

*LÚCIA HELENA NEVES ALVES*

**ENTRAVES INSTITUCIONAIS PARA CONCESSÃO DE  
AUXÍLIO DOENÇA ACIDENTÁRIO DA PREVIDÊNCIA  
SOCIAL NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA**

*CAMPINAS*

*2006*

**LÚCIA HELENA NEVES ALVES**

*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Coletiva, na área de Epidemiologia.*

*Campinas, 14 de julho de 2006.*

  
**Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca**  
Orientador

**ENTRAVES INSTITUCIONAIS PARA CONCESSÃO DE  
AUXÍLIO DOENÇA ACIDENTÁRIO DA PREVIDÊNCIA  
SOCIAL NO MUNICÍPIO DE INDAIATUBA**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em  
Epidemiologia.*

**ORIENTADOR: PROF.DR.SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA**

**CAMPINAS**

**2006**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

AL87e                      Alves, Lúcia Helena Neves  
                                 Entraves institucionais para concessão de auxílio doença acidentário da previdência social no Município de Indaiatuba / Lúcia Helena Neves Alves. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Sérgio Roberto de Lucca  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acidentes do trabalho – legislação – Brasil. 2. Indenização por acidentados – Legislação – Brasil. 3. Saúde do trabalhador. 4. Saúde e Trabalho. 5. Previdência Social. 6. Avaliação da capacidade de trabalho. 7. Seguro - Invalidez. 8. Doenças profissionais. I. Lucca, Sérgio Roberto de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: The institutional hindrances in the path to obtain the concession of the of the Brazilian National Social Security's accident-compensation, in the Municipality of Indaiatuba**

**Keywords:** • Accidents, Occupational - Legislation  
                  • Worker's compensation - Legislation  
                  • Occupational health  
                  • Work and Health  
                  • Social Security  
                  • Work Capacity Evaluation  
                  • Insurance, Disability  
                  • Occupational Diseases

**Área de concentração : Epidemiologia**

**Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva**

**Banca examinadora: Prof Dr Sérgio Roberto de Lucca  
                                  Prof. Dra. Claudia Giglio de Oliveira  
                                  Prof Dr José Inácio de Oliveira**

**Data da defesa: 14-07-2006**

**Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

**Orientador: Prof.Dr.Sérgio Roberto de Lucca**

**Membros:**

- 1- Prof.Dr.Sérgio Roberto de Lucca**
- 2- Profa.Dra.Cláudia Giglio de Oliveira**
- 3- Prof.Dr. José Inácio de Oliveira**

Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

Data:14/07/2006

## ***DEDICATÓRIA***

*Dedico este estudo a todos e todas trabalhadoras que adquiriram doenças de origem ocupacional e que têm lutado insistentemente junto à Previdência Social e outras instâncias legais para garantir seus direitos sociais (previdenciários).*

## ***AGRADECIMENTOS***

---

A meu pai, pelo exemplo de sabedoria, tenacidade, de busca a novos campos do conhecimento e de crédito às oportunidades que a vida nos apresenta.

A meu companheiro pelo estímulo e alegria para enfrentar desafios e os momentos de indecisão e fraqueza.

Às minhas filhas, em especial à primogênita, pelo apoio e incentivo sempre em momentos adequados e em doses caridosas.

Ao Prof.Dr.Sérgio Roberto de Lucca, pela orientação, pelas críticas muito construtivas, que nos ajudaram muito e com certeza contribuíram para nosso aprimoramento profissional.

Aos segurados, que acreditaram na nossa proposta e aceitaram participar do estudo.

Aos colegas profissionais da Previdência Social de Indaiatuba e de Campinas que nos apoiaram e acreditaram em nossa proposta.

*“HOY ES HOY, Y AYER SE FUE. NO HAY DUDA”*

*Pablo Neruda*

	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxxiii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	39
<b>1.1- A legislação no Brasil</b> .....	42
<b>1.2- Nexo técnico e nexo causal</b> .....	45
<b>1.3- Acidentes de trabalho no mundo e no Brasil</b> .....	48
<b>1.4- Diminuição de acidentes ou subnotificação</b> .....	55
<b>2- JUSTIFICATIVA</b> .....	63
<b>2.1- Vantagens pecuniárias</b> .....	68
<b>2.2- Fluxo de atendimento na APS</b> .....	70
<b>3- OBJETIVOS</b> .....	73
<b>4- MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	77
<b>4.1- População do estudo</b> .....	81
<b>5- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	83
<b>5.1- Perfil da população estudada</b> .....	85
<b>5.2- Análise das entrevistas</b> .....	96

5.2.1- Segurados.....	96
5.2.2- Sindicatos.....	104
5.2.3- Servidores.....	105
<b>6- CONCLUSÕES.....</b>	<b>109</b>
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>119</b>
<b>9- ANEXOS.....</b>	<b>129</b>

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

<b>APS</b>	Agência da Previdência Social
<b>ANMT</b>	Associação Nacional de Médicos Peritos
<b>CAT</b>	Comunicação de Acidente de Trabalho
<b>COPEs</b>	Cobertura Previdenciária Estimada
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CBO</b>	Código Brasileiro de Ocupações
<b>CNAE</b>	Código Nacional de Atividade Econômica
<b>CNPS</b>	Conselho Nacional de Previdência Social
<b>CIST</b>	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
<b>CNST</b>	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
<b>DATAPREV</b>	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>E/31</b>	Espécie 91-Auxílio Doença Previdenciário
<b>E/91</b>	Espécie 91-Auxílio Doença Acidentário
<b>FAP</b>	Fator Acidentário Previdenciário
<b>GBENIN</b>	Gerência dos Benefícios por Incapacidade
<b>INSS</b>	Instituto do Seguro Social

<b>JRPS</b>	Junta de Recursos da Previdência Social
<b>LER</b>	Lesão por Esforço Repetitivo
<b>MTE</b>	Ministério do Trabalho e Emprego
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NTEP</b>	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>PPP</b>	Perfil Profissiográfico Previdenciário
<b>RENAST</b>	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
<b>RGPS</b>	Regime Geral de Previdência Social
<b>SABI</b>	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
<b>SESMT</b>	Serviço de Saúde em Medicina do Trabalho

	<i>Pág.</i>
<b>Tabela I-</b> População ocupada no município de Indaiatuba/ SP, no Período de 1995-2003.....	66
<b>Tabela II-</b> Benefícios por incapacidade requeridos no município de Indaiatuba/ SP 1995.....	67
<b>Tabela III-</b> Processo de transformação da E/31 para E/91 na agência da previdência social, no período de 1995-2004.....	68
<b>Tabela IV-</b> Distribuição da população estudada segundo faixa etária.....	85
<b>Tabela V-</b> Distribuição da ocupação segundo a CBO-2002.....	86
<b>Tabela VI-</b> Distribuição da população estudada segundo atividade econômica.....	87
<b>Tabela VII-</b> Doenças do sistema osteomuscular em relação as demais no Brasil, período 2001-2004.....	89
<b>Tabela VIII-</b> Acidentes registrados no município de Indaiatuba por motivo, 2002.....	91
<b>Tabela IX-</b> Resolutividade dos processos de transformação auxílio doença previdenciário em auxílio doença acidentário.....	93

## LISTA DE QUADROS

---

	<i>Pág.</i>
<b>Quadro I-</b> Acidentes de trabalho registrados no Brasil, 1970-2004.....	49
<b>Quadro II-</b> Fluxograma de Atendimento ao segurado na agência da previdência social no município de Indaiatuba-SP.....	70
<b>Quadro III-</b> Pergunta ao segurado: Houve mudanças ocorridas em sua rotina doméstica?.....	81
<b>Quadro IV-</b> Pergunta ao segurado: Em relação ao INSS, você teve alguma dificuldade para dar entrada no seu pedido atual de reconhecimento da doença do trabalho?.....	101
<b>Quadro V-</b> Pergunta ao segurado qual a diferença entre auxílio-doença previdenciário e o auxílio-doença acidentário para você?.....	102
<b>Quadro VI-</b> Pergunta ao sindicato: A entidade aponta dificuldades para que o segurado tenha reconhecida sua patologia como resultado de seu trabalho pelo INSS?.....	104
<b>Quadro VII-</b> Pergunta ao sindicato: Vocês atendem trabalhadores afastados do serviço e recebendo auxílio-doença com queixas em relação a terem adquirido alguma patologia que consideram ter relação com o serviço que executam?.....	105
<b>Quadro VIII-</b> Pergunta ao servidor: Quais as dificuldades que você identifica na previdência, em seu setor específico sobre o reconhecimento ou não do nexo com o trabalho da doença do segurado, permitindo que ele receba o auxílio-doença acidentário?.....	106

	<i>Pág.</i>
<b>Gráfico I-</b> Evolução relativa de acidentes e doenças do trabalho no Brasil, 2001-2004.....	90
<b>Gráfico II-</b> Evolução relativa das doenças do trabalho e das doenças osteomusculares no Brasil, 2001-2004.....	90
<b>Gráfico III-</b> Evolução relativa das doenças e acidentes do trabalho em Indaiatuba, 2002-2004.....	91

	<i>Pág.</i>
<b>Anexo I-</b> Tabela de variáveis.....	131
<b>Anexo II-</b> Questionário para segurados.....	132
<b>Anexo III-</b> Carta convite.....	134
<b>Anexo IV-</b> Termo de consentimento.....	135
<b>Anexo V-</b> Carta convite para sindicatos.....	136
<b>Anexo VI-</b> Questionário para sindicatos.....	137
<b>Anexo VII-</b> Questionário servidor.....	138



## *RESUMO*

A Lei 8213/91, artigo 20 define a doença do trabalho como a doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele se relacione diretamente. Confirmado o nexo causal com o trabalho, o beneficiário (segurado da Previdência Social) recebe o benefício por incapacidade laborativa, denominado auxílio-doença acidentário. Entretanto, o nexo técnico que estabelece a relação de causalidade entre a doença e o trabalho é de competência legal da perícia médica do INSS. Para que o segurado tenha o reconhecimento do nexo causal, garantindo-lhe alguns direitos, é necessário requerer administrativamente a alteração no tipo de benefício (auxílio-doença previdenciário para auxílio-doença acidentário).

Este estudo tem por objetivo identificar os entraves institucionais para concessão do auxílio-doença na Previdência Social. O estudo foi realizado na Agência da Previdência Social na cidade de Indaiatuba. É um estudo descritivo, com uma população de 148 casos atendidos para esse fim, no período de 1995 a 2004, em listagem feita em 08/11/2004. A fonte de dados empregada na pesquisa foi extraída das Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) constantes nos processos de transformação de auxílio doença previdenciário para auxílio-doença acidentário e, posteriormente, de entrevistas com os segurados, funcionários e representantes sindicais de cinco entidades com sede na cidade.

O estudo concluiu que a maior frequência nesses processos se deu entre os operadores de máquinas, com idade média de 37 anos e com doenças osteomusculares. A proporção entre os sexos, todavia, mostrou-se homogênea.

Em relação às dificuldades para caracterização de nexo causal entre o trabalho e a doença, foram apontadas pelos servidores problemas de ordem técnica e político-administrativo. Os representantes sindicais e os segurados apontaram que a maior dificuldade foi a avaliação e conclusão médico-pericial para estes casos, ocorrendo inclusive pareceres antagônicos entre a assistência médica do SUS ou de convênios e a perícia médica.

Palavras chaves: doenças do trabalho, nexo causal, auxílio-doença acidentário



***ABSTRACT***

Law nº 8213/91, in article 20, defines occupational disease as the disease acquired or unleashed by the special conditions in which work is done and has a direct relation to it. Once the causal relationship is confirmed, the worker receives compensation from the Brazilian National Social Security System for working disability, which is called accident-compensation.

The technical nexus that establishes work-relatedness for compensation lies in the legal sphere of the expert medical board of the National Insurance and Social Security Institute<sup>1</sup>(INSS). In order to obtain the recognition of the causal relationship, which assures some rights to the insured worker, it is necessary to file a claim at the INSS to change the type of compensation (from social security illness-compensation to accident-compensation).

The aim of this study is to identify the institutional hindrances (medicolegal roadblocks) in the path to obtain the concession of illness compensation from the Social Security System. The investigation was carried out at the Social Security Agency in the town of Indaiatuba, state of São Paulo, Brazil. It is a descriptive study with 148 cases analyzed for this purpose in the period between 1995 and 2004, in a listing dated November 8<sup>th</sup>, 2004.

The source of data used in this study was derived from CATs<sup>2</sup> pertaining to claims filed to change benefits from illness-compensation to accident-compensation and subsequent interviews with the claimants, with employees at the Social Security Agency and union representatives of five entities with headquarters in town.

The study reached the conclusion that machine operators, mean age 37, with musculoskeletal disorders, were the most frequent claimants. The proportion between genders, however, was homogeneous.

Establishing the relation between work and illnesses was difficult due to technical and policy-administrative problems, as pointed out by the employees at the Agency.

---

<sup>1</sup> Brazil has a federal unified workers compensation law and a National Social Security and Insurance System that cover all workers who are employed according to the regulations of the Ministry of Labor

<sup>2</sup> Communication of work accidents, a formal and legal document used to report occupational diseases, work-related illnesses and accidents to the INSS.

Union representatives and claimants referred that the greatest difficulty lied in the evaluations and conclusions of the expert medical board at the INSS for these claims. There were even opposing reports between clinicians working for SUS (the public medical care system) or for private health-insurers and the medical experts at the INSS.

Key words: occupational diseases, causal relationship, accident-compensation



## ***1- INTRODUÇÃO***

O impacto do trabalho sobre a saúde do trabalhador tem sido ao longo de anos, décadas e séculos, um objeto de estudo constante em diversas áreas do conhecimento e em diversas partes do planeta. Da Antiguidade, passando pela Idade Média, historiadores da área médica identificam documentos com alusão às doenças que tiveram relação com sua atividade laboral (lesões de mãos e braços em pedreiros, dermatites pruriginosas, importância do equilíbrio mental e físico dos trabalhadores) (Mendes e Waissman, 2003). Considerações sobre a responsabilidade dos empregadores no tratamento digno a seus empregados, sobre a possibilidade de readaptação em atividade menos penosa aos acidentados, também foram descritas<sup>1</sup>.

Continuando, ainda, na Idade Média, outros relatos foram elaborados descrevendo patologias, relacionadas a empregados de minas, aos ourives e outras atividades que usavam metais, sobre os efeitos dos vapores de prata, mercúrio e chumbo. Outras observações também foram descritas em relação às doenças (escorbuto nos marinheiros) e com fatos como elevada mortalidade e morte precoce em grupos de populações diferenciadas (Mendes e Waisman, 2003).

Além dos relatos sobre as doenças provocadas pelo trabalho, já se tinha a idéia de que muitos problemas poderiam ser evitados com medidas coletivas práticas. Ou seja, as questões relacionadas à saúde e trabalho, estavam além do âmbito médico, pois eram questões relativas a processo de trabalho, organização, utilização de tecnologia da época, exigindo ações políticas, sociais e coletivas.

Apesar do foco desse trabalho não se ater detalhadamente numa análise histórica da relação saúde-trabalho, não se pode deixar de citar a importância do médico italiano, Bernardino Ramazzini (1633-1714) que investigou os riscos e as doenças ocupacionais associados a mais de 50 profissões, iniciando uma nova fase para medicina do trabalho. Mas o respaldo legal para garantias de saúde aos trabalhadores só viria a ocorrer em 1884, na Alemanha, onde foi editada a primeira lei de acidentes de trabalho que se tem notícia (Carmo et al, 1995).

---

<sup>1</sup> Kotek SS in Mendes, R. Patologia do Trabalho, RJ: 2ª. ed atual e ampliada, São Paulo, pg. 4, 2003.

## **1.1- A legislação no Brasil**

No Brasil, o primeiro passo concreto rumo à normatização dessas relações ocorreu em 1904 por Medeiros de Albuquerque, jurista que apresentou Projeto de Lei ao Congresso Nacional dispendo sobre “os acidentes ocorridos a operários no exercício de suas profissões e respectivas indenizações”. Essa tentativa, a primeira a instituir o seguro acidente, foi barrada devido à resistência de patrões e parlamentares que, em sua maioria, eram ligados às oligarquias cafeeiras (Silva,1997).A segunda tentativa, também rejeitada pelo Congresso foi em 1908, pelo deputado .Graccho Cardoso que apresentou novo projeto de lei, que estabelecia a obrigatoriedade de indenização de todo acidente de trabalho em benefício das vítimas ou de seus representantes (Silva,1997).

Com a organização dos sindicatos livres e independentes a luta por uma legislação trabalhista e previdenciária, desencadeou-se em vários momentos e as greves, ocorridas em 1905, 1917 e 1919, fortaleceram as reivindicações, de caráter previdenciário, que garantissem maior proteção ao trabalhador diante dos acidentes e riscos. Nesse contexto, destaca-se a greve generalizada de 1919, em que os trabalhadores reivindicavam a regulamentação de uma legislação social trabalhista, conforme previa o Tratado de Versailles para todos os países que entraram na guerra para negociar a paz, inclusive o Brasil (Silva, 1997).

Em 1919, no Brasil, foi regulamentada a primeira lei sobre acidente de trabalho através do Decreto-Lei 3724. Neste, o empregador era responsável pelos acidentes ocorridos no trabalho (Silva,1997). Esta lei fazia referência,também, dentro do conceito de acidente de trabalho, à moléstia profissional apesar do conceito restritivo do acidente. Outras legislações se seguiram, ora ampliando-se, ora restringindo-se em alguns aspectos, mas a possibilidade de considerar o trabalho como fator determinante no processo saúde-doença, foi uma constante. Da primeira lei à atual, os conceitos de acidente de trabalho para fins de garantias sociais incorporaram a doença ocasionada pelo trabalho.

Analisando a legislação acidentária, desde a década de 20, alguns marcos da evolução da legislação com respeito às doenças puderam ser observados,como os que se seguem abaixo:.

- 1ª Lei de Acidente de Trabalho: Decreto Legislativo 3724, de 15/11/1919- equivalia a moléstia profissional típica, contraída exclusivamente pelo exercício do trabalho quando este fosse de natureza a só por si causá-la”;
- 2ª Lei de Acidente de Trabalho: Decreto 24 637, de 10/07/1934-considerava as doenças profissionais não só as inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividades(listadas pelo Ministério do Trabalho,Indústria e Comércio),como também aquelas exercidas do trabalho ou das condições especiais ou excepcionais em que o mesmo fosse realizado (doenças profissionais atípicas);
- 3ª. Lei de Acidentes de Trabalho: Decreto-Lei 7036, de 10/11/1944- ampliava a definição de acidentes de trabalho para as doenças resultantes das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho fosse realizado, além das profissionais( listadas pelo Ministério do Trabalho,Indústria e Comércio);
- 4ª.Lei de Acidentes de Trabalho: Decreto-Lei 293, de 28/02/1967- equiparava o acidente de trabalho às doenças profissionais (listadas pelo Ministério da Previdência Social,ouvido o Conselho Nacional de Previdência Social) e as doenças do trabalho,expressão criada por este decreto para designar as que resultassem,direta e exclusivamente do exercício do trabalho e de características especiais ou excepcionais em que o mesmo fosse realizado;
- 5ª Lei de Acidente de Trabalho: lei 5316 de 14/09/1967-onde a expressão doença do trabalho passou a incorporar tanto a doença profissional, inerente a determinados ramos de atividade e relacionadas pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, como aquela resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho fosse realizado;

- 6ª Lei de Acidentes do Trabalho: Lei 6367 de 19/10/1976, regulamentada pelo Decreto 79037 de 24/12/1976-tratava a doença profissional como sinônimo de doença do trabalho entendido como a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e relacionada em anexo da lei. Carmo et al.(,1995)
- 7ª. Lei , legislação hoje em vigor, Lei 8213, de 24/07/1991, com regulamentação do Decreto 3048 de 06/05/1999 (Plano de Benefícios da Previdência Social), considera acidente do trabalho no sentido estrito e no sentido amplo (por extensão), os eventos:
  - Acidente tipo
  - Acidente de Trajeto
  - Doença profissional (tecnopatias) ou doenças profissionais típicas, as produzidas ou desencadeadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade, em função de risco específico direto. Como são consideradas típicas de determinadas ocupações, não há necessidade de comprovação de nexo de causalidade com o trabalho. Assim, por exemplo, o diagnóstico de silicose ou de saturnismo é suficiente para caracterização da doença profissional independentemente de quaisquer outras comprovações)
  - Doenças do trabalho, também denominadas mesopatias ou moléstias profissionais atípicas, são aquelas produzidas desencadeadas ou agravadas por condições especiais do trabalho. Por resultarem de risco específico indireto e serem consideradas atípicas, exigem comprovação do nexo de causalidade com o trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.(Carmo et al.,1995)

## 1.2- Nexo técnico e nexo causal

Gonzaga (2004) diferencia estas duas expressões, definindo nexo causal como a relação existente entre os sinais e sintomas clínicos de uma doença e sua relação com o diagnóstico decorrente. Nexo técnico é o reconhecimento técnico do nexo causal.

O reconhecimento técnico do nexo causal é de competência da perícia médica do INSS(Instituto Nacional de Seguro Social), previsto no artigo 337 do Decreto 3048/99. Dificuldades em relação ao estabelecimento de nexos são abordadas por Spínola(1994), quando afirma que nos acidentes de trabalho, o estabelecimento do nexos, ou seja, a evidência de que foi o trabalho a causa do acidente, não há dificuldade pela própria natureza do evento, mas em relação às doenças do trabalho o estabelecimento do nexos torna-se difícil, pelas próprias características do dano, cuja fase inicial e evolução em geral se diluem no tempo. O autor continua expondo que há fatores que contribuem para isso, como:

- As doenças profissionais e do trabalho são de início insidioso, evolução lenta e se confundem com outras patologias, as degenerativas, tornando às vezes difícil o estabelecimento da relação entre a doença e o tipo de atividade, trabalho, ocupação que aquele paciente desenvolveu no passado;
- A precariedade da estrutura da atenção à saúde da população como um todo, termina inviabilizando diagnósticos que demandam exames mais específicos, como na área da toxicologia ocupacional;
- As deficiências da formação médica em geral, que também refletem a sua limitação de conhecimento, interesse e compromisso com questões médico-sociais, como é o caso da saúde dos trabalhadores;
- Em muitos casos, mesmo diagnosticados e sendo atribuídos a uma determinada ocupação ou atividade a causa do dano, por exemplo, a surdez profissional dos marteleiros, serralheiros, etc., a notificação depende de toda uma legislação superada e emperrada pela burocracia do setor público, sem mencionar que até então, no Brasil, as únicas doenças que não são notificadas ao setor de saúde (Vigilância Epidemiológica da Secretarias de Saúde) são aquelas profissionais e do trabalho.

Em 2001, o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) publicou documento sobre o manual de procedimentos para Serviços de Saúde, no qual o estabelecimento do nexo causal tem destaque importante.

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população, na rede de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o estabelecimento da relação causal ou do nexo entre determinado evento de saúde-dano ou doença-individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para implementação das ações de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde (Brasil, 2001).

Na análise do adoecimento e a relação com o trabalho, são identificados dois fatores distintos que devem ser considerados: os perfis de morbidade e mortalidade da população em geral em função de idade, gênero, grupo social e a profissão que os trabalhadores exercem ou exerceram e as condições adversas que o trabalho foi ou é executado. Segundo Mendes e Dias<sup>2</sup> (1999), os fatores de adoecimento e morte dos trabalhadores são sintetizados em quatro grupos de causas, que se seguem:

- Doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- Doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumática, etc) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;
- Doenças comuns que têm espectro de sua etiologia ampliado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculo-esquelético e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;

---

<sup>2</sup> Mendes R e Dias E, in, Brasil, MS. Doenças Relacionadas ao Trabalho, cap. 2, 27-29. Brasília, DF, 2001.

- Agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a abestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Os três últimos grupos constituem a família de doenças relacionadas com o trabalho e são resumidas, a seguir, segundo a classificação proposta por Schiling<sup>3</sup> (1984).

**Grupo I:** doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificada pelas doenças profissionais, *strictu senso*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

**Grupo II:** doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais para as quais onexo causal é de natureza epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

**Grupo III:** doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

No Grupo I, a relação causal é direta e imediata. A eliminação do agente causal pode assegurar sua eliminação ou erradicação e sua ocorrência deve ser notificada na esfera da Saúde, Previdência Social e Trabalho. Os Grupos II e III são formados por doenças de etiologia múltipla ou causadas por múltiplos fatores de riscos. Nessas doenças comuns, o trabalho poderia ser entendido como fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que estão associados com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, não necessariamente um fator causal (Last<sup>4</sup>, 1995). Portanto, a caracterização etiológica ounexo causal de natureza epidemiológica, seja pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, podem ser melhor conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho. A eliminação desses fatores de risco reduz a incidência ou modifica o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde.

---

<sup>3</sup> Schiling RSF in Brasil, MS. Doenças Relacionadas ao Trabalho, cap. 2, 27-29. Brasília, DF, 2001

<sup>4</sup> Last, JM in Brasil, MS. Doenças Relacionadas ao Trabalho, cap. 2, 27-29. Brasília, DF, 2001

As doenças do aparelho locomotor, nos dados da Previdência Social, tem tido presença estatística importante, conforme apresentaremos mais adiante. A elaboração da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS Nº 1339 de 18/11/1999) representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e estabelecimento da relação da doença com o trabalho, incluindo a perícia médica, em relação à concessão do benefício acidentário.

As situações descritas no Anexo II, Lista A, item XXII do Decreto 3048/99 (VIBRAÇÕES - afecções dos músculos, tendões, ossos, articulações, vasos sanguíneos periféricos ou dos nervos periféricos) são indicativas de causalmente relacionadas com o trabalho. Desta forma estes fatores também poderiam fundamentar os médicos peritos do INSS na conclusão do estabelecimento do nexu técnico de forma mais eficaz.

### **1.3- Acidentes e doenças do trabalho no mundo e no brasil**

Ainda que a legislação acidentária propicie um respaldo, com garantias dos direitos sociais previdenciários, quando se toma para análise o quadro de acidentes nas três últimas décadas no Brasil, utilizando como fonte de dados a Dataprev, observa-se na Tabela I, que os números absolutos indicam uma queda nos eventos gerais de acidentes. O montante revela um quadro de gravidade, apesar de aparentemente os números absolutos a princípio sugerirem um possível decréscimo.

Na década de setenta, a média dos acidentes representou mais de 10% da média do total de trabalhadores para o mesmo período. Na década de oitenta, a média dos acidentes baixou para 5,3% da média dos trabalhadores para o mesmo período. Na década de noventa essa proporção cai mais ainda chegando a 1,9%. O mesmo não se dá em relação às doenças relacionadas com trabalho, assim definidas porque nas estatísticas não se separam as doenças profissionais das doenças do trabalho.

## Quadro I- Acidentes de Trabalho Registrados no Brasil de 1970-2004

Ano	Nº Trabalhadores	Total de Acidentes		Doença	Total Acidentes	Acidentes/ 100 mil trab.	Óbitos	Óbitos/ 100 mil Trab.	Óbitos/ 10 mil Acidentes
		Típicos	Trajeto						
1970	7.284.022	1.199.672	14.502	5.937	1.220.111	16.750	2.232	31	18
1971	7.553.472	1.308.335	18.138	4.050	1.330.523	17.614	2.587	34	19
1972	8.148.987	1.479.318	23.389	2.016	1.504.723	18.465	2.854	35	19
1973	10.956.956	1.602.517	28.395	1.784	1.632.696	14.900	3.173	29	19
1974	11.537.024	1.756.649	38.273	1.839	1.796.761	15.573	3.833	33	21
1975	12.996.796	1.869.689	44.307	2.191	1.916.187	14.473	4.001	31	21
1976	14.945.489	1.692.833	48.394	2.598	1.743.825	11.667	3.900	26	22
1977	16.589.605	1.562.957	48.780	3.013	1.614.750	9.733	4.445	27	28
1978	16.638.799	1.497.934	48.511	5.016	1.551.461	9.324	4.342	26	28
1979	17.637.127	1.388.525	52.279	3.823	1.444.627	8.190	4.673	26	32
<b>Media Anos 70</b>	<b>12.428.828</b>	<b>1.535.843</b>	<b>36.497</b>	<b>3.227</b>	<b>1.575.566</b>	<b>13.696</b>	<b>3.604</b>	<b>30</b>	<b>23</b>
1980	18.686.355	1.404.531	55.967	3.713	1.464.211	7.835	4.824	26	33
1981	19.188.536	1.215.539	51.722	3.204	1.270.465	6.620	4.808	25	38
1982	19.476.362	1.117.832	57.874	2.766	1.178.472	6.050	4.496	23	38
1983	19.671.128	943.110	56.989	3.016	1.003.115	5.099	4.214	21	42
1984	19.673.915	901.238	57.054	3.233	961.575	4.887	4.508	23	47
1985	21.151.994	1.010.340	63.515	4.006	1.077.861	5.095	4.384	21	41
1986	22.163.827	1.129.152	72.693	6.014	1.207.859	5.449	4.578	21	38
1987	22.617.787	1.065.912	64.830	6.382	1.137.124	5.027	5.738	25	50
1988	23.661.579	926.354	60.202	5.025	991.581	4.190	4.616	19	47
1989	24.486.553	825.081	58.524	4.838	888.443	3.628	4.554	18	51
<b>Media Anos 80</b>	<b>21.077.804</b>	<b>1.053.909</b>	<b>59.937</b>	<b>4.220</b>	<b>1.118.071</b>	<b>5.388</b>	<b>4.672</b>	<b>22</b>	<b>42</b>
1990	23.198.656	632.012	56.343	5.217	693.572	2.989	5.355	23	77
1991	23.004.264	579.362	46.679	6.281	632.322	2.748	4.527	20	72
1992	22.272.843	490.916	33.299	8.299	535.514	2.390	3.516	16	66
1993	23.165.027	374.167	22.709	15.417	412.293	1.779	3.110	13	75
1994	23.667.241	350.210	22.824	15.270	388.304	1.640	3.129	13	81
1995	23.755.736	374.700	28.791	20.646	424.137	1.785	3.967	17	94
1996	23.830.312	325.870	34.696	34.889	395.455	1.659	4.488	19	113
1997	24.104.428	347.482	37.213	36.648	421.343	1.747	3.469	14	82
1998	24.491.635	347.738	36.114	30.489	414.341	1.691	3.793	15	92
1999	24.993.265	326.404	37.513	23.903	387.820	1.151	3.896	16	100
<b>Media Anos 90</b>	<b>23.648.341</b>	<b>414.886</b>	<b>35.618</b>	<b>19.706</b>	<b>470.210</b>	<b>1.998</b>	<b>3.925</b>	<b>17</b>	<b>85</b>
2000	26.228.629	304.963	39.300	19.605	363.868	1.387	3.094	12	85
2001	27.189.614	282.965	38.799	18.487	340.251	1.259	2.753	10	81
2002	28.683.913	323.879	46.621	22.311	393.071	1.370	2.968	10	75
2003	29.544.927	325.577	49.642	23.858	399.077	1.350	2.674	9	67
2004	31.406.257	371.482	59.887	27.587	458.956	1.461	2.801	9	61

Fonte:BEAT,INSS.A partir de 1996 os dados foram extraídos da CAT e SUB,desenvolvidos pela Dataprev que processa as informações provenientes dos postos de benefícios.A previdência enfatiza que os dados são parciais,sujeitos a correção.

Obs:Doença- inclui as doenças profissionais e doenças do trabalho.

Na década de setenta, a tabela mostra que as doenças representaram 0,2% da média dos acidentes gerais no mesmo período, passando para 0,4% na década de oitenta e 4,2% na década de noventa. Isto significa, portanto, um crescimento relativo de mais de vinte vezes em relação à década de setenta.

No encontro preparatório para o XVI Congresso Mundial de Segurança e Saúde Ocupacional do Trabalho em Viena, 2002, no Documento Introdutório: trabalho decente, trabalho seguro, a Organização Internacional do Trabalho relatou que o número anual de mortes entre trabalhadores tem aumentado desde 1990, por causa do número de mortes por câncer e doenças circulatórias e também pelo aumento das doenças contagiosas. Acidentes fatais têm aumentado nos países em desenvolvimento e decrescido nos países desenvolvidos. Cerca de 270 milhões de trabalhadores por ano no mundo tem sofrido acidente de trabalho e 360.000 são fatais, enquanto que 160 milhões tiveram doenças relacionadas com o trabalho. A principal causa de morte relacionada com o trabalho é o câncer, responsável por 32% das mortes, seguidas das doenças circulatórias (23%), ao acidente (19%) e doenças contagiosas (17%).

Em relação às mortes por câncer, incluem-se o asbesto, produtos químicos cancerígenos, material radiativo, sílica, fumo. Nas doenças circulatórias, incluem-se o trabalho noturno, longos períodos de trabalho, trabalho estressante resultando em hipertensão e alto nível de estresse. Com os acidentes, os fatores desencadeantes estão relacionados com a estrutura e sistemas de política de segurança e saúde nas empresas e nas políticas de governo precárias, sem um efetivo treinamento e sistemas de educação. As doenças contagiosas incluem as infecções, doenças parasitárias como a malária, doenças virais, esquistossomose provocadas pela qualidade precária da água, higiene e falta de conhecimento.

Mais da metade dos trabalhadores no mundo está empregado na agricultura e cerca de 50% das doenças, riscos, mortes estão neste setor. Na região das Américas, trabalhadores rurais respondem por 14% de todos os empregos, mas somente são registrados 47% dos acidentes e doenças ocorridas.

As doenças que têm maior significância são dores lombares e doenças musculoesqueléticas, que exigem um período longo de recuperação, causando afastamento do trabalho por período longo e têm um custo maior. Poucos trabalhadores no mundo são protegidos por programas específicos de assistência médica que compensem esta perda. A maior sobrecarga é deixada às vítimas e suas famílias, aumento da pobreza causada por perdas incomuns.

Os custos econômicos derivados de indenização, tempo de horas trabalhadas perdidas, gastos com formação de médicos e similares representam segundo estimativas, cerca de 4% do PIB mundial, no qual em 2001 representou uma cifra de em torno de 1,25 bilhões de (Organização Internacional do Trabalho, 2002). Estima-se que a ausência de segurança nos ambientes de trabalho no Brasil tenha gerado, no ano de 2003, um custo de cerca de R\$32,8 bilhões para o país. Deste total, R\$8,2 bilhões correspondem a gastos com benefícios acidentários e aposentadorias especiais, equivalente a 30% da necessidade de financiamento do Regime Geral da Previdência Social, verificado em 2003, que foi de R\$ 27 bilhões. O restante das despesas correspondeu à assistência à saúde do acidentado, indenizações, retreinamento, reinserção no mercado de trabalho e horas de trabalho perdidas.

No Brasil, as doenças do sistema osteomusculares também são as mais importantes, tendo por base os dados da Dataprev que no período de 2001 à 2004, teve um aumento respectivo de 74%, dados constantes na TABELA VII(PAG.36).

Em 2004, para um total de 489.524 acidentes liquidados, 12.563 tornaram-se incapazes permanentes, isto é 26 em cada mil casos; 404.700 tiveram incapacidade temporária, com :241.349 com incapacidade inferior a quinze dias e 163.351 com período maior que 15 dias e desta forma, gerando pagamento de benefício, em 33,4% dos casos. As doenças osteomusculares estão contidas nestas quantidades.

Para superação da problemática global, acidentes e doenças ocupacionais, a OIT(2005) indica ainda áreas em que seus países membros devem seguir como esforços no sentido de buscar soluções para essa problemática mundial, a saber:

- necessidade de haver uma legislação, regras, códigos, protocolos para aplicação de mecanismos de proteção à saúde.
- existência de serviços de fiscalização na área local de serviço.
- sistema de informação eficaz.
- respaldo jurídico
- cooperação técnica entre órgãos e nações sobre estudos do tema.

No Brasil, apesar do arcabouço legal, muitas dificuldades ainda são enfrentadas e as ações de prevenção e fiscalização são localizadas. A política de saúde do trabalhador, como aponta (Vasconcelos e Oliveira, 1992) apresenta uma característica marcante que é a fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. A multiplicidade de ações na área, com reflexos desanimadores no que tange aos resultados, é uma constatação histórica fartamente documentada por vários estudiosos. As ações de fiscalização dos ambientes de trabalho continuam sendo executadas pelo Ministério de Trabalho e Emprego, pelas Coordenações de Relações de Trabalho, ex-Delegacias regionais do Trabalho (Delegacias Regionais do trabalho). Entendemos que a fiscalização dos ambientes de trabalho é parte essencial na execução das ações de vigilância sanitária. Estas ações devem ser realizadas numa ótica de prevenção, a partir de mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras formas de abordagem. Cabe ressaltar que a vigilância epidemiológica são da competência do SUS, não seguindo a lógica do Ministério do Trabalho e Previdência Social (hoje, Ministério de Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social), em que o exercício das fiscalizações se dá através da denúncia e demandas pontuais.

Seguindo ainda os autores, a persistência dessa lógica parcializada faz com que a política de execução e o próprio indivíduo permaneçam fragmentados. O trabalhador já comprometido pelo dano à saúde imposto pelas condições inadequadas, é jogado de um lado para outro, numa peregrinação institucional irracional e perversa.

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 de visões diferenciadas. A necessidade de atender à exigência legal quanto a constituição do SESMT, atende à demanda de profissionais voltados ao mercado de trabalho, atendendo aos interesses patronais. Por outro lado, as universidades, que formam profissionais com concepções diferenciadas de saúde pública, são absorvidos quase totalmente nas administrações públicas.

Mendes<sup>5</sup> (1986) propõe que a integração das ações, a partir do estabelecimento de colegiados interinstitucionais 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.

Vasconcelos e Oliveira (1992) vão além da proposta anterior e apontam que a integração interinstitucional não apresenta resultados concretos porque na prática trazem vícios e corporativismo em seus quadros, resultando numa política historicamente ineficiente para a área. Para os autores, a análise das subnotificações de doenças e acidentes, a questão da integralização das instituições, a fragmentação de atribuições e responsabilidade e o descaso com que é tratada a saúde do trabalhador, são fatores que interferem em resultados mais eficazes. Os autores ainda concluem que a discussão da política de Saúde do Trabalhador, deve compreender a extensão da política de saúde. A formação de quadros não só tecnicamente competentes, mas comprometidos com a questão ideológica que envolve a Saúde do Trabalhador, é fundamental para que se alcance resultados eficazes dentro do quadro de gravidade que se apresenta os dados de acidentes e de doenças do trabalho no Brasil.

Em relação à fragmentação institucional na área de saúde do trabalhador, Vasconcelos (1995) assegura a posição que :

---

<sup>5</sup> Mendes, R. in Oliveira, MHB, Vasconcelos, LCF. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas > Cad. Saúyde Pública, 8(2) Rio de Janeiro, 1992

As tentativas de aproximação institucional, especialmente nas áreas de Trabalho, Saúde e Previdência, tem sido em geral infrutíferas, como foi o caso da última Comissão Interministerial de Saúde do trabalhador, cujo Relatório Final foi conhecido em 1993. Nenhum resultado concreto, em termos de reformulação do “modelo” foi alcançado. Pelo contrário, a experiência do estado do Rio de Janeiro demonstra um aprofundamento gradual dos fossos institucionais.

Em nossa opinião, a superação da fragmentação do Sistema pode ser alcançada, a médio prazo, pela Municipalização da Área de Saúde do Trabalhador. E, em grandes Municípios, pela sua regionalização e distritalização. O SUS, como instância efetiva de execução das ações de Vigilância e de Atenção Médica, deve ser viabilizado pelas áreas do Trabalho e da Previdência como a Via Institucional de transformação do “modelo”.

A questão da municipalização, colocada acima, ainda está sendo construída. Quanto à fragmentação de ações intersetoriais, Gomez e Lacaz (2005) apontam que :

O desafio continua o mesmo apontado em 1994 na II CNST (Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador) : a necessidade da unificação de órgãos com vistas a uma efetiva política de caráter intersetorial, com participação social. O fato da IICNST ser convocada por ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, pode representar um começo na busca da superação das resistências que vêm travando o processo de unificação das ações de Estado em saúde do trabalhador. Novos atores devem agora ser envolvidos como os Ministérios do meio Ambiente e da Agricultura, entre outros.

No plano das reflexões e debates acerca do tema, observa-se em relação à Previdência Social um movimento para dirimir algumas dificuldades na área de perícia médica através de mudanças operacionais no Sistema de Administração dos Benefícios por Incapacidade, que administra os benefícios por incapacidade. Tal mudança diz respeito à Resolução 1236, de 28/04/2004 do Conselho Nacional de Previdência Social, que instituiu o Fator Acidentário Previdenciário a partir do Nexo Epidemiológico. São alterações a serem implementadas com informações de CID, CBO, CNAE e suas associações com objetivo de

caracterizar o nexu técnico no momento do exame pericial. A partir desta mudança poderão ser notificados casos anteriormente desconhecidos alterando o perfil das patologias nos benefícios por incapacidade.

#### **1.4- Diminuição de acidentes ou subnotificação**

Algumas discussões teóricas sobre as explicações de diminuição dos acidentes de trabalho, justificados pelo sub-registro, têm apresentado estimativas significativas, apesar de tratar-se, de modo geral, de trabalhadores do mercado formal que têm garantias previdenciárias. Os demais trabalhadores do chamado mercado informal se agregam às estatísticas aumentando consideravelmente o quadro geral.

O sub-registro de acidentes do trabalho não é fenômeno estritamente nacional, é também referido em diversos países do mundo (Cordeiro, 2005). Estima-se que os acidentes do trabalho são responsáveis por cerca de um terço de todos os acidentes ocorridos nos Estados Unidos, sendo esta quantia sub-registrada entre 50% a 70% (Leigh JP et al.<sup>6</sup>, 1996). Quanto às doenças do trabalho não foram identificados estudos específicos de sub-registros, possivelmente em função de dificuldades mais complexas deste evento.

Montes de et al (2001) realizaram estudo para identificar os fatores associados ao sub-registro de acidentes em Toluca (México), entre os meses de janeiro e junho de 1994. Foram identificados 438 casos de sub-registros no período e 36,5% imputaram as causas aos patrões, 32% das causas aos trabalhadores, 17% aos prestadores de serviço. Ainda no México, estudo de Macias (1999) identificou sub-registro em acidentes em 53% na cidade de Nuevo Leon e Jaramillo (1997), 48% no estado de Baja California.

---

<sup>6</sup> Leigh Jp et al. in Cordeiro, R et al. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu., São Paulo, 2005.

Estudo no Instituto Mexicano de Seguro Social, envolvendo 27 delegacias de saúde em serviços de emergências, no período de novembro de 2001, com 7211 casos estudados, aponta que foi estimado para o ano de 2001, o sub-registro de 85.251 ,tendo sido registrados 408.228 acidentes de trabalho para uma população segurada de 12.224.231 trabalhadores. Constatou que 59,2% das delegacias apresentaram um sub-registro de acidentes de 30%.

Houve diferença na estimação em regiões estudadas, apresentando um nível mais alto de 35,4% e as demais com taxa de 20%. No geral, o sub-registro foi em média de 26,3%.

Keifer et al.(1996) em estudo de estimativa sobre sub-registro de envenenamento por pesticida em trabalhadores agrícolas na Nicaraguá, entrevistaram 633 trabalhadores de 25 das 33 cooperativas agrícolas e algumas vizinhanças de áreas geográficas próximas às sedes de agências de saúde regional,com aplicação de entrevistas estruturadas sobre envenenamento por pesticidas.Do total de trabalhadores, 83% alegaram uso corrente de pesticida,25% descreveram que tiveram envenenamento por pesticida nos últimos 12 meses precedentes e, desses,48%ficaram doentes pelo mesmo motivo e no mesmo período.No último mês que precedeu o estudo,69 trabalhadores( 11%) foram envenenados por pesticidas e, desses,23 tiveram atenção médica.Somente oito dos casos foram registrados,quando o total de 1.143 casos de envenenamentos foram tratados em toda região.Os autores usaram um valor estimativo de 65% de sub-registro e calcularam que 3.300 casos de envenenamento foram tratados na região, em 1988, e 2.100 não foram relatados.Baseado na proporção de total de envenenamentos(tratados e não tratados),estimaram que 6.700 envenenamentos ocorreram em 1988 na região.Eles concluem que o sub-registro de envenenamentos por pesticidas em países em desenvolvimento é um enorme problema,que é desconhecido.

Num outro tipo de investigação,com outros instrumentos metodológicos, Rodriguez et al.(1999) fizeram estudo com objetivo de determinar a frequência de acidentes com risco biológico envolvendo exposição percutânea e para identificar fatores associados com sub-registro.Participaram do estudo 250 profissionais de saúde em serviço de internação com alto risco de acidentes,em Puerta del Mar, University Hospital of Cadiz.Foi

usado questionário para medir as variedades de trabalho e pessoas, o número de acidentes ocorridos e registrados no último ano e as circunstâncias que motivaram o registro e o sub-registro. Responderam ao questionário 232 pessoas (92,8%). As taxas de acidentes foram de 12/100.000 horas trabalhadas. Médicos foram as vítimas mais frequentes de acidentes (taxa 22/100.000 horas). O atendimento geral e serviço de emergência tiveram as taxas mais altas que outros serviços (19,82 e 14,17). Do total de acidentes ocorridos, 66% não foram registrados. O principal achado sobre sub-registro foi a percepção de que os acidentes não envolvem risco à saúde.

Benavides et al. (2004) fizeram estudo sobre sub-registro de acidentes ocupacionais fatais na Catalunha, Espanha, entre 1994 a 1998, com base em 7330 casos de acidentes ocorridos. Estes dados foram relacionados com o Registro de Mortalidade local em que foram identificados 117 casos de óbitos ocorridos no ano seguinte ao evento (acidente). Com objetivo de verificar se as mortes estavam ou não relacionadas ao acidente, dois pesquisadores examinaram os casos de forma independente. A conclusão obtida foi que 69 casos (59%) do total de óbitos registrados provavelmente estavam relacionados com acidentes ocupacionais. A maioria destes ocorreram três meses depois dos acidentes, representando um risco acumulado de óbito após o acidente de 1%, não relacionado à atividade econômica ou ao tipo de ocupação.

Na literatura nacional são encontrados alguns estudos que estimaram a sub-registro. Binder e Cordeiro (2003) em estudo realizado em amostra populacional sobre sub-registro de acidentes de trabalho na cidade de Botucatu, SP, no ano de 1997, numa amostragem de 4782 domicílios residenciais em primeiro de julho de 1997, encontraram 76 acidentados. Destes, 39 não eram cobertos pelo seguro acidente de trabalho da previdência (51,3%) não se enquadrando na obrigatoriedade de emissão de CAT (funcionários públicos, estatutários, autônomos, assalariados sem registro em carteira, proprietários e outros). Do restante, 37 casos com obrigatoriedade de emissão de CAT, 20 casos não possuíam (54,1%), Houve maior proporção de sub-registro em trabalhadores de micro, pequenas e médias empresas. Apenas 22,4% dos acidentes que foram informados nas entrevistas, foram registrados na Previdência Social.

Santana et al.(2003) ,em estudo de inquérito de base comunitária conduzido com uma amostra aleatória dos habitantes de Salvador,para estimar a incidência anual de acidentes ocupacionais não fatais e sua distribuição por gênero e tipo de contrato de trabalho. A autora assinala que o mais importante deste estudo foi a alta incidência (5,80%),”o que evidencia a sua relevância quantitativa para saúde pública,e sua invisibilidade.Isto salienta,por exemplo,em um possível sub-registro elevado das estatísticas oficiais,” cujos dados para Bahia estavam bem abaixo do encontrado no estudo. Continuando, a autora faz uma comparação entre o resultado encontrado em seu estudo e o realizado por Wunsch(1999),calculando “ a subestimativa de acidentes não fatais em 94,13%,o que corresponderia a um coeficiente de correção para as taxas oficiais de 17,05,assumindo-se os necessários pressupostos”.

Conceição et al. (2003) em estudo transversal num serviço de emergência em Salvador,Bahia,identificou 215 pessoas atendidas por causas externas.O conceito de causas externas utilizado é o constante do Código Internacional de Doenças(capítulo XIX- CID-10,1995), sob a denominação de Causas Externas.Desses, 68(31,6%) eram acidentes de trabalho( típico e trajeto).Verificou-se que 36,8% dos acidentados tinham carteira assinada e dentre esses,apenas 45,5% tiveram notificação para a Previdência Social o que indica um alto índice de sub-registro dos acidentes de trabalho. Os empregados domésticos com carteira de trabalho e autônomos com contribuição à Previdência Social,foram excluídos tendo em vista que estas duas categorias de segurados não têm direitos a nenhum benefício por acidente de trabalho na Previdência Social.

Cordeiro et al.(2005), em estudo de subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu em 2002, utilizando inquérito domiciliar realizado por amostra aleatória sistemática de domicílios residenciais na área urbana da cidade,foram visitadas 9.626 residências,com 26.751 moradores com idade superior a nove anos.Destes 13.328 eram trabalhadores ocupados.A subnotificação foi estimada em 79,5% tendo como referência os registros de CATs no INSS local.

Estudos direcionados a determinada categoria,também são fontes de análise.Marziale (2003), realizou estudo com trabalhadores de enfermagem de dois hospitais no interior de São Paulo, com objetivo de identificar a existência de acidentes

com material cortante e se os acidentes foram ou não notificados. Encontrou no hospital **A**, 242 acidentes ocorridos com material perfuro cortante, com 92 não notificados (38%). No hospital **B**, foram encontrados 35 acidentes, com 30 ocorridos por material perfuro cortante e desses, 12 não notificados (40%).

Napoleão e Robazzi (2003), em estudo realizado em um hospital de cidade de interior de São Paulo, com trabalhadores de enfermagem, para identificar a ocorrência de subnotificação de acidentes de trabalho, encontraram 37 casos de acidentes, nos quais, 34 casos (91,9%) foram relatados pelos próprios que não fizeram a ocorrência do evento.

Os fatores que podem justificar o sub-registro, como diminuição dos acidentes, também são temas de investigação de pesquisadores. Para Possas (1981), os fatores que explicam seria a existência de cerca de 40% da população economicamente ativa no país, não terem carteira assinada.

Segundo o PNAD/IBGE, em 2001 existiam 40,7 milhões de trabalhadores ocupados que não contribuíam para a Previdência Social. Este contingente correspondia a 57,7% da população ocupada privada, isto é quase 58 trabalhadores em cada 100 trabalhadores ativos sem vínculo contributivo com a Previdência Social (Brasil, 2003).

Ribeiro e Lacaz (1984); Mendes (1986); Lucca e Mendes (1993) indicam que as restrições que a legislação acidentária vem sofrendo na conceituação do acidente e doenças do trabalho; as restrições às concessões dos benefícios; restrições ao judiciário; tendência favorecida pela Previdência Social no sentido de transferir às empresas a responsabilidade pelos acidentes sofridos, notificando a Previdência Social somente os casos mais graves. A sonegação por parte das empresas, decorrentes de vários fatores entre eles, a mudança na legislação Ribeiro e Lacaz (1984); Mendes (1988); Lucca e Mendes (1993). O deslocamento da força de trabalho do setor secundário para o terciário, onde há menor grau de risco, em decorrência da modernização industrial Wunsch (1999). A incorporação da informática e robótica na industrialização (Ribeiro-1997).

Não obstante, tampouco é fácil avaliar o efeito isolado de cada uma dessas variáveis ou a complexidade de seu efeito conjunto sobre a queda dos acidentes de trabalho. Os vários fatores envolvidos podem

ser dependentes com diferentes graus de intensidade, de um determinante com maior grau de abrangência, que é a dinâmica econômica do país Wunsch (1999)).

Considerando o comportamento da atividade econômica, como fator indicativo de tendência dos acidentes de trabalho, Wunsch(1999)confrontou as taxas de incidência anual de acidentes com o PIB per capita, para um período de 1970 a 1995,encontrando correlação entre a curva de acidentes e do PIB per capita do mesmo período.

A evolução tanto do PIB per capita,quanto da notificação dos acidentes de trabalho mostraram tendência declinante no período analisado(1970-1995).A notificação dos acidentes de trabalho foi muito sensível às flutuações do PIB per capita.Ao crescimento positivo do PIB per capita corresponderam taxas também positivas do registro de acidentes.por outro lado,períodos de crescimento negativo da economia induziram modificações na curva no mesmo sentido.Essas relações mantiveram-se,apesar das pequenas diferenças,para quaisquer dos conjuntos de acidentes analisados:tipo,de trajeto,ou fatais.(Wunsch,1999)

Wunsch(1999) aponta outros fatores que interferem na subnotificação dos acidentes, apesar de serem fatores complementares,estão inseridos na dinâmica que são o nível de organização dos trabalhadores e a eficácia dos serviços de saúde nesta área.

Waldvogel(2002) aponta que a precariedade das informações dos bancos de dados nos casos de acidentes fatais por acidentes de trabalho gera conseqüências na subnotificação desses eventos.

Oliveira PR (2004) aborda a questão do sub-registro, dos acidentes,com enfoque na sonegação da Comunicação de Acidente de Trabalho pelas empresas,dizendo:

- A questão da sonegação da CAT é assunto complexo e demarcado por aspectos políticos,econômicos e sociais,para o qual nenhuma única explicação é suficiente.Dentre as principais destacam-se as seguintes:
- como acidente/doença ocupacional é considerado socialmente derogatório,evita-se que o dado apareça nas estatísticas oficiais;

- -para que não se possa reconhecer a estabilidade no emprego de um ano de duração a partir do retorno do trabalhador;
- para se ter liberdade de poder despedir o trabalhador a qualquer tempo;
- -para não se depositar a contribuição devida de 8% do salário,em contas de FGTS,correspondente ao período de afastamento;
- -para não se reconhecer a presença de agente nocivo causador da doença do trabalho ou profissional e, para não se recolher a contribuição específica correspondente ao custeio da aposentadoria especial para os trabalhadores expostos aos mesmos agentes.

A subnotificação não é evento desprezível,em estudos de base populacional e também naqueles específicos e pontuais,conforme apontado pelos vários autores.A atual legislação brasileira é excludente,pois a massa de trabalhadores do mercado formal,como empregados domésticos,contribuintes individuais(antigos autônomos e empregadores) não são incluídos no seguro acidente.Com isso ,a fonte de dados da Previdência Social, frequentemente usados em investigações,que já tem embutida uma subnotificação.



## ***2- JUSTIFICATIVA***

A instigação sobre a temática acompanha a pesquisadora há alguns anos, em todas as Agências da Previdência onde trabalhou. Os Programas de Serviço Social, desenvolvidos de forma integral por todos os estados, delineou-se pela inclusão social. Na legislação atual, Lei 8213 /91 art.88, define as competências do profissional assistente social, que é de esclarecer os segurados e seus dependentes em questões que hajam relação com a Previdência Social. Deve ser direcionada prioridade aos segurados em gozo de auxílio doença. Para consecução de seu objetivo, deve estabelecer articulações, assessoria, parcerias e outros instrumentos com órgãos externos e internos da Previdência Social. Portanto, o acompanhamento dos segurados com doenças do trabalho enfrentando a burocracia institucional, esteve presente continuamente no trabalho diário e foi motivada pela observação de alguns dados na Agência da Previdência Social- Indaiatuba, cidade onde o estudo foi realizado.

A cidade de Indaiatuba faz parte da Região Metropolitana de Campinas, com uma população de 99.949 habitantes em 1991; 146.530 habitantes em 2000 e estimado em 2005 em 172.140 habitantes.

O município apresentava um PIB em 1999 de R\$ 997, 69, passando em 2002 para R\$ 1.397 (valores em milhão) representando um aumento de 40,1%, com PIB per capita em 1999 de R\$ 7.932,00, passando para R\$ 10.597,00 em 2002. (Seade, 2005).

Sua economia em 2003 era formada por 578 indústrias, 1.362 estabelecimentos comerciais, 889 estabelecimentos de serviços e 192 em outros tipos. (Seade, 2005)

A TABELA I apresenta a evolução do número de empregos ocupados, que se traduz por pessoas do mercado formal, com registro em carteira de trabalho, portanto com direito aos benefícios da Previdência Social (MTE, 2005). De 1995 a 2003, a oferta de empregos cresceu em 24,57% na indústria, 106,90% no comércio e 149,59% no setor de serviços. Ainda assim, a indústria é o setor que mais emprega, fato que poderá ser indicativo de maior número de pessoas afastadas do serviço por acidentes e doenças, uma vez que é o setor de maior risco e tem maior número de pessoas expostas.

**Tabela I - População Ocupada na cidade de Indaiatuba-SP, no período de 1995-2003**

Variável	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
E.O.I	13.023	12.737	11.401	12.621	12.751	13.568	14.195	15.089	16.223
E.O.C	3.102	3.831	3.902	4.092	4.382	4.712	5.384	6.099	6.418
E.O.S	5.364	5.716	6.536	6.969	7.649	9.565	9.854	12.091	13.388
Demais	782	762	691	716	653	631	571	1.451	2.027
<b>Total de empregos ocupados</b>	<b>22.271</b>	<b>23.046</b>	<b>22.530</b>	<b>24.398</b>	<b>25.435</b>	<b>28.476</b>	<b>30.004</b>	<b>34.730</b>	<b>38.056</b>

Fonte: Seade

E.O.I Empregos Ocupados na Indústria E.O.C. Empregos ocupados no Comércio

E.O.S Empregos Ocupados no Serviços

No atendimento diário ao segurado do INSS, empregado com registro em carteira de trabalho, que busca o benefício por incapacidade, foram identificados 12.588 protocolos de auxílio- doença previdenciário e 3.245 do auxílio doença- acidentário, no período de 1995 a 2003, conforme tabela a seguir.

O auxílio- doença é um benefício devido ao segurado que após cumprida, quando for o caso, a carência exigida, ficar incapacitado para seu trabalho ou para atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos( art.71 do Decreto 3048/99). Há duas espécies de auxílio- doença: Previdenciário cuja carência são doze contribuições mensais, é codificado no INSS, como espécie 31 ( E/31) Acidentário, quando decorrente de acidente típico, de trajeto ou doença relacionada com o trabalho, não exige carência, e é codificado no INSS como espécie 91( E/91)

**Tabela II** – Número de benefícios requeridos de 1995 a 2003 na cidade de Indaiatuba.

Ano	E/31	E/91	E/31+E/91	% E/31	% E/91
1995	138	79	217	63,59%	36,41%
1996	863	490	1.353	63,78%	36,22%
1997	992	382	1.374	72,20%	27,80%
1998	1.091	288	1.379	79,12%	20,88%
1999	1.250	300	1.550	80,65%	19,35%
2000	1.536	394	1.930	79,59%	20,41%
2001	1.503	368	1.871	80,33%	19,67%
2002	2.280	420	2.700	84,44%	15,56%
2003	2.935	524	3.459	84,85%	15,15%
Total	12.588	3.245	15.833	79,50%	20,50%

Fonte: Plenus CV3 Junho/2004

E/31 – Auxílio Doença Previdenciário E/91- Auxílio Doença Acidentário

Observa-se um aumento significativo no registro de benefícios por doença, indicando incapacidade laboral. De 217 casos em 1995, para uma população ocupada de 22.271 pessoas (correspondendo a 1% do total de pessoas ocupadas-0,97%), passando para 3459 casos em 2003 para uma população de 38.056 pessoas ocupadas (representando 9,08% das pessoas ocupadas), o que indica um aumento proporcional 16 vezes maior, de trabalhadores afastados de seu serviço em decorrência de doenças.

Paralelamente ao atendimento diário, foi identificado, uma demanda para caracterização denexo causal que também vem aumentando nos últimos anos, totalizando de 1995 a 2004 cerca de 148 casos conforme tabela a seguir. Nos anos de 1996 e 1997 não foi registrado nenhum protocolo.

**Tabela III** - Processos de Transformação da E/31 para E/91 na Agência da Previdência Social de Indaiatuba, no período de 1995-2004.

ANO	Nº de Processos
1995	1
1996	-
1997	-
1998	9
1999	14
2000	22
2001	17
2002	38
2003	23
2004	24
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>

Estas situações relacionam-se aos segurados que, após a impossibilidade de protocolarem o benefício auxílio- doença acidentário(E/91), nos casos específicos de doenças do trabalho, requerem um auxílio doença previdenciário(E/31).A legislação em vigor impõe ao empregador a comunicação do acidente do trabalho à Previdência Social até vinte e quatro horas após o evento.Porém nestes casos isto não ocorre.Posteriormente, protocolam um requerimento denominado transformação da espécie de benefício. Para a legislação da Previdência Social em vigor, a doença do trabalho e conseqüente benefício auxílio doença acidentário, só é reconhecida,quando é estabelecido o nexu técnico sobre a relação de causa entre trabalho e doença, cuja competência é restrita à perícia médica do INSS. Tal processo define o direito ao segurado de receber o auxílio doença acidentário.

## **2.1- Vantagens pecuniárias**

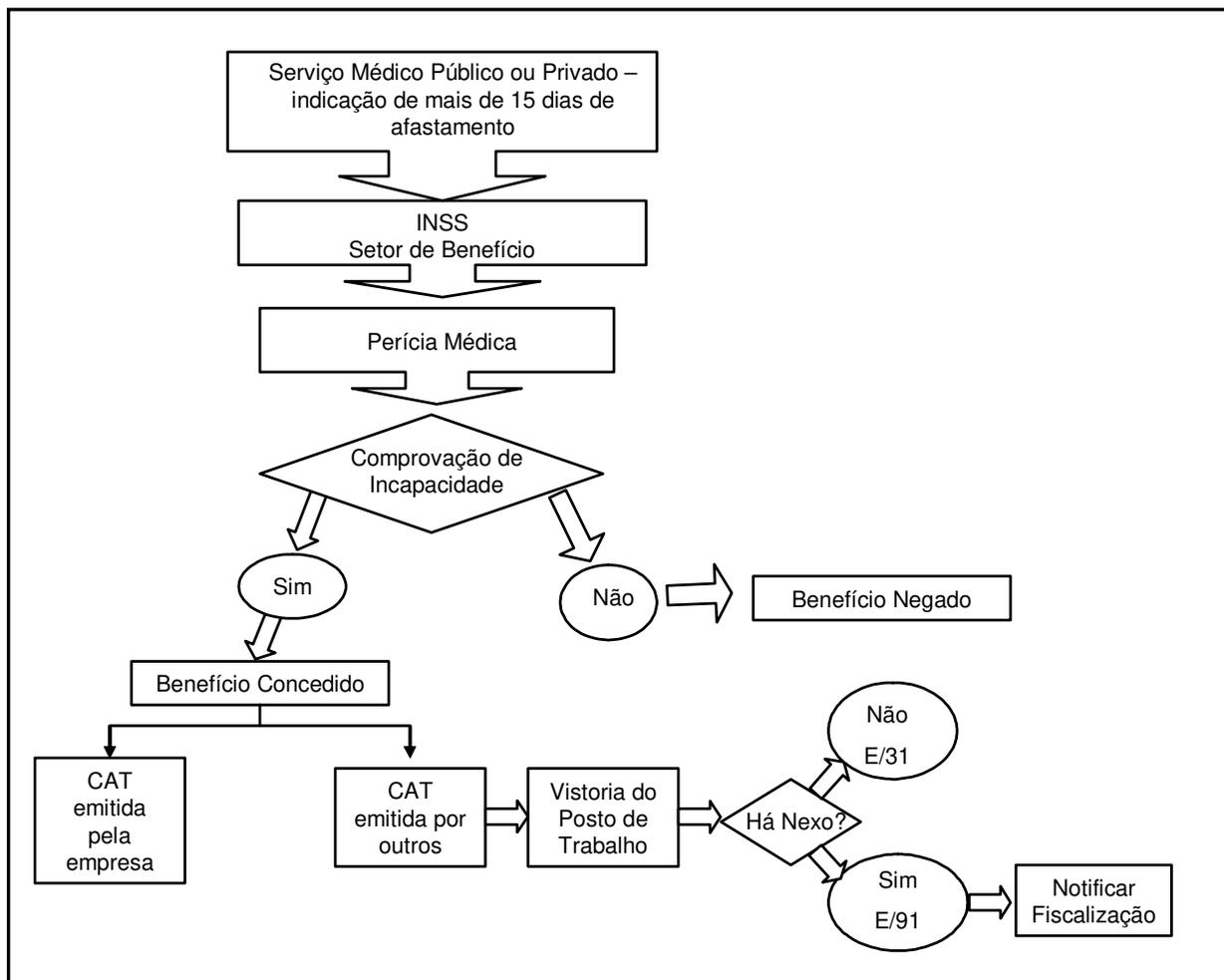
Para o trabalhador, aqui entendido como segurado, há diferenças entre as duas espécies de benefícios pagos pela Previdência Social, as quais se apresentam como vantajoso tal reconhecimento do nexu causal. Em relação à base de cálculo do salário dos

benefícios ( auxílio -doença previdenciário e auxílio- doença acidentário) conforme Decreto 3048 de 06/05/99, não há diferença,o valor é o mesmo .Porém o segundo, apresenta outras garantias ao segurado:

- a manutenção do contrato de trabalho por 12 meses após a cessação do auxílio doença (Decreto 3048/99, art 346). Algumas categorias profissionais através de convenção coletiva,têm um período maior de estabilidade de emprego.
- o depósito do FGTS enquanto permanecer afastado. ( art.28 do Decreto 99.684 de 08/11/90)
- a possibilidade de receber outro benefício, o auxílio acidente, que significa uma indenização pela limitação laborativa decorrente do evento.É uma prestação mensal recebida até a aposentadoria (Decreto 3048/99 art. 104). Atualmente, tem valor correspondente a 50% do salário de contribuição do segurado.
- a inclusão do período de afastamento para aposentadoria por tempo de contribuição.
- O valor mensal do auxílio- acidente integra o salário de contribuição para fins de cálculo do salário de benefício de qualquer aposentadoria(Lei8213 /91 art 31)
- a possibilidade de instituir ação civil contra a empresa que não cumprir normas de segurança e higiene do trabalho e medidas de prevenção individual e coletiva,com riscos por ela gerados( Decreto 3048/99 art.338)
- maior percentual na Participação dos Lucros ( para algumas categorias , é valor integral)

## 2.2- Fluxo de atendimento na agência da previdência social

**Quadro II** - Fluxograma de atendimento ao segurado na Agência Previdência Social na cidade de Indaiatuba-SP



Conforme o QUADRO II, o caminho percorrido pelo segurado quando se afasta do trabalho e procura receber um benefício pelo INSS, começa quando sua recuperação ultrapassa os primeiros quinze dias consecutivos de falta ao trabalho. O segurado é encaminhado pelo serviço médico da rede SUS, serviço médico privado ou pelo médico do SESMT da empresa. Dirige-se à Agência da Previdência Social e protocola um requerimento, no setor de benefício, onde também é marcada uma data do exame pericial.

No momento do protocolo, são cadastradas no programa SABI (Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade) informações sobre as relações de trabalho, o tipo de segurado (empregado, inclusive o doméstico; empregador; facultativo; contribuinte individual e especial), dados de documentos de identificação pessoal. No protocolo não define a espécie de auxílio doença (E/31 ou E/91) aguardando o exame pericial que concluirá no sistema tal informação. É importante frisar que tem direito ao auxílio doença acidentário, o segurado empregado, exceto doméstico, o trabalhador avulso, o segurado especial e o médico-residente (art. 336 do Decreto 3048/99).

Quando a CAT é emitida pela empresa, o estabelecimento donexo causal é feito no momento do exame pericial. Na falta da comunicação e apresentação da CAT emitida pela empresa, podem formalizá-la o próprio segurado acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública (art. 336 § 3º do Decreto 3048/99). A atual legislação ampliou os emitentes para permitir o cadastro de acidentes mesmo sem o reconhecimento por parte do empregador. Na prática isto se torna um fator que pode gerar algumas dificuldades que é o reconhecimento técnico donexo causal exigindo em alguns casos a vistoria no local do trabalho para tal. No momento do exame pericial é comprovada a existência ou não da incapacidade laboral que definirá a concessão ou não do benefício por incapacidade. Com a apresentação da CAT emitida pela empresa o segurado terá a confirmação do benefício acidentário. Quando não há CAT ou tal documento é apresentado por outros, é confirmado a concessão do benefício, porém no tipo previdenciário. Esta situação exige que o médico perito proceda uma vistoria no local de trabalho para estabelecimento donexo causal. De modo geral, não há conclusão no momento do exame pericial. O segurado protocola posteriormente um pedido de transformação de espécie, isto é, do auxílio- doença previdenciário para o auxílio- doença acidentário. Havendo a conclusão sobre existência donexo causal, é feita encaminhamento à fiscalização, hoje Receita Previdenciária, para notificação e multa por atraso de emissão de CAT. A questão de risco à saúde não é considerada.

De posse destes dados, alguns questionamentos nos motivaram a buscar uma explicação para demanda:

- É possível que procedimentos burocráticos ou outras situações desconhecidas, venham ocasionar uma “segunda subnotificação” em doenças do trabalho, ou seja, casos de auxílio doença previdenciário (E/31) que deveriam ser auxílio doença acidentário (E/91)?
- É possível identificar essas situações?
- A Instituição dificulta esse processo por questões administrativas e técnicas?

Não se pretende fazer uma investigação sob a ótica de análise institucional neste momento.



### ***3- OBJETIVOS***

#### Objetivo Geral:

- Analisar os fatores relacionados ao INSS para a concessão ou não do benefício auxílio- doença acidentário, nos casos específicos de doenças do trabalho.

#### Objetivos Específicos:

- Identificar os entraves institucionais apontadas pelos segurados, funcionários e sindicatos, na caracterização do auxílio--doença acidentário (estabelecimento de nexos causal)
- Caracterizar, o perfil do segurado, que está pleiteando o benefício acidentário ou a transformação deste, segundo gênero, idade, ocupação, ramo de atividade econômica e tipos de patologias.



## ***4- MATERIAL E MÉTODOS***

É um estudo descritivo, utilizando dados secundários (processos arquivados) na Agência da Previdência Social da cidade de Indaiatuba-SP e de dados primários, por meio de entrevistas semi estruturadas (ANEXO II) com os mesmos segurados, representantes sindicais e servidores administrativos e médicos peritos. Na primeira parte os dados obtidos serão quantificados à partir da análise do perfil dessa população com variáveis de idade, gênero, ocupação, setor de atividade econômica, CID, situação do processo (sem conclusão e concluídos: concedidos e negados).(ANEXO I)Na segunda parte, através das entrevistas, método qualitativo, com os vários atores envolvidos nessa problemática, segurados, representantes sindicais, servidores administrativos do INSS e médicos peritos O convite para as entrevistas foi feito por cartas, com dia e horário determinado. Na carta convite (ANEXO III) será feita a explanação sobre o estudo e do Termo de Consentimento ,para participar do mesmo ANEXO IV .

A opção pelo método qualitativo baseia-se em alguns pressupostos teóricos e dentre eles, o de que as abordagens qualitativas são mais capazes “ de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, com construções humanas significativas”(Minayo<sup>7</sup>,2000).

Por sua vez, o significado e a intencionalidade, que ocupam posições centrais na pesquisa social que utiliza a metodologia qualitativa, aparecem muito mais clara e naturalmente nos discursos, sejam eles frutos de depoimentos coletados em entrevistas ou estejam presentes em artigos de jornais e revistas, etc.(Lèfevre,2000)

Segundo Lèfevre (2000), o conjunto de respostas geradas por determinadas perguntas pelo pesquisador, forma um discurso ou um pensamento encadeado discursivamente sobre determinado assunto que se quer conhecer ,e o conjunto destes discursos consistirá nas representações sociais sobre o tema proposto, é o imaginário existente sobre um dado tema.

---

<sup>7</sup> Minayo,,MCS.in Lefèvre,F et al..O Discurso do Sujeito Coletivo:uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.Caxias do Sul:Educs,2000.

Com efeito, com o DSC, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, que seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

O DSC é assim, uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma e dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Para a elaboração do DSC, parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste basicamente, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um.

Para melhor identificar esta proposta metodológica, exemplificaremos uma questão da entrevista conforme modelo constante no ANEXO II. A questão foi verificar se ocorreu alguma mudança na rotina doméstica dos entrevistados. A intenção da pergunta foi avaliar até que ponto a doença alterou o modo de vida no âmbito familiar. Foram identificadas, nos depoimentos, as idéias centrais semelhantes em relação à pergunta feita. Neste exemplo será apresentada uma idéia central resumida abaixo. Seguiu-se esta metodologia para melhor compreensão das representações sociais acerca do tema enfocado.

**Quadro III-** Pergunta ao segurado:Houve mudanças ocorridas na rotina doméstica?

<b>Houve mudanças ocorridas na rotina doméstica?</b>	
<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>
a) limitação física para executar tarefas da vida diária	Sim.Dependo dos filhos para ajudar,não consigo fazer faxina,só faço comida.Não consigo lavar o carro,não posso ajudar a mulher a cortar batata,lavar a louça,pegar o filho no colo.Fico limitado a fazer algumas coisas:trocar bujão de gás,mexer no computador,carregar peso.Não agüento caminhar.

#### **4.1- População de estudo**

Trabalhadores, segurados, vinculados à empresas de Indaiatuba e região, adoecidos e afastados do serviço por doença, que estão recebendo o benefício por incapacidade e protocolaram pedido de transformação do benefício auxílio- doença previdenciário para auxílio -doença acidentário.

Em 08/11/2004, foi feito o levantamento dos casos registrados na Agência da Previdência Social - Indaiatuba sobre situações relativas às transformações de espécie auxílio- doença previdenciário em auxílio- doença acidentário. Da listagem obtida, constavam 159, dos quais 148 casos que já tinham protocolos definidos. Ao iniciar o trabalho de pesquisa nos arquivos, foram considerados todos os casos com e sem numeração de protocolo. Destes, foram excluídos quatro casos que não foram localizados dentro da APS- Indaiatuba, 01 caso de solicitação de aposentadoria por invalidez acidentária, hum caso de processo de contestação de empresa de vínculo sobre o nexos pela perícia, dois casos de acidentes típicos e hum de trajeto. Dois segurados tinham dois processos de transformação cada um, como tinham o mesmo CID, e foram considerados um cadastro de cada caso, considerando o mais antigo, excluindo-se dois casos. A investigação se dá em 148 casos.

A opção das variáveis: gênero, data de nascimento, estado civil direcionam o estudo na composição do perfil destes segurados. O ramo de atividade, o código nacional de atividade econômica, ocupação, CID, partes do corpo atingidas complementam o perfil,

e se destacam para comparação com outros estudos. Os documentos: Doenças Relacionadas com o Trabalho,(Brasil,2001) e Ranking das atividades econômicas segundo a frequência,gravidade e custo dos acidentes do trabalho(Brasil,2002) se referenciam com ramo de atividade econômica e CID e são pontos de referência e comparação do estudo em foco.

Utilizou-se na CNAE(Código Nacional de Atividade Econômica) a estrutura detalhada de classes da CNAE- Fiscal 1.1-Códigos e Denominações(Brasil,2002).Nas ocupações foram agregadas as famílias dentro da categorização subgrupo (Brasil,2002).No Código Internacional de Doenças-Décima Revisão, foram usadas as especificações relacionadas a cada capítulo que abrange determinada sistema ou aparelho.

O quadro de variáveis encontra-se no ANEXO I, para melhor compreensão.



## ***5- RESULTADOS E DISCUSSÃO***

## 5.1- Perfil da população estudada

No primeiro momento, foi realizado o levantamento de dados dos processos de transformação de espécie, através das CATs para se ter o perfil desta população. Os dados levantados foram tratados pelo programa SAS (Statistical Analysis System versão 8.0-1999), chegando-se aos seguintes resultados:

Do total de requentes, 49,3% são mulheres e 50,7% de homens .Em relação ao estado civil,63,5% são casados,seguidos dos solteiros19,6% e separados judicialmente,6,8%.

**Tabela IV** – Distribuição da População estudada segundo a Faixa Etária

<b>Faixa Etária</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
20 - 24	8	5,9%
25 - 29	13	9,6%
30 - 34	30	22,1%
35 - 39	34	25,0%
40 - 44	26	19,1%
45 - 49	20	14,7%
50 - 54	4	2,9%
55 - 59	1	0,7%
60 ou +	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Em relação à faixa etária, na TABELA IV, tem-se a maior freqüência de casos na faixa de 35 a 39 anos (com 34 casos e 25,0% do total), seguida da faixa de 30 a 34 anos (com 30 casos e 22,1% do total) e de 40 a 44 anos com 26 casos (19,1%). Dessa forma, nota-se que na faixa 30 a 44 anos há maior incidência de casos, totalizando 90 (66,2%).. A idade média encontrada foi de 37,2 anos, com desvio padrão de 7,64 anos.

Nos dados levantados pelo Ministério da Previdência sobre a faixa etária mais freqüente entre os anos 2001 a 2003, constata-se que nos casos de doença do trabalho, a faixa de 35 a 39 anos apresentou uma freqüência maior, com respectivamente 17,5%, em

2001, 16,3% em 2002 e 17% em 2003. A média da idade é de 36 anos, dentro da faixa etária de maior frequência no país. Logo, o presente estudo apresenta uma realidade que está condizente com a situação geral do país.

**Tabela V-** Distribuição da Ocupação segundo a CBO-2002.

<b>Ocupação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
operador de máquina	68	61,8%
montador	14	12,7%
trabalhadores de serv adm	9	8,2%
costureira	5	4,5%
passadeira	4	3,6%
embalador/etiquetador	4	3,6%
mecânico manutenção	4	3,6%
soldador	2	1,8%
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Quanto à ocupação, que foi codificada segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO-2002), foram identificados 68 casos na ocupação de operador de máquinas, representando 61,8% dos casos e montador, com 14 casos e representando 12,7% casos.

De janeiro de 2000 à dezembro de 2004, as ocupações que mais admitiram em todos os setores de indústria de transformação, no município, foram operadores de máquinas, costureiros, montadores, mecânicos de manutenção, passador e trabalhador da cultura de cana de açúcar (Brasil, 2006). Estes dados reforçam os resultados apresentados, o quadro apontado pode ser um indicativo de que havendo um maior número de pessoas expostas à riscos, é de se esperar também um maior número de pessoas com incapacidade laborativa relacionada ao trabalho. No estudo não se pode medir a prevalência dos casos uma vez que a amostra não está dentro do universo do total de benefícios por incapacidade.

**Tabela VI-** Distribuição da população estudada segundo a Atividade Econômica

<b>Atividade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
indústrias metalúrgica	75	54,3%
outros	37	26,8%
industria de vestuário	10	7,2%
indústria de fabricação de embalagens	6	4,3%
Indústria de fiação	4	2,9%
Empresas Administrativas	3	2,2%
lavanderias e tinturarias	3	2,2%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

Na TABELA VI observa-se que a atividade econômica na indústria metalúrgica tem presença marcante (54,3%), seguida da indústria de vestuário (7,2%) e embalagens (9,3%). possivelmente isto explica a maior presença do sexo masculino no estudo. A evolução do emprego formal de 2001 à 2003, por setor de atividade econômica no município apresentou um crescimento na indústria de 11,4%, no comércio de 11,9%, nos serviços 13,6%. Porém o número de empregos ocupados na indústria foi maior. Estes dados confirmam o resultado do estudo em relação à presença de trabalhadores em indústria. (Seade, 2005) Segundo dados da Dataprev para os anos de 2001 a 2003, os setores de atividade econômica da indústria tem prevalência significativa tanto em acidentes típicos quanto doenças do trabalho. Mas o setor de serviços tem prevalência maior que a indústria, nas doenças, na proporção de 1,2%. No estudo estes dados não se confirmam, pois apesar do crescimento no setor não ter sido o maior verificado no período de 2001 à 2003, é na indústria que absorve o maior número de empregos, conforme já apresentado acima.

Como indica a evolução do emprego formal por setor de atividade econômica no município e dos dados da Dataprev em relação ao país para períodos semelhantes, não se observou no estudo às ocupações mais frequentes e o setor de atividade. Estes fatores podem ser um indicativo de eventos subnotificados que não chegam à Previdência. Porém não é o foco do estudo.

Em relação às patologias identificadas segundo conceituação do CID-10, as doenças osteomusculares estão representadas em 99 casos (84,6%) seguidas das doenças do sistema nervoso, com 14 casos (11,9%). Considerando-se as patologias segundo critérios dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, foram identificados 112 casos

representando,95,7% dos casos.Dentre as DORT,as sinovites e tenossinovites,seguidos de dorsalgias,síndrome do túnel do carpo,e por fim as lesões de ombro o outros transtornos de tecidos moles.,A diferença entre a prevalência de doenças osteomusculares e as demais é significativa. E está em conformidade ao que ocorre no país no período dos últimos quatro anos.

Dados do Ministério da Previdência Social em relação aos 50 Códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nas situações de doenças do trabalho, no período entre 2001 à 2004 também indicam uma prevalência bastante diferenciada entre as doenças osteomusculares e as demais (Brasil,2006). No quadro adiante temos as taxa de incidência nas patologias com valores mais altos.

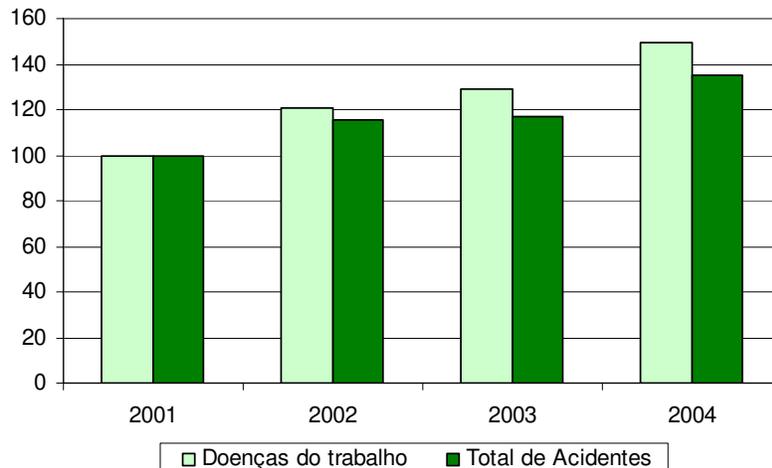
**Tabela VII - Doenças do sistema osteomusculares em relação às demais de 2001 à 2004,Brasil.**

Patologias	2001		2002		2003		2004	
	Número de Ocorrências	%						
Sinovites e Tenossinovites M65	5.980	32,3	7.095	31,8	6733	28,2	7963	28,9
Transtorno do Ouvido Interno H83	1.572	8,5	1.654	7,4	1499	6,3		0,0
Perda de Audição por Transtorno de Condução e/ou Neurosensorial H90	1.565	8,5	1.825	8,2	2104	8,8	1635	5,9
Lesões de Ombro M75	1.327	7,2	1.928	8,6	2658	11,1	3356	12,2
Dorsalgia M54	870	4,7	1.214	5,4	1545	6,5	2126	7,7
Mononeuropatias dos Membros Superiores G56	842	4,6	1.097	4,9	1.328	5,6	1472	5,3
Transtorno de Tecidos Moles Relacionados com Uso Excessivo e Pressão M70	741	4,0		0,0		0,0		0,0
Outros transtornos de discos vertebrais M51					692	2,9	754	2,7
Outras Entesopatias M77		0,0	1.002	4,5	1073	4,5	1352	4,9
Outras Doenças	5.531	29,9	6.427	28,8	6.167	25,9	8873	32,2
Ignorados	59	0,3	69	0,3	59	0,2	56	0,2
<b>Total</b>	<b>18.487</b>		<b>22.311</b>		<b>23.858</b>		<b>27.587</b>	

Fonte: Dataprev

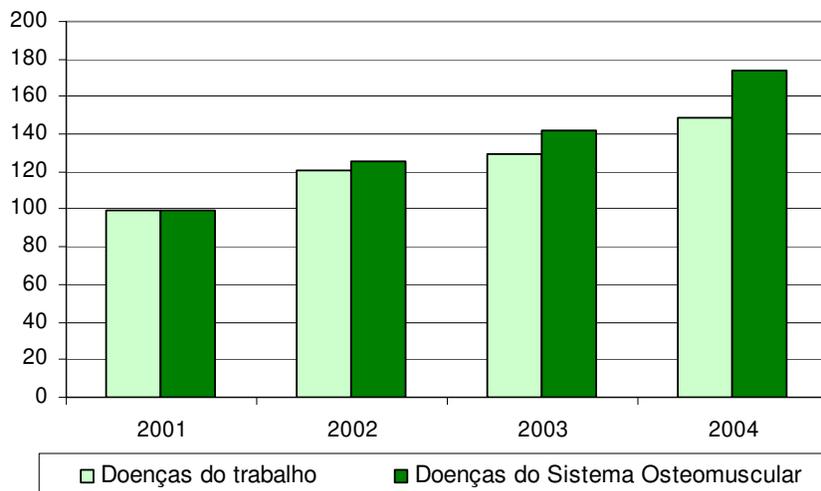
De 340.251 acidentes totais registrados em 2001 foram registrados em 2004( 458.956) havendo aumento proporcional 34%.Em relação às doenças do trabalho, foram registradas em 2001 ,18.487,passando em 2004 para 27.587 representando um aumento proporcional de quase 50%.As doenças do trabalho cresceram 14,3% mais que o total de acidentes no período de 2001-2004.Vide QUADRO I,PAG 9..

Para a melhor visualização da evolução das doenças do trabalho no contexto de acidentes de trabalho no Brasil, observar o GRÁFICO I



**Gráfico I** – Evolução Relativa de Acidentes e Doenças do Trabalho no Brasil 2001-2004 (2001=100)

No Brasil, foram registradas em 2001, 9.760 casos de DORTs, representando 52.8% do total de registros de doenças do trabalho. Em 2004, totalizaram 17.023 representando 61.7% do total de doenças do trabalho. No período, o total de DORTs cresceu 74,4% enquanto o total de doenças do trabalho cresceu 49,2%. Estes dados revelam sua importância na categoria doença de trabalho e são mostrados no GRÁFICO II.



**Gráfico II** – Evolução Relativa das Doenças do Trabalho e Doenças Osteomusculares no Brasil 2001-2004 (2001=100)

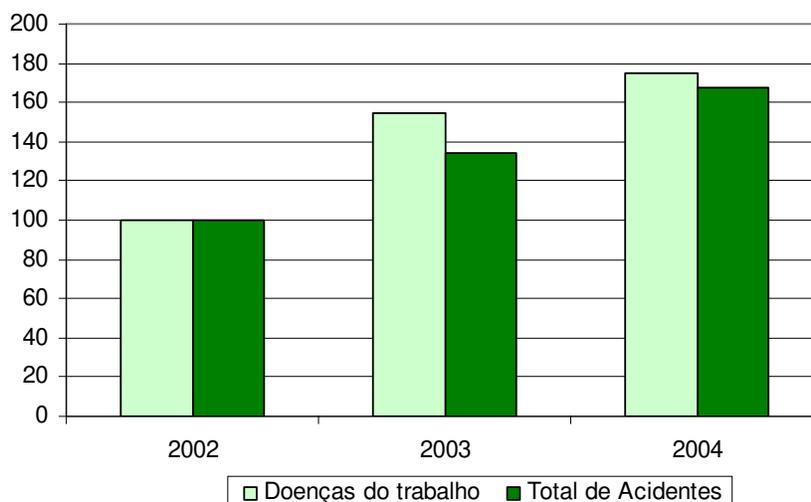
Em Indaiatuba, conforme TABELA VIII e GRÁFICO III, verifica-se que as doenças do trabalho representaram em 2002, 12,4% do total de acidentes, em 2003 representaram 14,3% e em 2004 representaram 12,9%. Infelizmente não há dados que apontem dentro da categoria de doença do trabalho, a discriminação através do código internacional de doenças, conforme o existente à nível nacional. Não há também estatística nos anos anteriores para referência semelhante e comparativa em relação ao período analisado para Brasil.

Considerando para o Brasil o período de 2002 a 2004, tem-se que as doenças representaram 5,7% do total de acidentes em 2002, passando em 2004 a representar 6% do total de acidentes registrados. O Município de Indaiatuba apresenta taxas superiores às observadas no país.

**Tabela VIII** - Acidentes Registrados na cidade de Indaiatuba por motivo, no período de 2002 a 2004.

ANO	TOTAL AT	TÍPICO	TRAJETO	DOENÇA	ÓBITO
2002	485	341	84	60	1
2003	650	443	114	93	2
2004	814	562	147	105	/
<b>TOTAL</b>	<b>1.949</b>	<b>1.346</b>	<b>345</b>	<b>258</b>	<b>3</b>

Fonte: Dataprev /abril2006.



**Gráfico III**- Evolução Relativa das Doenças e Acidentes de Trabalho em Indaiatuba 2002-2004 (2001=100)

Alguns estudos no Brasil têm apresentado resultados semelhantes em relação às patologias do sistema osteomuscular. Na cidade de Porto Alegre em 1998, foi feito estudo, utilizando o banco de dados do INSS com relação ao benefício auxílio doença previdenciário, constatou que dos 6.898 benefícios concedidos:

- 4.119 (61%) foram por condições clínicas (24,8% por doenças osteomusculares, 18,9% por doenças mentais e 16,2% por doenças cardiovasculares).
- 1.486 (22%) foram originados por causas externas;
- 1.181 (17%) por convalescença após cirurgia (34% por causas gastrointestinais, 26% geniturinárias, 11% osteomusculares e 10% por causas externas);

Acrescentam os autores que as doenças foram determinantes de incapacidade temporária para o trabalho e que as doenças do sistema osteomuscular foram a causa mais freqüente de afastamento do trabalho. Boff et al. (2002).

Nos Estados Unidos, dados estatísticos referentes a 2001 do Bureau of Labor statistics- US Department of Labor apontam que, do total de 669.889 casos de doenças ocupacionais não fatais, 399.722 se referiram a doenças osteomusculares, representando 59,7% do total.

Estes dados confirmam o achado do presente estudo no que se refere a importante freqüência das doenças osteomusculares como causas de afastamento do trabalho.

As lesões ósteo-musculares dos membros superiores por esforços repetitivos atribuídos ao trabalho (LER) são hoje a mais freqüente das doenças do trabalho nos países precoce ou tardiamente industrializados. O autor sustenta que mais do que uma doença do trabalho, as LER são um modo de adoecimento emblemático, revelador das contradições e da patogenicidade social desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção

capitalista. Discutindo essa dimensão social e histórica maior, insiste em que abaixa eficácia das intervenções técnicas no âmbito da engenharia ,da ergonomia ou da medicina para prevenção,diagnóstico e tratamento adequados e precoces dessa doença da pós-modernidade , as dificuldades de reinserção dos adoecidos ou ex- adoecidos no trabalho refletem,justamente essa determinação mais abrangente,externa ao trabalho senso estrito porque a apropriação,a incorporação e uso das inovações tecnológicas e as novas formas de administração do trabalho se fazem no interesse exclusivo do capital.Com isso um contingente cada vez maior de trabalhadores jovens,a maioria de gênero feminino,das mais diferentes categorias estão perdendo ou ameaçadas de perder a saúde e a capacidade de trabalho,bens públicos essenciais e intimamente relacionados. O explosivo crescimento das LER,em todo mundo industrializado e capitalista,está ajudando a derrubar o mito de um mundo sem trabalho,como resultado da automação fabril e dos serviços,posto que,ironicamente,se está adoecendo justamente das mãos,por excesso de trabalho(RIBEIRO,1997).

Em relação à parte do corpo atingida, 94 casos foram afetados no membro superior. O membro superior direito totalizou 35,1% dos casos ,o membro superior esquerdo 23,4% e ambos( direito e esquerdo),41,5% do total. Em relação ao membro inferior, foi identificado um caso com o membro inferior esquerdo atingido e hum caso com ambos os membros inferiores atingidos.

**Tabela IX** – Resolubilidade dos Processos de Transformação de Auxílio Doença Previdenciário em Auxílio Doença Acidentário

Tipo	Freqüência	Percentual
Sem conclusão	126	85%
Concluído concedido	15	10%
Concluído negado	7	5%
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>

Em relação a resolubilidade dos resultados, constata-se que 126 casos (85,1%) ainda não foram analisados. Dos 22 casos já analisados, 15 foram concedidos (68,2%) e 07 casos foram negados (31,8%). O tipo de conclusão (negado ou concedido), tem se apresentado no cotidiano destes trabalhadores um “caminho longo e sofrido”, grifo nosso, pois envolve vários fatores, com conseqüências de prejuízos pessoais: demissões sem indenização, dificuldade de reinserção no mercado de trabalho e desestruturação familiar.

Em relação à evolução das análises dos processos, verifica-se que a espera para análise é de até três anos em 58,7% dos casos e de três até cinco anos em 30% dos casos., considerando a data da entrada do requerimento (DER) até a 08/11/2004 (data de corte do estudo). Atualmente ainda existem um número significativo de processos sem a conclusão final, fato que aumenta o tempo acima descrito. Os processos de transformação de espécie tem sido uma prioridade de resolução para o segurado dentro da Agência da Previdência Social, tendo em vista que o mesmo aguarda a conclusão e espera dar um encaminhamento a sua vida profissional e pessoal.

A busca pelo reconhecimento do nexos entre a patologia e a atividade exercida é um fator individual de cada segurado, mas a questão é coletiva, pois a dificuldade de se identificar a presença de agente nocivo e causador da doença do trabalho tem uma abrangência mais ampla com conseqüências financeiras, pois os trabalhadores continuam se afastando do trabalho com as mesmas doenças, excluídos do mercado de trabalho, com possibilidade de permanecer desempregados por longo período com custo para toda sociedade, sem interferir na fonte produtora de riscos. Não se observa na Agência Local e até mesmo na Gerência Executiva de Campinas ou Gerência Regional de São Paulo, uma movimentação em direção a solucionar efetivamente em tempo hábil. Há informação verbal sobre a constituição de grupo de trabalho para analisar os processos requeridos até dezembro/2005. Até que haja de fato ações concretas para solucionar o problema, os segurados continuam numa posição passiva ainda que tenham prejuízos.

Indaiatuba tem sete representações sindicais, que não se articulam em questionar e pressionar as administrações, ou participarem do Conselho Local de Previdência Social implantado na Gerência Executiva de Campinas. O objetivo do Conselho de Previdência Social é fiscalizar a efetividade do atendimento, com representantes de vários segmentos inclusive de Indaiatuba.

Apresenta-se um quadro institucional que gera prejuízos aos seus segurados, mas não existe pelo lado dos interessados uma corporação que fiscalize e conquiste espaço na Instituição para o diálogo. Não se observa também preocupações com o corpo médico pericial da instituição em resolver tal situação, ou propor sugestões.

O debate sobre as dificuldades em se estabelecer o nexos tem sido abordado por diferentes autores e com olhares diferenciados também.

Gonzaga(2004) autor e médico perito do INSS, refere-se à relutância encontrada no corpo de médicos peritos em adotar ou fundamentar teoricamente suas decisões em pareceres que envolvem sem dúvida conflitos de todos os atores envolvidos na questão reconhecimento de doenças do trabalho. A pesquisadora no trabalho executado nesta Instituição ,vivencia diariamente o que o autor expressou ,sem contudo concordar com o posicionamento adotado pelos servidores médicos.

Os dados estatísticos divulgados pela Dataprev, periodicamente, nos apresenta uma realidade sobre o mundo do trabalho que muitas vezes nos perguntamos se o corpo de servidores médicos peritos está habilitado para ter a competência que a lei lhes imputou. Apesar das dificuldades apresentadas pelo autor, não se observa na instituição um movimento na direção de solucionar este entrave, quer seja com cursos, treinamentos, oficinas, ações conjuntas com a fiscalização da Delegacia de Trabalho de Campinas ou outros instrumentais que proporcionem maior efetividade nas tarefas médico-periciais.

Para finalizar,os resultados encontrados em relação às patologias, ramo de atividade e ocupação podem ser indicativo que estes casos se enquadrem no auxílio doença acidentário,podendo também representar uma subnotificação nos benefícios auxílio doença acidentários.

## **5.2- Análise das entrevistas.**

### 5.2.1- Entrevistas com segurados

O critério utilizado para convocação das entrevistas , foi a utilização de telefones de contato anotados nos processos.Este critério teve o objetivo de facilitar e agilizar a convocação.A amostra inicial proposta era de 47 pessoas a serem entrevistadas,mas o que se conseguiu foi 39, em função das dificuldades expostas a seguir. No telefonema -convite, foi feita a identificação da pesquisadora e também servidora do INSS local ,a explicação sobre o objetivo do estudo e o que se pretendia alcançar com o mesmo e daí a importância da participação dos segurados.Muitos segurados(as) no momento do contato telefônico afirmaram não querer participar das entrevistas.Outros, compareceram e desistiram alegando medo da empresa saber dessa entrevista,medo de ter o benefício suspenso ou pagamento bloqueado,medo de que o estudo viesse interferir no resultado dos próximos exames periciais ou até mesmo na análise final do processo de transformação.Outros, foram à entrevista, levaram o Termo de Consentimento para ser discutido com advogado, ratificar a veracidade do assunto e posteriormente decidir pela participação ou não do estudo mas também não retornaram.

As entrevistas iniciaram-se no mês de outubro de 2005 e seguiram-se até fevereiro/2006. Naquele momento muitas mudanças foram implantadas no INSS e a COPES( Cobertura Previdenciária Estimada),implantada a partir de agosto/2005, popularmente conhecida entre os segurados como “ data certa e alta programada”,foi e é a mais importante alteração em relação ao benefício por incapacidade

.A justificativa oficial para implantação deste programa, segundo o Diretor Presidente da Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social(ANMP) e o vice presidente da ANMP e assistente técnico da 4ª Junta de Recursos (JRPS) em Salvador,Ba ,em entrevista concedida à Agência de Notícias da Previdência Social (Agprev), em 24/02/2006, é :”eliminar exames intermediários e que ocupavam 40% da agenda do perito médico”.É uma retomada da decisão pericial conclusiva e resolutive.Passou-se a impedir que o médico remarcasse a perícia para rever o segurado várias vezes,confundindo seu papel com o do médico assistente e fazendo com que

centenas de milhares de benefícios de curta duração durassem mais de dois anos. Em relação aos portadores de LER/DORT que estão mais insatisfeitos com a COPES, os entrevistados responderam:

Neste caso, boa parte dessas doenças decorre de relações inadequadas entre o trabalho e o trabalhador. Esse desajuste não é resolvido pelo afastamento médico. Para a Previdência, tendo havido recuperação ou estabilização da evolução da doença, não cabe mais a manutenção do auxílio-doença. Cabe à empresa, trabalhador e sindicato entenderem-se para o aprimoramento das relações trabalhistas. A falta disso não pode converter-se em benefício temporário prorrogado por prazo indefinido ou aposentadoria por invalidez. Seria varrer o problema para debaixo do tapete e transferir para o conjunto da sociedade o ônus que não é dela.

Estas colocações apontam que os custos com os benefícios por incapacidade são altos e que questões que envolvem relação direta com o trabalho, por exemplo, as LER/DORT devem encontrar solução fora do âmbito da Previdência Social, por tratar-se de benefícios de longa duração (mais de dois anos) e sobrecarga de despesas em relação aos demais benefícios da Previdência Social. Neste programa, todo segurado que requerer auxílio doença sairá com a data da cessação da incapacidade pré-definida, que pode ser de imediato até dois anos. As indicações de afastamento por dois anos, que são indícios de incapacidade permanente, são sugeridas pelos médicos peritos local ao chefe do GBENIM (Gerência dos Benefícios por Incapacidade) lotado na Gerência Executiva, no caso na cidade de Campinas. O fato de um segurado receber o prazo de dois anos no momento do exame pericial não significa que terá de fato tal situação confirmada. A carta de conclusão do exame médico pericial nestas situações, está explícita que tal situação deverá ser homologada. É necessário que o segurado retorne à Agência da Previdência Social para ter a confirmação após um mês (o período do retorno é flexível). É um novo procedimento de controle aos casos indicativos de incapacidade permanente. Na COPES não existe mais a possibilidade do segurado retornar para marcar novo exame pericial como existia antes de agosto/2005. A situação anterior trazia certa esperança em continuar afastado ou ser encaminhado para uma possível aposentadoria. Naquele momento alguns segurados estavam próximos de fazer novo exame pericial com o prognóstico de retorno ao trabalho com ou sem condições laborativas segundo suas convicções.

A chamada para o Censo Previdenciário, cujo objetivo é atualizar os dados cadastrais e identificar possíveis fraudes, foi iniciado também em outubro/2005. O censo previdenciário é operacionalizado pelas agências bancárias pagadoras, com prazo para apresentação e possibilidade de suspensão de benefício em caso de não comparecimento no prazo estipulado. Isto também contribuiu para ampliar o clima de insegurança entre os segurados.

Na cidade também estava ocorrendo o processo de revisão dos benefícios assistenciais realizados por assistentes sociais da Secretaria Municipal de Assistência e Promoção Social que vão à residência dos beneficiários idosos e pessoas deficientes verificar as condições de saúde, habitação, lazer, da composição e rendimento do grupo familiar. Apesar de documento de identificação para esta atividade, houve situações de recusa de informações por parte dos beneficiários por medo e insegurança de fornecerem dados pessoais e serem prejudicados.

O empréstimo bancário incentivado, para desconto no benefício, foi intensificado e surgiram muitos questionamentos de descontos indevidos, de reclamações sobre a propaganda agressiva apresentando vantagens em adquirir bens duráveis a juros abaixo do oferecido no mercado e até mesmo coação para adesão ao empréstimo. Houve muitas reclamações na Agência, e em outros locais, exigindo uma resposta mais ágil por parte das chefias das Agências, gerentes e da coordenação nacional que precisou rever os critérios para empréstimo e divulgar informações sobre os mesmos e as instituições financeiras que firmaram convênio com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Estas notícias e fatos se multiplicam e nas conversas internas, na sala de espera, podem tomar proporções diferenciadas.

Observou-se um volume maior de pessoas na Agência da Previdência Social com intuito de se esclarecer sobre todos estes fatos novos. Outro fator importante que vinha sendo discutido internamente, mas que se concretizou em fevereiro/2006, foi o credenciamento dos médicos peritos terceirizados, o que fez diminuir o quantitativo de exames realizados diariamente. A partir de dezembro/2005, dois médicos credenciados deixaram de atender por questões pessoais ficando uma sobrecarga para os médicos peritos do quadro de servidores. A partir daí, o prazo para a data do exame pericial tornou-se mais distante, chegando até dois meses, afetando a parte financeira das famílias atingidas.

Problemas políticos neste mesmo período com denúncias de fraudes, rede de corrupção ,colocando em destaque o papel e o poder das instituições públicas, com ampla divulgação pela mídia, possivelmente influíram significativamente na adesão dos segurados ao estudo.

A princípio, insistiu-se em novas convocações agora por cartas, mas, ainda assim, alguns convocados nem sequer compareceram.

A conclusão a que se chegou foi que os papéis de funcionária da previdência e de pesquisadora foram sobrepostos, isto é, os convocados para a entrevista identificavam o primeiro papel, em detrimento do segundo. Dessa forma, foi freqüente o receio de prejuízo nos benefícios e o medo da perda dos benefícios correntes por parte dos convocados, reduzindo a participação destes na pesquisa, apesar dos esforços no sentido de esclarecer o papel da pesquisadora e da garantia de sigilo absoluto. O mesmo resultado foi obtido ao tentar-se transferir o local da entrevista para os sindicatos.

Nota-se, assim, que a origem de tais receios nasce da percepção de poder que os segurados relacionam à servidora-pesquisadora. Cabe, aqui, assinalar que o conceito de poder, em seu sentido mais geral, significa a capacidade ou possibilidade de agir, de produzir efeitos, que nesse caso incidiriam sobre os benefícios.

Bobbio et al.(1992) analisam a relação que se estabelece entre dois atores numa relação de poder.

a capacidade de determinar o comportamento dos outros é posta em ato,o Poder se transforma,passando da simples possibilidade à ação.O Poder em ato é uma relação entre comportamentos.Consiste no comportamento do indivíduo **A** ou grupo **A** que procura modificar o comportamento do indivíduo **B** ou grupo **B** em que concretiza a modificação comportamental pretendida por **A**.

Em se tratando de Poder coercitivo, **B** tem o comportamento desejado por **A**, só para evitar um mal de ameaça:embora o comportamento não seja livre,**B** executa-o e por isso é dotado de um mínimo de voluntariedade.Isto permite distinguir entre o exercício do Poder coercitivo e o emprego direto da força.Nas relações sociais e

políticas, se recorre muitas vezes a força quando não se consegue exercer o Poder. Por outra parte, para se ter Poder, não é necessário que **B** tenha intencionalmente o comportamento pretendido por **A**. **A** pode provocar um determinado comportamento de **B** sem manifestá-lo explicitamente; pode até esconder de **B** que ele deseja esse comportamento e sem que **B** se dê conta de que se está comportando segundo a vontade de **A**. Isto pode verificar-se, por exemplo, em certos casos de propaganda camuflada. Este tipo de relação que habitualmente é conhecido por manipulação, e que certamente entra no âmbito do conceito do Poder.

Fica evidenciado que o Poder não deriva simplesmente da posse ou uso de certos recursos, mas também da existência de determinadas atitudes dos sujeitos implicados na relação. Nessas atitudes devem incluir as percepções e as expectativas que dizem respeito ao Poder. As percepções ou imagens sociais do Poder exercem uma influência sobre fenômenos do Poder real. A imagem que um indivíduo ou um grupo faz da distribuição do Poder, no âmbito social a que pertence, contribui para determinar o seu comportamento, em relação ao Poder. Neste sentido a reputação do Poder constitui um possível recurso do Poder efetivo. **A** pode exercer um Poder que excede os recursos efetivos que têm à disposição e a sua vontade e habilidade em transformá-los em Poder, se aqueles que estão debaixo do seu Poder reputam que **A** tem de fato mais Poder do que aquele que seus recursos, sua vontade ou sua habilidade mostram.

No que toca às expectativas, deve dizer-se, de uma maneira geral, que numa determinada arena de Poder, o comportamento de cada ator (partido, grupo de pressão, Governo, etc.) é determinado parcialmente pelas previsões do ator relativas às ações futuras dos outros atores e à evolução da situação em seu conjunto. Mas é nas relações de Poder que operam através do mecanismo das reações previstas que o papel das expectativas se torna mais evidente.

Ou seja, segundo a lógica de Bobbio et al. (1992), as expectativas dos segurados foram baseadas na atribuição à servidora do poder de ingerência do benefício, poder este que não se efetiva na prática.

Apesar desses contratemplos, a pesquisa com segurados levantou importantes aspectos do problema tratado. Seguindo a metodologia do DSC, apresentaremos a seguir o conteúdo das informações.

Na identificação dos entraves é nítida a diferenciação das dificuldades nos dois níveis conforme foi detectado e apresentado abaixo. Antes da construção do discurso não se identificou a clareza das falas. À medida que as semelhanças foram se apresentando, os dois níveis de dificuldades tornaram-se claros.

**Quadro IV** - Pergunta ao segurado: Em relação ao INSS, você teve alguma dificuldade para dar entrada no seu pedido atual de reconhecimento da doença do trabalho?

Em relação ao INSS, você teve alguma dificuldade para dar entrada no seu pedido atual de reconhecimento da doença do trabalho?	
IDÉIA CENTRAL	DSC
a) Identificação de entraves burocráticos	Sim. O tempo de espera para ter a resposta, a demora na conclusão falta de informação correta, atraso e bloqueio de pagamento. Nunca ninguém chamou para ver como fazer, fiquei indo de um lugar a outro.. O processo está parado, ainda não foi concluído. Até hoje não sei se ficou ou não como acidente de trabalho. Demora para definir o caso, não sei se precisa ir pro Juiz resol; ver. Já tem uns tres anos, dei entrada na Justiça também.
a) Identificação de entraves na área técnica	Tentei várias vezes, o médico disse que não era. O médico tem que ir na empresa. Já vai dar tres anos e eles dizem que tem muita gente. Fui mau atendido pelo perito, já fui chamado de vagabundo. O médico foi na empresa em dezembro de 2005, não tenho resposta ainda.

A legislação previdenciária na questão dos acidentes de trabalho é complexa e algumas vezes podem se confundir com a legislação trabalhista e com aspectos legais de outras áreas, principalmente quando aborda a responsabilidade civil das empresas. Isto confunde o segurado no momento de saber que amparo encontra na previdência, que amparo encontra na área trabalhista e em que âmbito judicial deve recorrer. O caos se

estabelece quando o mesmo recebe alta do auxílio- doença, sem a conclusão do nexo técnico, pois há a expectativa –muitas vezes confirmada- de que será demitido ao retornar ao trabalho e não conseguirá se empregar novamente com o mesmo nível salarial anterior, ou retornará ao trabalho na mesma função anterior com possibilidade de agravamento de seu quadro. Em consequência, muitas vezes o segurado nem se apresenta na empresa e retorna para requerer novo afastamento ou recorrer da decisão pericial, conforme o caso. De modo geral, no momento da alta, o segurado percorre caminhos semelhantes: empresa, sindicato, médico-assistente, INSS, para novo requerimento, ou advogados particulares, para outras orientações legais. Algumas categorias de trabalhadores, em destaque para os trabalhadores metalúrgicos, têm maior conhecimento de que a lei pode protegê-los, ainda que ,na realidade, após a alta do benefício sem a conclusão do nexo-técnico, seus direitos possam não ser assegurados.

**Quadro V-** Pergunta ao segurado: Qual a diferença entre auxílio –doença previdenciário e o auxílio- doença acidentário?

<b>Qual é a diferença entre o auxílio doença previdenciário e o auxílio doença acidentário para você?</b>	
<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>
a) Conhecimento sobre direitos previdenciários e responsabilidade civil	A empresa tem que indenizar. O auxílio doença não tem estabilidade, só dois meses. No acidente a gente tem estabilidade de um ano, depósito de FGTS, segurança quando voltar a trabalhar. O acidente é mais seguro porque o trabalhador não fica desempregado logo. A empresa tem que reparar os danos moral e sexual.
b) Percepção da abrangência coletiva do problema de saúde	Tem pessoas afastadas no mesmo setor (prensa 263), a doença foi adquirida no trabalho, seria correto que passasse a valer pelo trabalho. A firma tinha que se responsabilizar pra sempre ou pagar indenização quando se pegao problema na firma.
c) Manifestação de sofrimento	Tem a parte emocional,a gente passa por muita humilhação. Você tem o problema, sente dor, tudo interfere. Tudo dá desgaste. Seu reconhecimento pela empresa é uma situação humilhante. A gente fica nervoso, não consegue dormir, até pressão sobe. É só ficar nervoso, a pressão sobe, a coluna dói. Sinto ser uma pessoa inútil, tenho vontade de trabalhar e não aguento. As dores são tantas que me sufocam. Fiquei com depressão, derrubo as coisas, me sinto inválida

Esta pergunta engloba três idéias centrais, registradas, construindo um discurso mais complexo em relação à proposta da pergunta. O sofrimento é uma realidade e se sobrepõe em assuntos sobre os quais não estejam obrigatoriamente interligados.

A manifestação de sofrimento de trabalhadores com patologias do sistema osteomuscular é apontada por Setimi(2001), quando detalha a situação vivenciada por estas pessoas:

-no início,o trabalhador tenta esconder achando que os sintomas passarão.Protelam ao máximo uma procura por auxílio e quando chegam à conclusão de que não conseguem continuar trabalhando, procuram assistência médica .A partir daí sua vidas se tornam uma busca de provas de seu adoecimento. Tentam a todo custo convencer suas chefias,colegas e familiares que sentem dores e não conseguem mais fazer o que faziam antes.Tentam provar que não estão inventando doenças e nem se tornaram preguiçosos.Os profissionais de saúde e segurança no trabalho das empresas,atropelados pelo grande contingente de trabalhadores adoecidos,não conseguem compreender que os determinantes causais vão além de agente específico,como estão habituados apensar.

As percepções da extensão do problema sentido pelos segurados, nem sempre encontram respaldo na empresa. Setimi (2001) acrescenta que as empresas “centram as explicações para a ocorrência da doença em fatores individuais, como: alterações hormonais,suscetibilidade psíquica,ignorando aspectos sociais,exigências reais do trabalho e a relação do trabalhador com o trabalho”.

Dos 39 entrevistados, 35 souberam informar o tempo de trabalho na função descrita na CTPS e relatada para a pesquisadora. Destes, 14 segurados tinham tempo de trabalho na função antes do afastamento de três a seis anos,representando 40% do total.Com mais de seis anos de trabalho na função,foram observados 17 casos,com uma proporção de 48,6% e entre esses,oito segurados tinham tempo de trabalho na função superior a oito anos.São períodos longos de trabalho na mesma função, o que pode ser um indicativo de adoecimento em decorrência da atividade laboral,com possibilidade de ser caracterizado como doença do trabalho.

Concluindo esta parte em relação ao perfil da população estudada, o estudo não apontou nas variáveis estudadas CBO,CID,CNAE alguma associação,segundo os testes aplicados estatisticamente( Teste de Fisher e Qui Quadrado).Tal fato foi frustrante,pois os registros de dados destas variáveis são precários nos arquivos utilizados.Tal fato foi frustrante,pois od registros de dados destas variáveis são precários nos arquivos utilizados

### 5.2.2 – Sindicatos

Em decorrência das dificuldades encontradas nas entrevistas com os segurados e para não haver prejuízo na condução do estudo, considerou-se importante ouvir os representantes sindicais. No município existem sete sub-sede de sindicatos de trabalhadores das seguintes atividades econômicas: indústrias metalúrgica, indústrias de tecelagem e lavanderias, indústrias de vestuário, indústrias de construção e mobiliário, estabelecimentos de saúde, de comércio e de porteiros e vigias de condomínios. O questionário enviado foi respondido por cinco deles.

Foi constatado que o atendimento a trabalhadores com queixas de patologias possivelmente relacionadas com a atividade, afastados ou não do trabalho e também desempregados, é comum em todos eles. A emissão da CAT, também tem sido comum, com exceção do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias de Tecelagem e Lavanderias que preenche o formulário, para ajudar, não na condição de emitente ,conforme legislação em vigor.

**Quadro VI-** Pergunta ao sindicato: A entidade aponta dificuldades para que o segurado tenha reconhecida sua patologia como resultado de seu trabalho pelo INSS?

<b>A entidade aponta dificuldades para que o segurado tenha reconhecida sua patologia como resultado de seu trabalho pelo INSS?</b>	
<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>
a) Dificuldade da perícia médica reconhecer a patologia relacionada com o trabalho	O INSS desconsidera a CAT e afasta o trabalhador como auxílio doença e o que é mais grave, concede alta sem que esteja totalmente recuperado. Os médicos peritos dificilmente transformam o benefício, mesmo com o requerimento dos sindicatos. Há grande divergência nos pareceres do médico assistente e do médico perito, chegando a casos em que o primeiro recomenda 120 dias de afastamento e o segundo dá alta. As dificuldades são que o segurado tenha reconhecida sua patologia como resultado de seu trabalho, uma vez que após o afastamento, os médicos peritos dificilmente transformam o benefício. Concluindo, a entidade aponta dificuldades no ato médico.

**Quadro VII-** Pergunta ao sindicato: Vocês atendem trabalhadores, afastados do serviço e recebendo auxílio-doença com queixas em relação a terem adquirido alguma patologia que considerem ter relação com o serviço que executam?

<b>Vocês atendem trabalhadores, afastados do serviço e recebendo auxílio doença, com queixas em relação a terem adquirido alguma patologia que consideram ter relação com o serviço que executam?</b>	
<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>
a) A demanda é semelhante	Sim, poucos conseguem transformar. As doenças são originárias do trabalho executado e as empresas não abrem CAT. Algumas doenças têm relação com o trabalho, mas o entendimento do INSS é de que se trata de auxílio-doença.

Observa-se que há uma homogeneidade nas demandas recebidas nos sindicatos. O nível de dificuldades observadas não se distingue das apresentadas pelos segurados entrevistados, apenas corroboram.

### 5.2.3- Servidores

Aos servidores foi apresentada uma questão relacionada diretamente ao tema:

apontar as dificuldades que encontra para o reconhecimento das doenças do trabalho. Na questão em foco foram relacionadas quatro idéias centrais:

Primeiro, traduzindo as dificuldades no processo de avaliação donexo causal (técnicas e político administrativo)

Segundo, a avaliação sobre a amplitude do tema saúde do trabalhador,

Terceiro, saúde do trabalhador gera conflitos entre os atores envolvidos

E, por último, a responsabilidade de outras instituições que também estão inseridas nesta problemática e que foi registrada como um fator de dificuldade.

**Quadro VIII-** Pergunta ao servidor: Quais dificuldades que você identifica na previdência em seu setor específico, sobre o reconhecimento ou não do nexos com o trabalho da doença do segurado, permitindo que ele receba o auxílio-doença acidentário?

<b>Qual(is) dificuldades que você identifica na previdência em seu setor específico sobre o reconhecimento ou não do nexos com o trabalho da doença do segurado, permitindo que ele receba o auxílio-doença acidentário?</b>	
<b>IDÉIA CENTRAL</b>	<b>DSC</b>
a) Dificuldades técnicas	O INSS não realiza diagnóstico ou tratamento. Grande número de CATs abertas por vários serviços sem um diagnóstico firmado, exemplo: dor em membro superior. O segurado já deve ter essa avaliação concluída porque o trabalhador não fica desempregado logo. A empresa tem que reparar danos morais e sexuais. Tem pessoas afastadas no mesmo setor (prensa 263), a doença foi adquirida no trabalho, seria correto que passasse a valer pelo trabalho. A firma tinha que se responsabilizar pra sempre ou pagar indenização quando se pega para posterior avaliação de sua capacidade laborativa, que é função da perícia. Muitas vezes este nexos causal atribuído não é condizente à real situação, uma vez que a história técnica é falha como método de avaliação. Não há descrição das atividades executadas, mesmo quando apresentado o PPP. Avaliação técnica deficitária tendo em vista não haver condições técnicas (aparelhos) para análise do ambiente. Casos de moléstias de fundo emocional. Onde se quer atrelar o trabalho à moléstia, com grande dificuldade para o perito?
b) Dificuldades político-administrativas	Indisponibilidade de veículos para tal deslocamento, sendo que devemos utilizar veículo próprio. Tempo adequado para deslocamento até a empresa que muitas vezes é longe e localizada em município vizinho, comprometendo o tempo para ser utilizado em atividades dentro das Agências. Abertura indiscriminada de CATs por sindicatos, sem responsabilidade, também prejudica a avaliação porque dispende um tempo precioso para avaliar doenças sem relação com o trabalho ou doenças forjadas. Há dificuldade do perito médico se deslocar até as empresas para avaliação do posto de trabalho (número de peritos insuficientes para esta prática em todos os postos de trabalho, onde existe necessidade de tal procedimento) Montar processos, cadastrar CAT, notificação às empresas e o aguardo das respostas (defesa) número excessivo de processos que acabam gerando demora na avaliação e conclusão dos mesmos pela carência de peritos.
c) Saúde do Trabalhador é assunto que envolve conflitos	Saúde do trabalhador é um tema que envolve posições político-diferenciadas e de interesses opostos, envolvendo empregadores, empregados, sindicatos, órgãos públicos. Litígios entre segurados e empresas de vínculos ou casos de segurados desempregados há anos e que deseja manter o benefício antigo quando não há mais agente-causa. Devido ao conflito, muitas vezes jurídico, existente, as decisões tanto dos empregados quanto do empregador se tornam tendenciosas.
d) Saúde do trabalhador envolve responsabilidade de outra instituição	Falta de fiscalização do MTE quanto às condições relacionadas à higiene ocupacional e ergonômicas.

Nesta pergunta foram identificados quatro DSC, cujos enfoques refletem a intersetorialidade do tema.

Após análise deste conjunto de depoimentos, verifica-se a doença além do limite à capacidade laborativa, afeta outros campos da vida pessoal desses segurados e relatos de sentimentos, percepções de papéis exercidos na sociedade, a função do trabalho para o ser humano na sociedade atual. Estes dados complementados aos anteriores formam um quadro do perfil dos segurados que se encontram em tal situação. Importante dentro deste contexto é também apresentar o outro lado, o lado institucional, representado por servidores que tem o poder de conceder ou não benefícios. Os servidores identificam entraves para definição do estabelecimento do nexo causal, onde são apontados questões de ordem práticas e dificuldades de lidar com a complexidade do tema e os conflitos decorrentes entre partes envolvidas.



## ***6- CONCLUSÕES***

- Diante da descrição do perfil dos segurados no estudo quanto às características de gênero, faixa etária, patologia, atividade, conclui-se que esses segurados são representados por homens e mulheres numa proporção próxima, de faixa de idade média de 37 anos. Na maioria eram trabalhadores de linha de produção (operadores e montadores) em indústria, do ramo de atividade de metalurgia e seguidos do ramo de atividade de vestuário. As DORTs representam maioria dos casos (95.7%). São segurados que depõem sentimentos e percepções de perdas por limitações laborativas e acrescidas por outras limitações pessoais, inclusive com demonstração.
- O tempo de trabalho na função antes do afastamento do emprego e o início do recebimento do benefício por incapacidade, foi muito expressivo, considerando que a maior parte dos segurados trabalhava há mais de seis anos na mesma função. Este achado, no estudo, analisado juntamente com as doenças e as ocupações podem ser um indicativo que este grupo de 148 segurados estejam recebendo um benefício equivocado e que portanto podem ser considerados como casos subnotificados.
- Um estudo mais abrangente considerando todos os benefícios auxílio doença previdenciário e auxílio doença acidentários neste mesmo período, (1995-2004) poderá estimar a subnotificação na doenças do trabalho requeridos na cidade onde foi realizado o estudo..
- Na pesquisa constatou-se que a espera de até cinco anos é uma realidade para estes segurados, considerando o período de 1995-2004. Atualmente esta situação é agravada em função das outras deficiências, como a redução no quadro de servidores médicos influenciando na resolutividade destes processos.
- Os segurados identificaram que a falta de informação correta, a demora na conclusão, o mau atendimento pela perícia médica são fatores que entram a eficácia destes procedimentos.

- Os servidores apontaram entraves técnicos, isto é falta de subsídios confiáveis para definir nexos causais, entraves administrativos como falta de infraestrutura e recursos instrumentais para avaliação técnica. Acrescentou-se que o tema é conflituoso, com interesses das partes envolvidas, isto é empregadores e empregados. As entidades sindicais apontaram discordância entre pareceres da assistência médica de um modo geral o atendimento do SUS, com a perícia médica.
- Por fim, a utilização do instrumento entrevista com os diversos atores envolvidos, foi capaz de suprir as deficiências detectadas pela pesquisadora no momento de levantamento de dados.



## ***7- CONSIDERAÇÕES FINAIS***

- Dificuldades internas de infra-estrutura de trabalho apontadas pelos servidores, tais como: falta de veículo da Instituição para esses fins, deficiência no quadro de servidor médico pericial, dificuldades de acesso às empresas por estarem localizadas em outras cidades, falta de instrumentos para avaliação do ambiente de trabalho, a burocracia, na formalização do processo, junto com a necessidade urgente de não acumular exames periciais torna-se, no momento um entrave para as definições dos casos de doenças do trabalho. Porém, não se pode relegá-las e colocá-las como ações secundárias, pois também é uma situação de urgência na resolutividade do atendimento ao segurado.
- A listagem elaborada pelo MS em relação às doenças do trabalho , também está inserida no Decreto 3049/99 no seu Anexo II, como já foi abordado anteriormente. Tal instrumento apesar de ter finalidades distintas para as duas autarquias, pode ser um subsídio técnico útil a ser utilizado no momento do exame pericial pelo menos em doenças já conhecidas como freqüentes tendo por base a ocupação, o ramo de atividade, o tempo de trabalho na função antes do afastamento do serviço e a patologia, como os casos identificados neste estudo.
- Torna-se imprescindível que haja uma política de Recursos Humanos na questão de Treinamento e Desenvolvimento de modo a atingir todos os médicos peritos do quadro funcional. A princípio parece-nos impossível de se atingir uma meta tão arrojada, porém às Gerências Executivas, competências para algumas ações, isto não seria uma meta inatingível. A maior dificuldade que observamos é ter participação integral de médicos peritos em oficinas, reuniões e outros eventos em nível local. A falta de hábito de discutir, debater, estudar casos como situações comuns como ocorrem num ambiente de academia, talvez seja uma explicação para tal fato.

- Eu tenho convicção que através de pressão dos grupos organizados: movimentos de defesa da saúde, pressões populares junto aos Conselhos de Previdência Social, atualmente instalados em quase todas as Gerências Executivas, seja um caminho para a discussão de um atendimento médico pericial mais justo. Infelizmente o enfraquecimento e a pouca capacidade de organização dos sindicatos, dificultam este processo e a discussão de outras temas relacionados à doenças do trabalho. As perspectivas futuras não são tão otimistas tendo em vista que no município, em foco, o controle social é precário.
- As Resoluções da IICNST poderão se concretizar em ações mais efetivas, no que se refere à implantação do NTEP como uma necessidade urgente. É necessário um período de observação para se avaliar se haverá ou não alguma alteração em relação ao estabelecimento do nexos nos casos semelhantes ao estudo e aumento de registros de doenças e acidentes.
- Já se observam a participação de servidores da Previdência Social em CIST, em Conselhos Locais de Saúde do Trabalhador, em Conselhos de Saúde, em Comissão sobre Benzeno, na Gerência Executiva de Campinas e em outras Gerências do Brasil. Esta abertura ao diálogo com outras instituições que também atendem aos mesmos usuários e segurados da Previdência Social, apresenta o lado do mundo do trabalho, que poderá ser um subsídio na avaliação de casos complexos como as doenças do trabalho.
- Podemos afirmar que o controle social hoje existente por parte do Ministério Público, da Justiça Especial Federal Previdenciária, sobre interpretações legais que dificultam o acesso à benefícios, atualmente se faz perceber de forma mais clara e definida, apresentando à sociedade civil que estes recursos são de fato um amparo ao segurado que se sente prejudicado nos seus direitos.

- A política de atenção à saúde do trabalhador através da RENAST, que atualmente coloca um grande esforço para sua implantação, poderá ser fator fundamental em relação ao registro de dados epidemiológicos e a divulgação de informações. Poderá subsidiar conclusões para os casos de estabelecimento denexo causal. A proposta do MS de cumprir um cronograma, de gerir financiamento próprio para estas ações nos municípios de gestão plena, dá-nos uma esperança para superar dificuldades apontadas por diversos autores ao longo deste estudo. De imediato ainda não temos nenhum caminho definido mas, no prazo de um ano, poderemos ter uma avaliação mais apropriada sobre o perfil epidemiológico do município, suas propostas de ações e seus impactos nas estatísticas de subnotificações de doenças do trabalho.
- Acreditamos que as mudanças propostas recentemente (17/04/2006) pelo Presidente do INSS, Diretor de Benefícios com apoio das chefias da Divisão do GBENIM, em teleconferência para todas as unidades de atendimento sobre alteração no sistema SABI, no quadro da perícia médica, deverá ser o maior impacto no aumento de registros de doenças do trabalho. A proposta é que o nexocausal seja concluído no momento do exame pericial, com a CAT apresentada ou não e com base nos estudos já efetuados da frequência de patologias relacionadas ao CNAE. Como o sistema ainda será implantado não se tem ainda noção de sua operacionalidade.
- A perspectiva futura de criação de um Conselho de Perícia Médica da Previdência Social, já divulgada pelo Gerente Regional de São Paulo, poderá se tornar um veículo de avaliação de condutas de médicos peritos e fornecer dados para mudanças e propostas de treinamentos e outras condutas, com objetivo de melhorar a efetividade do atendimento ao segurado.
- Não se tem conhecimento dentro do âmbito da Previdência Social de investigação semelhante. Diante disso, o estudo será apresentado à Divisão de Serviço Social para divulgação e propostas de ações conjuntas entre

perícia médica e serviço social. A concretização ou não dependerá de muitos fatores dentro da Instituição e das forças de pressão externas direcionando e priorizando algumas ações mais urgentes.

- A dificuldade encontrada na fase de levantamento de dados foi muito frustrante para a pesquisadora e naquele momento foi necessário reavaliar os fatos do contexto e buscar outros atores envolvidos nesta problemática para não dispersar a atenção dos objetivos do estudo e encontrar respostas aos questionamentos da pesquisadora .
- Acreditar e valorizar as informações obtidas nas entrevistas, empregando a metodologia do DSC, foram fatos importantes para a continuidade e credibilidade no estudo.



## ***8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

Achutti, A; Azambuja M.I.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência e Saúde Coletiva*,9(4) out./dez,2004.

Almeida MA, Binder M C. Armadilhas cognitivas: o caso das omissões na gênese dos acidentes de trabalho. *Cad Saúde Pública*, 20(5), 2004.

Beaglehole R., Bonita, R,Kjeström, T.”. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: 2ª. Ed.Ed. Santos, 2001.

BenavidesFG,Pérez,G.,Martinez,J.,Martinez JM.,Gispert,R Ebenach,j..Underreporting of fatal occupational injuries in Catalonia(Spain).*Occupational Medicine*,2004;54:110-114

Benitez RE,Ruiz MAJ, Córdoba DJA, Escolar PA, Lopez FFJ Underreporting of percutaneous exposure accidents in a teaching hospital in Spain. *Clin Perfform Qual Health Care*,7(2),1999

Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo,1997.*Revista Saúde Pública*;37(4).2003

Binder MCP; WludarSL,Almeida IM. Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela previdência social no período de 1995 a 1999,em Botucatu,SP.*Cad.Saúde Pública*;17(4): 15-24,2001.

Boff BM,Leite DF e Azambuja MIR.Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidad e temporária para o trabalho.,*Revista de Saúde Pública*2002;36(3).

Brasil, Agência de Notícias da Previdência Social,INSS explica a Cobertura Previdenciária Estimada(Copes), Salvador,Ba,26/02/2006

Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego/Delegacia Regional do Trabalho Banco de Dados: Números de Acidentes de Trabalho Analisados por Estado-janeiro a dezembro de 2003. SFIT-Sistema Federal de Inspeção do Trabalho/Acidentes de Trabalho Analisados .[www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br) .Acesso em 05 de dezembro de 2004.

Brasil,Ministério da Previdência Social/Dataprev. Acidentes de Trabalho registrados por motivo, segundo as grandes regiões e Unidades da Federação, segundo a CNAE, segundo os 50 códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) mais incidentes. 2001/2003.[www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br). Acesso em 05/12/2004

Brasil, Ministério da Saúde.Política Nacional de segurança e Saúde do Trabalhador.Brasília,DF,2004.

Brasil,Ministério da Previdência Social.Secretaria de Previdência Social.Fator Acidentário Previdenciário-FAP:uma abordagem Epidemiológica.Brasília(DF),2004.

Brasil,Ministério do Trabalho e Emprego/Código Brasileiro de Ocupações, 2002.

Brasil ,Ministério da Saúde/Classificação Internacional de Doenças,décima revisão.

Brasil. Lei 8213 de 24 de Julho de 1991, que institui o Plano de Benefícios da Previdência Social.

Brasil. Lei 8080 de 19/09/1990, Lei Orgânica da Saúde.

Brasil, Decreto 3048 de 06 de maio de 1999 2.ed.Brasília:ANFIP,2000..

Brasil,Ministério da Previdência Social/Conselho Nacional de Previdência Social.Resolução no. 1.236 de 28 de Abril de 2004.

Brasil.Ministério da Previdência Social/DATAPREV [www.previdencia.gov.br/estatística-indicadores de acidentes](http://www.previdencia.gov.br/estatística-indicadores-de-acidentes).Acesso Estatística de Acidentes de Trabalho,em 30/03/2005

Brasil,Ministério da Previdência Social.O custo dos acidentes de trabalho. [www2.uol.com.br/prevler](http://www2.uol.com.br/prevler).Acesso em 18/04/2005

Brasil,Ministério da Previdência Social/Dataprev Acidentes de Trabalho registrados por motivo, segundo as grandes regiões e Unidades da Federação, segundo a CNAE,segundo os 50 códigos da Classificação Internacional de Doenças( CID) mais incidentes.2001/2003. [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br).Acesso em 05/12/2004.

Brasil,Ministério da Previdência Social/Dataprev.Dados estatísticos de Acidentes do Trabalho [www.previdencia.gov.br/AEPS.2006](http://www.previdencia.gov.br/AEPS.2006).Consulta feita em 19/03/2006 e 19/04/2006.

Brasil,Ministério do Trabalho e Emprego/Fundacentro.Estatística de acidentes de trabalho de 1970 a 2002.[www.fundacentro.gov.br](http://www.fundacentro.gov.br). Acesso em 05/05/2005

Brasil,Ministério da Previdência Social/Fundacentro Estudos de Subnotificação na América Latina. [www.periódico.capes.gov.br/Estudos](http://www.periódico.capes.gov.br/Estudos) .Acesso em 06/06/2005.

Brasil,Ministério do Trabalho e Emprego/RAIS Base de dados –RAIS. [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br).Acesso em 12/02/2006.

Brasil,Ministério do Trabalho e Emprego/Estrutura Detalhada-CNAE fiascal 1.1:Código e Denominação.2002

Brasil, Portaria no. 1679 de19/09/2002, que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

Brasil, Portaria no. 777, de 28/04/2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no SUS.

Brasil,Portaria interministerial no.153,de13/02/2004, que constituiu Grupo de Trabalho Interministerial composto por representantes dos Ministério da Previdência Social,Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde.

Brasil,Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro Nº 1339 de 18/11/1999, que dispõe sobre a listagem das Doenças Relacionadas ao Trabalho.

Brasil, Salim, C A. Programa de Melhoria das informações estatísticas sobre doenças e acidentes no trabalho .PRODAT. [www.fundacentro.gov.br](http://www.fundacentro.gov.br). Acesso em 05/05/2005

Carmo, JC, Almeida, IM. Binder, MCP e Settimi,MM.Acidentes do trabalho.In: Mendes,R.Patologia do Trabalho,31-453.1995

Castro MCC, Ávila JBC. Mayrink, A.L.V. Ranking das Atividades Econômicas segundo a frequência, gravidade e custos dos acidentes de trabalho. MPAS.SPS.CGE.Brasília, abr/2002.

Conceição PSA, Nascimento, IBO. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. Cad. Saúde Pública, RJ,19(1):111-117,jan-fev,2003

Contrandipoulos A.P.,Champagne F,Potvin,L. e Boyle,P.Saber preparar uma pesquisa.Ed.Hucitec, Abrasco,2ª.edição.

Cordeiro R,Sakate M,Clemente APG,Diniz CS,Donalise MR.Subnotificação de acidentes de Trabalho não fatais em Botucatu,São Paulo,2002.Rev Saúde Pública,39(2),São Paulo:abr 2005;p254-60.

Dias EC.Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil.In:Isto é trabalho de gente? Buschinelli JTP,Rocha LE,Rigotto RM.,Rio de Janeiro:Vozes, p138-156.

Dicionário de Política,,2.ed.São Paulo:editora Universidade de Brasília; p.933-42.Organização de Bobbio,N,Matteucci,N,Pasquino

Estudos de Subnotificação na América Latina. [www.periódico.capes.gov.br/Estudos](http://www.periódico.capes.gov.br/Estudos). Acesso em 06/06/2005.

Gómez,CM,Lacaz,FAC.A propósito da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.Ciência e Saúde Coletiva,10(4):794,2005.

Gonzaga P. Perícia Médica na Previdência Social,3ªed,São Paulo:LTr;2004.p.97-101.

Hargreaves C e Verow P.Health workplace indicators:costing reasons for sickness absence within the UK National Health.Occupational.Medicine,50(4),251-257,2000

Heloani, R.Organização do trabalho e Administração,uma visão multidisciplinar.3ed-São Paulo:Cortez,2000.

Jaramillo MA. Factores que influyen em la no reclamación de los riesgos de trabajo. In:II Reunión Nacional de Investigación em Salud em el Trabajo.Memorias.Mexico,DF.1998.

Keiffer M,Mcconel R,Pacheco AF,DanielW,Rosentock L..Estimating underreported pesticide poisonings in Nicarágua.Am J Ind Med.30(2),1996

Lages ASVG , Sena MAO. Saúde do Trabalhador.Revista Serviço Social e Sociedade.São Paulo:n40 ,ano XIII,1992,p42-57.

Lefèvre,F,Lefèvre,AMC,Teixeira,JJV.O Discurso do sujeito coletivo:uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.Caxias do Sul:Educs,2000.p.11-35.

Lucca SR,.Epidemiologia dos Acidentes Fatais na região de Campinas no período de 1979 a 1989.{Tese – Doutorado}.Campinas,SP,1992.

LuccaSR, MendesR.Epidemiologia dos acidentes do trabalho fatais em área metropolitana da região sudeste do Brasil,1979-1989.Revista de Saúde Pública, 27(3):168-76,1993,2ª.edição.

Marco de promoción em el âmbito de la seguridad y la salud em el trabajo.In:Anais da Conferencia Internacional del Trabajo,93.a reunião,Ginebra,2005.

Marziale MHP. Subnotificação de acidentes de trabalho com perfuro cortantes na enfermagem.Revista Brasileira de Enfermagem;56(2):164-168,2003.

Mendes R .O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I.Morbidade.Rev.Saúde Pública22(4).São Paulo,ago,1988

Mendes R.Importância da ocupação como determinante de saúde-doença:aspectos metodológicos.Rev.Bras.Saúde Ocupacional,67(17),18-30,1989.

Mendes R, Waismann W.Aspectos históricos da Patologia do trabalho.In: Mendes R.In: Patologia do Trabalho.2ª. Edição atual. e ampliada,São Paulo,Atheneu,,2003,p.3-45.

Mendes,R.Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde:Contribuição para definição de uma Política.[Tese de Livre Docência]São Paulo(SP):Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Mendes,R.Conceito de Patologia do Trabalho.Mendes,R.In: Patologia do Trabalho. 2ª.edição atual. e ampliada,São Paulo,Atheneu,2003,p.47-92

Montes de Oca, M. Subregistro de riesgos de trabajo en el Estado de México. In:V Reunión Nacional de Investigación em Salud em el trabajo. Memorias. Mexico,DF:IMSS,2001.

Mota AE, Amaral AS. Reestruturação produtiva e as novas modalidades de subordinação do trabalho.A nova fábrica de consensos.Ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social.São Paulo:Cortez,1998,p.23-43.

Napole!ao AA, Robazzi RMCC.Acidentes de Trabalho e Subnotificação entre Trabalhadores de Enfermagem.Rev. Enfermagem,11:59-63,2003

Oliveira MHBO, Vasconcelos LCF.Política de Saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas.Cad.Saúde Pública,8(2):RJ,1992.

Oliveira PRA.Fator Acidentário Previdenciário- FAP: Uma abordagem Epidemiológica. Ministério da Previdência Social/Secretaria de Previdência Social/Depto.de Regime Geral.2004.

Possas MC.Saúde e Trabalho:a crise da previdência social.Rio de Janeiro:Ed. Graal,1981.

Possas MC.Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre doenças e acidentes do trabalho no âmbito da previdência Social Brasileira e propostas para sua reformulação.Rev.Bras.de Saúde Ocupacional.60(15),43-72,1987.

Ribeiro HP.Lesões por esforço repetitivo: uma doença emblemática.Cad.Saúde Pública v13supl2Rio de Janeiro,1997.

Rodrigue B,Ruiz MAJ,Cordoba DJA,Escolar PA,Lopez FFJ .Underreporting of percutaneous exposure accidents in a teaching hospital in Spain.Clin Perform Qual Health Care.1999,apr-jun:7(2):88-91

Salinas-Tovar JS,López,Rojas S,Sotonavarro MC,Caudillo –Araujo DE, Sanchez-Roman FR,Borja-Aburto VH. El subregistro potencial de accidentes de trabajo em el Instituto Mexicano del Seguro Social.Salud Publica de México,46(3),may-jun,2004

Santana V,Maia A.P.,Carvalho C,LUZ,G.Acidentes de trabalho não fatais.Diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho.Cad.Saúde Pública,Rj,19(2):481-493,mar-abr,2003

Schwarzer H,Paiva LHS.Participação de Beneficiários e Não Beneficiários da Previdência Social no Mercado de Trabalho.Informe da Previdência Social,15(11),nov.2003.

Setimi,M M.Lesões por Esforço Repetitivo.Caderno de Saúde do Trabalhador.Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador.CUT,SP.2001.

SILVA,Maria Lúcia Lopes da. Previdência Social,um direito conquistado.Brasília:Ed. Do Autor,2ª.Ed.1997.

Spínola AG Atenção à saúde dos trabalhadores:aspectos gerais.Saúde Coletiva:Textos didáticos.Centro Ed. E didático.Salvador-1994

Vasconcelos LCF.Revendo o papel da Previdência Social na questão de saúde do trabalhador.Documento preparado para a Reunião do Grupo de Trabalho sobre o seguro Acidente de Trabalho,no Ministério da Previdência Social.RJ,jan/1995.

Vasconcelos LCF,Oliveira MHB.Política de saúde do trabalhador no Brasil:muitas questões sem respostas.Cad.Saúde Pública;8(2),1992.

Waldvogel BC..Acidentes do Trabalho:Os casos fatais.A questão de Identificação e da Mensuração.Coleção de Estudos e Análises,2002; v.1n.1 :19-53

Work-related accidents and diseases take a heavy toll worldwide. Rev.Panam Salud Publica,12(2),p.137-139,2002.

Wünsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências.Cad Saúde Pública;15(1):41-51,1999.



## ***9- ANEXOS***





- E anteriormente você voltou a trabalhar? Sim Não
- Em relação ao INSS, você teve alguma dificuldade para dar entrada no seu pedido atual de reconhecimento de doença do trabalho? Sim ( ) Em que momento?

Não ( )

- Qual a diferença entre o benefício previdenciário e o acidentário, para você?

**CARTA CONVITE - SEGURADO**

Sr.....

Endereço:.....

Solicitamos comparecer no INSS de Indaiatuba, na Rua Pedro Gonçalves, 1030, no. dia...,hora...para conversar com a assistente social Lúcia Helena.

Estamos estudando porque tantos segurados encostados por doenças entraram com pedido de CAT, mesmo depois de estarem encostados há algum tempo.

A sua participação é importante nesta pesquisa, para que possamos conhecer as dificuldades que você encontrou no INSS para provar que sua doença foi provocada pelo serviço.

Temos um compromisso ético, de que as informações dadas estarão sob sigilo profissional.

As suas dúvidas serão esclarecidas na entrevista, inclusive sobre exames periciais e pagamento do benefício.

Obrigada, antecipadamente,

Indaiatuba,..... de 2005.

Lúcia Helena Neves Alves

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Este documento tem o objetivo de propor um acordo entre a Pesquisadora e o entrevistado, sobre o projeto de pesquisa que ora se inicia. Tal pesquisa é um estudo sobre as dificuldades que o trabalhador se depara na Previdência Social no que diz respeito ao reconhecimento das doenças do trabalho, que pela legislação atual é preciso ter um nexo técnico entre a doença e o serviço que executa.

Pretendemos que as conclusões encontradas venham mudar alguns procedimentos que no momento prejudicam as pessoas envolvidas.

Numa primeira fase do estudo vamos documentar os dados que são cadastrados nos processos de transformação do auxílio doença (comum) em auxílio doença acidentário e, a seguir, realizar entrevistas com os requerentes, no caso você, para que possamos ter uma compreensão mais ampla do problema de “falta de reconhecimento das doenças do trabalho”.

Esta pesquisa está sendo executada por Lúcia Helena Neves Alves, assistente social desta Agência do INSS de Indaiatuba e orientada pelo Professor Dr. Sérgio Roberto de Lucca, da Faculdade de Medicina da Unicamp. A sua participação na informação de dados é individual, sigilosa, sem identificação que possa por em risco qualquer tipo de perseguição ou bloqueio do pagamento de seu benefício, assim como não tem qualquer interferência nas decisões periciais quanto à continuidade de seu benefício e a conclusão do seu processo atual.

Você tem liberdade de não querer participar deste estudo, não havendo nenhuma consequência para seu benefício. Para esclarecer algumas dúvidas que você possa ter, nos colocamos a seu dispor. Nossos telefones de contato são: 38759476 e 19 3788 4738 (telefone do orientador). Casos de denúncias devem ser encaminhados para Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (3788 8936).

Indaiatuba, ... de ..... de 2005.

**CARTA CONVITE - SINDICATOS**

Sr.....

Endereço:..... Indaiatuba São Paulo

Este é um convite de participação numa pesquisa que faço no momento em questão bastante debatida.

Estamos estudando porque tantos segurados afastados por doenças entraram com pedido de CAT, mesmo depois de estarem recebendo auxílio doença há algum tempo.

A sua participação é importante nesta pesquisa, para que possamos conhecer as dificuldades/facilidades que os sindicatos como representantes dos trabalhadores identificam.

Temos um compromisso ético, de que as informações dadas estarão sob sigilo profissional.

Dúvidas poderão ser esclarecidas ,e para isso nos colocamos a seu dispor.

Antecipadamente ,agradecemos a sua participação

Indaiatuba,..... de 2005.

Lúcia Helena Neves Alves

### **QUESTIONÁRIO/SINDICATOS**

1-Vocês atendem trabalhadores, afastados do serviço e recebendo auxílio doença ,com queixas em relação a terem adquirido alguma patologia que consideram ter relação com o serviço que executam?

2- Estas pessoas solicitaram transformação de auxílio doença previdenciário para auxílio doença acidentário no INSS?

3-A entidade aponta dificuldades/facilidades para que o segurado tenha reconhecida sua patologia como resultado de seu trabalho, pelo INSS?

Sim ( ) .....em que momento? .....Quais as dificuldades/facilidades?

Não ( )

**QUESTIONÁRIO/SERVIDOR**

1- QUAL(IS) DIFICULDADE(S) /FACILIDADE (S)QUE VOCÊ IDENTIFICA NA PREVIDÊNCIA EM SEU SETOR ESPECÍFICO ( MÉDICO-PERICIAL/ADMINISTRATIVO)SOBRE O RECONHECIMENTO OU NÃO DO NEXO COM O TRABALHO DA DOENÇA DO SEGURADO,PERMITINDO QUE ESTE RECEBA O AUXÍLIO DOENÇA ACIDENTÁRIO?