

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS E
CONTÁBEIS
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
MONOGRAFIA

LAÍS ANTONIOLLI DE QUADROS

BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORAL NO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

PASSO FUNDO

2014

LAÍS ANTONIOLLI DE QUADROS

**BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORAL NO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Ciências Econômicas da Universidade de Passo Fundo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cleide Fátima Moretto.

PASSO FUNDO

2014

LAÍS ANTONIOLLI DE QUADROS

**BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE
LABORAL NO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Trabalho de Conclusão aprovado em 15 de dezembro de 2014, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas no curso de Ciências Econômicas da Universidade de Passo Fundo, pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Prof^ª. Dra. Cleide Fátima Moretto.
UPF – Orientador

Prof^ª. Ma. Amanda Guareschi
UPF – Banca Examinadora

Prof. Dr. Julcemar Bruno Zilli
UPF – Banca Examinadora

PASSO FUNDO

2014

*Dedico aos meus Familiares, aos meus
Mestres, e a todos que sempre estiveram
comigo me dando força e servindo de
exemplo nesta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS, por nunca ter me faltado saúde e disposição para realização dos meus sonhos e sempre guiando meu caminho.

A minha família, pela compreensão e apoio, sem os quais seria impossível a realização do presente trabalho.

Um agradecimento especial aos meus avós paternos, por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos que precisei me dando apoio e força, e sempre dedicando seu tempo a mim, nunca me deixando faltar nada.

A meu irmão Luan, em quem eu busco força e motivação em todos os momentos.

Aos meus amigos, que de várias maneiras me ajudaram e me incentivaram para chegar até aqui, e pelas diversas vezes que não pude estar com eles devido ao trabalho.

Agradeço as amizades conquistadas ao longo da faculdade, colegas que estiveram comigo passando dificuldades e alegrias e trocando várias experiências.

A empresa em que trabalho, COASA, pelas folgas concedidas, pela confiança, liberdade e compreensão em momentos que não pude estar presente.

Agradeço a UPF, em especial aos professores pela amizade e ensinamento nesses anos de estudo.

A Professora Cleide Fátima Moretto, minha orientadora, por toda dedicação, tempo, ajuda e ensinamentos dedicados a mim. Sua colaboração foi essencial para elaboração deste trabalho. Muito obrigada.

“No que diz respeito ao empenho, ao compromisso, ao esforço, à dedicação, não existe meio termo. Ou você faz uma coisa bem feita ou não faz.”

AYRTON SENNA

RESUMO

QUADROS, Laís Antonioli de. **Benefícios por incapacidade laboral no regime geral de previdência social**. Passo Fundo, 2014. 80p. Monografia (Curso de Ciências Econômicas). UPF, 2014.

A saúde e segurança do trabalhador vêm sendo alvo de importantes debates e modificações no contexto previdenciário brasileiro. A Previdência Social, enquanto política pública, com o intuito de reduzir as desigualdades sociais por meio das políticas sociais é a maior aliada do trabalhador, quando esse se encontra incapacitado para o trabalho. O estudo tem o objetivo é analisar a configuração e dimensão econômica dos acidentes de trabalho no contexto da previdência social brasileira. Em nível descritivo e com abordagem quantitativa, baseia-se nas técnicas de pesquisa bibliográfica e do levantamento de dados secundários, obtidos no banco de dados do Ministério da Previdência Social, para o período de 2003 a 2012. Focaliza as variáveis acidentes de trabalho total, acidentes de trabalho liquidados e benefícios previdenciários emitidos. O estudo revela que, apesar do avanço das medidas protetivas em nível de saúde e segurança do trabalhador, há uma expressiva frequência de acidentes de trabalho, que repercutem em um conjunto de benefícios previdenciários de forma a amparar o trabalhador. Os gastos com auxílio-doença, em termos financeiros, impactam de modo expressivo nos gastos previdenciários públicos, superando, inclusive, os valores pagos como benefícios de aposentadoria por idade e tempo de serviço.

Palavras chaves: Saúde e Segurança do Trabalhador. Previdência Social. Gastos Públicos Previdenciários.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPS- Anuário Estatístico da Previdência Social
CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho
CNAE- Classificação Nacional de Atividade Econômica
CUT- Central Única do Trabalhador
DRT- Doenças Relacionadas ao Trabalho
EPI- Equipamentos de Proteção Individual
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS- Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LOS- Lei Orgânica da Saúde
MPS- Ministério da Previdência Social
MTE- Ministério do Trabalho e Emprego
NTEP- Nexo Técnico Epidemiológico
OIT- Organização Internacional do Trabalho
PSPS- Plano Simplificado de Previdência Social
RGPS- Regime Geral de Previdência Social
RINA- Relatório Individual de Notificação de Agravos
RPC- Regime de Previdência Complementar
SIST- Sistema de Notificação em Saúde do Trabalhador
SST- Saúde e Segurança do Trabalho

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Evolução dos acidentes de trabalho liquidados, por consequência, dos doze estados com maior incidência, Brasil, 2003-2012 49
- Tabela 2-** Acidentes de trabalho totais por gênero, homens, mulheres, Brasil – 2003-2012..... 55
- Tabela 3-** Acidentes de trabalho totais, frequências absoluta e relativa (%), por faixa etária e gênero, Brasil, 2003-2012 57
- Tabela 4-** Evolução do número de benefícios previdenciários concedidos, por espécie, Brasil - 2003-2012 65
- Tabela 5-** Evolução dos gastos previdenciários, total e por principais espécies, em R\$ constantes, Brasil, 2003-2012. 67
- Tabela 6-** Gastos previdenciários, em R\$ Constantes, principais espécies: Auxílio-doença, Aposentadoria por invalidez, Aposentadorias Acidentárias, Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário, Auxílio Acidente, Pensões Acidentárias - Brasil, 2003- 2012..... 70

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Evolução da participação dos contribuintes na previdência social do Brasil, em %, calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE)– 1982 a 2009. 32
- Figura 2-** Evolução das consequências dos acidentes de trabalho liquidados, frequência absoluta, Incapacidade por menos de 15 dias, Incapacidade por mais de 15 dias, Assistência médica, Incapacidade permanente e Óbitos- Brasil, 2003-2012. 47
- Figura 3-** Evolução do número de acidentes totais, típico com CAT e sem CAT, de Trajeto com CAT e Doença de trabalho com CAT- Brasil, 2003-2012.53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS	16
2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL DO TRABALHADOR BRASILEIRO	29
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	42
3.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO OU CATEGORIAS DE ANÁLISE	44
3.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	45
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
4.1 ACIDENTES DE TRABALHO LIQUIDADOS POR CONSEQUÊNCIA.....	46
4.2 EVOLUÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO TOTAIS	53
4.3 GÊNERO E FAIXA ETÁRIA DOS ACIDENTES TOTAIS	54
4.3 INCIDÊNCIA DE ACIDENTES POR ATIVIDADE ECONÔMICA.....	59
4.4 GASTOS PÚBLICOS PREVIDENCIÁRIOS.....	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é essencial para a manutenção da dinâmica produtiva. Dele dependem muitas famílias e indivíduos, mas nem sempre esse fator está associado a elementos positivos. Os processos de trabalho, num contexto de produção intensiva, têm demonstrado afetar negativamente o trabalhador, sobretudo em termos da sua saúde. São inúmeros os dados que evidenciam o adoecimento dos trabalhadores, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Segundo Draibe (2003), nos anos 1990, ocorreram mudanças na legislação trabalhista com a concentração nos temas de rigidez de contratos e os custos indiretos da mão de obra. A autora levanta as alterações significativas introduzidas durante esse período: ampliação do contrato de trabalho por tempo determinado, perante negociações coletivas; edificação do banco de horas; salário proporcional ao aumento da jornada; ampliação salarial; fortalecimento de mecanismos de fiscalização todo trabalho; dentre outras introduções como a do instituto da meação trabalhista.

No Brasil, em termos de política social, que tem como objetivo a redução da desigualdade social por meio da redistribuição de renda, a sua estrutura de gastos deve-se a diferentes grupos sociais e às áreas onde estão alocados. O principal gasto social do governo brasileiro é com a Previdência Social, por meio do Ministério da Previdência Social. Na estrutura previdenciária encontram-se o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), os Regimes Próprios de Previdência dos Servidores Públicos e militares e Regime de Previdência Complementar (RPC), através desses, os programas sociais de ataque à pobreza são expandidos. Esta estrutura tem tido visibilidade por meio de políticas públicas, a qual vem estreitando as relações entre o Estado e o cidadão é por meio dessa política que os serviços sociais são distribuídos de acordo com a demanda da sociedade. O contexto é de melhoria nos termos da proteção social e das políticas públicas, mas as estatísticas ainda apontam para um crescimento no número de

acidentes de trabalho, reforçados pelas relações de trabalho precarizadas, como é o caso do setor informal.

Lara afirma que “[...] o trabalho esta muito longe de representar aquele momento de realização humana, de produção de respostas às suas carências autênticas.” (2011, p. 81). O autor afirma que “o modo de produção capitalista possibilitou as condições técnicas para uma vida emancipada do trabalho alienado, que penaliza, degrada e adocece o homem.” (LARA, 2011, p. 81).

Compreende-se que os trabalhadores, nas condições de trabalho atuais, adoecem e acidentam-se devido aos ritmos intensificados de produção existente. Lacaz argumenta que “o trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas.” (2007, p. 759). Segundo o autor, a saúde ocupacional do trabalhador resume-se em adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho. Ainda, salienta a importância de a empresa dedicar aos exames admissionais e periódicos “[...] na busca para selecionar os mais hígidos, excluindo aqueles que apresentem algum ‘desvio’ da normalidade”. (LACAZ, 2007, p. 759, grifos no original).

O afastamento de empregados, temporária ou permanentemente, tem causado prejuízos tanto para funcionários quanto para o empregador. O número de colaboradores com doenças ocupacionais vem crescendo cada vez mais no Brasil. É importante considerar que o trabalho deveria permitir ao trabalhador uma vida digna e saudável. Foi com base neste preceito que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criou a Agenda do Trabalho Decente, este sendo definido “[...] como um trabalho com justa remuneração, realizado em condições adequadas, em regime de liberdade, equidade e segurança.” (BALTAR, 2013, p. 105). A Central Única do Trabalhador (CUT, 2011) reforça que Trabalho Decente da OIT conceitua-se no sentido de que todas as pessoas dependentes de seu trabalho possuem o direito de um trabalho em condições de segurança, desde à proteção social adequada até a oportunidade de o indivíduo a ter um emprego produtivo, estabelecendo uma ponte entre o trabalho e a sociedade.

Mattioli (2001) comenta que a OIT, em sua 43ª Conferência, definiu que a saúde ocupacional é um serviço médico e aprovou a “Recomendação para Serviços de Saúde Ocupacional, 1959”, que tem como objetivos: a contribuição na adaptação do trabalho ao trabalhador, assim como o estado físico e mental do trabalhador em relação a atividade profissional a que esteja apto; a proteção à saúde do trabalhador a qualquer risco que o mesmo possa estar exposto, advindo da atividade que venha a realizar; e a

contribuição com o bem-estar físico e mental do trabalhador, de forma a melhorar o estabelecimento e manutenção.

Visto a necessidade de proteção e amparo ao trabalhador, assim como a cobertura de aposentadorias, pensão por morte, salário-maternidade e outros tipos de auxílio, criou-se a Previdência Social. A mesma, segundo o Ministério da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2009), teve início no Brasil em 1923, quando a chamada “Lei Eloy Chaves” teve aprovação, a lei determinava a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) aos empregados de empresas ferroviárias. Segundo a mesma fonte, a previdência social foi marcada pela criação de benefícios acidentários, por invalidez e compensatórios perante a doença. O Ministério da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2009) destaca que são várias as áreas de atuação da Seguridade Social, na Saúde, Assistência Social e Previdência Social, atuando na elaboração de programas e políticas de inclusão e igualdade de oportunidades assim como a reinserção de pessoas, uma vez incapacitadas, no mercado de trabalho. De acordo com a mesma fonte, a cobertura previdenciária é de extrema importância para os idosos inativos assim como para os trabalhadores economicamente ativos, pois garante além de sua proteção a de seus dependentes, a cobertura também é fundamental perante circunstâncias como velhice e doença que prejudicam sua capacidade econômica de auto-sustento.

Este trabalho tem como tema a análise da saúde do trabalhador no âmbito da estrutura previdenciária e se justifica pela importância que a sociedade como um todo, o empregador e o Estado devem dedicar a esse respeito, pois implica em saúde pública.

A preocupação inicial deveu-se aos problemas que o Regime Geral da Previdência encontra com o aumento de acidentes de trabalho e na captação de recursos para custear tal benefício. O Brasil é um dos países que mais gasta com previdência social, são cerca de 700 mil casos registrados por ano de acidentes de trabalho, mais os casos não registrados; esses acidentes representam para o governo cerca de 70 bilhões de gastos com os benefícios, de acordo com o Portal Brasil (BRASIL, 2012). O gasto excessivo com a Previdência Pública gera grandes problemas para o país, drenam recursos de outras áreas, como educação e saúde, porém, é de fundamental importância para a subsistência do trabalhador, garantindo seu sustento em caso da perda de sua capacidade laborativa.

O objetivo geral do estudo é analisar a configuração e dimensão econômica dos acidentes de trabalho no contexto da previdência social brasileira. Para tanto, propõe como objetivos específicos:

- analisar a saúde do trabalhador enquanto política social e pública no âmbito da estrutura previdenciária brasileira;
- contextualizar as políticas de proteção do trabalhador pela ótica do Estado, das empresas e dos trabalhadores;
- examinar a evolução, configuração e dimensão do adoecimento do trabalhador e a dinâmica do mercado de trabalho brasileiros.

Em relação aos aspectos metodológicos, a pesquisa é aplicada, em nível descritivo por meio do método dedutivo e uma abordagem quantitativa. As técnicas de pesquisa utilizadas de revisão bibliográfica e de dados secundários a partir do banco de dados do Ministério da Previdência Social (MPS), juntamente com as bases de dados estatísticos da RAIS.

A partir da presente introdução, o trabalho apresenta a revisão de literatura, a qual trata da previdência social no contexto das políticas públicas e sociais e a saúde do trabalhador no contexto das políticas de proteção social do trabalhador brasileiro. No terceiro capítulo discutem-se os métodos e técnicas utilizados para a realização do trabalho. Na sequência é apresentada a análise dos resultados a fim de examinar a evolução do adoecimento do trabalhador brasileiro. Por fim, o último capítulo, apresenta as considerações finais do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a sustentação da revisão de literatura, este capítulo tem o intuito de apresentar diferentes perspectivas teóricas e aplicadas, buscando contextualizar, primeiramente, a previdência social no âmbito das políticas públicas e sociais e, em seguida, expandir a análise da saúde do trabalhador no contexto das políticas de proteção social do trabalhador brasileiro. Busca-se discutir sobre como está sendo tratada a saúde do trabalhador assim como a sua segurança na estrutura previdenciária brasileira.

2.1 A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS

Nesta seção será abordado o que são de fato cada política, pública e social, e como a previdência social está inserida dentro de tais políticas, assim como a relação entre o Estado e as políticas implementadas pelo mesmo, em uma sociedade em que trabalhadores dependem diariamente de recursos advindos do mesmo, sendo esses de extrema importância no contexto do amparo social.

Frey (2000) afirma que na ciência política são levantadas três abordagens de investigação, são elas: questionamento clássico, questionamento político e, por último, análise de campos específicos de políticas públicas. Para tanto, cabe citá-las para melhor entendimento:

Em primeiro lugar, podemos salientar o questionamento clássico da ciência política que se refere ao sistema político como tal e pergunta pela ordem política certa ou verdadeira: o que é um bom governo e qual é o melhor Estado para garantir e proteger a felicidade dos cidadãos ou da sociedade foram as preocupações primordiais dos teóricos clássicos Platão e Aristóteles. Em segundo lugar, temos o questionamento político, propriamente dito, que se refere à análise das forças políticas cruciais no processo decisório. E, finalmente, as investigações podem ser voltadas aos resultados que um dado sistema político vem produzindo. Nesse caso, o interesse primordial consiste na avaliação das contribuições que certas estratégias escolhidas podem trazer para a solução de problemas específicos. O último dos questionamentos mencionados diz respeito à análise de campos específicos de políticas públicas como as políticas econômicas, financeiras, tecnológicas, sociais ou ambientais. Entretanto, o interesse da análise de políticas públicas não se restringe meramente a aumentar o conhecimento sobre planos, programas e projetos desenvolvidos e implementados pelas políticas setoriais (FREY, 2000, p. 213 e 214).

No que se refere ao surgimento da ciência política, Frey (2000) argumenta que a mesma surgiu no início dos anos 1950 nos Estados Unidos e na Europa a política somente tomou força a partir dos anos 1970. Destaca que por meio da ascensão da socialdemocracia o planejamento e as políticas setoriais foram estendidos. Todavia, no Brasil, segundo o autor, o estudo é bastante recente sendo condizentes à análise das estruturas e instituições. Segundo Borba (2013), a Ciência Política é o ramo da ciência social que estuda a teoria, da ordem, do governo e práticas do Estado, é a ciência encarregada também pelo estudo do poder político, sua preocupação central é explicar os fenômenos políticos e compreendê-los, através da análise de como se apresentam na sociedade.

[...] do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (SOUZA, 2006, p. 25).

Entretanto, ao conceituar políticas públicas, Höfling as entende como sendo de responsabilidade estatal “[...] quanto à implementação e manutenção a partir de um

processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada.” (2001, p.31). Souza afirma que a política pública nasceu nos EUA sendo uma área de conhecimento e disciplina acadêmica e concentrava-se “[...] mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos.” (2006, p.22). Em outras palavras, a autora fala que tal política enfatizava mais os estudos direcionados à ação dos governos ao invés de estabelecer relações sobre o papel do Estado.

O pressuposto analítico que regeu a constituição e a consolidação dos estudos sobre políticas públicas é o de que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes. A trajetória da disciplina, que nasce como subárea da ciência política, abre o terceiro grande caminho trilhado pela ciência política norte-americana no que se refere ao estudo do mundo público. O primeiro, seguindo a tradição de Madison, cético da natureza humana, focalizava o estudo das instituições, consideradas fundamentais para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana. O segundo caminho seguiu a tradição de Paine e Tocqueville, que viam, nas organizações locais, a virtude cívica para promover o “bom” governo. O terceiro caminho foi o das políticas públicas como um ramo da ciência política para entender como e por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006, p.22, grifos no original).

Cabe citar, ainda, no que se refere ao conceito de políticas públicas, que: “O estudo de políticas públicas é uma das áreas em que os cientistas políticos encontraram razões para esperanças de que venham a ser capazes de emular os economistas quanto a rigor e precisão.” (REIS, 2009, p.40). O autor afirma que para muitos especialistas em ciência política o foco “[...] para problemas de políticas públicas surge como promissora mudança, por meio da qual sua disciplina poderia vir a acercar-se do tão almejado status científico.” (REIS, 2009, p.40). Em outras palavras, a política pública surgiu com o intuito de assegurar os direitos de todo cidadão brasileiro, através de ações desenvolvidas pelo Estado. Borba (2013), por sua vez, argumenta que uma ação governamental é uma decisão política, essa decisão é denominada Política Pública, que são exercidas através de processos políticos e reguladas por um plano normativo. O autor afirma que a dinamização das políticas públicas e seu surgimento vêm provocando mudanças na relação Estado e Sociedade, essa, por sua vez, assume, além de espaços de participação decisória, uma parte na implementação de programas e sua elaboração. O aumento da proteção dos idosos e trabalhadores ativos na área da Seguridade Social é

uma das principais metas das políticas públicas de acordo com o Ministério da Previdência Social (BRASIL. MPS, 2009).

Em relação às políticas sociais, Höfling (2001) afirma que as mesmas surgiram nos movimentos populares do século XIX, devido aos conflitos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. Para o autor, o objetivo das políticas sociais é a diminuição das desigualdades estruturais ocasionadas pelo desenvolvimento socioeconômico, as mesmas são ações que ocasionam o padrão de proteção social implementado pelo Estado e são voltadas para a redistribuição dos benefícios sociais.

Pereira afirma que, no Brasil, a política social surgiu nos anos 1930, “associada formalmente a direitos sociais reivindicados por trabalhadores organizados, mas ironicamente submetida a práticas populista e nacional desenvolvimentista do governo ditatorial de Vargas.” (2012, p.732). A partir de então, a política social, como afirmam Favoni e Souza, foi utilizada “como instrumento de participação em um contexto de limitação ao estabelecimento de uma ordem democrática, onde o Estado interveio com grande autonomia.” (2004, p.112).

Para Zimmerman e Silva (2009), os estudos sobre políticas sociais consistem em analisar os pontos positivos de tal política, sendo algumas delas a cobertura de riscos, qualidade de vida e bem-estar da população. Os autores afirmam que não há um “[...] questionamento em torno da necessidade de existência ou não das políticas sociais, mas ‘como’ elas devem ser formuladas e quais devem ser seus objetivos primordiais.” (ZIMMERMAN; SILVA, 2009, p.346, grifos no original).

[...] na história das políticas sociais, os principais conflitos ocorreram entre o grau de imunidade do mercado, sobretudo na força, nos limites e na qualidade dos direitos sociais. Todavia, o *puro status* de mercadoria dos trabalhadores nunca existiu completamente na realidade. Variadas formas de proteção pré-capitalistas sempre existiram e novos mecanismos de proteção social emergiram e não de emergir (ZIMMERMAN; SILVA, 2009, p. 348).

As afirmativas de Zimmerman e Silva (2009) apontam que quando surgiu a ideologia da proteção social, os liberais foram contra. Acreditavam que a proteção social seria um desperdício e um incentivo aos vícios e, portanto, não combateria a miséria. Mas por força das circunstâncias, os liberais obrigaram-se a aceitar a intervenção do Estado nas políticas sociais, “[...] o liberalismo passa a reconhecer a

necessidade de um mínimo de intervenção social, uma vez que a população morreria sem a existência de serviços de saneamento público.” (ZIMMERMAN; SILVA, 2009, p. 350). Os autores ressaltam, também, que os neoliberais partem do pressuposto de que o papel do Estado no fornecimento de políticas sociais deveria ser contraído, por outro lado, o papel do mercado, valorizado.

No que se refere à concepção de Seguridade Social, França afirma que:

O constituinte de 1988 aplicou a concepção de Seguridade Social entendendo ser uma política de proteção integrada da cidadania fundamentada na declaração dos direitos do homem, enquanto política pública de proteção social, política de direitos, universal e de responsabilidade estatal, composta pela saúde, Previdência e assistência social. Dentro desse contexto, a Previdência Social brasileira deixou de ser um simples seguro para se tornar um direito social (2011, p. 17).

O campo de assistência social é visto como uma política pública por Monnerat e Souza onde afirmam que “[...] na assistência social, é preciso reconhecer que, pela primeira vez, esta adquiriu o estatuto de política pública, entendida como área de intervenção do Estado, o que abriu possibilidades de rompimento com o legado assistencialista.” (2011, p.42). As autoras fazem uma colocação referente às desigualdades sociais, as quais passam a ter mais destaque no ramo das políticas públicas:

O tema da pobreza e a discussão em torno das ações governamentais necessárias para fazer face às históricas desigualdades sociais passam a ocupar lugar de destaque na agenda pública do governo eleito em 2003. A elevação desta problemática ao rol das prioridades governamentais empresta, sem dúvida, um novo sentido ao campo da assistência social como política pública (MONNERAT; SOUZA, 2011, p.42).

De acordo com Salvador, fazendo uma análise tributária das políticas sociais que compõem a seguridade social, previdência, assistência social e saúde, “[...] revela que a estrutura do sistema tributário brasileiro rebate diretamente nas fontes de financiamento da seguridade social.” (2012, p.15). Para ele, as despesas do Estado com políticas sociais são de grande importância para a garantia dos direitos do cidadão, porém os gastos nem sempre são feitos de maneira que garantam a justiça social, assim como os

benefícios e os serviços nem sempre são de forma universal buscando suprir as desigualdades sociais.

De acordo com Draibe (2003), as áreas de políticas sociais mais sensíveis às transformações da estrutura produtiva e do mercado de trabalho foram a de previdência social, legislação trabalhista e sindical e programas de proteção ao trabalhador. A autora ainda afirma que a previdência social, por motivo de equilíbrio fiscal, a legislação trabalhista, em relação à modernização e adequação aos padrões de competitividade, e as políticas empregatícias, para responderem ao crescente desemprego, estiveram pressionadas a mudar ou inovar.

Considerando que a previdência social é entendida como uma medida de política pública que busca a redução da desigualdade social, e que essa, por sua vez, é um dos principais objetivos das políticas sociais, é importante destacar o trabalho de França, o qual afirma que “[...] mesmo sabendo da importância da Previdência no contexto econômico e social, é preciso dinamizar ainda mais essa política pública no sentido de promover a estabilidade social sustentável [...]” (2011, p.20), tendo em vista que o número de pessoas sem previdência ainda é quase o dobro daquele com previdência. O autor afirma que a Previdência Social garante além da proteção social em situação de incapacidade do trabalhador assim como seu sustento e de sua família, o movimento econômico dos municípios favorecendo o consumo e, assim, garantindo renda e dinamismo, inclusive dos municípios de menor porte. França (2011) complementa que, enquanto política pública, a Previdência Social, reúne um conjunto de recursos para um projeto de cidadania, sendo o de redução da pobreza um dos principais.

No que se refere ao surgimento da Previdência Social, Favoni e Souza afirmam que:

A Previdência Social nasceu da necessidade de assegurar os bens materiais essenciais para o futuro dos indivíduos, e resultou de um sentimento de solidariedade que se manifestou na assistência à população vulnerável. No entanto, as mudanças na vida econômica e social ocorridas no contexto das transformações maiores do capitalismo fazem com que os sistemas de proteção social enfrentem um dilema, pois é preciso continuar a beneficiar os mais vulneráveis, mas o Estado, que é o grande financiador dos programas sociais, já não consegue atender a todas as demandas (2004, p.112).

De acordo com o artigo estabelecido: “Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória,

observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial [...]” (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2002, p. 16). De acordo com a mesma fonte, o marco inicial da legislação previdenciária social no Brasil foi a Lei Eloy Chaves, Decreto-lei nº 4.682/23, por meio da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) de nível nacional. A legislação prevê que a previdência atenderá:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes[...] (PINTO; WINDT; CÉSPEDES, 2002, p.17-18)

Paduá e Costa (2007) afirmam, em relação à previdência, que a mesma tem como principais objetivos garantir a reposição de renda dos segurados contribuintes, quando impossibilitados de trabalhar evitando a pobreza entre as pessoas que por motivos biológicos ou acidentários, não podem mais participar do mercado de trabalho, ou seja, do processo de produção da riqueza nacional, que por sua vez, não conseguem através da remuneração de seu trabalho, aprimorar-se e garantir seu sustento.

A fim de caracterizar a Previdência Social, Paduá e Costa explicam que

A Previdência Social é uma política pública que oferece um benefício monetário às pessoas em situação de vulnerabilidade, mediante contribuição, sobre riscos genéricos ou específicos, isto é, eventos futuros, imprevisíveis ou incertos, mediante a contribuição financeira, mensal, dos seus beneficiários diretos (segurados) ou indiretos (empresas) e do Estado. As nove contingências clássicas previstas na Convenção 102 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) são: idade avançada, invalidez, morte, enfermidade, maternidade, acidente do trabalho, encargos familiares, desemprego e tratamento médico. No Brasil, as duas últimas contingências são cobertas pelo Seguro-Desemprego e pelo SUS, respectivamente, fora dos regimes previdenciários usuais (2007, p. 306).

No ponto de vista de Takahashi e Iguti, os serviços previdenciários possuem características administrativas e técnicas de seguro social desenvolvendo práticas que proporcionam a “cidadania regulada”, isso quer dizer que “[...] os direitos de assistência médica, pensões e aposentadorias estiveram vinculados ao contrato compulsório dos trabalhadores do setor privado com o seguro gerenciado pelo Estado, mas na

dependência da inserção formal no mercado de trabalho.” (2008, p. 2662). No início, de acordo com os autores, a proteção social ficou restrita apenas a alguns setores da economia, coberta pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e logo foi unificada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

No que diz respeito à divisão da Previdência Social no Brasil, Paduá e Costa (2007) destaca que são três regimes: Regime Geral, Regime Próprio e por último, Regime Complementar. Explicam

No Regime Geral está o segurado que exerce atividade remunerada, que já exerceu atividade remunerada ou que está sem remuneração, como o caso da dona de casa. No Regime Próprio, os segurados são os servidores públicos, titulares de cargos efetivos da União Federal e de Municípios, incluídas as fundações, autarquias, e militares. No Regime Complementar, qualquer pessoa física pode aderir a um plano de previdência privada, sendo facultativa a filiação (PADUÁ; COSTA, 2007, p. 306).

Em relação à contribuição previdenciária, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL. AEPS, 2007), os principais contribuintes da Previdência Social são as empresas, o empregador doméstico e o trabalhador.

Contribuem para o Regime Geral da Previdência Social – RGPS a empresa e a entidade a ela equiparada, o empregador doméstico e o trabalhador. São segurados obrigatórios as seguintes pessoas físicas: empregado, empregado doméstico, contribuinte individual, trabalhador avulso e segurado especial. Existem, ainda, os que se filiam à Previdência Social por vontade própria, os segurados facultativos. A cada tipo de contribuinte é definida uma forma específica de contribuição. (BRASIL, AEPS, 2007, p. 542).

Referindo-se ao tempo de contribuição, é possível afirmar, de acordo com o Ministério da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2014), que para a aposentadoria integral é necessário que o homem tenha contribuído 35 anos e a mulher 30 anos, para esse tipo de aposentadoria basta que o tempo de contribuição seja cumprido, independentemente da idade e pedágio, já na aposentadoria proporcional, após dezembro de 1998, é necessário que a mulher contribua por um tempo mínimo de 25 anos mais pedágio, aposentando-se a partir de 48 anos de idade, enquanto o homem se aposenta a partir dos 53 anos de idade e contribuiu por um tempo mínimo de 30 anos

mais pedágio. Segundo a mesma fonte, são considerados tempo de contribuição: - Período de atividade rural; - Conversão de período de atividade especial; - Serviço militar; - O período em que a segurada esteve recebendo salário-maternidade; - O período de benefício por incapacidade; - RPPS - Regime Próprio de Previdência Social.

Foguel, Moreira e Santos (2012) afirmam que o sistema previdenciário brasileiro garante pagamentos futuros de aposentadoria, ou pensão no caso de morte do trabalhador, assim como um conjunto de benefícios que incluem auxílio-doença, invalidez e salário-maternidade, perante o cumprimento de regras de contribuição previdenciária. Explicam que esta, por sua vez, pode ser feita de duas maneiras: compulsória, quando o empregado é contratado formalmente (trabalha com carteira assinada), ou voluntária, que é o caso dos trabalhadores que não possuem carteira de trabalho assinada, a segunda, é considerada um dos maiores problemas enfrentado pelo sistema previdenciário na questão de arrecadação. Os autores afirmam que, nas últimas décadas, gestores do sistema previdenciário vêm tentando atrair trabalhadores informais que não contribuem hoje, além disso, mudanças nas regras previdenciárias foram introduzidas, como a alteração da idade mínima para aposentadoria dos servidores públicos. De acordo com os autores, em 2007 foi criado o Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS), reduzindo a alíquota de contribuição de 20% para 11% sobre o valor de um salário mínimo para trabalhadores que contribuem voluntariamente. “Os trabalhadores que decidam aderir ao PSPS passam (continuam) a *fazer jus* ao pacote de auxílios previdenciários (e.g. auxílio-doença e salário-maternidade), porém só podem se aposentar pelo critério de idade [...]” (FOGUEL; MOREIRA; SANTOS, 2012, p.642), não possibilitando ao trabalhador requerer a aposentadoria por tempo de contribuição.

De acordo com Batich (2004), o sistema previdenciário pode diferenciar-se de uma sociedade para outra de acordo com a história de sua formação e desenvolvimento a qual é interferida por fatores políticos, econômicos, culturais e sociais, porém em todas há uma função em comum: a previdência assegura com recursos financeiros a população que se encontra afastada do mercado de trabalho por motivos de idade avançada, doença ou invalidez, motivos esses alheios à sua vontade. A Previdência Social tem sido um instrumento muito importante no combate à pobreza e na forma de garantia de renda aos idosos e ao incapacitado de realizar suas atividades normais, além de contribuir de forma eficaz para a melhoria do bem-estar social. Seus benefícios são concedidos e administrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social-INSS.

No que se refere aos gastos do governo com a Previdência Social, “O governo federal brasileiro gasta, anualmente, mais de R\$ 200 bilhões com programas sociais, aí incluídos educação, saúde, previdência social, assistência social e trabalho”. (CAMARGO, 2004, p.69). Segundo o autor, comparado com a necessidade de recursos para eliminar a pobreza no país, esse gasto é alto. “Do total de R\$ 10 bilhões despendidos em assistência social, cerca de R\$ 5 bilhões, ou seja, a metade, são destinados aos idosos. Os gastos com assistência social de crianças e adolescentes correspondem a R\$ 3,5 bilhões”. (CAMARGO, 2004, p.70). Explica que, quanto maior a relação entre a dimensão dos programas sociais e o volume de recursos disponíveis, maior será a expectativa de que os ajustes ocorram por meio da diminuição da qualidade concedida à sociedade, gerando dessa forma, maior focalização a população mais pobre, ou seja, a probabilidade de que os objetivos da população sejam atingidos diminui caso a relação entre a dimensão de programas sociais e a disponibilidade de recursos também diminuam. O autor afirma que o gasto com a previdência social no combate a pobreza é extremamente importante, principalmente as pessoas mais idosas, o objetivo dessa política tem sido bem sucedida pelo fato de contribuir com a renda *per capita* familiar.

Para Salvador, é através do fundo público que o Estado mobiliza recursos para intervir na economia do país, “O orçamento público é que garante concretude à ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo. O fundo público deve assegurar recursos suficientes para o financiamento das políticas sociais.” (2012, p.5). De acordo com o autor, o papel do fundo público em relação à vinculação das políticas sociais assim como em sua reprodução do capital é de extrema relevância, o autor também afirma que “A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo.” (SALVADOR, 2012, p.7).

Batich (2004) afirma que a população ativa que contribui para a manutenção do sistema previdenciário é a responsável pelos recursos atuais que são destinados ao pagamento de benefícios, por isso tem garantido o direito de usufruir desse recurso também quando, por sua vez, vier a se ausentar do mercado de trabalho. Com base nos dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA, 2010), conforme apresenta a Figura 2, a proporção de contribuintes à previdência social na população aumentou significativamente entre 1982 e 1990, de cerca de 20% para quase 28%. Porém, a partir deste ano até 2003, houve uma queda gradativa, daí em diante, até 2009, volta a crescer pouco a pouco novamente.

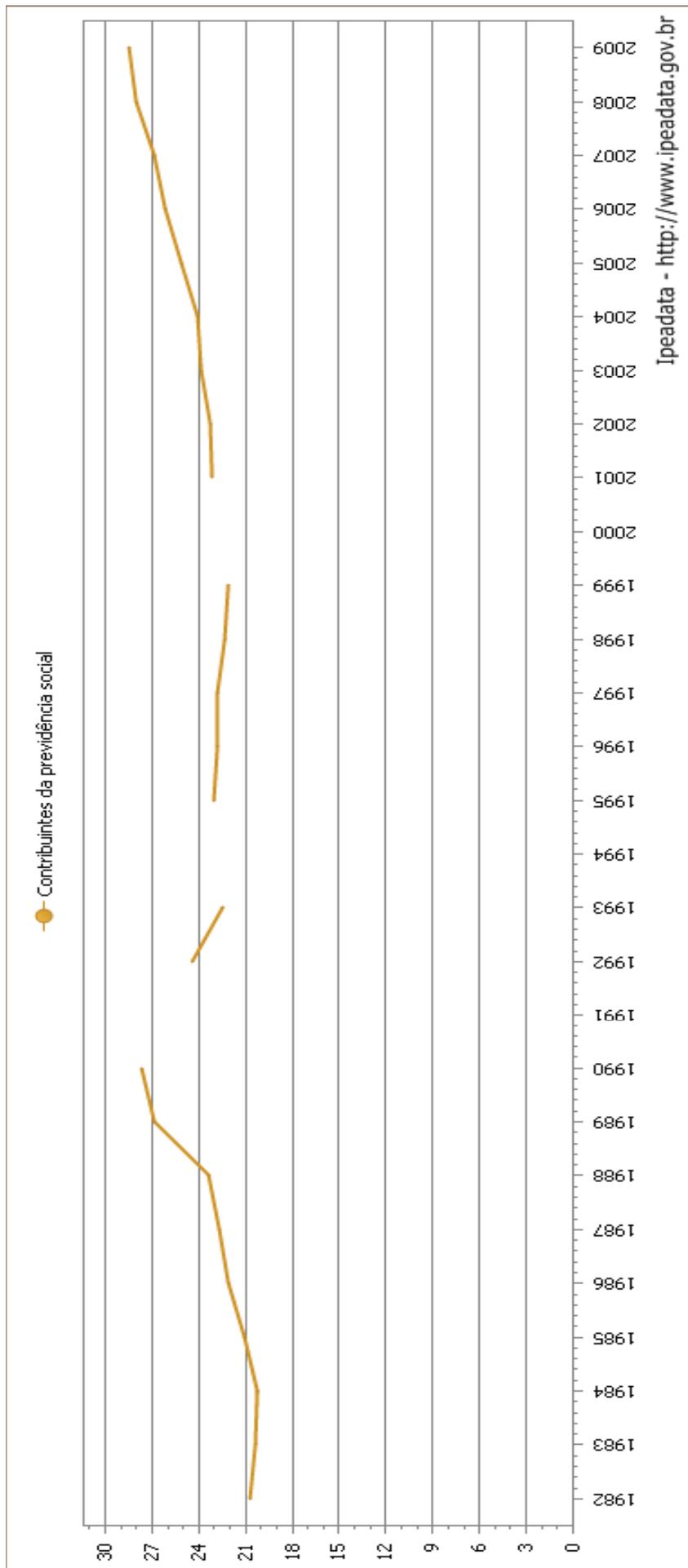


Figura 1 - Evolução da participação dos contribuintes na previdência social do Brasil, em %, calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE)– 1982 a 2009.

Fonte: Ipeadata (IPEA, 2010).

Em relação aos beneficiários, de acordo com o Informe da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2014), do ponto de vista do perfil dos mesmos, as conclusões foram de que as mulheres são maioria, apesar de ser minoria entre os contribuintes. Isto demonstra, de acordo com a mesma fonte, a importância da Previdência Social para proteção da família do trabalhador, tendo em vista que as mulheres têm maior participação no caso das pensões e menor no caso de aposentadorias por tempo de contribuição, bem como tem maior expectativa de vida que os homens.

Takahashi e Iguti (2008) afirmam que durante e após as reformas previdenciárias, na década de 1990 e anos 2000, não foi levado em conta os principais problemas que a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador de 1993 diagnosticou que foram: a classe trabalhadora continua sofrendo consequências geradas pelo trabalho que são adoecimento e mortes, os segurados continuam sendo tratados como não-cidadãos, e as instituições públicas que fazem ligação com a saúde do trabalhador continuam com pouco poder de intervenção perante as empresas.

Para tanto, é importante destacar, segundo Lara (2011), que um avanço na melhoria das políticas públicas se dá pela defesa da saúde do trabalhador, sendo que as mesmas devem ser encaradas como luta da classe em uma condição emergencial. Cabe compreender o processo de trabalho nesse contexto. Lacaz (2007) vê este como sendo danoso à saúde do trabalhador e destaca que a defesa de políticas públicas induzidas pelo campo de Saúde do Trabalhador confirma o papel principal dos serviços públicos de saúde no instante em que a atenção à saúde do trabalhador, juntamente com a assistência e a vigilância, são incorporadas no meio produtivo. O autor explica que é através do Estado que as políticas públicas são executadas a fim de atender às demandas sociais dos trabalhadores, sendo um espaço de luta política pela manifestação dos direitos dos mesmos. Nessa direção, Lara complementa que “A saúde do trabalhador ganha relevância e urgência no âmbito das políticas sociais, os sindicatos, empresários, gestores e trabalhadores enfatizam em suas agendas o importante debate sobre as condições de adoecimentos e de doenças do trabalho.” (2011, p. 79). O autor afirma que é de extrema importância a atenção à saúde do trabalhador, sendo uma condição de emergência no processo de construção da sociedade visando o futuro, assim como a “[...] defesa da saúde do trabalhador devem ser encaradas como principal agenda das lutas dos trabalhadores, dos profissionais e dos gestores das políticas sociais voltadas para a saúde.” (LARA, 2011, 79). No campo das políticas sociais, o autor complementa que os mecanismos de seguridade social foram deixados de lado pelo Estado, pelo fato

de que trabalhadores, muitas vezes, encontram dificuldades para serem atendidos pela política pública numa situação de adoecimento ou acidente, ou até mesmo o reconhecimento das condições de adoecimento como uma doença ocupacional, ou seja, o nexo causal. O autor, também, destaca que são muitos os casos em que o trabalhador quando adoece ou se acidenta pode até mesmo perder o emprego.

Em relação a quem possui o direito de recebimento de benefícios previdenciários, Souza et al. (2008) citam os empregados, segurados especiais e trabalhadores avulsos do Regime Geral da Previdência Social. Estes são os que podem receber benefício por Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), sendo de responsabilidade do médico perito do INSS, autarquia ligada ao Ministério da Previdência Social, a atribuição do nexo causal entre a doença ou acidente e o trabalho. No caso dos trabalhadores empregados, os autores afirmam que, em situações de afastamento do trabalho por mais de 15 dias, será o INSS que arcará com o pagamento do trabalhador incapacitado para o trabalho, já os trabalhadores avulsos e os segurados especiais recebem o benefício desde o primeiro dia do afastamento do trabalho. “O estabelecimento do nexo causal é baseado no conhecimento clínico e epidemiológico do perito segundo uma lista de DRT elaborada pelo Ministério da Previdência Social.” (SOUZA et al., 2008, p. 632).

No que diz respeito aos registros de dados para a concessão dos benefícios, os autores ainda afirmam que:

O Sistema Único de Benefícios é um sistema de registro de dados do INSS processado pela DATAPREV, empresa de tecnologia e informações do Ministério da Previdência Social, no qual é cadastrado cada evento previdenciário que origina a concessão de um benefício. Esses registros incluem dados da empresa e do trabalhador: ramo de atividade da empresa (segundo Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE), diagnóstico do agravo à saúde (segundo Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – CID-10) e dados sobre o início, duração e espécie do benefício (SOUZA et al., 2008, p. 632).

Takahashi e Iguti (2008) destacam que o sistema de benefícios previdenciários, desenvolvido no âmbito do Estado, possui uma política de reabilitação profissional, considerada uma resposta pública às situações de incapacidade relativa ao acidente de trabalho e às doenças profissionais. De acordo com os autores, essa política de reabilitação ligada ao sistema de previdência social tem papel de intervir para a

superação e redução das desvantagens geradas pela incapacidade, assim como a redução do tempo de benefícios previdenciários concedidos. Destacam que a Previdência Social pública é um mecanismo muito promissor de vínculo entre a economia e a sociedade, promovendo o desenvolvimento.

2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL DO TRABALHADOR BRASILEIRO

O trabalho, um dos fatores de produção, tem como objetivo satisfazer as necessidades do homem, além de proporcionar ao indivíduo uma realização tanto social quanto pessoal. Para sua sobrevivência o homem vende sua força de trabalho em troca do salário.

Lara (2011), ao referir-se ao fator trabalho, caracteriza-o pelo processo de produção capitalista, sendo que o trabalhador torna-se, muitas vezes, um apêndice da máquina, pois é ele quem deve se ajustar ao meio produtivo, essa relação social tende a resultar em acidentes ou doenças. “O trabalho que deveria gerar prazer, felicidade, na ordem do capital, causa fadiga, doenças, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. Muitos acidentes de trabalho, quando não matam, podem deixar mutilações e dependências.” (LARA, 2011, p.79). O autor complementa, argumentando que, sendo um dos principais meios da acumulação produtiva o uso da força de trabalho pela máquina, o adoecimento, assim como os acidentes, são fatores presentes na vida do trabalhador, esse estando longe do alívio das atividades árduas e do tempo livre que o desenvolvimento e tecnologia do maquinário no meio de produção poderiam oferecer.

Ao longo da história do trabalho, a jornada de trabalho é marcada por lutas de operários e sindicalistas contra o governo com a sugestão de sua redução, sem que houvesse queda no salário. Para Rosso, em relação à jornada de trabalho:

A questão tem diversas implicações, três das quais são aqui destacadas: afeta a qualidade de vida, pois interfere na possibilidade de usufruir ou não de mais tempo livre; define a quantidade de tempo durante o qual as pessoas se dedicam a atividades econômicas; estabelece relações diretas entre as condições de saúde, o tipo e o tempo de trabalho executado. (2006, p.31).

Dá a importância de se detectar mudanças na saúde do trabalhador precocemente na tentativa de reduzir o número de trabalhadores acidentados ou com alguma doença resultante do seu trabalho e até mesmo reduzir os prejuízos para a empresa e o governo, advindos de uma possível incapacidade laboral.

Como destacam Lucca e Campos (2011), os setores de serviços e comércio ganharam força nos últimos 30 anos, sobressaindo-se ao setor industrial, que por sua vez teve uma queda em sua força empregadora, simultaneamente em que novas tecnologias foram introduzidas no mercado de trabalho e a globalização modificando os processos produtivos. Para os autores, tais transformações foram relevantes no processo de adoecimento dos trabalhadores.

Toda empresa possui a função social de proporcionar ao seu empregado a proteção adequada para cada função, porém, muitas vezes as empresas só se adequam às políticas de segurança do trabalho após serem multadas pela fiscalização do trabalho ou algum contratempo quando no caso, o trabalhador pedir indenização judicial por algum tipo de dano sofrido.

Mendes e Dias (1991) acreditam que, visto a necessidade de uma intervenção na saúde do trabalhador para sua sobrevivência e reprodução no processo de produção, no momento em que a força de trabalho era submetida a um processo acelerado e desumano de produção, surge a medicina do trabalho na Inglaterra com a Revolução Industrial, no início do século XIX. De acordo com os autores, o primeiro serviço de medicina do trabalho surgiu em 1830, juntamente com o processo de industrialização, a implementação desses serviços logo se expandiu em diversos países. Mendes e Dias (1991) afirmam que durante os anos da II Guerra Mundial os trabalhadores de indústrias viviam em condições desfavoráveis e intensidade de trabalho exaustivo sendo, em algumas situações, tão pesado e doloroso quanto a guerra, para tanto no contexto político e econômico os custos provocados pela perda de vidas, seja por acidentes de trabalho ou doenças de trabalho, passou a ser sentida tanto pelos empregadores quanto pelas companhias de seguros, com pagamento de indenizações provocada pela incapacidade gerada pelo trabalho.

Para Mendes e Dias (1991), o desenvolvimento de processos industriais fazia com que a tecnologia industrial evoluísse de maneira acelerada, novos produtos químicos, novos equipamentos e nova divisão internacional do trabalho, contudo, com o avanço deste processo, viu-se o esgotamento da medicina do trabalho sobre a saúde do trabalhador por problemas advindos do processo de produção, aumentando o

descontentamento por parte do trabalhador, visto o resultado das ações sob sua saúde, e por parte do empregador, esse sendo encarregado pelos custos diretos e indiretos pelos danos à saúde de seus empregados. Surge então, a “Saúde Ocupacional” com base na Higiene Industrial, “[...] refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países ‘industrializados’” (MENDES; DIAS, 1991, p.343, grifos no original). Os autores relembram que, no Brasil, a Saúde Ocupacional, surge mais tardiamente, já na área acadêmica, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cria uma área específica de Saúde Ocupacional sendo o seu centro difusor de conhecimento, o modelo logo se espalhou em diversas instituições de ensino. Mendes e Dias salientam que o modelo de Saúde Ocupacional não atingiu seus objetivos propostos, tais fatores explicam sua deficiência:

- o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; - não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde;- a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (1991, p. 344).

De acordo com os autores, a insuficiência do modelo da saúde ocupacional fez com que, na década de 1960, em alguns países industrializados como a Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, surgisse um movimento revigorado marcado pela grandeza da liberdade, questionamento do sentido da vida, uso do corpo e significado do trabalho na vida, questionamentos esses que abalaram as crenças no Estado e fez com que os trabalhadores participassem nas discussões sobre saúde e segurança. Novas políticas sociais ocuparam a aparência da lei, introduzindo mudanças na legislação trabalhista como resposta ao movimento social e dos trabalhadores nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador, afirmam os autores.

Segundo Lacaz, no Brasil, o enfoque teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador surge da Saúde Coletiva intervindo nas relações trabalho e saúde-doença “[...] tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais.” (2007, p.757-758). Explica que, para tanto, elementos do contexto

brasileiro ajudaram no nível de elevação do discurso em Saúde do Trabalhador, o que contribuiu para sua consumação como política de saúde. O autor afirma que para o entendimento da ascensão do campo Saúde do Trabalhador tanto em nível teórico-metodológico quanto da prática em Saúde Pública, é necessário salientar que ele surge junto ao desenvolvimento do processo de industrialização com a vinda de uma classe operária industrial urbana, que surge na América Latina nos anos 1970.

De acordo com Mendes e Dias (1991), no Brasil, a saúde do trabalhador ganhou força nos anos 1980, no cenário da transição democrática, tendo como destaque as seguintes características: - o processo saúde-doença passa a ser pensado de maneira diferenciada; - o sistema de saúde e as políticas públicas em caso de incapacidade de suprir as necessidades, tanto da população quanto do trabalhador, são denunciadas; - novas práticas sindicais surgem impondo melhores condições de trabalho; dentre outras características. Os autores definem o campo saúde do trabalhador como “[...] o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (MENDES; DIAS 1991, p.347, grifos no original). Afirmam que a saúde do trabalhador busca explicar a doença e a morte do trabalhador estudando os processos de trabalho, considerando que o trabalho é o espaço de submissão e dominação do trabalhador pelo capital. A saúde do trabalhador, segundo os autores, apresenta divergência em diferentes épocas e países, mas apesar das diferenças, possui os mesmos princípios “[...] trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito a informações a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde.” (MENDES; DIAS, 1991, p.347).

Para Lacaz “a configuração do campo Saúde do Trabalhador constitui-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e; o movimento dos trabalhadores, particularmente a partir dos 1980[...].” (2007, p.758). O autor complementa que “a abordagem em Saúde do Trabalhador busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças.” (LACAZ, 2007, p.760).

Lacaz argumenta que “O quadro de deterioração das condições de vida e degradação do trabalho consequentes da industrialização tardia e seus reflexos sobre a saúde se expressa na ocorrência cada vez maior de acidentes do trabalho.” (2007, p.760). Lucca e Campos (2011) complementam que são vários os fatores que estão envolvidos na determinação de doenças, principalmente as que são provocadas ou até

mesmo agravadas devido às condições de trabalho realizado, isso deve ser considerado pelo médico do trabalho, que deve considerar também os fatores de risco causadores de doenças. Benefícios inadequados assim como o baixo salário também são fatores que contribuem para as doenças e acidentes de trabalho, juntamente com outros fatores que Lara destaca:

[...] maquinários e instalações impróprios, principalmente em setores da produção que se utilizam dos recursos da terceirização, quarteirização; descumprimento da legislação de saúde e segurança do trabalho; programas de prevenção e controle de riscos desconectado da realidade das empresas; cultura do Equipamento de Proteção Individual (EPI) e de mudanças de comportamento humano (2011, p. 83).

O autor observa que, muitas vezes, os acidentes são resultado de comportamentos inadequados por parte do acidentado, como é o caso do não uso dos Equipamentos de Proteção Individual- EPI. De acordo com Santana et al. (2006), os acidentes de trabalho causam um grande impacto sobre a capacidade produtiva e sobre a economia, porém podem ser evitados. Os autores chamam atenção para a forte ligação existente entre o trabalho e a economia, assim como seus efeitos sobre a capacidade produtiva, a qual vem aumentando cada vez mais, junto, o número de acidentes. Santana et al. (2006) salienta que os custos com despesas médicas, transporte, tratamento, reabilitação, assim como, a perda com produtividade e produção reflete negativamente tanto para a empresa quando para a sociedade, tais custos recaem sobre o Ministério da Previdência Social, o qual concede os direitos a seus segurados, garantindo a proteção ao trabalhador e sua família.

As ações públicas voltadas à promoção da saúde do trabalhador, no Brasil, até 1988, segundo Vilela, Ricardi e Iguti (2001), eram centralizadas e inspecionadas pelos Agentes de Inspeção do Ministério do Trabalho, sendo que, durante o regime militar, representantes dos trabalhadores e sindicatos, foram excluídos do processo de fiscalização nos locais de trabalho e o Ministério da Saúde esteve ausente do controle do processo de produção durante mais de meio século. “Na Reforma Sanitária, as Conferências Nacionais de Saúde recuperaram esse papel para a saúde e os Programas de Saúde do Trabalhador passaram a atuar nesse novo cenário.” (VILELA; RICARDI; IGUTI, 2001, p.82). Os autores relembram que o poder de intervenção no ambiente de

trabalho foi devolvido ao Ministério da Saúde com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990.

No que tange às legislações que amparam o trabalhador, de acordo com Draibe (2003), as mudanças na legislação sindical e trabalhista vinham de longe, porém só nos anos de 1990 entraram na agenda pública alterando a regulação das relações contratuais de trabalho, concentradas em dois temas: rigidez de contratos e os custos indiretos da mão de obra. Lopes e Lucia relembram que a primeira norma trabalhista de proteção aos trabalhadores, considerando a degradação da saúde do trabalhador durante o processo de industrialização, foi a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, a qual estabelecia o limite de 12 horas diárias de trabalho, “[...] proibindo o trabalho noturno, obrigando empregadores a lavar as paredes das fábricas duas vezes por ano e tornando obrigatória a ventilação do ambiente produtivo e dos dormitórios.” (2012, p.43). Porém, os autores afirmam que tal lei não obteve sucesso, pelo fato de referir-se apenas aos aprendizes, não afetando os empregadores e donos de terras. Ao passar dos anos inúmeras leis foram surgindo a fim de ampliar a proteção do trabalhador. A previdência social tornou-se uma das medidas mais favoráveis à população em geral, assegurando qualquer indivíduo incapacitado para o trabalho, ou seja, que de alguma forma ou por algum motivo não é capaz de gerar o seu próprio sustento. Conforme já mencionado no decorrer do trabalho, é indiscutível a importância do benefício previdenciário na vida do indivíduo quando este, por sua vez, encontra-se incapacitado para o trabalho, sobretudo, quando possui uma baixa renda, sendo a previdência social o maior programa social do país.

Ainda no que se refere à proteção do trabalhador, é importante verificar o grau de risco das diferentes atividades. A OIT (2010) destaca que são inúmeros os setores que possuem um maior risco para o trabalhador, dados de alguns países industrializados demonstram que os trabalhadores de construções possuem maior probabilidade de acidentarem-se e morrerem do que outros trabalhadores, quando não levados à morte, podem sofrer com doenças advindas de exposições à substâncias perigosas, como por exemplo, o amianto. A mesma fonte também afirma que o setor da construção apresenta riscos ainda maiores aos trabalhadores de países em desenvolvimento, sendo de três a seis vezes maior do que nos países desenvolvidos, onde a responsabilidade da empresa aumenta em caso de acidente, assim como as medidas preventivas devem ser obrigatórias. “A título de exemplo, na indústria florestal, na siderurgia, na indústria metalúrgica e de metais não ferrosos ou no sector dos transportes (rodoviários,

marítimos e aéreos) coexistem diferentes perigos e especificidades em termos de SST.” (OIT, 2010, p.2). A indústria mineira, segundo a mesma fonte, é um setor continua sendo extremamente perigoso. Apesar dos esforços de vários países para diminuir os riscos, as lesões, doença e mortes acentuadas demonstram as consequências da atividade. “As doenças pulmonares na indústria mineira e nas indústrias conexas em resultado da exposição ao amianto, ao carvão e à sílica são ainda uma fonte de preocupação, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento.” (OIT, 2010, p.3).

A fonte ainda afirma que a silicose (doença pulmonar causada pelo acúmulo de pó de amianto nos pulmões) é responsável por afetar, em todo o mundo, milhões de mineiros. Em relação aos riscos psicossociais no trabalho, a OIT (2010) afirma que as mulheres encontram-se mais expostas que os homens, sendo elas, muitas vezes, vítimas de assédio sexual e discriminação no local de trabalho, principalmente em empregos onde predomina a presença masculina. Por outro lado, a mesma fonte argumenta que os jovens do sexo masculino, muitas vezes são prejudicados demasiadamente pela violência física, sendo frequentemente os principais autores e, logo, as vítimas da violência. “Existe uma relação estreita entre violência no trabalho e trabalho precário, gênero, juventude e certos setores laborais de alto risco.” (OIT, 2010, p.5). Segundo a OIT (2010), profissões que há um tempo atrás eram consideradas “seguras”, como é o caso dos serviços sociais, serviços de ensino e cuidados de saúde, estão cada vez mais expostas a atos de violência, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Argumenta que são as mulheres, na maioria das vezes, as vítimas desse tipo de violência, por estarem atreladas em muitas dessas profissões. Outros setores que estão aumentando o número de incidentes é o de comércio e o doméstico.

As estatísticas de acidentes de trabalho, nesse contexto, representam uma ferramenta fundamental para o (re)conhecimento da realidade da saúde dos trabalhadores. Em relação à estrutura de notificação, Scheid et al. (2012) descrevem que o Sistema de Notificação em Saúde do Trabalhador (SIST) é composto pelo Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA) e complementado pela Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Explicam que o preenchimento dos mesmos e a notificação de acidentes de trabalho contribuem significativamente com os sistemas de informação, além de contribuir com as políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores, porém as notificações nem sempre ocorrem “[...] devido a diversos fatores, dentre eles, a não investigação do nexos causal entre o trabalho e o

acometimento à saúde do trabalhador.” (SCHEID et al., 2012, p.2). As autoras complementam que, por mais que os acidentes e agravos a que o trabalhador encontra-se exposto em seu ambiente de trabalho possam ser reduzidos, com as normas de segurança, os mesmos não podem ser extintos. De acordo com Souza et al. (2008), a emissão da CAT era exigida pelo INSS até o início de 2007 para a caracterização das DRT, mas, a partir de então, independentemente da emissão da CAT, onexo causal passou a ter embasamento no Nexo Técnico Epidemiológico (Ntep), lembrando que a CAT é um sistema de notificação e não gera benefícios previdenciários.

Logo, os riscos inerentes ao trabalho, sendo variados conforme diferentes atividades laborais, devem ser conhecidos pelos trabalhadores, pela equipe de saúde e pelos órgãos gestores, no intuito de estabelecer metas de prevenção dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho, de minimizar os riscos ocupacionais e também de proporcionar suporte de saúde aos pacientes que sofreram a injúria junto à rede de saúde, visto que a saúde do trabalhador demanda atendimentos em diferentes centros de saúde.(SCHEID et al., 2012, p.2).

Segundo Machado, Soratto e Codo “[...] nexo é qualquer ligação ou conexão entre dois entes. Assim, se duas ocorrências compartilham um mesmo fator determinante, onde aquele fator estiver presente é provável que ambas as ocorrências sejam constatadas, posto que conectadas.” (2010, p. 60).

Também, a investigação do nexo causal com o trabalho propicia ao trabalhador garantias previstas pela legislação, tanto de caráter econômico como sua estabilidade por um ano quando do retorno ao trabalho. Em alguns casos tem contribuído para diminuir a responsabilização do trabalhador pelo acidente ou pelo adoecimento e as consequências daí derivadas associadas à culpa imputada por outros ou a própria auto-culpabilização (JACQUES, 2007, p. 117).

Com o intuito de “[...] avaliar e propor medidas para implementação no país da Convenção n.º 187 da OIT, que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho” foi criada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho (CT-SST), em maio de 2008, com a presença dos Ministérios da Previdência, do Trabalho e da Saúde (BRASIL, MTE, 2014, p.1). Machado, Soratto e Codo destacam que a Convenção 187 da OIT,

[...] tem como marco legal internacional a promoção de segurança e saúde no trabalho, a agenda do trabalho decente, fortalecimento do desenvolvimento econômico e social, estabelecimento de uma política nacional e a criação de um sistema nacional de saúde e segurança. Sua importante missão é o desenvolvimento de uma cultura nacional de prevenção em matéria de segurança e saúde (2010, p.31).

Os autores afirmam que a Comissão Tripartite tem a tarefa de prevenção de mortes e invalidez decorrentes de acidentes de trabalho, assim como ações de prevenção em locais de trabalho onde doenças de trabalho estão sendo detectadas pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário. Através do NTEP é possível a cobrança de responsabilidades do empregador e, como lembram Machado, Soratto e Codo (2010), conforme o art. 118 da Lei de Benefícios da Previdência Social nº 8.213/91, o Fundo de Garantia deve ser pago pelo empregador assim como a estabilidade do funcionário acidentado deve ser preservado após um ano do retorno ao trabalho.

Machado, Soratto e Codo (2010) destacam que é necessária a busca por um ambiente de trabalho adequado para não criar um círculo vicioso: uma determinada função causa dano ao trabalhador, quando o mesmo se ausenta, recebe o benefício e no retorno ao trabalho pode ocorrer a demissão, ser substituído por um novo funcionário, que também acaba adoecendo. Para romper tal ciclo é preciso investir em programas para a melhoria do ambiente laboral, “[...] deve existir, além da ação do governo, a ação dos sindicatos, com um número maior de cláusulas em negociações salariais prevendo a melhoria e a fiscalização ambiental permanente.” (MACHADO; SORATTO; CODO, 2010, p. 33).

A política de reabilitação profissional deve estar integrada com políticas públicas de emprego de valorização social do trabalho, não criando obstáculos para todo esse público, buscando também programas de formação compatíveis e adequados para cada realidade (MACHADO; SORATTO; CODO, 2010, p. 34).

Os acidentes e doenças do trabalho representam importante impacto na saúde pública resultando em uma gama de custos à sociedade e ao sistema previdenciário. Porém, muitos dos casos não obtêm onexo causal, permitindo a ligação entre o acidente e o trabalho, não emitindo a CAT para solicitação do benefício do trabalhador acidentário, no contexto da Previdência social.

Em relação à CAT, os autores afirmam que muitas vezes é evitado o registro do mesmo por parte do empregador, pelo fato de estar admitindo que a atividade ou o ambiente de trabalho são as causas acidentárias, assumindo, assim, o acidente ou a doença, ou seja, o trabalhador estando em determinado local da empresa ou exercendo determinada função estará exposto ao risco. “[...] a ocorrência de acidentes e doenças de trabalho provocam ações civis, penais e administrativas contra as empresas causadoras, ou seja, assumindo o risco e o evento elas estão mais propensas, em contrapartida, a serem submetidas às ações [...]” (MACHADO; SORATTO; CODO, 2010, p. 39). Essa atitude, que muitas empresas tomam, de não comunicar o acidente de seu empregado, não é correta, pelo fato de estar privando o funcionário de seus direitos, que, em muitas situações, acaba perdendo benefícios, além de não cumprir com as suas obrigações.

Ainda, no que diz respeito ao registro da CAT, Machado Soratto e Codo (2010) afirmam que os dados do acidente devem ser informados para fins de políticas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e demais organismos. Destacam, também, que há necessidade do registro de onde os acidentes e doenças ocorrem, para poder melhorar a qualidade dos locais de trabalho e prevenir tais acidentes. Os autores salientam que:

[...] é enorme a importância de seu registro, pois é o único instrumento no âmbito da Previdência Social que propicia: o cômputo do afastamento do trabalhador de sua atividade laboral para receber uma simples assistência médica por evento de acidente ou doença no trabalho; do afastamento do trabalhador em período inferior a 15 dias; óbito de segurado, por acidente do trabalho, que não possua dependentes habilitados ao benefício pensão por morte; dados específicos do acidente e doença do trabalho, tais como objeto causador, hora do evento, entre outros (MACHADO; SORATTO; CODO, 2010, p. 40).

No que diz respeito aos demais países, Machado, Soratto e Codo (2010) apontam que alguns deles possuem normas de saúde e segurança do trabalho contendo regras de saúde e segurança, com direitos e deveres para todos os empregados e trabalhadores, sendo o Ministério do Trabalho o agente central da fiscalização e das organizações de embasamento em matéria de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) nestas legislações, vinculados aos ministérios do Trabalho e Previdência, havendo também órgãos apoiadores de pesquisas em SST vinculados a alguns ministérios da Saúde. Os autores afirmam que em diversos países são estabelecidas regras de

benefícios previdenciários acidentários através das legislações de seguridade social, benefícios como: assistência médica e hospitalar, auxílio-doença, pensões, próteses e órteses, reabilitação física e profissional, invalidez e verbas indenizatórias.

Santana, Nobre e Waldvogel (2005) afirmam que, estatisticamente, é difícil de comparar os acidentes de trabalho com outros países pelo fato de haver diferenças de definições e perfis de produção, porém, em comparação com os Estados Unidos, os dados estimados no Brasil são maiores. Os autores argumentam que mesmo com os avanços nas normas trabalhistas, em relação às normas de proteção dos trabalhadores, seu cumprimento não é bem sucedido. Muitos países, segundo a OIT (2011), desenvolvem linhas para orientações de riscos, sendo utilizadas para fins reguladores ou desenvolvimento de normas aprovadas internacionalmente. “Muitos países formularam estratégias nacionais de SST que integram, igualmente, a abordagem dos sistemas de gestão.” (OIT, 2011, p. 5). A mesma fonte argumenta que a SST assim como as condições de trabalho, deveriam apresentar melhoras tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. “A maior parte dos países industrializados desenvolveu critérios regulamentares para considerar instalações industriais como instalações com risco de acidentes graves, requerendo medidas de segurança e saúde muito específicas e rigorosas.” (OIT, 2011, p. 15).

Para as organizações que tratam deste assunto, a segurança do trabalho nos dias atuais é um dos temas mais importantes a serem abordados, pois garantem melhor rendimento dos funcionários, assim torna-se importante observar os diferentes riscos a eles expostos. De acordo com o Ministério da Saúde,

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, MS, 2001, p.18).

Segundo a mesma fonte, a precarização do trabalho é caracterizada pela “[...] desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho.” (BRASIL, MS, 2001, p.19). Uma

consequência pode ser observada, segundo o Ministério da Saúde (2001), com o aumento de trabalhadores autônomos e subempregados, assim como a debilitação das organizações sindicais e de ações de resistência dos sujeitos sociais.

A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde.

A mesma fonte ressalta que a atenção deve ser dirigida mais intensamente às situações de trabalho em condições precárias, inclusive no caso do mercado informal e trabalhadores autônomos, em que acidentes de trabalho “[...]devem estar ocorrendo em proporções maiores que entre a parcela dos trabalhadores inseridos no mercado formal. O conhecimento sobre o que ocorre entre aqueles trabalhadores é ainda extremamente restrito.” (BRASIL, MSB, 2001, p.21). Almeida e Barbosa-Branco (2011), afirmam que, mesmo com os avanços ocorridos em 2007, a não obrigatoriedade da emissão da CAT para a notificação dos acidentes de trabalho, tendo o nexos causal embasamento no Nexos Técnico Epidemiológico (Ntep), a subnotificação ainda persiste “[...] principalmente em relação aos acidentes com duração do absenteísmo inferior a dezesseis dias consecutivos. Para esses afastamentos, não há concessão de benefício e conseqüentemente não há aplicação do NTEP.” (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011, p.196). Ainda, destacam que mesmo nesse contexto de persistência de subnotificação, os gastos com acidentes de trabalho são bastante expressivos.

Nesse sentido, torna-se importante destacar a afirmativa de Iriart et al. (2008).

No emprego informal, além de ser comum a remuneração abaixo do nível mínimo legal, os trabalhadores são privados dos benefícios de seguridade social, como a aposentadoria remunerada, são menos incentivados à sindicalização e não se encontram cobertos por medidas de proteção à saúde. Sem a carteira de trabalho registrada, indicativo da formalização do contrato de trabalho, não há garantia da compensação financeira em casos de doenças e acidentes, como nas licenças médicas, ou em casos de negligência por parte dos empregadores, abusos e de situações de perigo reconhecidos, porque o trabalhador se encontra fora do controle do Estado. (IRIART et al., 2008, p.166).

Os autores ainda destacam que, apesar dessas incontinências, alguns indivíduos preferem o trabalho informal por consideraram um maior rendimento e maior autonomia. Para tanto, torna-se importante destacar que o aumento da informalidade impacta diretamente nas políticas sociais da segurança do trabalhador, de forma que impossibilita o levantamento desses gastos públicos previdenciários.

No próximo capítulo são apresentados os aspectos metodológicos utilizados para a pesquisa aplicada.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os aspectos metodológicos utilizados para a realização deste trabalho. Na sequência estão descritos o delineamento geral do estudo, as categorias e variáveis utilizadas e o modo de operacionalização dos dados.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Gil define o método como “[...] caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.” (2008, p. 8). Nas palavras de Prodanov e Freitas “[...] metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.” (2013, p.14).

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa aplicada. Segundo Prodanov e Freitas, a pesquisa aplicada “[...] objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais.” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.51).

Em termos de lógica, adota-se o método dedutivo, o qual, segundo os mesmos autores, parte de princípios, teorias verdadeiras ou leis com base na lógica, Gil complementa a afirmação assumindo que tal método “[...] possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica.” (GIL, 2008, p.9).

Em termos da complexidade enquadra-se como pesquisa descritiva, onde “[...] pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. (GIL, 2008, p.28).

No que consiste à abordagem, predomina neste trabalho a quantitativa. Tal abordagem é caracterizada por Prodanov e Freitas como sendo tudo o que quantifica “[...] o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas [...]” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.69).

Como técnicas de pesquisa o estudo baseia-se na pesquisa bibliográfica, na área da economia da saúde e políticas públicas, e na pesquisa de levantamento de dados secundários. Gil (2008) por sua vez, afirma que a pesquisa bibliográfica possui uma vantagem, que é a de permitir ao pesquisador a garantia de uma série de eventos mais amplos do que aquela que poderia pesquisar diretamente, ou seja, torna-se vantajosa a pesquisa em que os dados encontram-se longe ou dispersos, sendo também indispensável em pesquisas históricas. O levantamento de dados secundários utilizados para analisar a evolução dos acidentes de trabalho no Brasil, assim como seu impacto nos gastos públicos previdenciários foi realizado através do banco de dados do Ministério da Previdência Social, por meio do *Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS Infologo*.

A técnica de pesquisa utilizada foi bibliográfica, Marconi e Lakatos a caracterizam como sendo pesquisa de fonte secundária onde, em relação ao tema estudado, abrange a bibliografia já publicada, tendo como finalidade “[...] colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas.” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.183). As autoras completam que a pesquisa bibliográfica é uma síntese de trabalhos já realizados de grande importância, considerados assim, pela capacidade de fornecimento de dados condizentes com o tema.

Em relação aos dados utilizados para o desenvolvimento desse trabalho, os mesmos foram coletados junto à base de Dados Históricos de Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência Social. A fim de constatar, analisar e descrever tais dados é possível verificar a frequência de acidentes de trabalho ocorridos no Brasil durante o período de análise e finalmente, examinar seu impacto sobre o sistema previdenciário.

3.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO OU CATEGORIAS DE ANÁLISE

Esta seção tem o objetivo de descrever as principais variáveis utilizadas para o estudo, de forma a contribuir para melhor compreensão por meio de seus conceitos e por fim, dinamizar o trabalho. São elas:

- a) Acidentes de trabalho totais liquidados por consequência, período 2003 a 2012. São classificados pelo Ministério da Previdência Social (2007) como:

1.1 Assistência médica – condiz ao atendimento médico seguido da recuperação do segurado para exercer sua atividade laborativa;

1.2 Incapacidade com afastamento inferior a 15 dias – corresponde a “[...] interrupção do exercício laboral durante o período de tratamento psicofísico-social por ocasião do acidente do trabalho [...]” (AEPS, 2007, p.), sendo de responsabilidade do empregador a cobertura financeira desse período e não do INSS, quando o afastamento foi inferior ou igual a 15 dias.

1.3 Incapacidade com afastamento superior a 15 dias – “a interrupção do exercício laboral durante o período de tratamento psicofísico-social por ocasião do acidente do trabalho, quando superior a 15 dias, é coberto financeiramente (remuneração salarial) pelo INSS.” (AEPS, 2007, p.)

1.4 Incapacidade permanente – compete aos segurados que ficaram incapacitados para atividades laborais permanentemente, sendo essa, classificada de dois tipos: 1- parcial, quando findado o tratamento psicofísico-social, o segurando venha a apresentar sequelas, implicando em sua capacidade laboral enquadrada em legislação específica, reduzindo sua capacidade laborativa exigindo, dessa forma, maior desempenho e esforço que anteriormente ao acidente desempenhava na mesma atividade ou que venha a impossibilitar o desempenho desta, conseqüentemente, após o processo de reabilitação profissional, quando indicado pela perícia médica do INSS, é possível realizar outra atividade; 2- total, quando o segurado

encontra-se incapacitado total (o benefício é a aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho) e permanente (a informação é captada a partir da concessão do benefício auxílio-acidente por acidente do trabalho) para a realização de qualquer atividade laboral.

1.5 Óbito – quando o segurado vem a falecer em decorrência ao acidente de trabalho durante o exercício laboral.

- b) Acidentes de trabalho totais por gênero, período 2003 a 2012.
- c) Acidentes de trabalho totais por faixa etária, período 2003 a 2012.
- d) Benefícios previdenciários concedidos, período 2003 a 2012.
- e) Gastos públicos previdenciários, período 2003 a 2012.

3.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A análise, de acordo com Gil “[...] tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação.” (2008, p. 156). Por outro lado o autor considera que o objetivo da interpretação de dados é a “[...] procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.” (GIL, 2008, p. 156).

Prodanov e Freitas (2013) consideram que essa é a fase da pesquisa em que é feita a interpretação e a análise dos dados já tabulados anteriormente de forma que atenda os objetivos da pesquisa, confirmando ou rejeitando hipóteses da pesquisa. A análise foi feita por meio de estatística descritiva simples para a confirmação dos dados sobre a evolução, incidências e gastos utilizando-se frequências absolutas e relativas (%) para os gastos previdenciários.

O próximo capítulo apresenta a análise dos resultados obtidos por meio do levantamento de dados secundários.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fim de melhor compreender o delineamento da pesquisa examinando a evolução e dimensão do adoecimento do trabalhador brasileiro e a dinâmica do mercado de trabalho no sistema previdenciário, conforme já proposto, este capítulo se subdivide com o propósito de apresentar os resultados dos dados levantados no decorrer do estudo.

4.1 ACIDENTES DE TRABALHO LIQUIDADOS POR CONSEQUÊNCIA

Os acidentes de trabalho liquidados “[...] correspondem aos acidentes cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas as sequelas.” (AEPS, 2007).

Observa-se que, no geral (Figura 2), as incapacidades por menos e por mais de 15 dias são as consequências que mais pesam nos números totais de acidentes liquidados em todo o Brasil, sendo que a incapacidade por menos de 15 dias, apresenta uma tendência crescente até o ano de 2006, permanecendo instável até o ano de 2012. Este por sua vez, com a maior porcentagem de acidentes, representando uma variação de 62,1% em relação ao de maior incidência (2003). Em seguida destaca-se as incapacidades por mais de 15 dias, que apresentaram um cenário de variação instável até o ano de 2008, apresentando neste ano, a maior proporção de acidentes do período, variando 115,2% em comparação com o ano de menor proporção (2003), seguindo com uma tendência decrescente até 2012. A assistência médica, sendo a terceira consequência que mais pesa no total dos acidentes de trabalho, apresentou até o ano de

2008 uma tendência crescente bastante significativa, a partir de então, obteve algumas variação, chegando em 2012 com a maior proporção de acidentes, 76,7%, em comparação com o ano de 2003, que apresentou a menor proporção. Por fim, pouco variou as incapacidades permanentes e óbitos, conforme já mencionado, ambos apresentaram uma variação crescente até o ano de 2011, apresentando uma queda no ano seguinte.

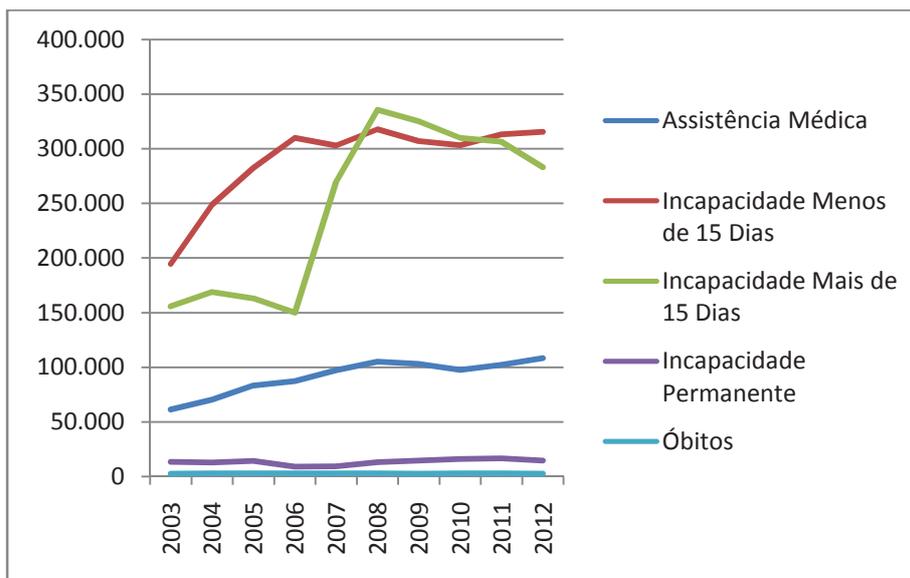


Figura 2 - Evolução das consequências dos acidentes de trabalho liquidados, frequência absoluta, Incapacidade por menos de 15 dias, Incapacidade por mais de 15 dias, Assistência médica, Incapacidade permanente e Óbitos - Brasil, 2003-2012.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

No que diz respeito aos dados obtidos dos acidentes de trabalho liquidados, por consequência, em cada unidade federativa, é possível observar (Tabela 1) que as Incapacidades por menos de 15 dias e por mais de 15 dias, são as que prevalecem em todo o período analisado (2003-2012), registrando o maior número de casos. Não só se destacam por ano, mas em todos os estados brasileiros, tendo o estado de São Paulo o maior número de acidentes por ano. Em ordem decrescente, seguindo São Paulo, apresentam-se os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Bahia, Pernambuco, Goiás, Espírito Santo, Mato Grosso e Pará. Nota-se que as duas últimas consequências analisadas (incapacidade permanente e óbitos), são as de menor incidência em todos os estados e apresentaram uma frequência maior em

2011, decaindo no ano seguinte. É importante observar que no decorrer do período, houve um aumento gradativo de acidentes de trabalho liquidados totais, em nível territorial, onde o ano de maior incidência foi o de 2008, registrando uma variação de 81,0% em comparação com o ano de menor incidência de acidentes, 2003.

Tabela 1- Evolução dos acidentes de trabalho liquidados, por consequência, dos doze estados com maior incidência, Brasil, 2003-2012

(continua)

UF	Consequências	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
São Paulo	Incapacidade Menos de 15 Dias	80.719	99.103	112.305	120.592	116.113	124.834	118.211	118.189	122.907	124.948
	Incapacidade Mais de 15 Dias	52.738	57.920	54.928	51.381	88.475	106.029	96.554	93.667	93.541	83.712
	Assistência Médica	22.816	25.112	29.239	31.229	34.267	36.712	35.897	34.045	34.760	36.880
	Incapacidade Permanente	4.737	4.460	5.183	3.037	3.177	3.955	4.013	4.045	4.485	3.869
	Óbitos	665	677	680	668	782	741	668	719	730	673
	Total	161.675	187.272	202.335	206.907	242.814	272.271	255.343	250.665	256.423	250.082
Minas Gerais	Incapacidade Menos de 15 Dias	20.424	26.259	28.625	31.422	32.175	32.963	31.907	30.916	32.005	32.340
	Incapacidade Mais de 15 Dias	14.339	14.689	14.026	12.368	24.681	32.025	33.517	32.291	33.111	31.699
	Assistência Médica	7.658	9.483	12.117	11.167	12.340	13.186	12.234	12.013	12.681	13.114
	Incapacidade Permanente	1.589	1.383	1.308	812	871	1.249	1.412	1.613	1.706	1.499
	Óbitos	295	358	352	365	348	350	307	346	348	365
	Total	44.305	52.172	56.428	56.134	70.415	79.773	79.377	77.179	79.851	79.017
Rio Grande do Sul	Incapacidade Menos de 15 Dias	17.575	21.635	22.946	23.855	21.013	23.095	21.187	20.696	20.962	20.818
	Incapacidade Mais de 15 Dias	18.210	18.595	17.377	16.124	25.163	32.135	33.066	30.687	29.412	26.268
	Assistência Médica	5.566	6.542	7.100	7.960	7.803	8.449	7.814	7.369	7.675	8.137
	Incapacidade Permanente	1.243	1.032	996	616	630	985	1.109	1.287	1.300	1.158
	Óbitos	126	153	128	125	151	143	133	153	174	166
	Total	42.720	47.957	48.547	48.680	54.760	64.807	63.309	60.192	59.523	56.547
Paraná	Incapacidade Menos de 15 Dias	13.403	16.711	19.219	22.182	23.979	24.228	24.078	23.700	23.876	24.231
	Incapacidade Mais de 15 Dias	12.452	13.375	13.174	11.648	21.230	25.972	22.367	20.581	19.160	17.761
	Assistência Médica	3.980	4.744	6.084	6.247	6.811	7.390	7.817	7.817	7.748	7.452
	Incapacidade Permanente	846	989	1.180	856	765	1.011	1.004	1.213	1.230	1.393
	Óbitos	225	215	206	248	212	205	220	199	227	215
	Total	30.906	36.034	39.863	41.181	52.997	58.806	55.486	53.510	52.241	51.052

(continuação)

Rio de Janeiro	Incapacidade Menos de 15 Dias	12.870	16.704	19.337	21.690	20.184	20.412	20.477	19.876	21.510	23.069
	Incapacidade Mais de 15 Dias	9.055	11.049	10.235	9.712	20.423	23.887	20.743	19.746	17.981	17.674
	Assistência Médica	5.335	6.191	7.600	7.774	8.404	9.620	9.415	9.118	10.203	11.233
	Incapacidade Permanente	627	711	828	434	459	746	946	893	830	792
	Óbitos	164	188	168	202	181	169	158	152	199	171
	Total	28.051	34.843	38.168	39.812	49.651	54.834	51.739	49.785	49.785	50.723
Santa Catarina	Incapacidade Menos de 15 Dias	10.612	14.924	18.833	17.702	15.325	15.115	14.837	15.658	14.804	14.168
	Incapacidade Mais de 15 Dias	14.107	14.667	13.501	12.679	23.429	31.729	30.732	27.787	27.712	25.291
	Assistência Médica	2.699	2.554	3.006	3.230	3.773	4.377	4.526	4.172	4.035	5.011
	Incapacidade Permanente	774	794	799	459	627	985	1.282	1.593	1.752	1.429
	Óbitos	145	146	153	153	139	154	114	153	170	154
	Total	28.337	33.085	36.292	34.223	43.293	52.360	51.491	49.363	49.363	48.473
Bahia	Incapacidade Menos de 15 Dias	4.735	6.892	8.262	9.594	8.507	8.542	8.204	7.399	7.739	7.786
	Incapacidade Mais de 15 Dias	4.950	5.876	6.431	5.560	11.583	13.384	14.080	13.381	12.547	11.272
	Assistência Médica	3.972	3.893	3.430	3.696	4.126	4.273	4.117	3.590	3.858	3.885
	Incapacidade Permanente	612	768	940	738	643	983	1.088	1.335	1.401	1.094
	Óbitos	116	101	164	128	115	120	121	122	131	104
	Total	14.385	17.530	19.227	19.716	24.974	27.302	27.610	25.827	25.827	25.676
Pernambuco	Incapacidade Menos de 15 Dias	3.359	4.699	5.342	7.274	7.516	7.668	8.129	8.455	8.356	7.728
	Incapacidade Mais de 15 Dias	3.625	3.802	3.868	3.115	5.568	7.532	8.611	9.577	9.977	9.735
	Assistência Médica	801	977	1.444	1.527	1.636	1.738	2.021	2.379	2.613	2.696
	Incapacidade Permanente	390	325	323	362	257	338	303	311	391	384
	Óbitos	89	110	84	71	81	68	94	99	72	74
	Total	8.264	9.913	11.061	12.349	15.058	17.344	19.158	20.821	20.821	21.409

		<i>(conclusão)</i>											
Goiás	Incapacidade Menos de 15 Dias	5.193	6.444	6.727	8.009	8.552	8.766	8.294	7.432	7.348	7.802		
	Incapacidade Mais de 15 Dias	3.846	3.951	4.271	4.112	5.985	7.291	7.195	6.702	6.447	6.285		
	Assistência Médica	1.302	1.443	1.778	1.711	1.762	1.822	1.668	1.626	1.891	1.928		
	Incapacidade Permanente	375	259	371	190	239	326	330	297	251	192		
	Óbitos	103	139	121	116	107	102	99	133	126	128		
	Total	10.819	12.236	13.268	14.138	16.645	18.307	17.586	16.190	16.063	16.335		
Espírito Santo	Incapacidade Menos de 15 Dias	3.844	4.906	5.803	7.023	6.858	7.242	6.866	6.511	6.687	6.622		
	Incapacidade Mais de 15 Dias	3.039	3.167	3.471	3.227	6.538	7.335	5.749	4.651	4.386	3.751		
	Assistência Médica	1.845	2.043	2.387	2.728	2.647	2.789	2.525	2.568	2.779	2.904		
	Incapacidade Permanente	325	337	326	233	230	358	273	277	272	264		
	Óbitos	93	98	96	94	102	110	84	89	99	90		
	Total	9.146	10.551	12.083	13.305	16.375	17.834	15.497	14.096	14.223	13.631		
Mato Grosso	Incapacidade Menos de 15 Dias	2.473	3.408	3.707	4.415	5.214	5.673	5.089	4.953	5.187	5.314		
	Incapacidade Mais de 15 Dias	2.971	3.446	3.527	3.132	5.568	6.904	7.258	6.829	6.589	6.188		
	Assistência Médica	454	459	488	683	1.016	1.368	1.830	1.726	1.772	1.826		
	Incapacidade Permanente	207	172	216	121	161	177	239	262	249	225		
	Óbitos	141	147	146	154	144	130	128	105	130	112		
	Total	6.246	7.632	8.084	8.505	12.103	14.252	14.544	13.875	13.927	13.665		
Pará	Incapacidade Menos de 15 Dias	2.944	4.118	4.211	4.521	5.320	5.193	5.356	4.954	4.810	4.925		
	Incapacidade Mais de 15 Dias	2.830	3.260	3.222	3.080	3.953	4.406	4.592	4.417	4.611	4.561		
	Assistência Médica	1.113	1.460	1.681	2.103	2.499	2.385	2.325	2.258	2.129	2.807		
	Incapacidade Permanente	364	340	373	235	157	252	388	337	296	244		
	Óbitos	114	93	85	106	87	92	74	75	74	88		
	Total	7.365	9.271	9.572	10.045	12.016	12.328	12.735	12.041	11.920	12.625		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

A maior frequência de acidentes de trabalho totais no estado de São Paulo concentra-se no ano de 2008, tendo uma variação de 68,4%, em relação ao ano inicial do estudo (2003); a partir de então a frequência apresenta uma tendência decrescente até 2012. Observa-se que esse estado apresenta uma tendência de queda ou estabilização no número de óbitos e de incapacidades permanentes, o que é um bom sinal, e uma tendência crescente nas frequências de incapacidades por menos de 15 dias, mais de 15 dias e assistência médica. Vê-se uma tendência de crescimento nos acidentes com incapacidades por menos de 15 dias, sofrendo uma variação gradual até o ano de 2012, ano o qual essa consequência teve a maior frequência no que consiste o total de acidentes de trabalho liquidado no ano. De outra parte, ainda no mesmo estado, as incapacidades por mais de 15 dias apresentaram uma tendência de crescimento de 2003 para 2004, variando 9,8%, nos dois anos subsequentes observa-se uma queda no número de acidentes deste tipo de consequência, em seguida, apresenta uma tendência de crescimento até o ano de 2008 e, a partir daí, as frequências decresceram ano a ano. Em seguida, destaca-se a assistência médica, também com a maior frequência no ano de 2008, até então vinha apresentando uma tendência crescente, e, nos dois anos seguintes teve uma tendência de decréscimo, voltando a crescer em 2011 e 2012. A incapacidade permanente vem a ser a quarta consequência com maior incidência no estado de São Paulo. É importante observar sua variação no período estudado apresentando a maior frequência no ano de 2005 e a menor no ano seguinte. Os óbitos também apresentaram variações, sendo 2007 o ano que mais incidiu o número de óbitos e 2003 o de menos número.

Torna-se importante destacar que os demais estados seguem essa mesma frequência, apresentando comportamentos semelhantes no decorrer do período. O estado de Santa Catarina merece destaque no que diz respeito à implantação de novas empresas nos últimos anos, especialmente o setor industrial. É possível observar (Tabela 1), que a incapacidade permanente, nesse estado, apresentou uma tendência crescente bastante significativa, chegando a representar uma variação de 211,3%, no ano de 2012, em comparação com o ano de menor incidência, 2006.

Conforme já mencionado nos capítulos anteriores do estudo, a incapacidade por até 15 dias, impacta diretamente nas despesas da empresa, já o afastamento por mais de 15 dias, de acordo com as afirmativas de Souza et al. (2008), será de total responsabilidade do INSS arcar com as despesas deste trabalhador empregado, porém,

no caso do trabalhador avulso e segurado especial, o benefício deve ser concedido desde o primeiro dia do afastamento do trabalho.

Nesse sentido, os autores apontam que o número de incapacidades, a assistência médica e os óbitos, ocorrem em nível elevado no país, correspondendo inúmeros dias de trabalho perdidos e, por ventura, impactando, na capacidade produtiva, podendo ser evitadas através de medidas preventivas de acidentes de trabalho.

4.2 EVOLUÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO TOTAIS

Verifica-se no Figura 3 que, durante o período analisado, 2003 a 2012, as estatísticas apontam uma tendência crescente de acidentes de trabalho totais, em especial a partir do ano de 2006 até 2008, momento em que atinge a maior frequência. A partir de então, o número de acidentes totais sofre uma queda, não muito significativa, tendência mantida até 2012.

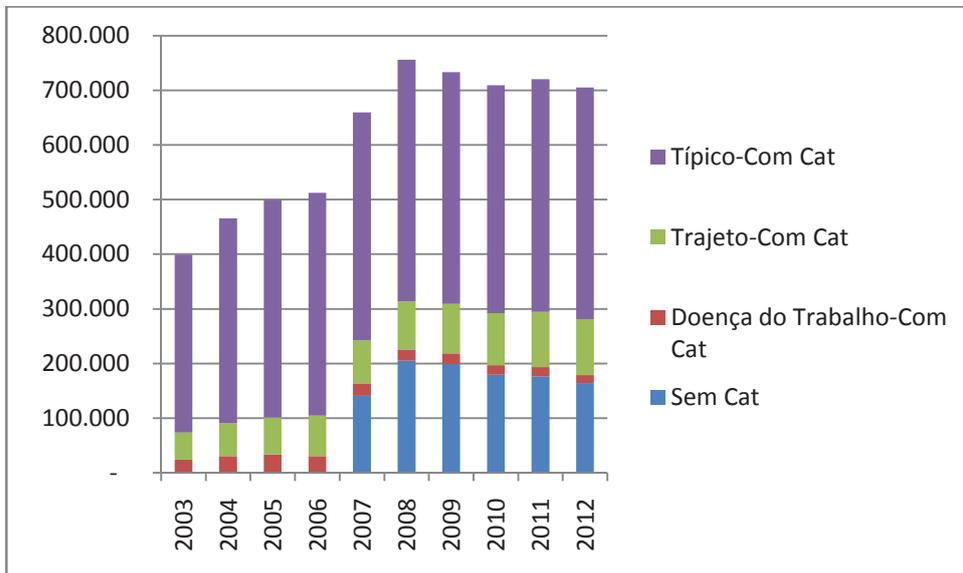


Figura 3- Evolução do número de acidentes totais, típico com CAT e sem CAT, de Trajeto com CAT e Doença de trabalho com CAT- Brasil, 2003-2012.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

Já o número de doenças do trabalho com CAT apresenta um decréscimo significativo a partir de 2006, ao contrário dos acidentes de trajeto com CAT que

apresentam, a partir do mesmo ano, uma maior frequência de acidentes. Por sua vez, os acidentes típicos com CAT cresceram de 2003 até 2008, apresentando uma leve queda nos dois anos subsequentes, e em seguida volta, novamente, a crescer.

Conforme o observado, os acidentes sem CAT foram os que apresentaram maior impacto no aumento do número de acidentes, observando que no período de 2003 a 2006 não obteve nenhum registro específico. De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS (2014) essa elevação deveu-se a nova sistemática de concessão dos benefícios acidentários, ou seja, período onde o acidente passa a ser identificado por meio, além da CAT, de possíveis nexos como o Nexo Técnico Profissional/Trabalho, Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho ou Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP.

No geral, é notável que até o ano de 2006, em todas as situações, ocorre uma elevação pouco previsível. Este fato estima-se estar atrelado a subnotificação de registros podendo ocorrer distorções na assimilação em relação à evolução dos registros de acidentes de trabalho, de acordo com o Informe de Previdência Social (BRASIL, MPS, 2006).

4.3 GÊNERO E FAIXA ETÁRIA DOS ACIDENTES TOTAIS

De acordo com os levantamentos do IBGE (2010), os homens possuem uma taxa de participação superior do que as mulheres no mercado de trabalho, sendo responsáveis por 56,4% da mão de obra economicamente ativa do país, enquanto as mulheres representam 43,6%. A OIT (2010) destaca que os homens estão mais presentes em indústrias como a construção e minas, ao passo que a maioria das mulheres está concentrada nos setores da agricultura e dos serviços, sendo elas responsáveis por mais de 40,0% da mão de obra mundial. Para tanto, a OIT ressalta que a participação das mulheres no mercado de trabalho vem sendo bastante significativa em especial no mercado informal, onde muitas vezes são submetidas a condições de trabalho “[...] inseguras e pouco saudáveis, rendimentos baixos ou irregulares, insegurança no trabalho e falta de acesso à informação, aos mercados, às finanças, à formação e tecnologia.” (OIT, 2010, p.1-2). A mesma fonte afirma, também, que o objetivo da legislação é tornar o ambiente de trabalho seguro tanto para o homem quanto para a

mulher. Em matéria de SST, a atenção específica ao gênero, ao longo dos anos, “[...] tem-se desviado da proteção das mulheres com base nas supostas diferenças físicas entre mulheres e homens, para se centrar na promoção da igualdade de direitos, de oportunidades e de tratamento para todos os trabalhadores.” (OIT, 2010, p.2).

Em termos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, é possível observar (Tabela 2) inicialmente, que as frequências para as mulheres são inferiores às dos homens, todavia, comparando o período como um todo, o aumento na frequência de acidentes de trabalho foi maior em relação aos dos homens. Ao longo do período analisado, a evolução dos acidentes com homens apresenta uma tendência crescente até o ano de 2008, sendo este, o ano responsável pela maior frequência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em relação ao período estudado. Nos últimos anos da análise, em especial 2012, houve uma queda na frequência absoluta. Ainda, no que diz respeito aos homens, há uma variação de 78,0%, em comparação ao ano de menor incidência (2003) para o de maior incidência (2008). Em relação às mulheres, pode-se afirmar, conforme observado na Tabela 2, que, assim como no caso dos homens, há uma tendência crescente até o ano de 2008, após, nota-se uma queda nos valores absolutos nos dois anos subsequentes, em seguida, no ano de 2011, volta a crescer, e, ao contrário do caso dos homens, o ano de 2012 apresenta uma elevação na frequência de acidentes e doenças de trabalho, sendo o ano responsável pela maior frequência do período, variando 133,2% em relação ao ano de menor incidência (2003).

Tabela 2 - Acidentes de trabalho totais por gênero, homens, mulheres,
Brasil – 2003-2012

Ano	homens	mulheres	Total
2003	308.849	90.176	399.025
2004	360.157	105.489	465.646
2005	384.158	115.521	499.679
2006	391.575	120.655	512.230
2007	483.594	175.921	659.515
2008	549.932	206.046	755.978
2009	527.926	205.434	733.360
2010	508.386	201.086	709.472
2011	510.608	210.014	720.622
2012	494.880	210.345	705.225

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

No que diz respeito à faixa etária dos envolvidos, para o período analisado, a incidência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho concentra-se na faixa entre 20 a 34 anos, no caso dos homens, e 25 a 29 anos de idade, no caso das mulheres. Observa-se (Tabela 3) que, em relação aos homens, nos anos de 2003 e 2004, predominam os acidentes na faixa etária de 20 a 24 anos de idade, porém, a partir daí essa incidência passa a se concentrar na faixa de 25 a 29 anos. Nessas duas faixas etárias, percebe-se uma tendência crescente até o ano de 2008, decaindo nos anos seguintes. O ano de 2008 foi responsável pela maior frequência de acidentes, chegando a representar 18,9% do total dos acidentes ocorridos com homens de idade entre 25 e 29 anos, enquanto a faixa entre 20 e 24 anos representou 17,9% dos acidentes no ano.

No caso das mulheres, os acidentes na faixa etária entre 25 a 29 anos predominam até o ano de 2010, porém, nos últimos dois anos analisados, a quantidade de mulheres acidentadas passa a predominar em idade entre 30 e 34 anos; a terceira maior frequência de acidentes encontra-se na faixa etária dos 35 a 39 anos de idade. Assim, nas três faixas etárias em que se concentrou o maior número de acidentes, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, representando 17,9%, 16,1% e 14,4%, respectivamente, do total de acidentes com mulheres, verifica-se uma tendência crescente até o ano de 2008, entretanto, nos dois anos subsequentes, o número de acidentes decaiu, voltando a crescer em 2011. É importante observar (Tabela 3) que, no caso dos acidentes de trabalho com mulheres, há uma tendência crescente até o ano de 2008, em todas as faixas etárias.

A menor frequência de acidentes decorrentes do trabalho encontra-se nos indivíduos na faixa de 65 a 69 anos de idade e entre 70 anos ou mais, isso pelo fato que, conforme evidências do Ministério da Previdência Social (BRASIL, MPS, 2014), já mencionadas no estudo, indivíduos nessa faixa etária, na maioria dos casos, não se encontram mais no mercado de trabalho, já desfrutando da aposentadoria integral ou proporcional. Em compensação, as outras faixas apresentam maiores frequências nos acidentes devido a maior participação no mercado de trabalho, já que, de acordo com o IBGE (2010), a maior concentração da população economicamente ativa, encontra-se na faixa de 16 a 29 anos de idade (34,8%) e 30 a 49 anos (46,5%).

Tabela 3- Acidentes de trabalho totais, frequências absoluta e relativa (%), por faixa etária e gênero, Brasil, 2003-2012
(continua)

Faixa etária	2003		2004		2005		2006		2007	
	absoluta	%								
Homens										
25 a 29 Anos	59.225	19,2	70.296	19,5	76.034	19,8	79.107	20,2	93.267	19,3
20 a 24 Anos	60.836	19,7	71.540	19,9	75.874	19,8	76.651	19,6	87.479	18,1
30 a 34 Anos	48.322	15,6	56.966	15,8	60.671	15,8	62.883	16,1	75.547	15,6
35 a 39 Anos	42.308	13,7	48.387	13,4	50.692	13,2	50.441	12,9	62.484	12,9
40 a 44 Anos	34.047	11,0	39.081	10,9	41.294	10,8	42.025	10,7	52.955	11,0
45 a 49 Anos	25.284	8,2	28.783	8,0	30.997	8,1	30.911	7,9	41.354	8,6
50 a 54 Anos	15.091	4,9	17.616	4,9	19.236	5,0	20.157	5,1	28.623	5,9
Até 19 Anos	11.943	3,9	14.508	4,0	15.236	4,0	15.076	3,9	18.400	3,8
55 a 59 Anos	7.652	2,5	8.602	2,4	9.584	2,5	9.720	2,5	15.892	3,3
60 a 64 Anos	3.101	1,0	3.246	0,9	3.423	0,9	3.496	0,9	6.045	1,3
65 a 69 Anos	759	0,2	812	0,2	783	0,2	797	0,2	1.163	0,2
70 Anos e Mais	244	0,1	284	0,1	285	0,1	259	0,1	316	0,1
Total	308.812	100,0	360.121	100,0	384.109	100,0	391.523	100,0	483.525	100,0
Mulheres										
25 a 29 Anos	16.161	17,9	19.232	18,2	21.568	18,7	23.056	19,1	32.002	18,2
30 a 34 Anos	14.434	16,0	17.109	16,2	18.773	16,3	19.848	16,5	28.471	16,2
35 a 39 Anos	13.861	15,4	15.851	15,0	17.017	14,7	17.169	14,2	25.087	14,3
20 a 24 Anos	13.701	15,2	16.171	15,3	17.544	15,2	18.229	15,1	22.406	12,7
40 a 44 Anos	11.736	13,0	13.937	13,2	14.965	13,0	15.542	12,9	23.044	13,1
45 a 49 Anos	9.255	10,3	10.359	9,8	11.514	10,0	11.679	9,7	19.128	10,9
50 a 54 Anos	5.433	6,0	6.413	6,1	7.010	6,1	7.450	6,2	13.872	7,9
55 a 59 Anos	2.384	2,6	2.771	2,6	2.989	2,6	3.259	2,7	6.140	3,5
Até 19 Anos	2.344	2,6	2.734	2,6	3.153	2,7	3.263	2,7	3.875	2,2
60 a 64 Anos	656	0,7	667	0,6	723	0,6	836	0,7	1.469	0,8
65 a 69 Anos	152	0,2	163	0,2	188	0,2	219	0,2	326	0,2
70 Anos e Mais	48	0,1	70	0,1	61	0,1	73	0,1	84	0,0
Total	90.165	100,0	105.477	100,0	115.505	100,0	120.623	100,0	175.904	100,0

(conclusão)

2008		2009		2010		2011		2012	
absoluta	%								
103.922	18,9	96.796	18,3	92.663	18,2	91.277	17,9	85.893	17,4
98.632	17,9	89.870	17,0	85.874	16,9	84.322	16,5	79.964	16,2
85.320	15,5	83.318	15,8	81.046	15,9	82.193	16,1	81.517	16,5
68.912	12,5	67.925	12,9	64.724	12,7	65.877	12,9	64.788	13,1
60.279	11,0	58.247	11,0	55.524	10,9	54.703	10,7	53.176	10,7
47.809	8,7	48.151	9,1	46.629	9,2	46.909	9,2	45.449	9,2
34.585	6,3	34.881	6,6	33.759	6,6	34.464	6,8	33.819	6,8
21.504	3,9	17.763	3,4	18.378	3,6	19.154	3,8	18.798	3,8
20.033	3,6	21.367	4,0	20.266	4,0	21.620	4,2	20.916	4,2
7.250	1,3	7.821	1,5	7.750	1,5	8.091	1,6	8.472	1,7
1.220	0,2	1.361	0,3	1.276	0,3	1.478	0,3	1.602	0,3
366	0,1	351	0,1	396	0,1	440	0,1	420	0,1
549.832	100,0	527.851	100,0	508.285	100,0	510.528	100,0	494.814	100,0
2008		2009		2010		2011		2012	
absoluta	%								
36.964	17,9	36.049	17,5	34.951	17,4	35.161	17,2	34.544	16,4
33.174	16,1	34.089	16,6	33.810	16,8	36.041	16,7	36.958	17,6
29.571	14,4	29.125	14,2	28.506	14,2	30.167	14,4	30.984	14,7
26.014	12,6	25.334	12,3	25.224	12,5	25.534	12,2	24.605	11,7
26.736	13,0	26.410	12,9	25.304	12,6	26.455	12,6	26.372	12,5
22.591	11,0	22.928	11,2	22.216	11,0	23.445	11,2	23.585	11,2
16.463	8,0	16.762	8,2	16.321	8,1	17.213	8,2	16.921	8,0
7.416	3,6	7.950	3,9	7.768	3,9	8.385	4,0	8.724	4,1
4.832	2,3	4.396	2,1	4.593	2,3	4.890	2,3	4.804	2,3
1.792	0,9	1.848	0,9	1.871	0,9	2.108	1,0	2.278	1,1
361	0,2	421	0,2	358	0,2	429	0,2	461	0,2
108	0,1	102	0,0	133	0,1	153	0,1	94	0,0
206.022	100,0	205.414	100,0	201.055	100,0	209.981	100,0	210.330	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

4.3 INCIDÊNCIA DE ACIDENTES POR ATIVIDADE ECONÔMICA

O Quadro 1 permite visualizar, no que se refere às subclasses da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), os estados com maior incidência de acidentes (São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro), comparando os anos de 2003 e 2012. As atividades econômicas em que mais frequentemente ocorrem acidentes de trabalho são as relacionadas ao atendimento hospitalar, nos cinco estado analisados, durante o ano de 2003, seguida pelos acidentes em construções de edifícios e as atividades de serviços prestados a empresas.

Por outro lado, no ano de 2012, assim como em 2003, os estados que lideram o número de acidentes de trabalho, caso de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, apresentam uma alteração no quarto estado com maior frequência nos acidentes: o Rio de Janeiro se sobressai sobre o Paraná. No que tange às atividades econômicas responsáveis pelo maior numero de acidentes, no ano de 2012, identificam-se as atividades relacionadas ao atendimento hospitalar e a construção de edifícios.

Em termos da evolução das principais atividades que apresentaram acidentes de trabalho, pode-se destacar, no estado de São Paulo, que aquelas relacionadas ao atendimento hospitalar apresentaram uma tendência crescente, correspondendo a uma variação de 101,0% de 2003 para 2012. Na sequência estão a construção de edifícios, variando em 41,8% no mesmo período. O comercio varejista, por sua vez foi o que apresentou a maior variação de 280,2% entre 2003 e 2012.

Para os estados em foco, vimos que as atividades que lideram o número de casos de acidentes de trabalho em 2012 são as atividades de atendimento hospitalar, a construção de edifícios, o Comércio varejista e mercados em geral, com predominância alimentar, a administração pública em geral, o transporte rodoviário de carga, as atividades de correio e o abate de suínos, aves e outros pequenos animais e restaurante e demais estabelecimentos correlatos. Um fator notável foi a saída desse grupo dos acidentes, que constava em 2003, das atividades de cultivo da cana de açúcar, ou mesmo na indústria do açúcar, que pode ser atribuído a introdução de novas tecnologias poupadoras de mão de obra.

(continua)

2003		2012		
		São Paulo		
Atividades de Atendimento Hospitalar		10.822	Atividades de Atendimento Hospitalar	21.755
Edificações(Resid/Industr/Comerc/Serv)		3.611	Cnae Zerado	1.828
Outr Ativ. deServPrestPrincip as Empresas/		3.456	Construção de Edifícios	5.121
Administração Pública em Geral		4.863	Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda	8.411
Cultivo de Cana-De-Açúcar		3.878	Administração Pública em Geral	9.014
Transporte Rodoviário de Cargas/ em Geral		3.345	Transporte Rodoviário de Carga	5.919
Usinas de Açúcar		3.239	Fabricação de Açúcar em Bruto	5.718
Produção Mista		806	Atividades de Correio	5.656
Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda		2.212	Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais	1.001
Ignorado		1.168	Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alim. e Bebidas	4.222
		Minas Gerais		
Atividades de Atendimento Hospitalar		2.364	Atividades de Atendimento Hospitalar	6.193
Edificações(Resid/Industr/Comerc/Serv)-Incl A		1.376	Cnae Zerado	3.280
Outr Ativ. deServPrestPrincip as Empresas/		1.211	Construção de Edifícios	2.633
Administração Pública em Geral		1.145	Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda	2.223
Cultivo de Cana-De-Açúcar		306	Administração Pública em Geral	4.566
Transporte Rodoviário de Cargas/ em Geral		845	Transporte Rodoviário de Carga	2.274
Usinas de Açúcar		455	Fabricação de Açúcar em Bruto	935
Produção Mista		1.285	Atividades de Correio	671
Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda		495	Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais	1.376
Ignorado		671	Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alim. e Bebidas	974

(continuação)

Rio Grande do Sul			
Atividades de Atendimento Hospitalar	3.673	Atividades de Atendimento Hospitalar	6.300
Edificações (Resid/Industr/Comerc/Serv)-Incl A	1.341	Cnae Zerado	5.554
Outr Ativ. De Serv Prest Princip as Empresas/ Administração Pública em Geral	459	Construção de Edifícios	1.246
Cultivo de Cana-De-Açúcar	537	Com Varej Merc Geral/Predom Alimentar Venda	2.004
Transporte Rodoviário de Cargas/ em Geral	1	Administração Pública em Geral	823
Produção Mista	723	Transporte Rodoviário de Carga	1.512
Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda 3	1.274	Fabricação de Açúcar em Bruto	1
Ignorado	445	Atividades de Correio	690
Outras Atividades Associativas/ não Especific	1.578	Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais	1.641
	521	Restaurantes e outros estab.de Serviços de Alim. e Bebidas	618
Paraná			
Atividades de Atendimento Hospitalar	1.491	Atividades de Atendimento Hospitalar	3.544
Edificações (Resid/Industr/Comerc/Serv)-Incl A	789	Cnae Zerado	1.823
Outr Ativ. De Serv PrestPrincip as Empresas/ Administração Pública em Geral	436	Construção de Edifícios	1.440
Cultivo de Cana-De-Açúcar	299	Com Varej Merc Geral/Predom Alimentar Venda	1.354
Transporte Rodoviário de Cargas/ em Geral	1.269	Administração Pública em Geral	1.024
Usinas de Açúcar	540	Transporte Rodoviário de Carga	1.249
Produção Mista	267	Fabricação de Açúcar em Bruto	953
Com Varej Merc Geral/Predom Alimentar Venda 3	303	Atividades de Correio	834
Ignorado	438	Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais	2.092
	381	Restaurantes e Outros estab. de Serviços de Alim. e Bebidas	661

(conclusão)

Rio de Janeiro	
Atividades de Atendimento Hospitalar	3.831
Edificações (Resid/Industr/Comerc/Serv)-Incl A	386
Outr Ativ. De Serv Prest Princip as Empresas/	1.457
Administração Pública em Geral	1.790
Cultivo de Cana-De-Açúcar	530
Transporte Rodoviário de Cargas/ em Geral	1.133
Usinas de Açúcar	26
Produção Mista	1.853
Com VarejMerc Geral/Predom Alimentar Venda 3	49
Ignorado	756
Atividades de Atendimento Hospitalar	
Cnae Zerado	
Construção de Edifícios	
Com Varej Merc Geral/Predom Alimentar Venda	
Administração Pública em Geral	
Transporte Rodoviário de Carga	
Fabricação de Açúcar em Bruto	
Atividades de Correio	
Abate de Suínos, Aves e Outros Pequenos Animais	
Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alim. e Bebidas	

Quadro 1 Os cinco estados brasileiros de maior incidência de acidentes por atividade econômica, as 10 maiores, frequência absoluta, 2003 e 2012.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

Nota: Os valores usados no ano de 2003 correspondem ao CNAE 95 e os valores usados no ano de 2012 correspondem ao CNAE 2012.

4.4 GASTOS PÚBLICOS PREVIDENCIÁRIOS

Os gastos públicos previdenciários possuem um impacto importante no nível de gastos públicos totais, ou da demanda agregada do Brasil. Estima-se que os gastos previdenciários correspondem a 12,0% do Produto Interno Bruto (PIB), de acordo com Iaquinto (2013). O autor argumenta, ainda, que os gastos do INSS representam uma grande pressão nos gastos públicos e esses gastos tendem a aumentar nos próximos anos. De acordo com Santana et al.(2006), os gastos previdenciários “[...] precisam ser regularmente estimados e divulgados devido à sua importância econômica e para o sistema de saúde, buscando sensibilizar empresários, gestores e profissionais de saúde para este, ainda negligenciado, problema de saúde pública.” (SANTANA et al.,2006, p.1006).Tratando, mais especificamente, dos gastos advindos de acidentes do trabalho, os autores consideram estes como sendo responsáveis por grande impacto sobre a produtividade e a economia, sendo que, nos últimos anos, as estimativas científicas dos custos dos acidentes de trabalho têm aumentado, pelo fato de o “[...] desenvolvimento da área da economia da saúde, e a estreita relação entre trabalho e economia, seja pelos fatores de risco para os acidentes, seja pelos seus efeitos sobre a capacidade produtiva.” (SANTANA et al.,2006, p.1005).

Em termos gerais, é possível observar (Tabela 4), ao longo do período analisado (2003-2012), que o número de benefícios totais concedidos, teve uma tendência crescente. O ano de 2012 foi responsável pela maior frequência de benefícios, ou seja, variou 39,8% em relação ao ano em que teve o menor número de benefícios concedidos (2003). No que se refere à quantia de benefícios concedidos e aos gastos com benefícios previdenciários, o auxílio-doença lidera em ambos os casos.

Mais especificamente, na quantia de benefícios concedidos, o auxílio-doença lidera, em todos os anos analisados, o ranking dos maiores gastos previdenciários, sendo o ano de 2012 o responsável pela maior frequência de benefícios concedidos através dessa espécie, correspondendo a uma variação de 57,4% em relação ao ano de 2003. Na sequência, o segundo maior número de benefícios concedidos é com a aposentadoria por idade, que apresentou, no decorrer do período analisado, uma tendência crescente, chamando atenção para o ano de 2005, onde o número de benefícios previdenciários concedidos dessa espécie apresentou uma leve queda em comparação aos demais anos.

A aposentadoria por idade apresentou a maior frequência no ano 2012, variando 40,0% em relação ao ano de menor frequência, 2003.

Tabela 4- Evolução do número de benefícios previdenciários concedidos, por espécie, Brasil - 2003-2012

Grupo/Principais Espécies	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Auxílio Doença	1.371.221	1.725.781	1.860.695	2.188.671	1.825.508	1.806.727	1.713.115	1.900.728	2.022.613	2.158.346
Ap Idade	443.733	486.611	450.954	462.647	519.218	551.878	602.721	565.277	580.716	621.515
42-Ap Tempo Contrib LOPS	134.003	143.934	150.727	179.951	239.263	260.854	279.636	264.456	283.043	281.257
Pensões por Morte	302.479	328.201	319.951	334.801	359.186	367.695	380.042	386.264	396.278	399.295
80-Salário-Maternidade	705.100	436.429	396.969	416.704	453.140	497.031	569.891	572.283	568.438	604.815
Auxílio Doença Acidentário	145.769	165.219	156.168	140.998	274.946	356.336	329.914	327.894	319.445	305.208
Ap Invalidez	174.687	214.530	265.543	171.853	135.211	195.451	179.021	183.678	183.301	182.818
88-Amparo Idoso	116.404	317.003	185.036	173.685	181.252	198.414	195.161	169.039	155.353	153.024
87-Amparo Portador de Deficiência	119.096	141.198	132.578	131.774	145.245	178.900	166.924	207.396	185.935	174.013
Aposentadorias Acidentárias	8.504	9.069	9.658	5.854	4.495	7.839	8.940	10.261	11.108	11.433
Auxílio Reclusão	5.945	7.516	8.454	10.404	11.847	13.255	16.128	18.833	21.189	23.109
46-Ap Tempo Contrib Especial	454	566	804	1.228	1.974	2.893	4.508	5.678	7.117	9.362
Auxílio Acidente e Sup.Acidentário	9.188	9.106	9.951	10.437	10.566	11.699	13.665	12.791	15.197	16.143
Outras Ap Tempo Contrib	4.510	3.796	3.218	3.914	5.313	5.174	5.155	6.707	7.547	7.472
Auxílio Acidente	1.718	1.882	2.754	3.634	4.105	5.174	4.634	5.451	6.871	7.879
Pensões Acidentárias	1.904	1.841	1.612	1.525	1.435	1.127	850	778	751	614
EPU - Pensões Mensais Vitalícias	17	38	-	28	54	846	3.080	2.147	1.757	977
Pensões Mensais Vitalícias	481	743	607	634	536	502	484	416	352	376
EPU - Pensão por Morte	-	-	-	35	37	35	31	34	23	20
Rmv Invalidez	138	49	35	26	10	9	5	3	3	-
Abono de Permanência	7	8	4	2	7	4	4	4	2	2
Rmv Idade	17	8	6	8	2	1	-	-	-	1
EPU - Ap. TC Anistiados	-	-	-	3	1	-	-	2	-	2
Vantagem do Servidor	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	3.545.376	3.993.529	3.955.724	4.238.816	4.173.351	4.461.844	4.473.909	4.640.120	4.767.039	4.957.681

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

Os demais benefícios, que são concedidos em maior frequência absoluta são com as espécies aposentadoria por tempo de contribuição LOPS¹, pensão por morte, salário-maternidade, auxílio doença acidentário, aposentadoria por invalidez, respectivamente.

Por outro lado, em termos dos gastos previdenciários totais, tratando da espécie do benefício, os cinco maiores gastos em reais constantes de 2012, conforme pode ser observado na Tabela 5, são referentes ao auxílio-doença, em todo o período analisado (2003-2012), em seguida, a aposentadoria por idade, sendo a segunda responsável pelos maiores gastos e benefícios previdenciários, além da aposentadoria por tempo de contribuição LOPS, da pensão por morte e do salário maternidade.

Os gastos totais apresentaram uma tendência crescente ao decorrer do período, porém ocorreram algumas oscilações pouco significativas em alguns anos. Os valores monetários gastos, assim como o número de benefícios concedidos, também predominaram no ano de 2012, variando 39,8% em relação a 2003 que teve os menores gastos do período.

São inúmeras as consequências que um acidente de trabalho pode acarretar. Freitas (2011) destaca que os efeitos são induzidos aos mais variados níveis, envolvendo fatores individuais, familiares, sociais, e inclusive a incidência econômica e da problemática dos custos.

No que diz respeito aos gastos, mais especificadamente, aos gastos públicos relacionados somente à saúde do trabalhador, é possível verificar com os valores a preços constantes (Tabela 5) que, em termos gerais, até o ano de 2006 há uma tendência crescente, decaindo apenas no ano de 2007. Esse fato pode ser explicado pelo Ministério da Previdência Social (BRASIL, AEPS, 2007), pela nova sistemática de concessão de benefícios acidentários, instituída pelo INSS em abril de 2007, tendo impacto na forma de levantamentos estatísticos dos acidentes de trabalho e que, conforme Batich (2004) demonstra que houve uma diminuição na quantidade e no valor dos benefícios previdenciários. De 2008 em diante, os valores voltam a apresentar uma tendência crescente. O ano com a maior concentração de gastos, no que diz respeito apenas aos relacionados à saúde do trabalhador é o de 2012, apresentando uma variação de 67,9% em comparação com o ano que incidiu o menor gasto, que foi o ano de 2003.

¹LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social, que possibilitou a concessão do benefício aposentadoria especial.

Tabela 5- Evolução dos gastos previdenciários, total e por principais espécies, em R\$ constantes, Brasil, 2003-2012

(continua)

Grupo/Principais Espécies	2003	2004	2005	2006	2007
Auxílio Doença	1.334.530.361,92	1.590.041.139,28	1.796.145.362,38	2.209.533.502,80	1.812.513.336,93
Ap Idade	491.208.015,59	262.255.026,25	267.295.642,20	300.101.170,87	348.982.567,39
42-Ap Tempo Contrib LOPS	210.241.882,59	209.363.026,28	225.717.825,71	282.693.667,45	379.709.186,04
Pensões por Morte	253.434.742,42	272.327.146,70	287.425.387,15	317.327.134,71	339.875.309,63
80-Salário-Maternidade	491.208.015,59	202.119.828,70	206.057.480,04	242.608.374,23	275.011.978,03
Auxílio Doença Acidentário	159.716.655,59	170.170.985,85	160.195.275,78	145.407.400,62	287.620.692,87
Ap Invalidez	166.702.875,21	209.620.857,02	276.095.804,72	187.045.293,02	144.564.644,70
88-Amparo Idoso	50.187.304,92	132.822.412,69	87.045.958,63	92.783.045,63	100.649.556,30
87-Amparo Portador de Deficiência	51.522.778,98	59.847.327,75	62.503.252,67	70.495.399,51	80.829.934,81
Aposentadorias Acidentárias	11.729.640,28	12.843.683,97	14.413.953,20	9.464.833,97	6.642.845,10
Auxílio Reclusão	4.815.637,39	5.655.115,51	6.613.309,94	8.418.518,59	9.233.761,43
46-Ap Tempo Contrib Especial	1.089.678,01	1.408.947,99	2.328.863,69	3.793.165,56	5.938.854,21
Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário	7.042.318,28	6.902.207,40	8.508.953,17	10.115.811,54	10.060.285,42
Outras Ap Tempo Contrib	6.806.647,06	5.366.428,30	4.469.427,25	6.214.177,14	8.022.875,62
Auxílio Acidente	770.948,54	822.881,22	1.294.070,73	1.738.394,08	2.209.381,63
Pensões Acidentárias	2.648.248,73	2.416.580,55	2.198.624,28	2.108.283,75	1.970.129,32
EPU - Pensões Mensais Vitalícias	13.647,72	37.850,12	-	31.070,02	68.997,42
Pensões Mensais Vitalícias	414.229,00	633.142,62	579.324,32	680.091,87	593.446,42
EPU - Pensão por Morte	-	-	-	286.748,76	196.909,73
Rmv Invalidez	58.422,87	20.285,11	16.123,75	13.354,09	5.233,75
Abono de Permanência	3.886,94	4.450,50	1.555,96	1.384,15	6.266,75
Rmv Idade	7.270,07	3.339,11	2.430,06	4.200,40	1.130,01
EPU - Ap. TC Anistiados	-	-	-	748,94	5.700,36
Vantagem do Servidor	449,69	747,06	-	-	-
Total	2.996.021.349,10	3.144.683.410,00	3.408.908.625,61	3.890.865.771,70	3.814.713.023,88

Grupo/Principais Espécies	(conclusão)		
	2008	2009	2010
Auxílio Doença	1.716.617,905,84	1.796.517.255,94	1.932.476.445,59
Ap Idade	366.922.373,78	448.305.898,34	413.361.247,19
42-Ap Tempo Contrib LOPS	392.679.309,23	447.834.237,04	410.270.296,56
Pensões por Morte	334.470.530,65	384.342.731,54	386.271.854,61
80-Salário-Maternidade	303.144.619,64	398.887.174,81	399.769.363,27
Auxílio Doença Acidentário	354.900.256,73	358.064.279,71	349.138.218,06
Ap Invalidez	203.766.738,23	202.687.538,88	200.923.707,25
88-Amparo Idoso	108.846.491,70	122.516.103,76	105.856.627,60
87-Amparo Portador de Deficiência	98.097.389,76	104.890.710,05	129.770.576,10
Aposentadorias Acidentárias	10.767.271,40	12.600.930,64	13.814.229,80
Auxílio Reclusão	9.670.166,10	13.142.040,30	15.248.719,36
46-Ap Tempo Contrib Especial	8.230.165,02	14.063.959,43	16.620.117,94
Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário	9.793.772,60	13.303.944,97	11.638.732,06
Outras Ap Tempo Contrib	6.924.364,34	7.467.578,61	8.669.520,31
Auxílio Acidente	2.709.510,05	2.758.544,83	3.016.129,92
Pensões Acidentárias	1.487.024,52	1.223.458,03	1.103.509,60
EPU - Pensões Mensais Vitalícias	916.190,92	3.816.951,00	2.609.119,22
Pensões Mensais Vitalícias	549.174,98	608.350,12	521.097,30
EPU - Pensão por Morte	156.834,15	213.072,49	341.950,31
Rmv Invalidez	4.669,95	2.847,94	1.880,15
Abono de Permanência	1.775,72	4.086,45	3.923,88
Rmv Idade	554,91	-	-
EPU - Ap. TC Anistiados	-	-	1.324,25
Vantagem do Servidor	-	-	-
Total	3.930.657.090,21	4.333.251.694,88	4.401.428.590,33
			4.627.068.700,78
			4.921.323.017,07

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

Nota: valores correntes transformados em valores constantes pelo IGP-DI de 1º de nov. 2014.

Verifica-se uma tendência crescente em relação aos gastos com o auxílio-doença, este, por sua vez, conforme já observado anteriormente, sendo o maior gasto previdenciário de todo o período analisado. Dos gastos observados pela Tabela 6, os com auxílio-doença, assim como em relação aos demais gastos, predominam no decorrer do período. Estes são seguidos, até o ano de 2006, pelos gastos com aposentadoria por invalidez, dando lugar, a partir de então, aos gastos com auxílio-doença acidentário.

Os gastos com auxílio-doença, entre 2003 e 2012, representam uma variação de 68,7%. Em relação à aposentadoria por invalidez, esta apresentou uma tendência crescente, até 2005, a partir de então, verifica-se uma oscilação nos gastos anuais desta espécie de benefício. A sua maior frequência ocorreu no ano de 2005, enquanto o menor gasto correspondeu ao ano de 2007. Os demais gastos públicos previdenciários, relacionados à saúde do trabalhador, correspondem às aposentadorias acidentárias, auxílio acidente e suplementar acidentário, auxílio acidente, pensões acidentárias, respectivamente, por ordem de maior proporção de gasto anual.

Tabela 6 - Gastos previdenciários, em R\$ Constantes, principais espécies: Auxílio-doença, Auxílio Doença Acidentário, Aposentadoria por invalidez, Aposentadorias Acidentárias, Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário, Auxílio Acidente, Pensões Acidentárias - Brasil, 2003- 2012

Grupo/Principais Espécies	<i>(continua)</i>					
	2003	2004	2005	2006	2007	2007
Auxílio Doença	1.334.530.361,92	1.590.041.139,28	1.796.145.362,38	2.209.533.502,80	1.812.513.336,93	
Auxílio Doença Acidentário	159.716.655,59	170.170.985,85	160.195.275,78	145.407.400,62	287.620.692,87	
Aposentadoria por Invalidez	166.702.875,21	209.620.857,02	276.095.804,72	187.045.293,02	144.564.644,70	
Aposentadorias Acidentárias	11.729.640,28	12.843.683,97	14.413.953,20	9.464.833,97	6.642.845,10	
Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário	7.042.318,28	6.902.207,40	8.508.953,17	10.115.811,54	10.060.285,42	
Auxílio Acidente	770.948,54	822.881,22	1.294.070,73	1.738.394,08	2.209.381,63	
Pensões Acidentárias	2.648.248,73	2.416.580,55	2.198.624,28	2.108.283,75	1.970.129,32	
Total	1.683.141.048,56	1.992.818.335,29	2.258.852.044,24	2.565.413.519,78	2.265.581.315,97	

Grupo/Principais Espécies	<i>(conclusão)</i>				
	2008	2009	2010	2011	2012
Auxílio Doença	1.716.617.905,84	1.796.517.255,94	1.932.476.445,59	2.083.184.771,86	2.252.175.950,66
Auxílio Doença Acidentário	354.900.256,73	358.064.279,71	349.138.218,06	346.345.819,98	336.115.388,97
Aposentadoria por Invalidez	203.766.738,23	202.687.538,88	200.923.707,25	201.190.935,13	203.602.095,09
Aposentadorias Acidentárias	10.767.271,40	12.600.930,64	13.814.229,80	15.086.746,80	15.527.415,79
Auxílio Acidente e Suplementar Acidentário	9.793.772,60	13.303.944,97	11.638.732,06	13.907.332,01	14.519.899,12
Auxílio Acidente	2.709.510,05	2.758.544,83	3.016.129,92	3.761.548,13	4.448.188,90
Pensões Acidentárias	1.487.024,52	1.223.458,03	1.103.509,60	1.062.681,17	905.920,92
Total	2.300.042.479,37	2.387.155.953,01	2.512.110.972,28	2.664.539.835,09	2.827.294.859,45

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do MPS.

Nota: Os valores correntes foram deflacionados para a obtenção dos valores constantes por meio do IGP-DI de 1º de novembro de 2014.

Observa-se na Tabela 6 que os gastos apenas com a saúde do trabalhador representam uma parcela bastante significativa no orçamento do governo. Conforme mencionado no início do trabalho, em termos de proteção social e políticas públicas o contexto é de melhoria, para tanto, o número de acidentes de trabalho ainda permanece constante, gerando além de um custo para a empresa e governo, um sofrimento para o trabalhador e sua família.

De acordo com Silva Junior e Fischer (2014), o adoecimento da população economicamente ativa causa uma diminuição da força produtiva, gerando custos diretos ao Estado pelo fato de diminuir o crescimento econômico. “O ônus da exclusão social pode agravar ainda mais o sofrimento crônico dos indivíduos adoecidos, promovendo um ciclo de desgaste. Essa situação não contribui para a melhora do seu estado físico e mental.” (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014, p. 189).

Os autores sugerem que, para diminuir os gastos com benefícios, é necessário diminuir o agravamento de quadros que ocasionam acidentes, sendo esta uma forma de equilíbrio financeiro da previdência social pública. “A agenda governamental deve apoiar programas de pesquisa sobre saúde mental, promovendo discussões nacionais acerca dos seus dados oficiais. Assim, podem ser criadas políticas públicas específicas em promoção de saúde prevenção e reabilitação.” (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014, p. 189).

Os gastos elevados com acidentes e doenças de trabalho poderiam ser evitados ou reduzidos com maior investimento na área, ou seja, a prevenção traz inúmeros benefícios às empresas e à sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão proposta pelo estudo, no que diz respeito à Previdência Social no contexto das políticas públicas e sociais, evidencia que a Previdência Social é uma medida de políticas públicas que buscam reduzir a pobreza, e da mesma forma, auferir ao trabalhador incapacitado de exercer atividades laborais, seu sustento e de sua família, tornando-se, assim, um objetivo primordial da política social. É possível concluir que, enquanto política pública e social, a Previdência Social, é uma medida, tão importante quanto eficaz, em meio à sociedade, já que propicia a essa, a redistribuição de renda por meio do Estado.

No que se refere à saúde do trabalhador no contexto das políticas de proteção social do trabalhador brasileiro, conclui-se que o início das preocupações com adoecimento do trabalhador se deu na Inglaterra com a Revolução Industrial, no início do século XIX, onde os trabalhadores começaram apresentar condições de saúde precárias, visto a degradação da saúde do trabalhador, a qual impactava diretamente nos custos diretos e indiretos de perda de capacidade produtiva sentida pelas indústrias e empresas empregatícias. Os números de acidentes vêm aumentando cada vez mais e com isso apresentando grandes efeitos sobre a capacidade produtiva. Cabe destacar o seu vínculo direto com as consequências econômicas, sociais e políticas. Nessa direção, observa-se a evolução na legislação e normatização em termos de saúde e segurança do trabalhador, auxiliando na prevenção dos acidentes do trabalho.

Da análise aplicada, de acordo com os dados secundários, é possível concluir que, ao longo do período, os números de acidentes de trabalho vêm apresentando uma tendência crescente, de maneira que, em termos gerais, o ano de 2008 destaca-se como sendo o responsável pela maior frequência de acidentes. Em termos das consequências

dos acidentes, pode-se afirmar que são as incapacidades por menos e por mais de 15 dias as que mais pesam no número total de acidentes liquidados em todo o Brasil.

Em nível territorial, pode-se concluir que as regiões Sudeste e Sul são as que apresentam a maior frequência de acidentes de trabalho, com o estado de São Paulo liderando o número de casos. Em relação à idade em que os trabalhadores mais se acidentam, a faixa etária entre 24 e 30 anos é a que apresenta a maior frequência, enquanto a menor esta na faixa etária entre 65 anos ou mais, pelo fato de terem a menor participação no mercado de trabalho. Os homens são os que mais se acidentam em comparação às mulheres, isto, pelo fato de que representam a maior participação no mercado de trabalho.

No que tange aos gastos ou os custos que o setor público incorre com os acidentes de trabalho, seja com o adoecimento, com a incapacidade permanente e com o óbito, conclui-se que os gastos previdenciários correspondem a uma grande parcela dos gastos públicos no Brasil. Além disso, apresentam uma tendência crescente entre 2003 e 2012, impactando diretamente no orçamento do Estado. O maior gasto previdenciário é com o auxílio-doença, sobressaindo-se até mesmo aos gastos com aposentadoria por idade ou por tempo de contribuição, ou seja, o gasto é maior com o trabalhador em idade econômica ativa, do que com o sustento da população inativa.

Diante do estudo, os dados secundários mostram o quanto expressivo são os gastos acidentários, visto seu impacto para a Previdência Social, Estado e sociedade. Não resta dúvida quanto à importância do benefício previdenciário, principalmente no que diz respeito ao amparo social, a necessidade do trabalhador, quando este se encontra incapacitado para exercer atividade que garante seu sustento. É preciso avançar, portanto, em políticas preventivas para garantir as condições de vida e saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Paulo César Andrade; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v.36 n.124, p. 195-207, Jul/Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200003>. Acessado em: 20 nov. 2014.

BALTAR, Ronaldo. Desenvolvimento, globalização e trabalho decente. *Caderno CRH*. Rio de Janeiro, v.26, n.67, p. 105-122, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v26n67/a08v26n67.pdf>>. Acessado em: 30 maio 2014.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo Perspectiva*. São Paulo, v.18, n.3, p.33-40, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>>. Acessado em: 12 set. 2014.

BORBA, Julian. *Ciência Política*. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social – MPS. *Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS*. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Previdência Social- MPS. Base de dados históricos de acidentes do trabalho. *Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS Infologo*. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/aeat/>. Acessado em: 18 ago. 2014.

BRASIL, Ministério da Previdência Social- MPS. *Formas de Contribuição: Empregado*, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/inicial-central-de-servicos-ao-segurado-formas-de-contribuicao-empregado/>>. Acessado em: 25 junho 2014.

BRASIL, Ministério da Previdência Social- MPS. O Perfil dos Beneficiários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). *Informe de Previdência Social*. Brasília, v.26, n.2, fev.2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/Informe_fevereiro_2014_web.pdf>. Acessado em 18 out. 2014.

BRASIL, Ministério da Previdência Social- MPS. *Previdência Social: Reflexões e Desafios*. Brasília, 2009, 232 p. (Coleção Previdência Social, v. 30). Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf>. Acessado em: 07 set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil- Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para Serviços de Saúde*. Brasília, 2011, 290 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acessado em: 20 novembro 2014.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego- MTE. *Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho*. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/seg_sau/comissao-tripartite-de-saude-e-seguranca-no-trabalho-ctsst.htm>. Acessado em: 15 set. 2014.

BRASIL. Portal Brasil. Artigo: País gasta cerca de R\$ 70 bilhões com acidentes de trabalho. Brasília, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/pais-gasta-cerca-de-R-70-bilhoes-com-acidentes-de-trabalho>>. Acessado em: 15ou.2014.

CAMARGO, José Márcio. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n.2, p.68-77, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200008>. Acessado em: 18 set. 2014.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES - CUT. Secretaria Nacional de Relações de Trabalho. *Trabalho decente na estratégia da CUT*. São Paulo, abr. 2011. Disponível em: <http://www.fes.org.br/download/artikel/datei/310_310_cartilha-trabalho-decente-na-estrategia-da-cut.pdf>. Acessado em: 29 out. 2014.

DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social- USP*, São Paulo, v.15, n.2, p.63-101, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/12785.pdf>>. Acessado em 18 set. 2014.

FAVONI, Célio; SOUZA, Solange de Cássia Inforzato de. A Previdência Social Brasileira como Política Pública de Renda nos Municípios do Paraná. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 25, p. 111-124, set. 2004. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3817/3075>>. Acessado em: 18 set. 2014.

FOGUEL, Miguel N.; MOREIRA, Ajax; SANTOS, Daniel. Impacto do Plano Simplificado de Previdência Social sobre as Contribuições Voluntárias ao Sistema de

Previdência. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 42, n.4, p.639-669, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000400001&script=sci_arttext>. Acessado em: 20 set. 2014.

FRANÇA, Álvaro Sólton de. *Previdência Social e a Economia dos Municípios*. 6. ed. Brasília: ANFIP, 2011. 252 p. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/20120726210022_Economia-nos-municipios_26-07-2011_2011_Economia_dos_municipios.pdf>. Acessado em: 14 set. 2014.

FREITAS, Djalma Dias. *Acidente de trabalho: causas e suas consequências*. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: nov. 2011. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.34481&seo=1>>. Acessado em: 27 nov. 2014.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n.21, p. 212-259, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper21.pdf>>. Acessado em: 14 set. 2014.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p. disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acessado em: 13 jun. 2014.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (públicas) Sociais. *Cadernos Cedes*, Campinas, v.21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acessado em: 12 out. 2014.

IAQUINTO, Kalinka. Contagem regressiva. *Revista Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, v.67, n.6, jun.2013. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rce/article/viewArticle/20690>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acessado em: 22nov. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – Ipeadata. Proporção de contribuintes à previdência social na população. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acessado em: 16 jun. 2014.

IRIART, Jorge A. B.; OLIVEIRA, Roberval P.; XAVIER, Shirlei da S.; COSTA, AlaneMendara da S.; ARAÚJO, Gustavo R.; SANTANA, Vilma Sousa. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores

da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 155-174, Jan./Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100021>. Acessado em: 20 nov. 2014.

JACQUES, Maria da Graça. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.19, p.112-119, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400015>. Acessado em: 02 nov.2014.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003. Acessado em: 18 set. 2014.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. *Revista Katálysis*. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100009> . Acessado em: 18 set. 2014.

LOPES, Evangelho; LUCIA, Carmen. *A Fundação da SOBES e a Regulamentação da Engenharia de Segurança no Brasil*: uma visão histórica das origens da segurança do trabalho. Rio de Janeiro: Sobes, 2012. 177 p. Disponível em: <<http://sobes.org.br/s/wp-content/uploads/2009/08/Sobes-Livro-2012-04-0811.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

AUGUSTO, Hélder dos Anjos; RIBEIRO, Eduardo M. O idoso rural e os efeitos das aposentadorias rurais nos domicílios e no comércio local: o caso de Medina, nordeste de Minas. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABPE, 15, 18-22 de Setembro de 2006, Caxambú- MG. *Anais...Caxambú (MG)*, 2006.

LUCCA, Sergio Roberto de; CAMPOS, Carlos Roberto. A Medicina do Trabalho no mundo contemporâneo: o perfil dos médicos do trabalho, desafios e competências. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_volume_9_n%C2%BA_1_201220131222287055475.pdf>. Acessado em 04 out. 2014.

MACHADO, José; SORATTO, Lúcia; CODO, Wanderley. *Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa*. ONetep e a Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2013. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india>. Acessado em: 13 jun.2014.

MATTIOLI, Carlos Eduardo. Aspectos Jurídicos do Adicional de Insalubridade. In: Congresso Brasileiro de Magistrados, 17, Natal (RN) out. 2001. Anais... Natal (RN), 2001. Disponível em: <<http://www.mattioli.eng.br/dinamicaengenharia/Portugues/detInforme.php?codinforme s=9>>. Acessado em: 02 nov. 2014.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acessado em 12 out. 2014.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v.14, n.1, p.41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005>. Acessado em: 20 setembro 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. *Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho: um instrumento para uma melhoria contínua*. Genebra, abr. 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_154878.pdf>. Acesso em 20 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. *Trabalho digno: um mundo melhor começa aqui: Segurança e saúde no trabalho para homens e mulheres*. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/gender_april.pdf>. Acessado em: 08 nov. 2014.

PÁDUA, Andréia Aparecida da Silva; COSTA, Eliane Romeiro. *Políticas Públicas de Previdência e Assistência Social ao Idoso*, Goiânia, v. 34, n. 5/6, p. 305-317, maio/jun. 2007. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/326/265>> Acessado em: 22 maio 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/07.pdf>>. Acessado em: 20 set. 2014.

PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia (Colab.). *Previdência social*. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 654 p.

PRODANOV, Cleber Cristiano; Freitas, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2.ed. Novo

Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<https://www.feevale.br/cultura/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>>. Acessado em: 13 maio 2014.

REIS, Fábio Wanderley. Política e políticas: a ciência política e o estudo de políticas públicas. In: _____. *Mercado e Utopia: teoria política e sociedade brasileira*, Rio de Janeiro, 2009. p. 40-59. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/v7ywf/pdf/reis-9788599662793-03.pdf>>. Acessado em 06 set. 2014.

ROSSO, Sadi Dal. Jornada de trabalho: duração e intensidade. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 58, n.4, p.31-34, out./dez. 2006. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252006000400016&script=sci_arttext>. Acessado em: 19 out. 2014.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*. Londrina, v.14, n. 2, p.4-22, jan/jun. 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>>. Acessado em: 12 out. 2014.

SANTANA, Vilma Sousa; ARAÚJO-FILHO, José Bouzas; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, Paulo Rogério; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.6, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000700007&script=sci_arttext> . Acessado em: 02 nov. 2014.

SANTANA, Vilma; NOBRE, Letícia; WALDVOGEL, Bernadette Cunha. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 841-855, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a09v10n4>>. Acessado em: 08 nov. 2014.

SILVA JUNIOR, João Silvestre da; FISCHER, Frida Marina. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 48, p.186-190, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100186>. Acessado em: 20 nov. 2014.

SCHEID, Rafaela; GRESSLER, Marthina A.; MARTINS, Débora; FANFA, Luciana S.; KRUG, Suzane B. F. Agravos Relacionados ao Trabalho como causa de Internações Hospitalares. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. Santa Cruz, v.2, n.3, p.82-84, 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2695/2188>>. Acessado em: 15 set. 2014.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v.8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acessado em 20 set. 2014.

SOUZA, Norma Suelly S.; SANTANA, Vilma Sousa; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA Paulo R.; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, p. 630-638, ago/2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400008>. Acessado em: 20 set.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2661-2670, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001100021&script=sci_arttext>. Acessado em: 16 out. 2014.

VILELA, Rodolfo Andrade G.; RICARDI, Gil Vicente Fonseca; IGUTI, Aparecida Mari. Experiência do Programa de Saúde do Trabalhador de Piracicaba: desafios da vigilância em acidentes do trabalho. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v.10, n.2, p. 82-92, jun.2001. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16732001000200003&script=sci_arttext>. Acessado em: 05 nov.2014.

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto; SILVA, Marina da Cruz. O princípio da desmercantilização nas políticas sociais. *Caderno CRH*, Salvador, v.22, n.56, p. 345-358, maio/ago 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792009000200010&script=sci_arttext>. Acessado em: 14 set. 2014.