos, analisar a variação dos aspectos socioeconômicos e do ambiente de trabalho nas atividades do setor terciário no estado, ampliar a base de dados populacionais com a inclusão de trabalhadores do mercado informal, dos serviços públicos e de outras atividades cujo registros não estão disponíveis nos bancos de dados do INSS e estudos de desenvolvimento de sistemas complementares para avaliação de incapacidade laboral de forma a permitir novas ferramentas que possam ajudar aos profissionais de saúde a estimar com maior precisão o melhor tempo de afastamento de trabalhadores acometidos por doenças incapacitantes, considerando não apenas os fatores biológicos mas também outros fatores que influenciam no tempo de recuperação.

Através da observação desta realidade, podemos enumerar algumas medidas a serem tomadas para melhorar essa situação: humanizar o trabalho adaptando-o às pessoas,

divulgar as características e fatores de risco de forma a garantir o direito a informação, efetivar programas de prevenção para minimizar riscos em trabalhos perigosos, conhecer e divulgar as variações nos padrões de morbidade da população local, permitir a participação do trabalhador e da comunidade nas mudanças tecnológicas, impedir transferência dos riscos de um ramo de atividade para outro, associar saúde do trabalhador e prevenção de morbidades, estabelecer o controle social de maneira ampla e com informações atualizadas através de sistemas integrados e complementares.

Portanto, a discussão da Política de Saúde do Trabalhador deve compreender a extensão da Política de Saúde, com todas as suas interfaces, e pormenorizá-la em todos os seus aspectos de determinação estrutural e conjuntural. Pressupõe buscar questões no âmago da organização do processo de produção e entendê-lo na realidade nacional em que se expressa, no qual o desrespeito ao Trabalhador ultrapassa os limites institucionais. Não basta identificar empecilhos e propor superações técnicas. O compromisso de mudança deve conter o paradigma do direito à vida.

A possibilidade de se executar uma política eficiente para a área está relacionada à formação de quadros não só tecnicamente competentes, mas principalmente comprometidos com a questão ideológica que envolve a Saúde do Trabalhador. Some-se a isto a necessidade da responsabilidade por parte dos poderes federal, estaduais e municipais na construção de serviços de saúde eficientes que privilegiem a prevenção em saúde. Ainda deve-se destacar o compromisso que a classe empresarial precisa assumir sua parcela de responsabilidade aos danos que historicamente causam à saúde do trabalhador, a partir da imposição de processos de produção obsoletos e pouco adaptados à fisiologia humana. Neste tema pode-se concluir que as empresas necessitam desenvolver sua responsabilidade social no âmbito da saúde dos trabalhadores.

Finalmente, ao se pensar a construção da política para a área, o princípio da participação dos trabalhadores deve ser o seu norteador, sem os quais continuaremos a escrever a história das doenças, e nunca a história da saúde, como parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil.

O desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas com objetivo de conhecer melhor as características gerais de populações trabalhadoras tem importância para a elaboração de políticas públicas que visem proteger de forma integral a saúde ocupacional dos trabalhadores. Com a atual pesquisa, houve a possibilidade de estudar e divulgar as principais morbidades que acometem os trabalhadores do estado do Amapá bem como definir o tempo médio de afastamento desta população.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- ABOUZHAR, C.; BOERMA, T. Health Information Systems: the Foundations of Public Health. **Bulletin of the world health Organization**. Genebra, v. 83, n. 8, p. 578-83, 2005.
- ALCANTARA, M.A.; NUNES, G.S.; FERREIRA, B.C.M.S. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício em Diamantina (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16, n. 8, p. 3427-36, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec; 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanbara Koogan, 2006.
- AMAPÁ. Governo. **Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia. Diagnóstico socioeconômico do setor oleiro-cerâmico do Estado do Amapá**. Macapá, 2007.
- _____. **Indicadores econômicos do estado do Amapá: perfil do estado**. Macapá, 2013. Disponível em: < http://www4.ap.gov.br/Portal_Gea/Perfil/dadosestado-perf-economia.htm > . Acesso em: 12 mar. 2013.
- ARAÚJO, A.J. Saúde & Trabalho no processo histórico e no contexto político do neoliberalismo. **Sindipetro-RJ**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < <http://www.sindipetro.org.br/saude/saude-trabalho/saudetrabalho02.htm> > Acesso em: 17 jul. 2013.
- ARGENTINA. Asociación Argentina de Compañías de Seguro – AACS. **Baremos AACS 2012**. Buenos Aires, 2012.
- ARMSTRONG, T.J. et al. A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**. Helsinki, n. 19, p. 73-84, 1993.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Helsinque. **Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos**. Helsinque, 1964.
- ATCHESON, S.G.; WARD, J.R.; LOWE, W. Concurrent Medical Disease in Work-Related Carpal Tunnel Syndrome. **Arch Intern Med**. v. 158, p. 1505-12, 1998.
- AUSTRALIA. **The management of work health and safety in the commonwealth jurisdiction**: establishing a work health and safety management system. Canberra: Australian Government Comcare, 2012.
- AYRES, M. et al. **BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

BARBOSA-BRANCO, A.; ROMARIZ, M.S. Doenças das cordas vocais e sua relação com o trabalho. **Comunidade Ciência e Saúde**. Brasília, v. 17, n. 1, p. 37-45, 2006.

BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos de trabalho em enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar. 2003.

BATISTA, L.V. *et al.* Afastamento das atividades de trabalho do professor por motivo de saúde: utilização de data mining como instrumento de avaliação. **X Encontro de Iniciação à docência**. João Pessoa: UFPB, 2009.

BESSER, H.W.; SILVA, N.A.S.; OLIVEIRA, G.M.M. A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 318-25, 2006.

BITTENCOURT, S.A.; CAMACHO, L.A.B.; LEAL, M.C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BLISS, K.E. **Health in latin america and caribbean: challenges and opportunities**. Washington: CSIS – Center for Strategic & International Studies, 2009.

BOFF, B.M.; LEITE, D.F.; AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-42, 2002.

BRAGA, V.O.S. *et al.* A problemática da saúde do trabalhador – histórico. **EstudMed**. 2001. Disponível em: <http://estudmed.com.sapo.pt/trabalhos/problematica_saude_trabalhador_2.htm>. Acesso em: 03 abr. 2013.

BRASIL. Histórico da Previdência. **Ministério da Previdência Social**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04.asp>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução N° 466** de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Ministério da Previdência Social**. Portaria N° 04/INSS/DIRSAT, de 27 de julho de 2011. Brasília: MPAS, 2011.

_____. Ministério da Previdência Social. **Revista comemorativa dos 88 anos da Previdência Social**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2010.

_____. Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais. **Instituto Nacional de Seguro Social**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. **Manual de Perícia Médica Previdenciária**. Brasília: Coordenação Geral de Benefícios Por Incapacidade, 2005a, 91 p.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde:** caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. ver. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Versão após sugestões. Brasília: Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). A violência nossa de cada dia. **Revista da Saúde.** Brasília, DF, ano III, n. 3, p. 6-11, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho, manual de procedimentos para serviços de saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em service (Cadernos de Atenção Básica, 8). Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho: **Portaria N° 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Lei N° 8.213**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Brasília: Ministério da Previdência, 1991.

_____. **Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Portaria N° 3.214**, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978.

_____. **Lei N° 6.514**, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1977.

BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 879-90, 2005.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO JUNIOR, J.C.; JACCOUD, L. Políticas Sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L (Org.). **Questão social no Brasil contemporâneo.** Brasília: IPEA, 2005, 435 p.

CARVALHO, A.; CERQUEIRA, D.I.; RODRIGUES, R.C.; LOBÃO, W.J.A. **Custos das mortes por causas externas no Brasil.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

CASTEJÓN, J.C. **El papel de las condiciones del trabajo en incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral**. Tese-Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2002.

CECHIN, J.; GIAMBIAGI, F. O aumento das despesas do INSS com o Auxílio-doença. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, Rio de Janeiro, v. 66, p. 81-90, 2004.

CERQUEIRA, D.R.C; CARVALHO, A.; LOBÃO, W.J.A. **Análise dos custos e das consequências da violência no Brasil**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

CHAGAS, M.A. **Amapá: a mineração e o discurso da sustentabilidade**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

CHAUDHRY, B.; WANG, J.; WU, S.; MAGLIONE, M.; MOJICA, W.; ROTH, E.; MORTON, S.C.; SHEKELLE, P.G. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care. **Annals of Internal Medicine – American College of Physicians**. Philadelphia. v. 144, n. 10, p. 11-18, 2006.

COHN, A.; WESTPHAL, M.F.; ELIAS, P.E. Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. v. 39, n. 1, p. 114-21, 2005.

COSTA, H.J. Auxílio-doença acidentário. Lei nº 8.213/91. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 7, n. 62, fev. 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/3721/auxilio-doenca-acidentario>> Acesso em: 04 abr. 2013.

COSTA, E.R.; SILVA, G.C. Filiação previdenciária nos regimes constitucionais de previdência social. **Revista Estudos**. Goiânia. v. 34, n. 5/6, p. 455-69, 2007.

DATAPREV-EMPRESA DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MPAS, 2007. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_090519-153719-033.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

DIACOV, N.; LIMA, J.R.S. Absenteísmo odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 17, n. ½, p. 183-189, 1988.

DIAS, E.C. *et al.* O ensino das relações trabalho-saúde-doença na escola médica: percepção dos alunos e proposta de aperfeiçoamento na UFMG. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan./abr., 2006.

DIAS, P.D. **O Amapá em perspectiva**: municípios do Amapá. Macapá: JM Editora. 2011.

DIEHL, A.A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2009. **US Dept of Labor**. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics, 2009.

FRIAS JÚNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

GOMES, K.R.O.; TANAKA, A.C. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. v. 37, n. 1, p. 75-82, 2003.

GOMEZ, C.M.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

HAUX, R. Health information systems – past, present, future. **International Journal of Medical Informatics.** New York. v. 75, n. 1, p. 268-81, 2006.

HEEKS, R. Health information systems: Failure, success and improvisation. **International Journal of Medical Informatics.** New York. v. 75, n. 1, p. 125-37, 2006.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 10 jun. de 2013.

IMPERATORI, G.; LOPES, M.J.M. Estratégias de Intervenção na Morbidade por Causas Externas: como atuam agentes comunitários de saúde? **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.83-94, 2009.

KELLY-SANTOS, A.; ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 929--38, 2005.

LEVY, B.S.; WAGNER, G.R.; REST, K.M.; WEEKS, J.L. **Preventing occupational disease and injury.** Washington: American Public Health Association, 2005.

LIMA, C.R.A.; SCHRAMM, J.M.A.; COELI, C.M.; SILVA, M.E.M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LINO, D. ; DIAS, E. C. **A globalização da economia e os impactos sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores.** [on-line]. Disponível em: <<http://www.instcut.org.br/Index1.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

LOURENÇO, E.A.S. **Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca.** Franca: UNESP, 2009.

LOURENÇO, E.A.S.; BERTANI, I.F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** São Paulo. v. 115, n. 32, p. 121-14, 2007.

MAENO, M.; CARMO, JC. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro.** São Paulo: Editora Hucitec. 2005. 372 p.

MAENO, M.; VILELA, R.A.G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 121, n. 35, p. 87-99, 2010.

MARTINS, R.J. et al. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços públicos e privado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 111, n. 30, p. 09-15, 2005.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 311-27, 1988.

_____. **Patologia do Trabalho**. 3ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2013 v. 1, 986 p.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-49, 1991.

MENDES, R.; WAISSMANN, W. Bases históricas da patologia do trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 3ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2013 v. 1, 986 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.; PORTO, M.F.S. Saúde, ambiente, trabalho e território: contribuições teóricas e propostas de operacionalização. In: GOMEZ, C..M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MORA, M. Auxílio-doença: contribuição para um diagnóstico. **Boletim de Conjuntura do IPEA**, Rio de Janeiro, v. 77, p. 89-100, 2007.

MORAIS, I.H.S.; GÓMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 12, n. 13, p. 553-65, 2007.

MORAIS, P.D.; MORAIS, J.D. **Geografia do Amapá**. Macapá: JM Editora, 2011.

NEVES *et. al.* Relações Sociais de gênero e divisão social do trabalho: uma convocação teórico-analítica para estudos sobre a saúde das trabalhadoras da educação. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 495-516, 2011.

NOBRE, L.C.C. Estudo referente à utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e da Classificação Nacional de Atividade Econômicas (CNAE) nos sistemas de informação em saúde. **Organização Panamericana de Saúde**. Brasília, 2002.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-56, 1992.

NOGUEIRA, D.P.; GOMES, J.R.; SAWAIA, N. Acidentes graves do trabalho na Capital do Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol.15, no.1, p.3-13, fev. 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 7ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Identificación de Enfermedades Relacionadas con el Trabajo y Medidas para Combatirlas**. Ginebra: OMS, 1985.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Administração Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PENA, P.G.L. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M.H.; PENNA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

PEREIRA JÚNIOR, A. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 707, 12 jun. 2005. [on-line]. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6881>> Acesso em: 10 abr. 2013.

PIGNATI, W.A.; MACHADO, J.M.H. Riscos e agravos à saúde e à vida dos trabalhadores das indústrias madeiras de Mato Grosso. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 961-73, 2005.

PINHEIRO, L.R.S.; MONTEIRO, J.K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v. 10, n. 2, p. 35-45, 2007.

POSSAS, C.A. **Saúde e Trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PUNNETT, L.; WEGMAN, D.H. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**. Lowell, Massachusetts, v. 14, n. 1, p. 13-23, fev. 2004.

REICHENHEIM, M.E.; SOUZA, E.R.; MORAES, C.L.; JORGE, M.H.P.M.; SILVA, C.M.F.P., MINAYO, M.C.S. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made and challenges ahead. **Lancet**. London, v. 37, n. 9781, p. 1962-75, 2011.

REINO UNIDO. **Sickness absence in the labour market**. London: Office for National Statistics, 2012.

REIS, R.J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, out. 2003.

REIS, P.; ARANTES, E.F. Contribuição da gestão da informação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 3ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2013 v. 2, 1892 p.

ROBERT, S.A.; LI, L.W. Age Variation in the Relationship Between Community Socioeconomic Status and Adult Health. **Research on Aging**. vol. 23, n. 2, p. 234-259, 2001.

ROSEN, G. **A History of Public Health**. New York: Mi Publications. 1958.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Epidemiologia Moderna**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SALIM, C.A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação relação de gêneros. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo. v. 17, n. 1, p. 11-24, 2003.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos de saúde do trabalhador no SUS: limites, avanços e desafios**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em <
http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/visa/Os%2020%20anos%20da%20ST%20no%20SUS-%20Limites,%20avancos%20e%20desafios.pdf> Acesso em: 20 jul. 2013.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B.C. Acidentes de Trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 841-55, 2005.

SANTOS, A.C.R. **Geografia do Amapá: a (re)produção do espaço amapaense e seus contrastes**. Macapá: Produção Independente, 2008.

SATOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: GOMEZ, C..M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

SANTOS, J.P.; MATTOS, A.P. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**. São Paulo. V. 35, n. 121, p. 148-56, 2010.

SATO, L.; BERNARDO, M.H. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 869-78, 2005.

SCALLY, G.; WOMACK, J. The importance of the past in public health. **Journal of Epidemiology & Community Health**. Londres, v. 58, p. 751-755, 2004.

SHIRI, R. et al. The effect of workplace intervention on pain and sickness absence caused by upper-extremity musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**. Helsinki, v. 37, n. 2, p. 120-128, 2011.

SIANO, A.K.; RIBEIRO, L.C.; SANTIAGO, A.E.; RIBEIRO, M.S. Relavância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na gerência executiva do INSS de Juiz de Fora – Minas Gerais. **HU Revista**. Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 235-242, out./dez. 2008.

SILVA, D.M.P.P.; ROMANIK, E.A. Morbidade referida por moradores ribeirinhos de Porto Rico, PR, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V. 63, n. 3, p. 452-8, 2010.

SIQUEIRA, A.L.; TIBÚRCIO, J.D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011

SOUZA, N.S.S.; SANTANA, V.S.; OLIVEIRA, P.R.A.; BRANCO, A.B. Doenças dos trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**. São

Paulo. V. 42, n. 4, p. 630-8, 2008.

SWCHWARZER, H. **Previdência Social: reflexões e desafios**. Brasília: MPS, 2009.

TAKAHASHI, M.; KATO, M.; LEITE, R.A.O. Incapacidade, reabilitação e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**. São Paulo. V. 35, n. 121, p. 07-09, 2010.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. São Paulo : Edusp, 2001.

VASCONCELLOS, M.M.; MORAES, I.H.S.; LEAL, M.T. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Revista Saúde em Debate**. v.61, n.1, p. 219- 235, 2002.

VIKARI-JUNTURA, E.; KAUSTO, J.; SHIRI, R.; KAILA-KANGAS, L.; TAKALA, E.P.; KARPPINEN, J.; MIRANDA, H.; LUUKKONEN, R.; MARTIMO, K.P. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**. Helsinki, v. 38, n. 2, p. 134-43, 2012.

WALDVOGEL, B.C. Quantos acidentes do trabalho ocorrem no Brasil? Porposta de integração de registros administrativos. In: GOMEZ, C..M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

WARREN, J.R.; CARAYON, P.; HOONAKKER, P. Changes in health between ages 54 and 65: the role of job characteristics and socioeconomic status. **Research on Aging**. Stanford University, v. 30, n. 6, p. 672-700, nov. 2008.

WÜNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 103-117, 2004.

WHO. World Health Organization. **Global status report on road safety: time for action**. Geneva, 2009. Disponível em:
<http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/cover_and_front_matter_en.pdf> Acesso em 20 de jul. 2013.

YANO, S.R.T.; SANTANA, V.S. Faltas no trabalho por problemas de saúde na indústria. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 28, n. 5, p. 945-54, 2012.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**“TEMPO DE AFASTAMENTO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DO
ESTADO DO AMAPÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2012”**

NÚMERO DO BENEFÍCIO (NB):

IDADE: SEXO:

PROFISSÃO: CBO:

ESCOLARIDADE: () SABE LER/ESCREVER

() PRIMEIRO GRAU () COMPLETO

() SEGUNDO GRAU () INCOMPLETO

() SUPERIOR

() ANALFABETO

RENDAMENTO MENSAL: () < 1 SALÁRIO MÍNIMO

() 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

() 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

() > 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

FILIAÇÃO: () EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO
() SEGURADO ESPECIAL () TRABALHADOR AVULSO () FACULTATIVO ()
) EMPREGADO DOMÉSTICO

CID-10:

TEMPO DE AFASTAMENTO (EM DIAS):

PROCEDÊNCIA (MUNICÍPIO):

TIPO DE AFASTAMENTO: () DOENÇA PREVIDENCIÁRIA – E31

() ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA

PROFISSIONAL – E91

ANEXO A – Termo de Consentimento para a pesquisa emitido pela Seção de Saúde do Trabalhador do INSS do Amapá.



De: Leila do Socorro da Silva Moraes – Chefe de SST/INSS/AP
Para: Bráulio Érison França dos Santos
Assunto: Autorização de Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Prezado,

Após análise do seu pedido de utilização dos sistemas corporativos desta instituição com a finalidade de realizar pesquisa sobre o Título Provisório: "Tempo de Afastamento Laboral pro Doença em Trabalhadores do Amapá no Período de 2008 a 2012", informamos que esta Chefia autoriza o acesso para fins científicos dos sistemas necessários e dos dados, com a obrigação que todas as normas de sigilo sejam obedecidas. Solicitamos que após a conclusão da referida pesquisa seja enviada cópia para conhecimento desta equipe técnica.

Atenciosamente,

Macapá, 05 de março de 2013.

Leila do S. da Silva Moraes
Perita Médica - INSS: 2500051
SIAPS: 1501193 CRM-AP: 513

Leila do Socorro da Silva Moraes
Chefe de Seção de Saúde do Trabalhador/SST
Gerência Executiva de Macapá/ÁP

ANEXO B – Certificado de Isenção emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIFICADO DE ISENÇÃO

De acordo com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares este Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP considerou isento de aprovação ou qualquer aquiescência o projeto intitulado **"MORBIDADE E TEMPO DE AFASTAMENTO LABORAL EM TRABALHADORES DE UM ESTADO DA AMAZÔNIA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2008 A 2011"**, sob a orientação da Professora Doutora **MAIRA TIYOMI SACATA TONGU NAZIMA**, e responsabilidade técnica de **BRÁULIO ÉRISON FRANÇA DOS SANTOS**, visto que a pesquisa objetiva a coleta de informações do banco de dados da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev), disponíveis no sistema SUIBE (Sistema Único de Informações de Benefícios) do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011 nas seis Agências de Previdência Social (APS) do INSS no Amapá, nas cidades de Macapá, Santana, Laranjal do Jari, Porto Grande, Amapá e Oiapoque.

Macapá, 11 de setembro de 2013

Prof.ª. Dr.ª Anneli Célis de Córdenas
Coordenadora - CEP-UNIFAP
Portaria 1660/2013

Universidade Federal do Amapá
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIFAP
Rod. JK km 2, Marco Zero CEP 68908-130 – Macapá – AP - B 35II
Email: cep@unifap.br