

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA**

EDNÉIA BOTELHO PADOVANI

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ENGRENAGEM AUTOMOTIVA:
um panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho nas plantas
montadoras instaladas no Brasil.**

DISSERTAÇÃO

CURITIBA

2016

EDNÉIA BOTELHO PADOVANI

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ENGRENAGEM AUTOMOTIVA:
um panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho nas plantas
montadoras instaladas no Brasil.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Área de Concentração: Tecnologia e Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Augusto Pinto

CURITIBA

2016

TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação Nº 460

A Saúde do Trabalhador na Engrenagem Automotiva: um panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho nas plantas montadoras instaladas no Brasil

por

Ednéia Botelho Padovani

Esta dissertação foi apresentada às 15h30 do dia 04 de maio de 2016 como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM TECNOLOGIA, Área de Concentração – Tecnologia e Sociedade, Linha de Pesquisa – Tecnologia e Trabalho, Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO (aprovado, aprovado com restrições, ou reprovado).

Prof. Dr. Mário Lopes Amorim
(UTFPR)

Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de
Albuquerque
(UFPR)

Prof. Dr. Giovanni Antonio Pinto Alves
(UNESP)

Prof. Dr. Geraldo Augusto Pinto
(UTFPR)
Orientador

Visto da coordenação:

Profª. Drª. Nanci Stancki da Luz
Coordenadora do PPGTE

O documento original encontra-se arquivado na Secretaria do PPGTE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

- P124s
2016
- Padovani, Ednéia Botelho
A saúde do trabalhador na engrenagem automotiva : ação e conceito / um panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho nas plantas montadoras instaladas no Brasil / Ednéia Botelho Padovani.-- 2016.
167 f. : il. ; 30 cm.
- Texto em português, com resumo em inglês
Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Tecnologia, Curitiba, 2016
Bibliografia: f. 163-167
1. Trabalho - Aspectos sociais – Brasil. 2. Trabalhadores da indústria automobilística – Aspectos sociais – Brasil. 3. Indústria automobilística – Aspectos sociais – Brasil. 4. Trabalhadores da indústria automobilística – Inovações tecnológicas. 5. Acidentes de trabalho – Brasil. 6. Previdência social - Brasil. 7. Tecnologia – Dissertações. I. Pinto, Geraldo Augusto, orient. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Tecnologia, inst. III. Título.

Àqueles invisíveis trabalhadores brasileiros, adoecidos e acidentados,
atendidos diariamente pelo Serviço Social do Instituto Nacional do
Seguro Social.

AGRADECIMENTOS

A indignação com as expressões da questão social me acompanha desde a infância. Não é à toa que sou, com orgulho, assistente social. Aproximar-se da realidade, correlacioná-la num contexto macro e retornar à mesma para, desvendar o curso, por vezes triste e sofrido, das expressões da questão social e possibilitar o atendimento social vislumbrando o empoderamento do cidadão, certamente, é uma resposta às minhas indignações pessoais. Tenho origem humilde, cresci na periferia, muito vi e muito vivi. Entretanto, esta possível titulação de mestre não me pertence. Pertence à minha família, aos amigos verdadeiros e à classe trabalhadora.

Agradeço especialmente aos meus pais, graduados no antigo ensino fundamental, os quais sempre me demonstraram que só é possível alterar o percurso do destino se agirmos sobre ele. Optei, desde sempre, por estudar e trabalhar dignamente, respaldada por princípios éticos, graças a vocês: Natal e Yolanda. Muito obrigada por me proporcionarem a visão da realidade e a perspectiva de alteração do nosso destino. Ao mesmo tempo, agradeço pela honra de tê-los presentes em minha vida, que, passados da sétima década de vida ainda me ensinam sobre o sentido da vida.

Até alguns anos atrás eu possuía o sonho de “me formar” e, após identificar as lacunas teóricas advindas da graduação, busquei uma pós-graduação e nela, preenchi mais do que uma lacuna, preenchi o coração com uma grande amizade. Amizade que me abriu os olhos para a formação continuada e para a materialização de nossas indignações. Vanessa Dorada, obrigada por me abrir as portas do mundo *stricto sensu*.

A Universidade Tecnológica Federal do Paraná e o Programa de Pós-Graduação em Tecnologia também estão em meus agradecimentos, porém personificados, especialmente, à Prof^a. Nanci da Luz e ao Prof^o. Mário Amorim: muito obrigada por terem me proporcionado a oportunidade de amadurecimento teórico, o qual foi necessário para meu encontro com a categoria trabalho. Estendo ainda, meus sinceros agradecimentos ao meu mestre: Geraldo Pinto. Obrigada por ensinar, por compartilhar o conhecimento e as experiências da vida. Do mesmo modo, agradeço à sua esposa, Patrícia Teixeira, pela compreensão da dinâmica do desenvolvimento de uma pesquisa.

Agradeço ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS por ter me propiciado a aproximação aos invisíveis adoecidos desta pátria. Agradeço ainda às chefias que me incentivaram desde o primeiro momento em que optei pela formação continuada: Simplício Barboza, Liziane Pelegrini, Josiane Marel e Alexandre Blume.

Minhas amigas Liziane Pelegrini e Bertila Will, muito obrigada pelo apoio, parceria e amizade sincera.

Obrigada aos amigos e assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social da Gerência Executiva em Curitiba, da Divisão de Serviço Social e da Diretoria de Saúde do Trabalhador na Administração Central em Brasília. Esta pesquisa é fruto do nosso compromisso com a classe trabalhadora.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao meu parceiro de vida: Rômulo Lins. Obrigada por compreender meus sonhos, por me incentivar e estar comigo na busca deles. Nossa parceria de vida está para além do amor, está também na luta pela Saúde do Trabalhador.

Gratidão a todos esses, aos quais, dedico à realização deste sonho.

Perguntei-lhe ainda se sofria de algum ardor na garganta e de certa dificuldade para respirar, se doía a cabeça enquanto aquele odor irritava as narinas, e se sentia náuseas. ‘Nada disso, respondeu ele, somente os olhos são atacados e se quisesse prosseguir neste trabalho muito tempo, sem demora perderia a vista, como tem acontecido aos outros’. Assim, atendendo-me, cobriu os olhos com as mãos e seguiu para casa. Depois observei muitos operários dessa classe, quase cegos ou cegos completamente, mendigando pela cidade. (RAMAZZINI, 2000).

RESUMO

PADOVANI, Ednéia Botelho. A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ENGRENAGEM AUTOMOTIVA: um panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho nas plantas montadoras instaladas no Brasil. 167f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

Os acidentes e o adoecimento no trabalho têm sido objeto de grande atenção por parte de instituições públicas vinculadas à seguridade social, de pesquisadores nas universidades e de entidades de classe como os sindicatos. Sobretudo, em se tratando de setores de alta capacidade tecnológica, instalados em países de economia dependente, situações em que, geralmente, a extração de mais-valor atinge patamares extraordinários, como é o caso, por exemplo, da indústria automotiva. Seus métodos de organização do trabalho associados ao complexo padrão tecnológico estimulam o crescimento da economia e o desenvolvimento de outros setores, mas, será que o legado positivo da indústria automotiva se estende também na saúde dos trabalhadores brasileiros? O objetivo deste estudo é elaborar um panorama dos empregos, da produção e dos benefícios previdenciários concedidos por adoecimentos e acidentes de trabalho no período temporal 2005-2013, especificamente nas montadoras de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, máquinas agrícolas e rodoviárias instaladas no Brasil. As implicações práticas advindas do estudo da saúde do trabalhador na engrenagem automotiva, contribuirão, de forma inédita, para a visualização do processo saúde-doença dessa classe trabalhadora. A pesquisa exploratória permitirá a aproximação da realidade e possibilitará a identificação de padrões ou hipóteses de expressão das manifestações da questão social.

Palavras-chave: Trabalho_aspectos sociais, econômicos e políticos. Saúde do Trabalhador. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Indústria Automotiva_Brasil.

ABSTRACT

PADOVANI, Ednéia Botelho. THE WORKER'S HEALTH IN THE AUTOMOTIVE INDUSTRY COG: an overview of illnesses and work accidents in the automakers plant in Brazil. 167f. Dissertation (Master's Degree in Technology) – Graduate Program in Technology, Federal Technological University of Paraná, Curitiba, 2016.

Accidents and illness at work have been an issue of great importance to public institutions associated to social security, university researchers and professional associations as trade unions. Especially, when it comes to high-capability technological areas installed in economically-dependent countries where in situations like that, the extraction of value generally reaches extraordinary levels, such as, for instance, the automotive industry. Its methods of work organization associated with the complex technologic pattern stimulate the growth of economy and the development of others sectors, but will be the positive legacy of the automotive industry also extends health of Brazilian workers? The goal of this study is to develop a broader view of illnesses and work accidents in the Brazilian automotive industry, throughout the 2005-2013 time frame, having as guiding the information provided by the National Association of Automobile Manufacturers – ANFAVEA and the National Institute of Social Security – INSS. The practical implications resulting from The worker's health in the automotive industry cog, will contribute in a unique way, to visualize the health-disease process of this working class. Exploratory research will allow a closer reality and will enable the identification of patterns or hypotheses that comes from the expression of the manifestations of the social question.

Keywords: labor social economic and political aspects. Worker's health. Accidents and work-related diseases. Brazilian automotive industry.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da Média dos Empregos na Indústria Automotiva Brasileira. Brasil: 2005-2013.....	55
Gráfico 2: Unidades Produzidas nas Empresas Brasileiras Fabricantes de Veículos Automotores. BRASIL: 2005-2013.....	59
Gráfico 3: Evolução do Quantitativo de Afastamentos Previdenciários nas Espécies B31 e B91 na Indústria Automotiva. BRASIL: 2005-2013.....	94
Gráfico 4: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva que Contiveram as Maiores Incidências nos Auxílios Doenças Previdenciários – B31, Considerando as Categorias do Grupo da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	96
Gráfico 5: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva que Contiveram as Maiores Incidências nos Auxílios Doenças Acidentários – B91, Considerando as Categorias do Grupo da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	97
Gráfico 6: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	100
Gráfico 7: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	104
Gráfico 8: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	107
Gráfico 9: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	110
Gráfico 10: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	113
Gráfico 11: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “G” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	115
Gráfico 12: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	142
Gráfico 13 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do Atendimento do Trabalhador na Ocorrência do Acidente de Trabalho e ou Doenças Relacionadas ao Trabalho.....	29
Figura 2: Panorama dos Adoecimentos e Acidentes de Trabalho na Indústria Automotiva. BRASIL: 2005-2013.....	160

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas.....	46
Tabela 2 – Quantidade de Acidentes do Trabalho, por Situação do Registro e Tipo, Segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE. BRASIL: 2013.....	47
Tabela 3 – Quantidade de Benefícios Concedidos de Auxílio-Doença Previdenciário – B31 na Indústria de Autoveículos. BRASIL: 2009-2012.....	47
Tabela 4 – Quantidade de Benefícios Concedidos de Auxílio-Doença Acidentário – B91 na Indústria de Autoveículos. BRASIL: 2009-2012.....	48
Tabela 5 – Quantitativo de Empresas Considerando a Atividade Primária Declarada na Receita Federal do Brasil.....	51
Tabela 6 – Dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.....	52
Tabela 7 – Média de Empregos. Empresa X: 2005-2013.....	54
Tabela 8 – Média de Empregos da Indústria Automotiva no Brasil. BRASIL: 2005-2013.....	54
Tabela 9 – Unidades Produzidas pela Indústria Automotiva Brasileira. BRASIL: 2005-2013.....	57
Tabela 10 – Categorias da CID-10 de Maiores Incidências nos Afastamentos por Auxílio Doença Previdenciário – B31. BRASIL: 2005-2013.....	90
Tabela 11 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários Ocorridos no Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando os Grupos da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	91
Tabela 12 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários Ocorridos no Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando os Grupos da CID-10. BRASIL 2005-2013.....	92
Tabela 13 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Previdenciário – B31. BRASIL: 2005-2013.....	95
Tabela 14 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Acidentário – B91. BRASIL: 2005-2013.....	95
Tabela 15 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	98
Tabela 16 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	101
Tabela 17 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “F” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	105
Tabela 18 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	108

Tabela 19 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	111
Tabela 20 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “G” da CID-10. BRASIL: 2005-2013.....	114
Tabela 21 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	116
Tabela 22 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	118
Tabela 23 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Previdenciários – B31 Considerando o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	119
Tabela 24 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	119
Tabela 25 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	120
Tabela 26 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “F” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	122
Tabela 27 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	125
Tabela 28 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “O” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	128
Tabela 29 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	129
Tabela 30 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	131
Tabela 31 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “G” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	134
Tabela 32 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	134
Tabela 33 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	136
Tabela 34 – Tempo Máximo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva	

Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	138
Tabela 35 – Tempo Máximo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	139
Tabela 36 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	140
Tabela 37 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	141
Tabela 38 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	144
Tabela 39 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013.....	148
Tabela 40 – Comparativo entre Média de Emprego, Produção e Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira. BRASIL: 2005-2013.....	161

LISTA DE SIGLAS

AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho
AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANFAVEA	Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores
APS	Agências da Previdência Social
BI	Benefícios por Incapacidade Laborativa Temporária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
B31	Auxílio Doença Previdenciário
B91	Auxílio Doença Acidentário
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CI	Contribuintes Individuais
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas
Relacionados à Saúde	
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas
Relacionados à Saúde – 10ª Revisão	
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CTPS	Carteira de Trabalho da Previdência Social
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GPS	Guia de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPS	Ministério da Previdência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR7	Norma Regulamentadora
NR15	Norma Regulamentadora
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RFB	Receita Federal do Brasil
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SABI	Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINTEGRA	Sistema Integrado de Informações sobre Operações Interestaduais com
Mercadorias e Serviços	
SUB	Sistema Único de Benefícios

SUIBE
UFPR
UNICAMP
USP

Sistema Único de Informações de Benefícios
Universidade Federal do Paraná
Universidade Estadual de Campinas
Universidade de São Paulo

LISTA DE CÓDIGOS DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E DE PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – 10ª REVISÃO

A00-B99 Algumas doenças infecciosas e parasitárias
C00-D48 Neoplasias [tumores]
D50-D89 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
E00-E90 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
F00-F99 Transtornos mentais e comportamentais
F00 - Demência na Doença de Alzheimer
F01 - Demência Vascular
F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte
F03 - Demência Não Especificada
F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
F05 - Delirium Não Induzido Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas
F06 - Outros Transtornos Mentais Devidos a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física
F07 - Transtornos de Personalidade e do Comportamento Devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral
F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado
F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool
F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos
F12 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides
F13 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Sedativos e Hipnóticos
F14 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso da Cocaína
F15 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Outros Estimulantes, Inclusive a Cafeína
F16 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Alucinógenos
F17 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo
F18 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Solventes Voláteis
F19 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas
F20 - Esquizofrenia
F21 - Transtorno Esquizotípico
F22 - Transtornos Delirantes Persistentes
F23 - Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios
F24 - Transtorno Delirante Induzido
F25 - Transtornos Esquizoafetivos
F28 - Outros Transtornos Psicóticos Não-orgânicos
F29 - Psicose Não-orgânica Não Especificada
F30 - Episódio Maníaco
F31 - Transtorno Afetivo Bipolar
F32 - Episódios Depressivos
F33 - Transtorno Depressivo Recorrente
F34 - Transtornos de Humor (afetivos) Persistentes
F38 - Outros Transtornos do Humor (afetivos)
F39 - Transtorno do Humor (afetivo) Não Especificado
F40 - Transtornos Fóbico-ansiosos
F41 - Outros Transtornos Ansiosos
F42 - Transtorno Obsessivo-compulsivo

F43 - "Reações ao ""stress"" Grave e Transtornos de Adaptação"
F44 - Transtornos Dissociativos (de Conversão)
F45 - Transtornos Somatoformes
F48 - Outros Transtornos Neuróticos
F50 - Transtornos da Alimentação
F51 - Transtornos Não-orgânicos do Sono Devidos a Fatores Emocionais
F52 - Disfunção Sexual, Não Causada Por Transtorno ou Doença Orgânica
F53 - Transtornos Mentais e Comportamentais Associados ao Puerpério, Não Classificados em Outra Parte
F54 - Fatores Psicológicos ou Comportamentais Associados a Doença ou a Transtornos Classificados em Outra Parte
F55 - Abuso de Substâncias Que Não Produzem Dependência
F59 - Síndromes Comportamentais Associados a Transtornos Das Funções Fisiológicas e a Fatores Físicos, Não Especificadas
F60 - Transtornos Específicos da Personalidade
F61 - Transtornos Mistos da Personalidade e Outros Transtornos da Personalidade
F62 - Modificações Duradouras da Personalidade Não Atribuíveis a Lesão ou Doença Cerebral
F63 - Transtornos Dos Hábitos e Dos Impulsos
F64 - Transtornos da Identidade Sexual
F65 - Transtornos da Preferência Sexual
F66 - Transtornos Psicológicos e Comportamentais Associados ao Desenvolvimento Sexual e à Sua Orientação
F68 - Outros Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto
F69 - Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto, Não Especificado
F70 - Retardo Mental Leve
F71 - Retardo Mental Moderado
F72 - Retardo Mental Grave
F73 - Retardo Mental Profundo
F78 - Outro Retardo Mental
F79 - Retardo Mental Não Especificado
F80 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento da Fala e da Linguagem
F81 - Transtornos Específicos do Desenvolvimento Das Habilidades Escolares
F82 - Transtorno Específico do Desenvolvimento Motor
F83 - Transtornos Específicos Misto do Desenvolvimento
F84 - Transtornos Globais do Desenvolvimento
F88 - Outros Transtornos do Desenvolvimento Psicológico
F89 - Transtorno do Desenvolvimento Psicológico Não Especificado
F90 - Transtornos Hipercinéticos
F91 - Distúrbios de Conduta
F92 - Transtornos Mistos de Conduta e Das Emoções
F93 - Transtornos Emocionais Com Início Especificamente na Infância
F94 - Transtornos do Funcionamento Social Com Início Especificamente Durante a Infância ou a Adolescência
F95 - Tiques
F98 - Outros Transtornos Comportamentais e Emocionais Com Início Habitualmente Durante a Infância ou a Adolescência
F99 - Transtorno Mental Não Especificado em Outra Parte
G00-G99 Doenças do sistema nervoso

G44 - Outras Síndromes de Algas Cefálicas
G54 - Transtornos Das Raízes e Dos Plexos Nervosos
G55 - Compressões Das Raízes e Dos Plexos Nervosos em Doenças Classificadas em Outra Parte
G56 - Mononeuropatias Dos Membros Superiores
G57 - Mononeuropatias Dos Membros Inferiores
G58 - Outras Mononeuropatias
G81 - Hemiplegia
G82 - Paraplegia e Tetraplegia
H00-H59 Doenças do olho e anexos
H60-H95 Doenças do ouvido e da apófise mastóide
I00-I99 Doenças do aparelho circulatório
J00-J99 Doenças do aparelho respiratório
K00-K93 Doenças do aparelho digestivo
L00-L99 Doenças da pele e do tecido subcutâneo
M00-M99 Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
M00 - Artrite Piogênica
M01 - Infecções Diretas da Articulação em Doenças Infecciosas e Parasitárias Classificadas em Outra Parte
M02 - Artropatias Reacionais
M03 - Artropatias Pós-infecciosas e Reacionais em Doenças Infecciosas Classificadas em Outra Parte
M05 - Artrite Reumatóide Soro-positiva
M06 - Outras Artrites Reumatóides
M07 - Artropatias Psoriásicas e Enteropáticas
M08 - Artrite Juvenil
M09 - Artrite Juvenil em Doenças Classificadas em Outra Parte
M10 - Gota
M11 - Outras Artropatias Por Deposição de Cristais
M12 - Outras Artropatias Especificadas
M13 - Outras Artrites
M14 - Artropatias em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte
M15 - Poliartrose
M16 - Coxartrose (artrose do Quadril)
M17 - Gonartrose (artrose do Joelho)
M18 - Artrose da Primeira Articulação Carpometacarpiana
M19 - Outras Artroses
M20 - Deformidades Adquiridas Dos Dedos Das Mãos e Dos Pés
M21 - Outras Deformidades Adquiridas Dos Membros
M22 - Transtornos da Rótula (patela)
M23 - Transtornos Internos Dos Joelhos
M24 - Outros Transtornos Articulares Específicos
M25 - Outros Transtornos Articulares Não Classificados em Outra Parte
M30 - Poliarterite Nodosa e Afecções Correlatas
M31 - Outras Vasculopatias Necrotizantes
M32 - Lúpus Eritematoso Disseminado (sistêmico)
M33 - Dermatopoliomiosite
M34 - Esclerose Sistêmica
M35 - Outras Afecções Sistêmicas do Tecido Conjuntivo
M36 - Doenças Sistêmicas do Tecido Conjuntivo em Doenças Classificadas em Outra Parte

M40 - Cifose e Lordose
M41 - Escoliose
M42 - Osteocondrose da Coluna Vertebral
M43 - Outras Dorsopatias Deformantes
M45 - Espondilite Ancilosante
M46 - Outras Espondilopatias Inflamatórias
M47 - Espondilose
M48 - Outras Espondilopatias
M49 - Espondilopatias em Doenças Classificadas em Outra Parte
M50 - Transtornos Dos Discos Cervicais
M51 - Outros Transtornos de Discos Intervertebrais
M53 - Outras Dorsopatias Não Classificadas em Outra Parte
M54 - Dorsalgia
M60 - Miosite
M61 - Calcificação e Ossificação do Músculo
M62 - Outros Transtornos Musculares
M63 - Transtornos de Músculo em Doenças Classificadas em Outra Parte
M65 - Sinovite e Tenossinovite
M66 - Ruptura Espontânea de Sinóvia e de Tendão
M67 - Outros Transtornos Das Sinóvias e Dos Tendões
M68 - Transtorno de Sinóvias e de Tendões em Doenças Classificadas em Outra Parte
M70 - Transtornos Dos Tecidos Moles Relacionados Com o Uso, Uso Excessivo e Pressão
M71 - Outras Bursopatias
M72 - Transtornos Fibroblásticos
M73 - Transtornos Dos Tecidos Moles em Doenças Classificadas em Outra Parte
M75 - Lesões do Ombro
M76 - Entesopatias Dos Membros Inferiores, Excluindo pé
M77 - Outras Entesopatias
M79 - Outros Transtornos Dos Tecidos Moles, Não Classificados em Outra Parte
M80 - Osteoporose Com Fratura Patológica
M81 - Osteoporose Sem Fratura Patológica
M82 - Osteoporose em Doenças Classificadas em Outra Parte
M83 - Osteomalácia do Adulto
M84 - Transtornos da Continuidade do Osso
M85 - Outros Transtornos da Densidade e da Estrutura Ósseas
M86 - Osteomielite
M87 - Osteonecrose
M88 - Doença de Paget do Osso (osteíte Deformante)
M89 - Outros Transtornos Ósseos
M90 - Osteopatias em Doenças Classificadas em Outra Parte
M91 - Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve
M92 - Outras Osteocondroses Juvenis
M93 - Outras Osteocondropatias
M94 - Outros Transtornos Das Cartilagens
M95 - Outras Deformidades Adquiridas do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
M96 - Transtornos Osteomusculares Pós-procedimentos Não Classificados em Outra Parte
M99 - Lesões Biomecânicas Não Classificadas em Outra Parte
N00-N99 Doenças do aparelho geniturinário
O00-O99 Gravidez, parto e puerpério
O00 - Gravidez Ectópica

O01 - Mola Hidatiforme
O02 - Outros Produtos Anormais da Concepção
O03 - Aborto Espontâneo
O05 - Outros Tipos de Aborto
O06 - Aborto Não Especificado
O10 - Hipertensão Pré-existente Complicando a Gravidez, o Parto e o Puerpério
O11 - Distúrbio Hipertensivo Pré-existente Com Proteinúria Superposta
O12 - Edema e Proteinúria Gestacionais (induzidos Pela Gravidez), Sem Hipertensão
O13 - Hipertensão Gestacional (induzida Pela Gravidez) Sem Proteinúria Significativa
O14 - Hipertensão Gestacional (induzida Pela Gravidez) Com Proteinúria Significativa
O16 - Hipertensão Materna Não Especificada
O20 - Hemorragia do Início da Gravidez
O21 - Vômitos Excessivos na Gravidez
O22 - Complicações Venosas na Gravidez
O23 - Infecções do Trato Geniturinário na Gravidez
O24 - Diabetes Mellitus na Gravidez
O26 - Assistência Materna Por Outras Complicações Ligadas Predominantemente à Gravidez
O30 - Gestação Múltipla
O31 - Complicações Específicas de Gestação Múltipla
O34 - Assistência Prestada à Mãe Por Anormalidade, Conhecida ou Suspeita, Dos Órgãos Pélvicos Maternos
O35 - Assistência Prestada à Mãe Por Anormalidade e Lesão Fetais, Conhecidas ou Suspeitadas
O41 - Outros Transtornos Das Membranas e do Líquido Amniótico
O43 - Transtornos da Placenta
O44 - Placenta Prévia
O45 - Descolamento Prematuro da Placenta (abruptio Placentae)
O46 - Hemorragia Anteparto Não Classificada em Outra Parte
O47 - Falso Trabalho de Parto
O60 - Trabalho de Parto Pré-termo
O62 - Anormalidades da Contração Uterina
O80 - Parto Único Espontâneo
O87 - Complicações Venosas no Puerpério
O99 - Outras Doenças da Mãe, Classificadas em Outra Parte, Mas Que Complicam a Gravidez o Parto e o Puerpério
P00-P96 Algumas afecções originadas no período perinatal
Q00-Q99 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
R00-R99 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
S00-T98 Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
S00 - Traumatismo Superficial da Cabeça
S01 - Ferimento da Cabeça
S02 - Fratura do Crânio e Dos Ossos da Face
S03 - Luxação, Entorse ou Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos da Cabeça
S04 - Traumatismo Dos Nervos Cranianos
S05 - Traumatismo do Olho e da Órbita Ocular
S06 - Traumatismo Intracraniano
S07 - Lesões Por Esmagamento da Cabeça
S08 - Amputação Traumática de Parte da Cabeça
S09 - Outros Traumatismos da Cabeça e os Não Especificados

S10 - Traumatismo Superficial do Pescoço
S11 - Ferimento do Pescoço
S12 - Fratura do Pescoço
S13 - Luxação, Entorse ou Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos do Pescoço
S14 - Traumatismo de Nervos e da Medula Espinhal ao Nível Cervical
S15 - Traumatismo Dos Vasos Sanguíneos ao Nível do Pescoço
S16 - Traumatismo de Tendões e de Músculos do Pescoço
S17 - Lesões Por Esmagamento do Pescoço
S18 - Amputação Traumática ao Nível do Pescoço
S19 - Outros Traumatismos do Pescoço e os Não Especificados
S20 - Traumatismo Superficial do Tórax
S21 - Ferimento do Tórax
S22 - Fratura de Costela(s), Esterno e Coluna Torácica
S23 - Luxação, Entorse e Distensão de Articulações e Dos Ligamentos do Tórax
S24 - Traumatismos de Nervos e da Medula Espinhal ao Nível do Tórax
S25 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos do Tórax
S26 - Traumatismo do Coração
S27 - Traumatismo de Outros Órgãos Intratorácicos e Dos Não Especificados
S28 - Lesão Por Esmagamento do Tórax e Amputação Traumática de Parte do Tórax
S29 - Outros Traumatismos do Tórax e os Não Especificados
S30 - Traumatismo Superficial do Abdome, do Dorso e da Pelve
S31 - Ferimento do Abdome, do Dorso e da Pelve
S32 - Fratura da Coluna Lombar e da Pelve
S33 - Luxação, Entorse ou Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos da Coluna Lombar e da Pelve
S34 - Traumatismo Dos Nervos e da Medula Lombar ao Nível do Abdome, do Dorso e da Pelve
S35 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos ao Nível do Abdome, do Dorso e da Pelve
S36 - Traumatismo de Órgãos Intra-abdominais
S37 - Traumatismo do Aparelho Urinário e de Órgãos Pélvicos
S38 - Lesão Por Esmagamento e Amputação Traumática de Parte do Abdome, do Dorso e da Pelve
S39 - Outros Traumatismos e os Não Especificados do Abdome, do Dorso e da Pelve
S40 - Traumatismo Superficial do Ombro e do Braço
S41 - Ferimento do Ombro e do Braço
S42 - Fratura do Ombro e do Braço
S43 - Luxação, Entorse e Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos da Cintura Escapular
S44 - Traumatismo de Nervos ao Nível do Ombro e do Braço
S45 - Traumatismo Dos Vasos Sanguíneos ao Nível do Ombro e do Braço
S46 - Traumatismo de Tendão e Músculo ao Nível do Ombro e do Braço
S47 - Lesão Por Esmagamento do Ombro e do Braço
S48 - Amputação Traumática do Ombro e do Braço
S49 - Outros Traumatismos e os Não Especificados do Ombro e do Braço
S50 - Traumatismo Superficial do Cotovelo e do Antebraço
S51 - Ferimento do Antebraço
S52 - Fratura do Antebraço
S53 - Luxação, Entorse e Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos do Cotovelo
S54 - Traumatismo de Nervos ao Nível do Antebraço
S55 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos ao Nível do Antebraço
S56 - Traumatismo do Músculo e Tendão ao Nível do Antebraço

S57 - Lesão Por Esmagamento do Antebraço
S58 - Amputação Traumática do Cotovelo e do Antebraço
S59 - Outros Traumatismos do Antebraço e os Não Especificados
S60 - Traumatismo Superficial do Punho e da Mão
S61 - Ferimento do Punho e da Mão
S62 - Fratura ao Nível do Punho e da Mão
S63 - Luxação, Entorse e Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos ao Nível do Punho e da Mão
S64 - Traumatismo de Nervos ao Nível do Punho e da Mão
S65 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos ao Nível do Punho e da Mão
S66 - Traumatismo de Músculo e Tendão ao Nível do Punho e da Mão
S67 - Lesão Por Esmagamento do Punho e da Mão
S68 - Amputação Traumática ao Nível do Punho e da Mão
S69 - Outros Traumatismos e os Não Especificados do Punho e da Mão
S70 - Traumatismo Superficial do Quadril e da Coxa
S71 - Ferimento do Quadril e da Coxa
S72 - Fratura do Fêmur
S73 - Luxação, Entorse e Distensão da Articulação e Dos Ligamentos do Quadril
S74 - Traumatismo de Nervos ao Nível do Quadril e da Coxa
S75 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos ao Nível do Quadril e da Coxa
S76 - Traumatismo de Músculo e de Tendão ao Nível do Quadril e da Coxa
S77 - Lesão Por Esmagamento do Quadril e da Coxa
S78 - Amputação Traumática do Quadril e da Coxa
S79 - Outros Traumatismos e os Não Especificados do Quadril e da Coxa
S80 - Traumatismo Superficial da Perna
S81 - Ferimento da Perna
S82 - Fratura da Perna, Incluindo Tornozelo
S83 - Luxação, Entorse e Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos do Joelho
S84 - Traumatismo de Nervos Periféricos da Perna
S85 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos da Perna
S86 - Traumatismos de Músculo e de Tendão ao Nível da Perna
S87 - Traumatismo Por Esmagamento da Perna
S88 - Amputação Traumática da Perna
S89 - Outros Traumatismos e os Não Especificados da Perna
S90 - Traumatismo Superficial do Tornozelo e do pé
S91 - Ferimentos do Tornozelo e do pé
S92 - Fratura do pé (exceto do Tornozelo)
S93 - Luxação, Entorse e Distensão Das Articulações e Dos Ligamentos ao Nível do Tornozelo e do pé
S94 - Traumatismo Dos Nervos ao Nível do Tornozelo e do pé
S95 - Traumatismo de Vasos Sanguíneos ao Nível do Tornozelo e do pé
S96 - Traumatismos do Músculo e Tendão ao Nível do Tornozelo e do pé
S97 - Lesão Por Esmagamento do Tornozelo e do pé
S98 - Amputação Traumática do Tornozelo e do pé
S99 - Outros Traumatismos e os Não Especificados do Tornozelo e do pé
T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo
U00-U99 Códigos para propósitos especiais
V01-Y98 Causas externas de morbidade e de mortalidade
Z00-Z99 Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

GLOSSÁRIO DE DOENÇAS

Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais: as lesões nervosas nos plexos principais, que são como as caixas de ligações do sistema nervoso, causam problemas nos braços ou nas pernas que dependem dos nervos afetados. Os plexos principais do corpo são: o plexo braquial, localizado no pescoço, que distribui os nervos para os braços, e o plexo lombossagrado, localizado na zona lombar (zona inferior das costas) e que distribui os nervos para a pelve e para as pernas (BRASIL, 2001).

Descolamento prematuro da placenta: é a separação antecipada de parte ou da totalidade da placenta da parede do útero, onde deveria se encontrar implantada até o nascimento do feto (BRASIL, 2001).

Doenças da pele e do tecido subcutâneo: as dermatoses ocupacionais compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. São determinadas pela interação de dois grupos de fatores: predisponentes ou causas indiretas, como idade, sexo, etnia, antecedentes mórbidos e doenças concomitantes, fatores ambientais, como o clima (temperatura, umidade), hábitos e facilidades de higiene; causas diretas constituídas pelos agentes biológicos, físicos, químicos ou mecânicos presentes no trabalho que atuam diretamente sobre o tegumento, produzindo ou agravando uma dermatose preexistente (BRASIL, 2001).

Doenças do aparelho geniturinário: relativo às doenças do conjunto dos aparelhos genital e urinário (BRASIL, 2001).

Doenças do sistema nervoso: são manifestações neurológicas advindas de intoxicações decorrentes da exposição ocupacional a metais pesados, aos agrotóxicos ou a solventes orgânicos (BRASIL, 2001).

Doenças infecciosas e parasitárias: as consequências para a saúde da exposição do trabalhador a fatores de risco biológico presentes em situações de trabalho incluem quadros de infecção aguda e crônica, parasitoses e reações alérgicas e tóxicas a plantas e animais. As infecções podem ser causadas por bactérias, vírus, riquetsias, clamídias e fungos. As parasitoses estão associadas a protozoários, helmintos e artrópodes. Algumas dessas doenças infecciosas e parasitárias são transmitidas por artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários (BRASIL, 2001).

Dorsalgia: dor na região cervical posterior, que piora com movimentos e tensão, podendo irradiar para o braço (BRASIL, 2001).

Episódios depressivos: caracterizam-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. O paciente pode se queixar de dificuldade de concentração, pode apresentar baixa autoestima e autoconfiança, desesperança, ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos suicidas (BRASIL, 2001).

Entesopatias: inflamações agudas ou crônicas que acometem a inserção de tendões (entese) em epicôndilo medial (cotovelo do jogador de golfe) ou epicôndilo lateral (cotovelo de tenista). São desencadeadas por movimentos repetitivos de punho e dedos, com flexão brusca ou frequente, esforço estático e preensão prolongada de objetos, principalmente com punho estabilizado em flexão e pronação, como, por exemplo, na preensão de chaves de fenda, condução de veículos, cujos volantes exigem esforço, e no transporte ou deslocamento de bolsas ou sacos pesados, em que haja pronação repetida (BRASIL, 2001).

Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde: tratam-se de situações em que outras circunstâncias, que não uma doença, influencia o estado de saúde da

pessoa (BRASIL, 2001).

Fraturas das pernas, incluindo os tornozelos: efeito de fraturar, nesse caso, as pernas, incluindo os tornozelos.

Fraturas dos pés, exceto dos tornozelos: efeito de fraturar, nesse caso, os pés, excluindo os tornozelos.

Fraturas em nível do punho e da mão: efeito de fraturar, nesse caso, punho e mão.

Gravidez, parto e puerpério: capítulo da CID-10 que descreve os estados da saúde relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Hemorragias do início da gravidez: sangramentos ocorridos no início da gravidez.

Hérnia inguinal: protusão de uma alça do intestino.

Lesões do ombro: o ombro é uma das estruturas mais complexas do aparelho locomotor, o que se traduz na diversidade de síndromes resultantes de seu comprometimento, muitas delas relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas: trata-se de um capítulo da CID-10 que codifica diferentes traumas, queimaduras e algumas outras consequências de causas externas (OMS, 1997).

Luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos dos joelhos: deslocamento de ossos, perda de congruência ou distensões das articulações, nesse caso, dos ligamentos dos joelhos.

Luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé: deslocamento de ossos, perda de congruência ou distensões das articulações, nesse caso, ao nível do tornozelo e do pé.

Mononeuropatias dos membros inferiores: decorrem do comprometimento de apenas um nervo. Apesar da possibilidade de serem causadas por fatores tóxicos ou metabólicos, têm como principal fator desencadeante as causas locais. Destacam-se, entre elas: tumores, traumas, compressão nervosa externa ou de estruturas subjacentes, como um músculo hipertrofiado, por exemplo. Pertencem ao grupo LER/DORT (BRASIL, 2001).

Neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: corresponde a um capítulo da CID-10 que descreve as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Neoplasias e doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários: corresponde a um capítulo da CID-10 que descreve as doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.

Outros transtornos ansiosos: são transtornos caracterizados essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada. Podem se acompanhar de sintomas depressivos ou obsessivos, assim como de certas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que estas manifestações sejam, contudo, claramente secundárias ou pouco graves (OMS, 1997).

Outros transtornos de discos intervertebrais: transtornos de discos torácicos, toracolombares e lombossacros (OMS, 1997).

Sequelas de traumatismos do membro inferior: efeitos advindos de traumas nos membros inferiores.

Síndrome do manguito rotador: Inflamação aguda ou crônica acometendo tendões da bainha dos rotadores, especialmente por compressão da bursa e do tendão supra-espinhoso entre a grande tuberosidade da cabeça do úmero e a porção anterior e inferior do acrômio durante a elevação do braço. Tem sido descrita em associação com exposições a movimentos repetitivos de braço, elevação e abdução de braços acima da altura dos ombros, principalmente se

associados ao uso de força por tempo prolongado e elevação de cotovelo (BRASIL, 2001).

Síndrome do túnel do carpo: caracterizada pela compressão do nervo mediano em sua passagem pelo canal ou túnel do carpo, está associada a tarefas que exigem alta força e/ou alta repetitividade, observando-se que a associação de repetitividade com frio aumenta o risco. As exposições ocupacionais consideradas mais envolvidas com o surgimento do quadro incluem flexão e extensão de punho repetidas principalmente se associadas com força, compressão mecânica da palma das mãos, uso de força na base das mãos e vibrações (BRASIL, 2001).

Sinovite e tenossinovite: doenças inflamatórias que comprometem as bainhas tendíneas e os tendões, em decorrência das exigências do trabalho. Podem ser de origem traumática, agudas, decorrentes de acidentes típicos ou de trajeto, se forem relacionadas ao trabalho. Os casos crônicos estão, geralmente, associados a trabalhos com movimentos repetitivos aliados à exigência de força. O quadro clínico varia com o segmento atingido e recebe denominações específicas: sinovite é a inflamação dos tecidos sinoviais. Tenossinovite é a inflamação dos tecidos sinoviais que envolvem os tendões em sua passagem por túneis osteofibrosos, polias e locais em que a direção da aplicação da força é mudada. Esse termo pode ser aplicado aos processos inflamatórios de qualquer etiologia, que acometam esses tecidos, com ou sem degeneração tecidual. Pode se desenvolver em qualquer localização em que um tendão passe através de uma capa ou de um conduto osteoligamentoso, devendo ser especificado(s) o(s) local(is) atingido(s) e sua etiologia (BRASIL, 2001).

Transtorno afetivo bipolar: transtorno caracterizado por dois ou mais episódios de alteração do humor onde o nível de atividade do sujeito está profundamente perturbado. O distúrbio consiste em episódios de elevação patológica do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento patológico do humor e de redução da energia e da atividade (depressão) (OMS, 1997).

Transtornos ansiosos: presença de manifestações ansiosas que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada (OMS, 1997).

Transtornos das raízes e dos plexos nervosos: distúrbios relacionados às raízes e aos plexos nervosos.

Transtornos de discos intervertebrais: distúrbios do disco intervertebral.

Trabalho de parto pré-termo: nascimento pré-maturo.

Transtorno depressivo recorrente: episódios repetidos de depressão.

Transtornos internos dos joelhos: distúrbios nas partes internas dos joelhos.

Transtornos mentais e comportamentais: capítulo da CID-10 que se refere aos transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (OMS, 1997).

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool: estado consequente devido ao uso de substância psicoativa – álcool (OMS, 1997).

Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas: estado consequente devido ao uso de múltiplas substâncias psicoativas (OMS, 1997).

Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo: fraturas localizadas em mais de uma parte do corpo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	35
1.2 DESCRIÇÃO DAS BASES OFICIAIS DE REGULAÇÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR BRASILEIRAS	36
1.3 PERCURSO METODOLÓGICO	48
2. TRABALHO, SAÚDE E ACUMULAÇÃO DE CAPITAL: UM TRIO IMPERFEITO	61
2.1 O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: FINALIDADES, ORGANIZAÇÃO, CONSEQUÊNCIAS	61
2.2 A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA	67
2.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CAPITALISMO.....	75
3 ADOECIMENTOS E ACIDENTES DE TRABALHO NA INDÚSTRIA AUTOMOTIVA NO BRASIL.....	86
3.1 A INDÚSTRIA AUTOMOTIVA NO BRASIL.....	87
3.2 PANORAMA DOS ADOECIMENTOS E DOS ACIDENTES DE TRABALHO DA INDÚSTRIA AUTOMOTIVA NO BRASIL	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151

INTRODUÇÃO

Historicamente, os adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho têm sido objetos de frequente atenção por parte de instituições públicas vinculadas à seguridade social, por pesquisadores nas universidades e em entidades representativas de classe como, por exemplo, os sindicatos. Os adoecimentos e acidentes relacionados ao trabalho não são fenômenos isolados, recentes ou epidêmicos, visto que há, desde a Idade Média, registros das relações causais entre doenças e acidentes de trabalho. Estes pressupostos não foram extintos com o advento da modernidade, pelo contrário, assumiram maior expressividade com a introdução do modo de produção capitalista, que, de forma predatória, gera graves consequências sociais, em face da extração de mais-valor e exploração da força de trabalho, notabilizando-se pela exploração do trabalhador em detrimento do cumprimento de normas legais. Pode-se afirmar que esse processo de exploração está diretamente relacionado à saúde dos trabalhadores.

A Saúde do Trabalhador – ST tem interface com o sistema produtivo, com a classe trabalhadora e com a formulação de políticas públicas, se constituindo como um campo que permeia as relações existentes entre trabalho e adoecimento. Segundo a Lei 8080/1990, a ST é um conjunto de ações que visam a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos decorrentes do trabalho.

No Brasil, a legislação previdenciária define e regulamenta o acidente de trabalho como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho em determinada empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991). Todas as doenças profissionais, as doenças do trabalho, os acidentes de trajeto residência-trabalho-residência, bem como os demais acidentes ocorridos no âmbito da empresa, são considerados acidentes de trabalho, uma vez que emergiram a partir do desempenho do exercício profissional.

Preliminarmente, para melhor compreensão, torna-se necessária a diferenciação entre doença profissional, doença do trabalho e acidente de trabalho. A doença profissional é compreendida como a “[...] produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade” (BRASIL, 1991), como por exemplo, a intoxicação provocada pela exposição a determinado elemento químico. A doença do trabalho, por sua vez, é aquela “[...] entendida e adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” (BRASIL, 1991), como por exemplo, a surdez, cujo trabalho foi realizado em local com alto grau de ruído. Já o acidente de trabalho é aquele

que tem relação para com o trabalho e que “[...] embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação” (BRASIL, 1991). Os acidentes de trabalho são, portanto, aqueles ocorridos no local e no horário de trabalho, entretanto, podem advir de algumas consequências:

- a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior. (BRASIL, 1991).

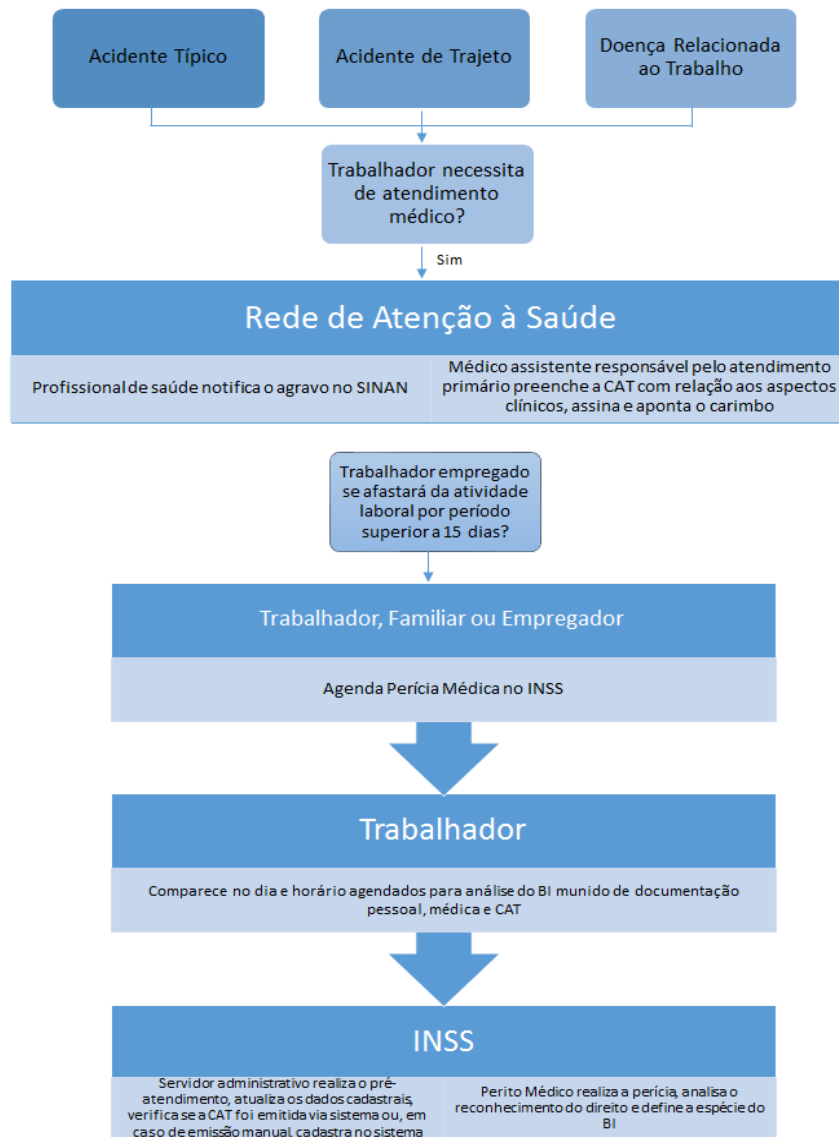
Em tempo, também é caracterizado como acidente de trabalho aquele sofrido pelo segurado fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado. (BRASIL, 1991).

O §1º do art. 21 da Lei 8213/1991 regulamenta ainda que os períodos de descanso, refeição ou de satisfação de necessidades fisiológicas também são considerados como exercício do trabalho, assim, caso ocorra algum acidente, também haverá a caracterização como acidente de trabalho.

Os acidentes de trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho seguem uma dinâmica própria que se expressa na seguinte forma: após a ocorrência de um acidente de trabalho ou do desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho em que o trabalhador é conduzido a uma unidade de saúde para atendimento médico, há um fluxograma a ser seguido e, nele, consta como obrigatória a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e a abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

Figura 1 – Fluxograma do Atendimento do Trabalhador na Ocorrência do Acidente de Trabalho e ou Doenças Relacionadas ao Trabalho



Fonte: Elaboração própria.

A Figura 1 apresenta todas as etapas legais previstas com relação ao atendimento de acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho nas políticas de Saúde e Previdência Social, desdobrados nos equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

O SINAN tem por objetivo o “[...] registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal” (BRASIL, 2015). Ao serem processadas as informações, o poder público

tem o dever de investigar os casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória – Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, com posterior encaminhamento para responsabilização das partes.

A notificação no SINAN é obrigatória e decorrente dos atendimentos aos cidadãos, sem distinção entre proteção e desproteção previdenciária. Na mesma medida em que é compulsória a notificação no SINAN, também é o preenchimento da CAT, entretanto, esta é direcionada à população trabalhadora, empregada, protegida pela política previdenciária. Vale ressaltar que o registro no SINAN não substitui a emissão da CAT, já que ambos correspondem a ações distintas e possuem objetivos diferenciados.

Enquanto o SINAN propicia a investigação dos casos de doenças e agravos de todos os trabalhadores formais ou informais que tenham ou não cobertura previdenciária, a CAT garante ao trabalhador formal, protegido pela política previdenciária, o acesso a direitos sociais como, por exemplo, a estabilidade de um ano após o retorno ao trabalho e o recolhimento do fundo de garantia no período de recebimento do benefício por incapacidade laborativa temporária.

As notificações compulsórias do SINAN e da CAT alimentam bancos de dados e geram estatísticas que permitem uma aproximação da saúde dos trabalhadores no Brasil. Estes bancos de dados são operacionalizados por políticas diferenciadas: Saúde e Previdência Social e, embora tenham funções semelhantes, não há quaisquer correlações automáticas entre esses sistemas que possibilitem uma análise ampliada destes.

Diversos pesquisadores têm denunciado um panorama caracterizado por significativos agravamentos à saúde dos trabalhadores, quando da análise dos adoecimentos e dos acidentes relacionados ao trabalho, dentre eles, Lancman (2004), a qual referencia:

A incorporação de novas tecnologias, a precarização das relações de trabalho, a intensificação do ritmo, a diminuição dos postos de trabalho, a sobrecarga e a exigência dos que permanecem trabalhando têm ampliado e agravado o quadro de doenças e de riscos de acidentes. Os distúrbios osteomusculares e as lesões por esforços repetitivos – Dort/LER¹, além dos transtornos psíquicos, são hoje as principais causas de afastamento no trabalho e de aposentadorias precoces (LANCMAN, 2004, p.27).

É apresentado no Capítulo a descrição das bases oficiais de regulação da segurança e saúde do trabalhador brasileiras que correspondem ao Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS, Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho – AEAT, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, a

¹ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE e o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. Também é apresentada a metodologia atual de identificação dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho no Brasil, a partir de dados públicos disponibilizados pelo AEPS e AEAT.

O Capítulo 1.3 contém a descrição o percurso metodológico adotado na realização desta pesquisa, contendo o perfil, as técnicas e os procedimentos utilizados.

O Capítulo 2 discorre sobre o trio imperfeito do trabalho, da saúde e da acumulação de capital trazendo discussões teóricas a respeito destes.

Os empregos, a produção, os adoecimentos e acidentes de trabalho da indústria automotiva instalada no Brasil estão descritos no Capítulo 3, juntamente com o breve histórico da instalação deste ramo de atividade no cenário brasileiro e das novas questões que surgiram a partir da realização desta pesquisa.

Por fim, as considerações finais apresentam uma síntese crítica sobre os limites e possibilidades de execução desta pesquisa.

A presente pesquisa tem, como ponto de partida, a Política de Previdência Social Brasileira, fazendo-se necessária a contextualização desta.

Desde a sua concepção, em 1923 com a Lei Eloy Chaves, a política previdenciária brasileira, sofreu influência de modelos europeus, em especial da Lei do Seguro Social instituída na Alemanha, em 1883, pelo Chanceler Otto Von Bismarck.

Bismarck, estadista alemão, editou a lei “[...] com o firme propósito de conter movimentos tendenciosos à revolução” (ALENCAR, 2009, p.33), assim, foram criados alguns benefícios de prestação continuada, na forma de seguros obrigatórios, como os seguros doença, invalidez e velhice, cuja base de financiamento era suportada pela tríade formada pelo empregador, trabalhador e Estado.

É sob esta perspectiva que o modelo de seguro social foi instaurado no Brasil. Com traços bismarkianos, a política previdenciária brasileira se baseia no princípio da solidariedade, cujo efeito se dá por meio contratual, ou seja, mediante prévias contribuições do empregador e do trabalhador. Assim, o trabalhador (segurado) e sua família imediata, têm assegurados benefícios que os amparam do nascimento à morte, sejam em situações de infortúnio ou de perda/redução da capacidade laboral. A Previdência Social tem a finalidade de:

[...] assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (BRASIL, 1991).

O INSS, autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social – MTPS, é responsável pela operacionalização dos benefícios em consonância com as legislações e normativas pertinentes. Dentre o rol de benefícios disponíveis, como aposentadorias, salário maternidade, auxílio reclusão e pensões, se encontram os denominados benefícios por incapacidade – BI que, por sua vez, se subdividem em auxílio doença previdenciário – B31 e auxílio doença acidentário – B91.

A proteção previdenciária oferece a cobertura do seguro social aos trabalhadores que, adoecidos, temporariamente se afastam da atividade laborativa diária pelo período superior a quinze dias. Estes trabalhadores são, obrigatoriamente, submetidos à avaliação da capacidade laborativa, pressuposto necessário ao reconhecimento do direito de acesso aos BI assegurados pela Lei nº 8213/1991.

Todos os benefícios da política previdenciária são permeados pelos princípios da justiça, necessidade e igualdade, contudo, delineados sob a lógica do seguro, são adquiridos mediante prévia contribuição que compensa as consequências advindas de causas que impessam a execução da atividade laborativa.

Para obter o reconhecimento do direito aos BIs, o trabalhador acometido por doença ou acidente, obrigatoriamente, necessita de afastamento do trabalho até a recuperação da capacidade laboral. Sendo este afastamento inferior a quinze dias, o próprio empregador custeia o absenteísmo do trabalhador, entretanto, caso o afastamento seja superior a quinze dias e, sendo este filiado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, é compulsória a realização da perícia médica pelo INSS para a avaliação da capacidade laboral e do reconhecimento aos BI. A perícia médica é realizada, como descrito na Figura 1, por meio de agendamento do serviço de auxílio-doença disponível nas plataformas: telefone 135, internet ou Agência da Previdência Social – APS. Estes canais agendam o dia e o horário para realização da perícia médica em que o trabalhador, obrigatoriamente, se submete ao exame presencial.

Nesta ocasião, a perícia médica do INSS atende o segurado, munido do documento de identificação e documentos que comprovem o adoecimento, e realiza a análise do reconhecimento do direito ao BI. Caso o segurado não possua a documentação comprobatória o segurado não fará jus ao benefício, isto porque a perícia médica tem a obrigatoriedade de estabelecer as datas técnicas de início da doença e da incapacidade laborativa, além de possuir elementos clínicos que justifiquem sua análise, ou seja, para a caracterização da incapacidade laborativa o segurado deve ser submetido ao exame físico no qual será analisado a história

clínica e ocupacional, bem como as provas documentais, tais como: atestado médico, laudos e exames complementares.

Os benefícios de espécie B31 e B91 se referem, portanto, ao afastamento temporário dos trabalhadores da atividade laborativa diária e habitual, pelo período superior a quinze dias, cujo reconhecimento ocorreu no ato médico-pericial. O que diferencia a concessão entre B31 e B91 é o estabelecimento do nexos entre a doença e o trabalho que podem ocorrer de duas formas: a) pela apresentação da CAT que deve ser emitida preferencialmente por meio de *software* eletrônico disponibilizado pelo INSS ou, manualmente², por meio da impressão da CAT no sítio eletrônico do INSS, do seu preenchimento³ e da assinatura do médico assistente responsável pelo atendimento médico; b) pelo estabelecimento do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP⁴ na realização do ato médico pericial de análise do reconhecimento do direito ao BI.

A tipificação da espécie do BI reflete diretamente na garantia de alguns direitos sociais ao segurado. O reconhecimento da natureza acidentária, assim seja, do estabelecimento da associação causal entre a doença e o trabalho – B91, garante ao segurado os seguintes direitos sociais: estabilidade provisória no emprego por doze meses após a alta do BI; a continuidade do pagamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS pelo período em que permanecer incapaz para a atividade laborativa e a concessão do auxílio-acidente, benefício previdenciário de natureza indenizatória concedido ao segurado quando, “após a consolidação das lesões decorrentes de qualquer natureza resultar sequela definitiva” (BRASIL, 2015, p. 32). Por tratar-se de um benefício de natureza indenizatória, o segurado terá o reconhecimento do auxílio-acidente após a alta médica do BI e poderá, concomitantemente, exercer a atividade laboral remunerada.

Além desses direitos sociais serem garantidos ao segurado, a empresa pode ser penalizada com ações regressivas, já que “é regra no direito civil brasileiro que o causador de um dano à outra pessoa tem a obrigação de repará-lo por meio de indenização” (BRASIL, 2015, p.30), responsabilização civil por meio de judicialização da causa decorrente de ato ilícito e, aumento da taxaçoão referente à alíquota de contribuição do Fator Acidentário de

² A CAT possui seis vias as quais serão encaminhadas pelo emissor aos respectivos destinatários: INSS, empresa, segurado ou dependente, sindicato de classe do trabalhador, Sistema Único de Saúde – SUS e Delegacia Regional do Trabalho – DRT.

³ A legislação prevê que a CAT pode ser emitida por qualquer um dos destinatários citado na nota de rodapé 2, sendo: o empregador, o sindicato representativo da categoria, as autoridades públicas como magistrados, membros do Ministério Público ou dos serviços jurídicos da União, etc, ou ainda, pelo próprio trabalhador.

⁴ O NTEP enquanto uma ferramenta decorrente da Política Previdenciária atual, será aprofundado oportunamente no item 2.5 do capítulo 2.

Prevenção – FAP.

Os resultados das análises de reconhecimento do direito aos benefícios previdenciários, sem exceção, são armazenados em sistemas informatizados e compõem os bancos de dados estatísticos desenvolvidos e monitorados pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV. Tais informações estatísticas geram as publicações de Anuários Estatísticos do Ministério do Trabalho e Previdência Social, os quais serão discutidos posteriormente no decorrer deste trabalho.

Muitos são os anuários estatísticos construídos e disponibilizados à sociedade os quais tem a premissa de dar transparência a determinada matéria. A Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores – ANFAVEA, por exemplo, publica o Anuário da Indústria Automobilística Brasileira, o qual expõe as informações gerais e os aspectos econômicos e sociais da indústria automotiva no cenário brasileiro desde o ano de 1966, década em que eram mínimas as plantas no país.

O Anuário da ANFAVEA revela que no período temporal 1994-2012 as empresas montadoras de veículos e fornecedoras de autopeças receberam investimentos na marca de 68 bilhões de dólares culminando na expansão deste setor e no faturamento de cerca de 106 bilhões de dólares.

Segundo informações do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (BRASIL, 2016), a indústria automotiva brasileira representa aproximadamente 23% do Produto Interno Bruto Industrial e a sua cadeia automotiva afeta diretamente a produção de vários outros setores e níveis de atividade como, por exemplo, de aços e derivados da indústria da transformação, impulsionando o crescimento da economia. O complexo padrão tecnológico e o incentivo à Pesquisa e Desenvolvimento – P&D trouxeram inovações ao setor e fomentaram o desenvolvimento tecnológico dos demais setores. Neste contexto, é possível afirmar que a indústria automotiva desempenha um papel central na economia, pois além de refletir diretamente nos indicadores de emprego e renda, estimula o desenvolvimento de outros setores e aquece a economia. Mas, será que o legado positivo da tecnologia, inovação, emprego e renda são assim refletidos na saúde dos trabalhadores? A aproximação da temática e das implicações práticas advindas do estudo da saúde do trabalhador na engrenagem automotiva, contribuirão, de forma inédita, para a visualização do processo saúde-doença da classe trabalhadora vinculada à indústria automotiva brasileira.

A escolha de estudo desta temática é resultante da interlocução da autora com a prática profissional no INSS, local em que constantemente realizava atendimentos sociais de

trabalhadores adoecidos deste ramo de atividade.

Desta forma, delimitou-se como universo da pesquisa as empresas montadoras de automóveis, caminhões e tratores instaladas no país, cujos indicadores de produção estão descritos na edição de 2014 do Anuário da Indústria Automobilística Brasileira, organizado pela ANFAVEA. Elencou-se o recorte temporal de estudo entre os anos 2005-2013, possibilitando um aprofundamento da saúde do trabalhador na engrenagem automotiva. Vale ressaltar que a escolha do ano de início do estudo se deu em decorrência da implementação, no ano de 2005, do Sistema Único de Informações de Benefícios – SUIBE no âmbito do INSS, o qual possibilita a visualização de estatísticas relacionadas à matéria previdenciária.

OBJETIVOS E MÉTODOS DE PESQUISA

São apresentados os objetivos geral e específicos desta pesquisa, bem como os seus métodos.

1.1 Objetivos da Pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo geral, elaborar um panorama dos empregos, da produção e dos benefícios previdenciários concedidos por adoecimentos e acidentes de trabalho no período temporal 2005-2013, especificamente nas montadoras de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, máquinas agrícolas e rodoviárias instaladas no Brasil.

Foram traçados os seguintes objetivos específicos visando o alcance do objetivo geral: identificação das bases oficiais brasileiras de indicadores de regulação da segurança e saúde do trabalhador; identificação das informações sociais das empresas montadoras de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, máquinas agrícolas e rodoviárias instaladas no Brasil; construção quantitativa dos números de empregos diretos; construção quantitativa da produção de veículos no cenário brasileiro e construção do panorama de afastamentos previdenciários, a partir do reconhecimento do direito ao benefício por incapacidade laborativa temporária pelo INSS.

Como é possível notar, esta pesquisa é exploratória e estabelece métodos que proporcionam a descoberta de fenômenos que, apesar de serem evidentes, não eram transparentes à população. A coleta de dados quantitativos “[...] é a etapa da pesquisa que exige um grande volume de tempo e trabalho para reunir as informações indispensáveis à comprovação da hipótese” (CHIZZOTTI, 2006, p.51) e, nessa pesquisa, perdurou por cerca de dezoito meses. Este processo de coleta demanda organização de técnicas e de instrumentos que viabilizem o registro e a leitura dos dados coletados. Assim, as pesquisas quantitativas

“preveem a mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas” (CHIZZOTTI, 2006, p.52).

A revisão das fontes bibliográficas e documentais também se tornaram fundamentais para a execução desta pesquisa, contribuindo para as construções a partir dos saberes teóricos que adensam o mundo do trabalho e a saúde do trabalhador.

1.2 Descrição das Bases Oficiais de Regulação da Segurança e Saúde do Trabalhador Brasileiras

Comumente se ouve dizer que os acidentes de trabalho são fatos previsíveis e esperados, pois decorrem de questões atitudinais dos trabalhadores. São visões que não consideram os acidentes como eventos socialmente construídos, mas como falhas cometidas pelo operador (LLORY; MONTMAYEUL, 2010). O senso comum influenciado pela lógica capitalista tende a culpabilizar os indivíduos pela ocasião de um acidente de trabalho, mas havendo um distanciamento deste encadeamento que ultrapasse os limites do posto de trabalho, é possível compreender que a organização do trabalho é delineada para a extração de mais-valor, ou seja, em síntese, os acidentes têm história e são produzidos socialmente.

Cotidianamente, a mídia, que fornece respostas aos interesses do capital, expõe matérias relacionadas a violências brutais de assassinatos, investigando, quase que instantaneamente, os fatos que motivaram estas ações. Situação contrária ocorre com as doenças, acidentes ou mortes relacionadas ao trabalho que, ocorrendo individualmente, ofuscam a questão social e de saúde pública que acometem os trabalhadores. São grupos de trabalhadores, comissões regionais ou locais de vigilância em saúde e sindicatos de categorias que, em seus limites e possibilidades, revelam a violência social do trabalho. Exemplo disso foram as denúncias de doenças relacionadas ao trabalho de 396 empregados das empresas montadoras de automóveis e suas fornecedoras da Região Metropolitana de Curitiba. A violência denunciada por esses trabalhadores, acometidos por doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, foi encaminhada à Delegacia Regional do Trabalho e ao Sindicato dos Metalúrgicos que, em parceria com diversas instituições do Poder Público, se desdobrou na organização de uma Força Tarefa (SINTESPAR, 2005).

Fizeram parte da Força Tarefa o Ministério do Trabalho e Emprego - DRT/Pr, o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, a Secretaria de Estado da Saúde - SESA/CEST, a Secretaria de Estado do Trabalho, o Sindicato dos Metalúrgicos da Grande Curitiba e as empresas montadoras Volkswagen, Renault e Volvo. Considerando que as reclamações concentravam 396 trabalhadores com problemas

de saúde ocupacional, com predomínio de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), planejou-se as ações em duas frentes considerando por um lado a necessidade de inspecionar a infra-estrutura e sua tecnologia, diagnosticar os processos produtivos e métodos de trabalho das empresas, indicando correções aos problemas encontrados e acompanhando a implementação das correções. Esta frente denominada de Grupo de Auditoria e Prevenção, teve a coordenação da DRT/PR (SINTESPAR, 2005).

Esta Força Tarefa deu visibilidade ao fenômeno do adoecimento no trabalho da indústria automotiva, contudo, a força política deste ramo no cenário brasileiro conseguiu retirá-la da agenda política, se findando nela mesma.

Corroboram ao cenário da invisibilidade do adoecimento, a escassez de material empírico que explore o processo trabalho-adoecimento nos ramos de atividades econômicas. Atualmente, o AEPS e o AEAT são as bases oficiais de indicadores brasileiros que exporiam tais informações, entretanto, possuem limitações.

Construídos e organizados pelo MTPS, INSS e DATAPREV, os Anuários Estatísticos contemplam informações de trabalhadores protegidos pelas políticas de Trabalho e Previdência, ou seja, revelam dados de trabalhadores formais que possuem registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS.

Portanto, não estão contemplados nos Anuários Estatísticos oficiais do país os acidentes ocorridos com trabalhadores autônomos e informais, já que não há, na legislação brasileira, a regulamentação de emissão de CAT em acidente de trabalho de contribuintes individuais – CI como os profissionais autônomos e liberais. Do mesmo modo, não estão contemplados os acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho que acometeram os trabalhadores vinculados aos Regimes Próprios de Previdência Social, como os servidores públicos e militares. Além disso, há ainda a problemática das subnotificações de CAT dos trabalhadores protegidos, que “[...] embora não se tenha estimativas globais quanto aos acidentes não notificados, diversos estudos apontam para a subnotificação dos acidentes” (OLIVEIRA, 2004).

A CAT em sua amplitude política passou

a ser vista pelos empregadores como se representasse uma ‘confissão de culpa’ e, sobretudo, uma fonte potencial de ônus financeiro. Como a empresa é o emissor por excelência do documento, criou-se uma situação em que o principal agente da notificação é o principal interessado na subnotificação (LIMA, 2010, p.56).

Apesar dos limites e possibilidades, as bases oficiais atuais de indicadores de regulação da segurança e saúde do trabalhador são: AEPS, AEAT, CID-10, CNAE e NTEP.

O AEPS revela informações da política previdenciária e dos segurados⁵ vinculados à essa política. O AEPS obteve sua primeira edição no ano de 1991 e desde então é uma importante ferramenta de transparência da política previdenciária brasileira norteador de discussões e estudos sobre a matéria. Produzido pelo MTPS, com a participação do INSS e da DATAPREV, sua construção é realizada a partir da coleta de dados dos atendimentos individuais realizados nas APS cujos registros estão sistematizados em sistemas intrainstitucionais e, anualmente, os dados são condensados para a emissão de uma nova edição.

Diversas são as estatísticas que publicizam a evolução e o comportamento histórico da política de Previdência Social no AEPS, tais como: números de benefícios previdenciários concedidos e emitidos de aposentadorias, pensões por morte, auxílios, salário maternidade, acidentários e assistenciais. Constam também os números de beneficiários ativos no RGPS, de benefícios concedidos por meio dos acordos internacionais de Previdência Social, de beneficiários atendidos nos setores de Perícia Médica, Reabilitação Profissional e Serviço Social, além das contribuições, arrecadações, cobranças, dívidas ativas, finanças, fluxo de caixa, contabilidade, receitas, despesas, dentre outros indicadores econômicos.

O AEAT, desde a sua publicação inicial, no ano 2000, vem contribuindo “[...] para o maior conhecimento dos temas relacionados aos acidentes de trabalho” (AEAT, 2009, p.05). O AEAT retrata o panorama nacional sobre os acidentes de trabalho, “[...] suas consequências, os setores de atividades econômicas e a localização geográfica de ocorrência dos eventos” (AEAT, 2009, p.05). No AEAT estão presentes as estatísticas anuais dos códigos que exprimem os motivos geradores dos acidentes de trabalho, bem como a incidência destas nas regiões e nas unidades de federação. O AEAT permite ainda a visualização dos tipos dos acidentes e de óbitos consequentes destes.

Neste contexto, o AEAT, apesar de contemplar uma parte da população trabalhadora brasileira, tornou-se um importante instrumento de mensuração dos acidentes e mortes relacionados ao trabalho, fornecendo elementos para a construção de uma linha histórica e propiciando o planejamento de políticas públicas nas áreas de segurança saúde do trabalhador.

A responsabilidade do AEAT é do MTPS e sua construção é baseada em duas fontes:

⁵ Segurados são todos os trabalhadores (brasileiros ou não) que possuem cobertura do seguro social na qualidade de i) empregados: trabalhadores formais com Carteira de Trabalho registrada cujo recolhimento do seguro ocorre na folha de pagamento mensal; ii) contribuintes individuais: trabalhadores informais que pagam Guia de Previdência Social – GPS mensalmente, iii) especiais: trabalhadores rurais que comprovem o desempenho de atividade rural nos termos da Lei 8213/91 e iv) facultativos: qualquer cidadão que não possua atividade remunerada e que queira estar segurado mediante contribuições mensais.

o Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho e o Sistema Único de Benefícios – SUB.

O Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho se fundamenta nas CATs entregues e registradas nas APS ou preenchidas e enviadas via internet. A CAT teve sua primeira previsão legal na Lei nº 5316/67 numa época em que a política de Saúde era integrada à da Previdência.

Art.19. O médico que primeiro atender a um acidentado do trabalho deverá comunicar à previdência social dentro de 72 (setenta e duas) horas a natureza e a provável causa da lesão ou doença e o estado do acidentado, bem como a existência ou não de incapacidade para o trabalho e, na primeira hipótese, a provável duração da incapacidade, fornecendo ao acidentado um atestado com esses elementos (BRASIL, 1967).

Ressalta-se que a nomenclatura CAT e o seu instrumento de notificação foram regulamentados a partir das alterações posteriores a esta primeira previsão legal. A CAT também está regulamentada nos artigos 19 a 23 da Lei nº 8213/1991, nas Leis nº 9032/1995 e 9528/1997 e nos Decretos nº 2172/1997 e 2173/1997.

Todas as legislações convergem quanto a obrigatoriedade da emissão da CAT nos casos de acidentes do trabalho ou doenças profissionais, os quais devem ser enviados pela empresa ao INSS, sob pena de multa em caso de omissão.

Entretanto,

cabe observar que embora a entrega da CAT deva, por força de lei, ser feita até 48 horas da ocorrência do acidente, o INSS recebe o documento a qualquer tempo. Portanto, pode ocorrer de uma CAT referente a um acidente ser entregue após a concessão de um benefício acidentário originado deste acidente. Nesta seção são consideradas todas as CAT entregues no ano civil e todos os benefícios concedidos nesse mesmo ano (AEAT, 2009, p.11).

Como apontado na passagem acima, os dados do AEAT circunscrevem-se ao período do fato gerador da CAT, não representando as comunicações realizadas em períodos ulteriores pelo Poder Público ou por outras instâncias.

Impende destacar que o avanço tecnológico dos últimos anos permitiu a emissão da CAT, pelo empregador, num aplicativo de mesma nomenclatura (CAT) disponibilizado no sítio eletrônico do INSS. Contudo, ainda permanece a possibilidade de preenchimento da CAT manual para posteriormente ser entregue na APS e registrada pelo servidor no sistema específico.

O INSS, por sua vez, não prevê no seu rol de atendimentos, um serviço específico para cadastramento da CAT, o qual é realizado junto com a atualização cadastral anterior ao atendimento pericial. Entretanto, o cadastramento da CAT no sistema é complexo e lento, são

necessários aproximadamente trinta minutos para a execução do processo total quando não há instabilidade no sistema, o que demanda um ritmo contrário à agilidade necessária para a realização da atualização cadastral e liberação do segurado para a realização da perícia.

Não há um tipo de serviço ou senha específica destinada ao cadastramento da CAT retardando os atendimentos subsequentes e gerando desconforto aos servidores técnico-administrativos e nos demais segurados que aguardam na fila de espera, trazendo ao ambiente, um clima de tensão.

O pré-atendimento médico-pericial tem a premissa de verificar e validar os dados cadastrais do segurado e ocorre, obrigatoriamente, antes da realização do ato médico-pericial para reconhecimento do direito ao BI. Fato é que, em muitas situações, os segurados são liberados para a realização da avaliação pericial sem a inclusão da CAT no sistema, guardando-a para lançá-la posteriormente. Se a CAT não estiver lançada e vinculada ao nome do segurado, o perito-médico realiza a avaliação para o reconhecimento do BI desconhecendo a existência da CAT e, conseqüentemente, não reconhece o direito ao BI como auxílio doença acidentário. Muitas das CATs que foram guardadas para serem lançadas posteriormente entram numa espécie de limbo ou de esquecimento, já que o servidor não tem tempo para realização de atividades de retaguarda, fato que abre possibilidades para a subnotificação intrainstitucional.

Além da fonte de dados CAT, o AEAT também é alimentado pelo SUB acerca dos BIs reconhecidos pelo NTEP, que dispensam a apresentação da CAT para o estabelecimento da associação causal entre o trabalho e a doença.

Em 2004 o Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS) aprovou a Resolução nº 1236/2004 com uma nova metodologia para flexibilizar as alíquotas de contribuição destinadas ao financiamento do benefício de aposentadoria especial e daqueles concedidos em razão do grau de incidência de incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. Essa metodologia teve como objetivo, entre outros, estimular o investimento dos empregadores em melhorias nos métodos produtivos e na qualificação dos trabalhadores visando a reduzir os riscos ambientais do trabalho (AEAT, 2009, p.10).

Esta nova metodologia foi denominada Fator Acidentário de Prevenção – FAP que tem como variação valores entre 0,5 e 2, conforme a “[...] efetividade do maior ou menor grau de investimentos em programas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho e proteção contra os riscos ambientais do trabalho, respectivamente” (AEAT, 2009, p.10). No entanto, havia uma lacuna que fundamentasse a mensuração do FAP, a qual foi suprida com a regulamentação do NTEP.

O NTEP foi originado de um estudo científico que aliou a estatística, à clínica e às ciências sociais, os três eixos fundamentais da epidemiologia, segundo Rouquayrol e Filho (1999). O código da CID é correlacionado com o Código Brasileiro de Ocupações – CBO e com CNAE, demonstrando assim, a correlação positiva entre a doença ou acidente e a atividade profissional exercida pelo trabalhador.

A inclusão do anexo II do Decreto no SABI foi uma medida simples, quase sem custo operacional, mas que contribuiu sobremaneira para impedir a ocultação de agravos de caráter acidental, agilizando o ato pericial sem perda de qualidade técnica e permitindo ao perito médico pronunciar-se a respeito do nexos com clara fundamentação legal (LIMA, 2010, p.66).

Segundo Oliveira (2008, p.11), no NTEP “[...] tem-se um aparelho metodológico que opera epistemologicamente com referenciais teóricos de tipos lógicos dedutivos e indutivos representados pelas variáveis CNAE e CID, respectivamente”. A lógica do NTEP se dá no estabelecimento de uma frequência de patologias em determinada atividade econômica, evidenciando sua associação e presumindo o nexos causal.

Oliveira (2008, p.127) relata ainda que

[...] vislumbra-se com o NTEP uma resultante positiva à diminuição dos agravos à saúde do trabalhador com a garantia da menor burocratização dos procedimentos para concessão de benefícios por parte do INSS ao eximir o segurado das provas diagnósticas.

Com a publicação do Decreto nº 6042/2007 que disciplina a aplicação, o acompanhamento e a avaliação do NTEP, deixa de ser compulsória a emissão da CAT pelo empregador para o reconhecimento do acidente de trabalho, passando ao profissional, perito médico, em seu ato médico pericial, o reconhecimento da associação causal entre o trabalho e o agravo à saúde no sistema informatizado do INSS denominado Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade – SABI.

Na inserção do exame médico pericial no sistema, bem como do CID incapacitante para o trabalho do segurado, o SABI

recupera o código CID informado pelo perito e o código CNAE migrado do Cadastro Nacional de Informações Sociais e checa [...] se há associação estatística entre eles. Em caso negativo, não se oferece o NTEP ao perito. Mas se há batimento, o sistema apresenta o quesito ‘há elementos médico-periciais para a não aplicação do NTEP?’ (LIMA, 2010, p.67).

O processo metodológico, desenvolvido no sistema informatizado do INSS, prevê o questionamento automático ao médico perito com relação à confirmação da associação causal pelo NTEP. Isto se dá quando

[...] o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade – SABI processa a checagem do código da Classificação Internacional de Doenças – CID registrada pelo perito no laudo

médico-pericial com o anexo II. Caso a CID esteja na lista A ou na B, abre-se uma janela tipo pop-up em que o SABI apresenta o quesito: ‘Houve exposição a algum dos agentes abaixo, constantes do anexo II do Decreto 3048/99?’ seguida de todos os agentes que estejam, nas listas, pareados com a doença informada (LIMA, 2010, p.66).

O perito médico obrigatoriamente fornece a resposta positiva ou negativa, reconhecendo ou não o direito do estabelecimento do nexos entre a doença ou acidente para com a atividade desempenhada. “O perito é soberano para estabelecer o nexos ou não, não havendo qualquer constrangimento pelo INSS ou pelo seu sistema informatizado para que se aplique o nexos desarrazoadamente” (LIMA, 2010, p.67).

O NTEP agrega mais informação ao processo decisório pericial quanto ao nexos técnico, deixando o perito livre para reconhecer o caráter acidentário do agravo ou não, sempre fundamentando sua opção, em respeito aos princípios da legalidade e publicidade que devem caracterizar sua função como servidor público (LIMA, 2010, p.67).

O questionamento realizado pelo sistema ao perito médico, demonstra a vulnerabilidade da ferramenta que subverte o nexos causal automático num ato discricionário do profissional, ou seja, dá-se espaço para que a decisão seja baseada em vertentes pessoais a que o profissional se filia. Na realização da perícia “[...] se qualquer daqueles elementos demonstrar ao perito que, no caso concreto, os achados do estudo de corte do MPS não são aplicáveis, ele pode optar por não aplicar o NTEP e o benefício será concedido como B31” (LIMA, 2010, p.67), entretanto, se o perito médico reconhece o NTEP, o SABI entenderá que será reconhecido o direito ao benefício de auxílio doença acidentário – B91 e “[...] serão devidas as prestações acidentárias a que o beneficiário tenha direito” (BRASIL, 2007).

Dados do INSS demonstram que cerca de 20% dos benefícios em que seria possível aplicar o NTEP porque há associação entre CID e CNAE, conforme parte nova da lista B do anexo II do Decreto 3048/99, são concedidos em espécie comum, pois a perícia filtra o NTEP e não o aplica rotineiramente, mas apenas depois de um raciocínio técnico sobre a validade, *in casu*, do estudo (LIMA, 2010, p.68).

A partir do reconhecimento do direito ao B91 o empregador é notificado e, na discordância do nexos causal, o empregador poderá emitir uma carta de defesa, a ser entregue em qualquer APS, solicitando a revisão ou a reversão do nexos.

A APS, por sua vez, tendo recebido a solicitação, encaminhará a documentação à perícia médica para análise. “Não há impedimento para a realização da análise da contestação pelo mesmo profissional que aplicou o Nexos Técnico Epidemiológico quando do exame pericial inicial” (BRASIL, 2015, p.25), portanto, qualquer profissional, incluindo o próprio que estabeleceu a associação causal poderá responder sobre a matéria. O INSS não possui um setor ou uma equipe de profissionais específica para análise desta defesa, recaindo aos

próprios profissionais a análise e resposta da matéria, paralelamente à agenda prevista de atendimento.

Caso haja a transformação da espécie do benefício para B31, o segurado será notificado via Carta Registrada e poderá apresentar suas contrarrazões. Do contrário, se a espécie B91 for mantida, o perito médico “[...] deverá elaborar um parecer técnico fundamentado em formulário próprio [...] devendo o mesmo ser anexado ao processo e encaminhado ao setor administrativo da APS” (BRASIL, 2015, p.26). Só então o processo é finalizado pelo setor administrativo que comunicará o resultado da análise recursal às partes, novamente por meio de Carta Registrada.

Esta atividade da perícia médica também não está contemplada em um serviço específico e não possui indicadores de avaliação do desempenho deste. Os profissionais peritos médicos que atendem as demandas diárias de agendamentos constantes nos indicadores de desempenho, tem suas atividades ampliadas na análise de contestação do NTEP ou ainda na isenção de Imposto de Renda de Pessoa Física, majoração de aposentadoria por invalidez, recursos em matéria de BI, dentre outros.

A inexistência de indicadores institucionais que reflitam as reais demandas atendidas pela perícia médica fomentam a discricionariedade dos profissionais para com as demandas não inclusas nos indicadores de desempenho, abrindo-se novamente o espaço para a subnotificação institucional ou ainda para o sobrestamento das solicitações.

Tais fatos evidenciam que a organização do trabalho no INSS obstaculiza o estabelecimento automático do NTEP demonstrando que há a necessidade de aprimoramento dos processos institucionais visando a superação desta problemática.

Outra base oficial existente e utilizada no Brasil é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde – CID, que se constitui como modelo de uma linguagem comum para a descrição de doenças ou intervenções em saúde.

Há relatos e registros datados desde a antiguidade sobre a catalogação das doenças e o estudo das causas-mortes das populações. Laurenti e Buchalla (2010, p.55-61) relatam que havia, na antiguidade, registros de nomenclaturas e classificações, entretanto, há uma diferenciação entre estes conceitos, enquanto a primeira se trata de uma listagem ou catalogação de termos, a segunda é mais ampla revelando um conjunto de observações que contemplam diversas variáveis sobre determinada patologia.

A primeira classificação teve origem no século XVII por John Graunt que, por meio de uma pesquisa, revelou a primeira lista de causas-mortes. Sua metodologia possuía alguns

limites que impossibilitaram sua utilização como parâmetro universal de consulta. Além dela, muitas foram as tentativas de catalogação de doenças que propiciaram a evolução até a implementação de uma linguagem universal.

Algumas destas tentativas tornaram-se ineficientes em consequência da extensa quantidade de motivos que conduziam ao óbito. Somente no século XIX, a partir de novos estudos empíricos, é que houve o lançamento da primeira Classificação Internacional de Doenças denominada “Classificação de Causas de Morte”, conhecida como “Classificação de Causas de Morte de Bertillon”, nome de seu proponente, Jacques Bertillon” (LAURENTI, 1991, *apud* BUCHALLA E LAURENTI, 2010, p.56).

Cinco novas atualizações ocorreram e,

a partir da sexta revisão, de 1948, a responsabilidade passou a ser da recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS) e a classificação passou a incluir um número maior de doenças e não apenas aquelas que eram causas de morte, ampliando sua utilização para codificar a morbidade. Desta forma foram elaboradas e publicadas as revisões: sétima (1955), oitava (1965) e nona (1975), e a que está atualmente em vigor, a décima (1989) (BUCHALLA; LAURENTI, 2010, p.57).

A OMS prevê publicações revisionais da CID a cada dez anos, mas a prática não acompanha esta previsão. Atualmente a CID está em sua décima versão e é referenciada como CID-10. A última publicação revisional alterou a nomenclatura de Classificação Internacional de Doenças para Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde.

A CID foi organizada em três volumes sendo que o Volume 1 contém a Classificação formada por vinte e dois capítulos que correspondem ao agrupamento de doenças, como por exemplo, algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99), neoplasias e tumores (C00-D48), doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89) e etc. Neste volume ainda constam os agrupamentos que são conjuntos de categorias compostas por três caracteres (uma letra e dois algarismos) que se referem aos desmembramentos do agrupamento, ou seja, do agrupamento de neoplasia e tumores. Existem as subdivisões de patologias definidas na CID como categorias, por exemplo, a neoplasia maligna do lábio (C00-C14), neoplasia maligna dos órgãos digestivos (C15-C26), etc. Existem ainda as subcategorias que são somadas ao CID do “.0” ao “.9” formando o código completo da doença, por exemplo, a neoplasia maligna do lábio superior externo (C00.0), a neoplasia maligna do lábio inferior externo (C00.1) e assim por diante.

O Volume 2 da CID contém o manual de instruções fazendo referência à introdução, descrição, modo de uso, regras de codificações, apresentação estatística bem como o histórico de desenvolvimento e, o Volume 3, traz o índice alfabético além de informações e notas sobre o uso do índice.

Com sua usabilidade universal, a CID permite a classificação dos estados relacionados à saúde e possibilita o comparativo destas entre diferentes populações, tornando-se uma ferramenta indispensável na elaboração de estatísticas de saúde.

A última fonte a ser destacada nessa pesquisa é a Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE que contém informações relativas às atividades econômicas dos cadastros de pessoas jurídicas, sendo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o responsável por toda a manutenção e revisão da classificação.

A CNAE foi regulamentada no Brasil no ano de 1994 e, desde então, tornou-se uma base comparativa entre os cenários nacional e internacional. Para isso, a CNAE foi inspirada na *Clasificación Industrial Internacional Uniforme* que, por sua vez, “[...] foi adotada pelas Nações Unidas em 1948 e é usada como padrão internacional de referência no desenvolvimento de classificações nacionais e como instrumento de harmonização na produção e disseminação de estatísticas econômicas no nível internacional” (CNAE, 2015, p.12).

Dada a complexidade e diversidade de características das empresas faz-se necessária a utilização de uma classificação “[...] para organizar as informações das unidades de produção, com o objetivo de produzir estatísticas dos fenômenos derivados da participação dessas unidades no processo econômico” (CNAE, 2015, p.13). Segmentos homogêneos com finalidades e funções produtivas similares são organizados em códigos específicos permitindo a construção estatística dos fenômenos econômicos a eles relacionados.

Atualmente a CNAE está na versão denominada 2.2 e possui as seguintes divisões: cinco níveis, com 21 seções, 87 divisões, 285 grupos, 673 classes e 1318 subclasses (IBGE, 2015) os quais fundamentam a codificação numeral da CNAE.

As subclasses da CNAE são utilizadas “[...] nos cadastros e registros da administração pública nas três esferas de governo com o objetivo de padronizar os códigos de identificação das unidades produtivas do país” (CONCLA, 2013). Estas codificações enquadram, da seção à subclasse, cada atividade econômica, permitindo visualizar, desde a área mais abrangente desta atividade até a sua descrição singular. O exemplo abaixo possibilita o entendimento visual deste processo metodológico, vejamos:

Tabela 1 – Tipificação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas

Descrição	Divisões	Hierarquia
Seção:	C	INDÚSTRIAS DE TRANSFORMAÇÃO
Divisão:	29	FABRICAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, REBOQUES E CARROCERIAS
Grupo:	291	FABRICAÇÃO DE AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS E UTILITÁRIOS
Classe:	2910-7	FABRICAÇÃO DE AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS E UTILITÁRIOS
Subclasse	01/07/2910	FABRICAÇÃO DE AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS E UTILITÁRIOS

Fonte: Classificação Nacional de Atividade Econômica 2011 (CNAE, 2011)

Esta metodologia e tipificação da CNAE é aplicada a partir da abertura da empresa (pessoa jurídica) cuja instituição responsável é a Receita Federal do Brasil – RFB.

Tendo descrito as referências às bases oficiais de indicadores de regulação da segurança e saúde do trabalhador, faz-se necessário descrever a metodologia utilizada atualmente para identificação dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.

Como já descrito anteriormente, a única fonte oficial de identificação dos acidentes de trabalho e adoecimentos relacionados ao trabalho no Brasil é o AEAT. A fonte primária deste Anuário é o SUIBE que possui, em seu banco de dados, todas as informações relativas ao reconhecimento do direito ao BI, seja com a CAT ou com o NTEP.

Uma breve análise do AEAT, edição 2013, permite a identificação de que constam as informações sobre a quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e tipo, segundo a CNAE no Brasil. A tabela abaixo apresenta o quantitativo de acidentes segundo os CNAEs 2831- fabricação de tratores, 2910, fabricação de automóveis e 2920 fabricação de caminhões, vejamos:

Tabela 2 – Quantidade de Acidentes do Trabalho, por Situação do Registro e Tipo, Segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE. BRASIL: 2013

CNAE	Fabricação	Típico	Trajetos	Doença do Trabalho	Com CAT Registrada	Sem CAT Registrada	TOTAL
2831	Tratores	204	44	20	268	26	294
2910	Automóveis	3.093	528	672	4.293	999	5.292
2920	Caminhões	1.108	91	141	1.340	82	1.422

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT, 2013)

Diante da amplitude da indústria automotiva brasileira que emprega aproximadamente 1,5 milhões de trabalhadores diretos⁶, questiona-se a consistência das informações contidas no AEAT, já que, se considerarmos o total de 7008 acidentes de trabalho descritos na Tabela 03, ocorridos num universo de 1,5 milhões de trabalhadores, o resultado é que menos de 0,5% dos trabalhadores sofreu algum tipo de acidente de trabalho.

Padovani e Pinto (2014) construíram um panorama de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho das empresas com CNAEs 2910 e 2920, a partir das informações disponibilizadas publicamente no sítio eletrônico do INSS⁷. A conjuntura de concessão dos benefícios por incapacidade laborativa temporária no período temporal 2009-2012 identificada por Padovani e Pinto (2014) pode ser evidenciada nas tabelas abaixo.

Tabela 3 – Quantidade de Benefícios Concedidos de Auxílio-Doença Previdenciário – B31 na Indústria de Autoveículos. BRASIL: 2009-2012

CNAE	Classe	2009	2010	2011	2012
2910	Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários	3.197	3.563	3.946	4.150
2920	Fabricação de caminhões e ônibus	1.191	1.186	1.410	1.489

Fonte: Elaborado a partir da tabulação de dados disponibilizados pelo INSS (BRASIL, 2014).

Padovani e Pinto (2014) identificaram, no período estudado, uma variação percentual positiva de 30% nas concessões de B31 relacionadas ao CNAE 2910 e de 25% ao CNAE 2920. Em todo o período foram registrados 20132 afastamentos relacionados à espécie B31.

Vejamos abaixo as informações relativas às concessões de afastamentos previdenciários da espécie B91:

⁶ Considerando a informação disponibilizada pela ANFAVEA e citada na introdução desta pesquisa.

⁷ Na pesquisa referenciada não foram, portanto, colhidos dados das montadoras de motocicletas, de máquinas e implementos agrícolas ou de outros de meios de transporte que não os citados acima.

Tabela 4 – Quantidade de Benefícios Concedidos de Auxílio-Doença Acidentário – B91 na Indústria de Autoveículos. BRASIL: 2009-2012

CNAE	Classe	2009	2010	2011	2012
2910	Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários	631	914	872	821
2920	Fabricação de caminhões e ônibus	136	166	104	128

Fonte: Elaborado a partir da tabulação de dados disponibilizados pelo INSS (BRASIL, 2014).

No período 2009-2012 foram reconhecidos o direito de 3772 benefícios por incapacidade laborativa temporária, segundo a espécie B91. Verifica-se que, considerando os anos 2009 e 2012, houve uma variação percentual positiva de 30% nas concessões de B91 relativa ao CNAE 2910 e, uma variação percentual negativa de 6% referente ao CNAE 2920.

Apesar da Tabela 2 se referir ao ano de 2013 e as tabelas 3 e 4 aos anos 2009-2012 provavelmente há uma diferença substancial entre o reconhecimento do direito ao benefício de B91 e a quantidade de acidentes de trabalho já que são registrados os acidentes de trabalho que exigem afastamentos superiores a quinze dias e, além disso, as empresas não têm interesse nas notificações. Os vários questionamentos que emergiram a partir desta análise motivaram a construção do panorama de adoecimentos e acidentes de trabalho da indústria automotiva no Brasil.

1.3 Percurso Metodológico

As empresas brasileiras fabricantes de veículos automotores possuem uma entidade representativa denominada Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores – ANFAVEA.

Dentre suas atribuições a ANFAVEA se propõe a

estudar temas da indústria e do mercado de autoveículos e máquinas agrícolas automotrizes, coordenar e defender os interesses coletivos das empresas associadas, participar, patrocinar ou apoiar em caráter institucional eventos e exposições ligadas à indústria e compilar e divulgar dados de desempenho do setor (ANFAVEA, 2014).

Desde 1957 a ANFAVEA publica o Anuário da Indústria Automobilística Brasileira que compila as informações gerais e os aspectos econômicos e sociais da indústria automotiva brasileira, o quantitativo de produção, vendas internas e exportações de autoveículos e máquinas agrícolas automotrizes brasileiras, além de referências internacionais, tendo se tornado a principal fonte de dados deste ramo de atividade. Considerando que este Anuário contempla informações de todas as empresas brasileiras fabricantes de veículos automotores,

extraíram-se as únicas informações nele contidas que possibilitassem as identificações das empresas: as razões sociais.

Logo, as razões sociais se tornaram o ponto de partida para a construção dos bancos de dados relativos aos empregos, produções e afastamentos previdenciários da indústria automotiva brasileira. Entretanto, a razão social permite somente a construção dos dados das produções das empresas, uma vez que o SUIBE permite as extrações de dados estatísticos de empregos e afastamentos previdenciários a partir da variável Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.

A identificação do CNPJ tornou-se fundamental para a realização desta pesquisa. Com o intuito de descobri-los foram delineadas algumas estratégias, sendo a primeira pelo sistema “busca empregador” disponível em www-buscaempregador. Trata-se de um sistema web, disponível na base interna do INSS, em que é possível realizar a busca do CNPJ a partir do nome fantasia da empresa. Entretanto, o site “busca empregador” revelou a primeira problemática desta metodologia: para cada razão social procurada o sistema fornecia dezenas de CNPJs correspondentes sendo que alguns deles passavam do quantitativo de cem para um, fato que inviabilizou a utilização desta metodologia já que o universo da pesquisa tornara-se tão amplo que dificultava sua condução.

A inviabilidade desta metodologia fomentou a análise de novas possibilidades dentro do sistema “busca empregador”, dentre elas, identificou-se a possibilidade de consulta da variável CNAE. Contudo, as consultas realizadas a partir dos CNAEs 2910 e 2920, referentes às montadoras de automóveis e caminhões, respectivamente, permitiu a identificação de dezenas de empresas que, pela descrição da razão social, não correspondiam à atividade econômica pretendida, ou seja, constavam empresas relacionadas às mais diversas atividades que, obviamente, pela descrição da razão social, não possuíam qualquer vínculo com a indústria automotiva brasileira, o que sugere a vulnerabilidade na criação do CNPJ, bem como seu enquadramento na atividade econômica.

Tornou-se evidente a vulnerabilidade das pesquisas relacionadas ao sistema “busca empregador”, pois a princípio, acreditava-se que o resultado desta pesquisa traria, sem margens de erros, os CNPJs vinculados aos CNAEs.

Também foram realizadas consultas dos CNPJs encontrados no Sistema Integrado de Informações sobre Operações Interestaduais com Mercadorias e Serviços – SINTEGRA com o objetivo de identificar a situação cadastral destas empresas. Tais consultas resultaram na

identificação do encerramento das empresas, o que ensejou o questionamento da confiabilidade deste sistema de consulta pública.

Diante desta nova problemática, traçou-se como nova estratégia a consulta no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS do INSS. Entretanto, não houve sucesso já que a variável de busca é, também, o CNPJ. Notou-se ainda, por meio de testes, que alguns CNPJs possuíam informações cadastrais diferentes nas três bases de pesquisa (SINTEGRA, CNIS e Receita Federal do Brasil – RFB), ou seja, as três bases de consultas trouxeram três informações diferentes com relação à situação cadastral de uma mesma empresa.

Estes descaminhos corroboraram no imperativo de que é impossível um cidadão comum identificar todos os CNPJs raízes de uma determinada empresa, já que, muitas delas possuem, numa mesma planta produtiva, vários CNPJs raízes com endereços diferenciados pelas ruas que as cercam, por exemplo.

Todas as empresas e entidades domiciliadas no Brasil têm a obrigatoriedade legal de possuir o CNPJ. A RFB administra o cadastro CNPJ que “[...] compreende as informações cadastrais das entidades de interesse das administrações tributárias da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2015), mas não há visibilidade e transparência para a população em geral. Até a condução dessa pesquisa ficaria prejudicada se não fosse a disponibilidade de consulta e de fornecimento dos CNPJs pela RFB que, tendo como base as empresas relacionadas no Anuário Estatístico da ANFAVEA, forneceu todos os CNPJs raízes correspondentes aos nomes das empresas pesquisadas, possibilitando a realização desta dissertação.

Desta forma tornou-se viável a construção das bases de dados referentes aos afastamentos previdenciários e empregos. A partir desta informação, foram extraídos do SUIBE o quantitativo de afastamentos previdenciários, descritos posteriormente e ainda neste capítulo.

De posse dos CNPJs que tiveram incidências de afastamentos previdenciários no período temporal 2005-2013, foram incluídas, numa planilha eletrônica, informações sociais relacionadas à razão social, ao endereço, CNAE e situação cadastral das empresas, considerando as informações colhidas no sítio eletrônico da RFB.

Essa etapa possibilitou a identificação das atividades primárias das empresas vinculadas à indústria automotiva brasileira, as quais tiveram incidências de afastamentos previdenciários. A Tabela 5 apresenta o resultado desta consulta, vejamos:

Tabela 5 – Quantitativo de Empresas Considerando a Atividade Primária Declarada na Receita Federal do Brasil

Atividade Primária	Quantidade
29.10-7-01 - Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários	31
29.20-4-01 - Fabricação de caminhões e ônibus	10
28.33-0-00 - Fabricação de máquinas e equipamentos para a agricultura e pecuária, peças e acessórios, exceto para irrigação	6
29.49-2-99 - Fabricação de outras peças e acessórios para veículos automotores não especificadas anteriormente	6
46.61-3-00 - Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso agropecuário; partes e peças	6
28.31-3-00 - Fabricação de tratores agrícolas, peças e acessórios	5
28.53-4-00 - Fabricação de tratores, peças e acessórios, exceto agrícolas	4
29.10-7-03 - Fabricação de motores para automóveis, camionetas e utilitários	4
82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo	4
Empresa Baixada sem possibilidade de consulta do CNAE	4
28.54-2-00 - Fabricação de máquinas e equipamentos para terraplenagem, pavimentação e construção, peças e acessórios, exceto tratores	3
71.20-1-00 - Testes e análises técnicas	3
29.20-4-02 - Fabricação de motores para caminhões e ônibus	2
45.11-1-03 - Comércio por atacado de automóveis, camionetas e utilitários novos e usados	2
45.12-9-01 - Representantes comerciais e agentes do comércio de veículos automotores	2
45.30-7-01 - Comércio por atacado de peças e acessórios novos para veículos automotores	2
29.30-1-01 - Fabricação de cabines, carrocerias e reboques para caminhões	1
29.41-7-00 - Fabricação de peças e acessórios para o sistema motor de veículos automotores	1
33.14-7-99 - Manutenção e reparação de outras máquinas e equipamentos para usos industriais não especificados anteriormente	1
71.12-0-00 - Serviços de engenharia	1
77.11-0-00 - Locação de automóveis sem condutor	1
TOTAL DE EMPRESAS	99

Fonte: Elaboração própria a partir de consultas à Receita Federal do Brasil (RFB, 2014).

* Empresas baixadas sem possibilidade de consulta do CNAE se referem ao encerramento das atividades de algumas unidades produtivas, entretanto, estas unidades foram consideradas nesta pesquisa já que contiveram indicadores de afastamentos previdenciários em alguma parte do período estudado.

A Tabela 5 revela que do total de 61 plantas produtivas instaladas no Brasil, 99 CNPJs compreendem a indústria automotiva brasileira cujas empresas experimentaram afastamentos previdenciários no período temporal estudado.

Verifica-se também que 47% dos CNPJs encontrados possuem vinculação de CNAE diferente da atividade de fabricação de automóveis, caminhões, ônibus, tratores e máquinas agrícolas. Um dado revelador é a aproximação aos motivos geradores de incapacidade laborativa temporária das empresas cujo CNAE é o 82.11-3-00, serviços combinados de escritório e apoio administrativo. Surpreendentemente, das quatro empresas citadas neste CNAE, três possuem afastamentos previdenciários nas espécies B31 e B91 relacionados às fraturas, lesões, contusões, ferimentos, etc. A presença destes afastamentos traz à tona a

discussão e o questionamento da consistência do enquadramento do CNAE como serviço de escritório e apoio administrativo, pois se torna difícil o entendimento de que em centros administrativos hajam esses tipos de CID-10.

O enquadramento incorreto da atividade econômica pode se traduzir em estratégias empresariais de fraude já que este enquadramento reflete nos impostos pagos sobre a ocorrência de acidentes de trabalho (FAP) e na vinculação do NTEP nos BIs. Com relação ao FAP ressalta-se que o enquadramento incorreto do CNAE gera, conseqüentemente, o enquadramento incorreto do grau de risco da empresa, o qual se refere a um valor numérico variável, de 1 a 4, correspondente à intensidade do risco da atividade econômica da empresa descrita na Norma Regulamentadora 4 – NR4. O enquadramento indevido do grau de risco define o quantitativo de profissionais contratados nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho das empresas, cuja finalidade é "promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho" (NR4, 2009). Além disso,

o dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II [...] observadas as exceções previstas nesta NR (NR4, 2009).

A Tabela abaixo se refere à definição do quantitativo de profissionais da Saúde necessários ao atendimento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho nas empresas, de acordo com o número de empregados nos estabelecimentos, conforme previsto no Quadro II do Anexo da NR 4:

Tabela 6 – Dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

(continua)

Grau de Risco	Nº de empregados no estabelecimento	50	101	251	501	1001	2001	3501	Acima de 5000 para cada grupo de 4000 ou fração acima de 2000**
		a 100	a 250	a 500	a 1000	a 2000	a 3500	a 5000	
Técnicos									
1	Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	-	1*	1	1*
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	-	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1*	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1*
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1
3	Técnico Seg. Trabalho	-	1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	1*	1	1	2	1
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	-	-	1*	1	1	2	1

Tabela 6 – Dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

(conclusão)

Grau de Risco	Nº de empregados no estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1000	1001 a 2000	2001 a 3500	3501 a 5000	Acima de 5000 para cada grupo de 4000 ou fração acima de 2000**
	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
4	Engenheiro Seg. Trabalho	-	1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	Médico do Trabalho	-	1*	1*	1	1	2	3	1

Fonte: NR4 (2009).

* Tempo parcial (mínimo de três horas)

** O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3.501 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4.000 ou fração de 2.000.

OBS.: Hospitais, Ambulatórios, Maternidades, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro do Trabalho em tempo integral.

Percebe-se que o enquadramento incorreto do grau de risco reflete diretamente na contratação de profissionais ao quadro de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Empresas com grau de risco 4 e com o número de empregados entre 50 e 100 obrigatoriamente devem contratar um técnico de segurança do trabalho; com grau de risco 3 e número de empregados entre 101 e 250 devem conter um técnico de segurança do trabalho e, com grau de risco 4, 2 técnicos de segurança em tempo integral, um médico do trabalho e um auxiliar de enfermagem do trabalho em tempos parciais de, no mínimo de três horas. Conforme aumentam os números de empregados aumentam também as quantidades obrigatórias de profissionais da saúde.

Tendo sido apresentada tal problemática, discorreremos sobre a questão dos quantitativos de empregados.

A identificação dos CNPJs possibilitou, paralelamente, a criação do banco de dados relativo aos empregos da indústria automotiva brasileira. Tendo como base os CNPJs, foram coletados manualmente o quantitativo de empregados constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS no período temporal 2005-2013.

O CNIS é um sistema de consulta que não possui funcionalidades para emissão de relatórios gerenciais tampouco identifica a média anual do quantitativo de empregados. Alimentado pelo RAIS/CAGED, o CNIS mantém uma base de dados quantitativos mensais de empregados. As extrações manuais destes dados viabilizaram o alcance de um dos objetivos específicos desta pesquisa.

É evidente que a construção deste banco de dados tornou-se complexa e morosa. Foram necessários cerca de dez meses para a transcrição manual de aproximadamente 10600

células de dados que, posteriormente, receberam fórmulas, e oportunizaram a identificação do panorama de empregos da indústria automotiva brasileira.

Para exemplificar a construção deste banco apresentaremos os dados de uma das empresas pesquisadas: foram transcritos os dados numéricos de empregos para uma tabela que contém o CNPJ de referência seguido de dez colunas que correspondem às variáveis de descrição dos meses e dos anos no período temporal 2005-2013:

Tabela 7 – Média de Empregos. Empresa X: 2005-2013

Mês	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Jan	1229	1614	1908	2867	3430	3427	3414	3141	3375
Fev	1226	1616	1914	2913	3409	3421	3423	3130	3406
Mar	1226	1736	2078	2991	3416	3421	3426	3142	3407
Abr	1226	1749	2456	3064	3402	3405	3418	3202	3430
Mai	1228	1768	2470	3163	3403	3408	3396	3206	3445
Jun	1387	1781	2696	3441	3389	3429	3015	3215	3473
Jul	1410	1795	2770	3473	3394	3463	3007	3246	3417
Ago	1572	1817	2788	3461	3467	3453	3006	3242	3416
Set	1579	1815	2824	3470	3452	3445	3010	3326	3415
Out	1586	1832	2830	3465	3476	3457	3126	3337	3408
Nov	1606	1851	2829	3455	3432	3420	3132	3332	3402
Dez	1598	1894	2834	3442	3408	3408	3130	3332	3387
Média Anual	1406	1772	2533	3267	3423	3430	3209	3238	3415

Fonte: Elaboração própria a partir da extração do CNIS.

*A fim de preservar o sigilo da empresa sua razão social foi alterada para Empresa X.

Ao final da transcrição dos dados referentes aos 99 CNPJs pertencentes às empresas da indústria automotiva brasileira, foram calculadas as médias anuais de empregos de todos os CNPJ. Os valores correspondentes aos meses de janeiro a dezembro foram somados e divididos pelo total de meses do ano (12), resultando na média anual de empregos apresentada na última linha da Tabela 7.

A extração manual dos empregos possibilitou a construção de uma planilha eletrônica com aproximadamente duas mil linhas que, posteriormente, recebeu tratamento de fórmulas para demonstrar um quantitativo único de empregos da indústria automotiva brasileira.

Com esta metodologia tornou-se possível identificar o panorama de empregos na indústria automotiva brasileira no período temporal 2005-2013, vejamos:

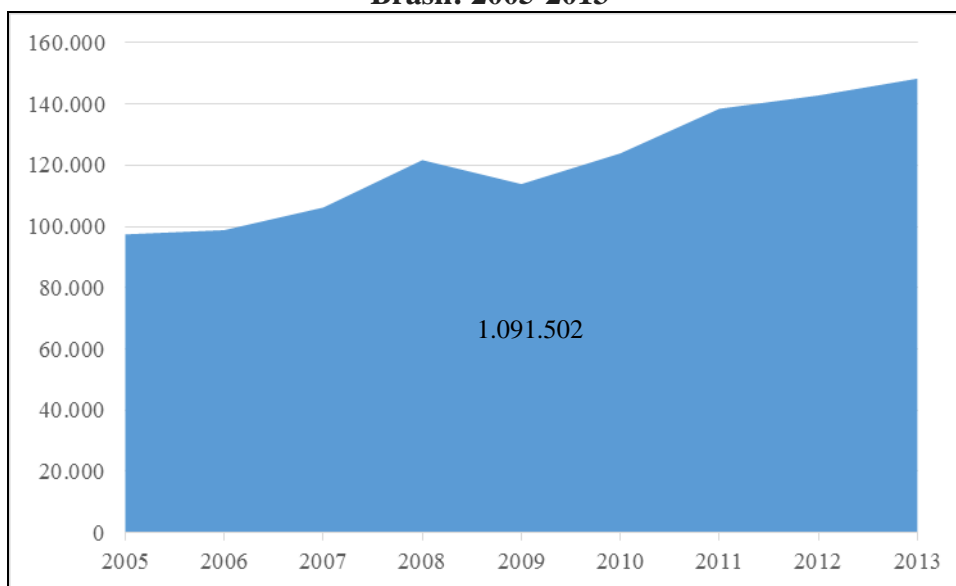
Tabela 8 – Média de Empregos da Indústria Automotiva no Brasil. BRASIL: 2005-2013

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
97.445	98.813	106.210	121.683	113.856	123.904	138.453	142.813	148.326	1.091.502

Fonte: Elaboração própria a partir do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS, 2014)

Identifica-se que entre 2005-2013 foram empregados, em média, na indústria automotiva 1091502 (um milhão, noventa e um mil, quinhentos e dois) trabalhadores. Considerando o período temporal estudado, é possível identificar uma variação percentual positiva de 52% na média de trabalhadores diretos que superaram a marca de cinquenta mil em comparação aos anos 2005 e 2013.

Gráfico 1: Evolução da Média dos Empregos na Indústria Automotiva Brasileira. Brasil: 2005-2013



Fonte: Elaboração Própria (CNIS, 2014)

Em todo o período analisado, houve somente o registro de uma queda da média de empregos ocorrido entre os anos 2008-2009 que corresponde à variação percentual negativa de 6%. Tal redução ocorreu em reflexo à crise financeira mundial do ano de 2008 que afetou a indústria automotiva em âmbito mundial, a qual reduziu a produção e a venda de veículos no mercado global. A partir do ano de 2010, houve uma crescente contratação com variação percentual positiva das médias entre 1% e 14% no período temporal estudado.

Infelizmente, a construção do banco de dados não permitiu a incorporação da categoria gênero para o maior aprofundamento desta temática já que o CNIS não faz a distinção de gênero dos trabalhadores, o que explica a ausência da discussão sobre gênero no desenvolvimento desta pesquisa.

O Anuário da ANFAVEA revela o número de empregos no período temporal 2005-2013 baseados nas informações enviadas pelas empresas, mas sem fazer a referência se se trata ou não de médias: 1171945 (um milhão, cento e setenta e um mil, novecentos e quarenta e cinco) empregos. O número de empregos apresentado pela ANFAVEA é, portanto, maior do

que o universo de empregos identificados nessa pesquisa, chegando à diferença de 80443. Entretanto, não se pode afirmar se as metodologias utilizadas para as identificações são equivalentes, a presente pesquisa baseou-se nas médias e, o Anuário apresenta somente a informação de “posição em 31 de dezembro de cada ano” (ANFAVEA, 2014, p.46). Desta forma, não se pode versar sobre hipóteses sobre estes números.

O segundo banco de dados construído nesta pesquisa, que contribui para o alcance de um dos objetivos específicos, é o da produção da indústria automotiva. As estatísticas de produção constantes no Anuário Estatístico da Indústria Automobilística Brasileira da ANFAVEA propiciaram a identificação das unidades produzidas de veículos no período temporal 2005-2013.

A consulta do Anuário Estatístico da ANFAVEA, edição 2014, permitiu que fossem transcritos os dados produtivos das empresas, no período temporal estudado, para uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel. Esta planilha contém tabelas organizadas por empresas, a partir das unidades fabricadas (automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, cultivadores motorizados, tratores de rodas, tratores de esteiras, colheitadeiras e retroescavadeiras) no período temporal 2005-2013 e, posterior à transcrição destes dados, foram realizadas as somas das unidades produzidas pelas empresas vinculadas à indústria automotiva brasileira.

O processo de construção da base de dados sobre a produção revelou que é impossível analisar comparativamente as empresas, ramos de atividade (montadoras de automóveis, caminhões ou tratores) e/ou regiões geográficas. Tal fato ocorre em decorrência da multiplicidade de produtos fabricados por algumas empresas, que, numa mesma planta produtiva, fabricam carros e caminhões, ou seja, além da utilização de uma mesma planta os trabalhadores registrados em um CNPJ, provavelmente, executam atividades de empresas vinculadas a outros CNPJs. Por exemplo, em uma planta produtiva se produz tratores e máquinas agrícolas, noutra, automóveis e caminhões, o que torna impossível a estratificação setorial. Além disso a ANFAVEA publiciza em seu anuário os dados totais, segundo o nome fantasia da empresa, não contemplando informações estatísticas segundo categorias, produtos ou unidades federativas correspondentes. Assim, chegou-se à conclusão de que as pesquisas que façam referência às produções de cada uma das unidades de fabricantes de veículos automotores instaladas no Brasil, resultam em imprecisões, fato que explica a abrangência nacional do universo dessa pesquisa.

Considerando a metodologia apresentada e, com base no Anuário Estatístico da ANFAVEA, foi possível identificar a evolução quantitativa das unidades produzidas no país:

Tabela 9 – Unidades Produzidas pela Indústria Automotiva Brasileira. BRASIL: 2005-2013

ANO	AUTOMÓVEIS	COMERCIAIS LEVES	CAMINHÕES	ÔNIBUS	CULTIVADORES MOTORIZADOS	TRATORES DE RODAS	TRATORES DE ESTEIRAS	COLHEITADEIRAS	RETRO-ESCAVADOURAS	TOTAL
2005	2.011.817	365.058	117.987	35.387	2.183	40.871	2.681	4.229	2.907	2.583.120
2006	2.092.003	379.213	106.601	34.512	1.940	35.586	2.781	2.314	3.444	2.658.394
2007	2.391.351	412.520	137.281	39.011	1.722	50.719	3.347	5.148	4.067	3.045.166
2008	2.545.729	459.135	167.406	44.111	1.751	66.504	3.415	8.407	4.915	3.301.373
2009	2.575.418	449.896	123.633	34.535	1.832	55.024	986	4.503	3.865	3.249.692
2010	2.825.974	583.074	191.621	45.879	1.922	71.763	2.234	7.007	5.948	3.735.422
2011	2.505.241	656.682	225.751	55.113	1.350	63.427	2.929	7.630	6.177	3.524.300
2012	2.591.348	663.081	134.986	41.189	1.404	64.456	2.939	7.485	7.420	3.514.308
2013	2.723.411	779.049	189.979	44.190	1.595	77.570	2.337	9.948	8.950	3.837.029

Fonte: Elaboração Própria a partir da ANFAVEA (ANFAVEA, 2014)

A Tabela 9 possibilita a comparação entre os quantitativos de unidades produzidas dos veículos automotores entre os anos 2005-2013. É possível identificar que as unidades produzidas de automóveis tiveram um aumento de 35% em comparação aos anos 2005 e 2013. O ano de 2010 obteve o ápice de produção, chegando à marca de dois milhões e oitocentas mil unidades. No ano subsequente, 2011, houve uma queda 11% na produção, o que corresponde a 320733 unidades, e, nos subsequentes, 2012-2013, os números apresentaram uma nova tendência de aumento de 3% para 2012 e 5% para 2013, fechando a marca de 2723411 unidades fabricadas no final do período temporal estudado.

As unidades produzidas de comerciais leves tiveram um aumento de 113% em comparação aos anos 2005 e 2013. Em todo o período estudado, houve somente uma leve redução nas unidades produzidas de automóveis comerciais leves inferior a 10000 no ano de 2009 e, em comparação ao ano de 2008 e 2010 houve um aumento expressivo de 21%, sendo que a tendência de aumento permaneceu crescendo até 2013.

Os caminhões e ônibus tiveram queda nas unidades produzidas nos mesmos anos: 2006, 2009 e 2012, sendo os caminhões 9%, 26% e 40%, respectivamente e, os ônibus, 2%, 21% e 25%, respectivamente. Os caminhões aumentaram a produção de unidades em 61% em comparação aos anos 2005 e 2013 e, os ônibus, 25%.

Movimento interessante ocorreu com os cultivadores motorizados, houve tendências de aumento e de queda nas unidades produzidas. Comparando os anos 2005 e 2013 constatase a redução de 588 unidades produzidas, o que equivale a uma variação negativa de 27%.

Os tratores de rodas tiveram três variações negativas sendo 13% em 2006, 17% em 2009 e 12% em 2011 seguidas de aumento nos anos subsequentes. Entretanto, em comparação

às extremidades do período temporal estudado, 2005 e 2013, verifica-se que a produção total de tratores de rodas aumentou em 90%.

Os tratores de esteiras apresentaram duas variações negativas sendo a primeira considerada como a pior queda de todas as unidades: 71% em 2009 e 20% em 2013. Em comparação aos anos 2005 e 2013 identifica-se a redução de 13% nas unidades produzidas.

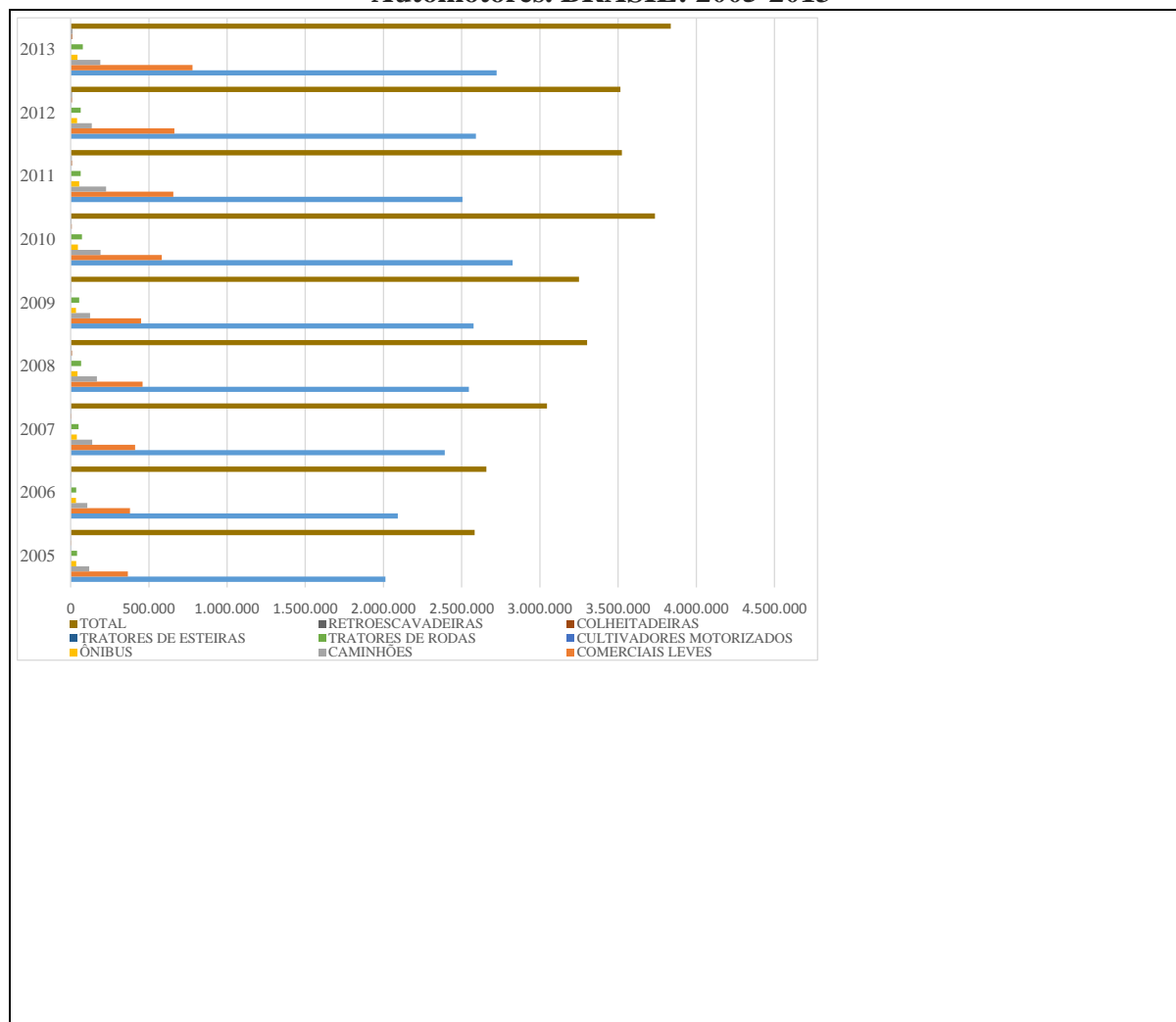
As produção das colheitadeiras apresentaram uma variação percentual positiva de 135% em comparação aos anos 2005 e 2013. Entretanto, três quedas estiveram presentes: 2006 com variação negativa de 45%, 2009 com 46% e 2012 com 2%.

As retroscavadeiras tiveram somente uma variação negativa de 21% no ano de 2009, tendo sido retomado o crescimento em 2010 de 21%, comparado ao ano de 2008. No período total 2005-2013 as retroscavadeiras tiveram variação percentual positiva de 208% com relação às unidades produzidas.

A análise da conjuntura de unidades produzidas de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, cultivadores motorizados, tratores de rodas e de esteiras, colheitadeiras e retroscavadeiras no Brasil, permite a identificação da variação positiva na produção equivalente a 48% no território nacional. A análise geral também possibilita a identificação da queda na produção total nos anos 2009, 2011 e 2012 com variação percentual negativa em 1,5%, 6% e 0,3%, respectivamente.

O Gráfico 2 apresenta a visualização gráfica do panorama de unidades produzidas de veículos automotores no Brasil, no período temporal 2005-2013, vejamos:

Gráfico 2: Unidades Produzidas nas Empresas Brasileiras Fabricantes de Veículos Automotores. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração Própria a partir da ANFAVEA (ANFAVEA, 2014)

O Gráfico 2 permite a identificação das quedas de produção total ocorridas nos anos 2009, 2011 e 2012. Além disso, torna-se perceptível a diferença na produção de unidades de automóveis para os comerciais leves e, destes, para com os demais.

Apesar da disparidade destes números, faz-se necessário sinalizar que as unidades produzidas não permanecem em sua totalidade no território brasileiro, já que as empresas aqui instaladas realizam exportações. Segundo a ANFAVEA (2014), no ano de 2013 foram realizadas exportações de 461066 automóveis, valor que corresponde a 17% das unidades produzidas no mesmo ano, enquanto que as exportações dos comerciais leves atingiram a marca de 70561 unidades representando 9% da produção no território nacional e, os caminhões, 24201 representando 13%. Não se pretende analisar os quantitativos de importações e exportações de unidades, quando o que se pretende é demonstrar o quantitativo

de unidades produzidas em território nacional que contribuirá para uma análise futura sobre a relação entre produção x adoecimento.

Além das bases de empregos e produções, esta pesquisa tem a pretensão de elaborar uma terceira base: a dos afastamentos previdenciários. As estatísticas que contêm os afastamentos previdenciários está disponível, publicamente, no AEPS. Entretanto, relatórios mais descritivos ou com ênfase em determinado ramo de atividade só são possíveis a partir da extração de dados utilizando o Sistema Único de Benefícios – SUIBE, cujo âmbito de operacionalização é intrainstitucional, ou seja, do INSS.

O SUIBE é um sistema de gestão que possibilita a extração de relatórios estatísticos em matéria de benefícios previdenciários de qualquer espécie, no entanto, o sistema possui limitações de pesquisa que impedem as extrações a partir das variáveis, como por exemplo, considerando o CNAE ou ainda considerando o CID nos BIs indeferidos, aqueles em que não houve o reconhecimento do direito ao BI.

Para o alcance do objetivo dessa pesquisa, foram realizadas diversas análises que possibilitassem as extrações estatísticas da indústria automotiva brasileira e, a partir disso, houve o desenvolvimento de uma metodologia de extração, conforme já citado, que contemplasse uma maior aproximação da realidade da indústria automotiva brasileira.

Como já foi descrito neste capítulo, há a obrigatoriedade de inserir no SUIBE os CNPJs raízes do universo de empresas a serem pesquisadas. O SUIBE emite um relatório estatístico baseado nas informações necessárias do solicitante, sejam do número inteiro de oito dígitos do CNPJ, nome, faixa etária, sexo, CID de afastamento, etc. Esse método de inserção do CNPJ raiz possibilita a extração de números das empresas cujos trabalhadores sofreram afastamentos previdenciários, não extraíndo, portanto, informações de CNPJs em que não houve afastamentos. Aumenta-se assim, o grau de confiabilidade e de aproximação ao universo pesquisado.

Foram elencadas nessa pesquisa, todas as variáveis que viabilizassem respostas ao objetivo geral desta: espécie de benefício (B31 – auxílio doença previdenciário e B91 – auxílio doença acidentário); sexo (feminino e masculino); faixa etária (até 19 anos, de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, de 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, de 45 a 49 anos, de 50 a 54 anos, de 55 a 59 anos, de 60 a 64 anos, de 65 a 69 anos e a partir de 70 anos); CID-10, ou seja, à codificação da patologia principal que gerou o afastamento previdenciário e, a duração do benefício relacionada a quantidade de dias em que o benefício permaneceu ativo, desde a Data de Início de Benefício – DIB até a Data de Cessação do Benefício – DCB.

Após todas estas definições é que se deu início às extrações dos dados quantitativos absolutos de afastamentos previdenciários, por adoecimento e acidentes de trabalho, do ramo automotivo brasileiro no intervalo temporal 2005-2013.

Diante da alta quantidade de afastamentos, que chegaram à marca de 67982 (sessenta e sete mil, novecentos e oitenta e dois), e do limite quantitativo de extração do SUIBE em dezesseis mil linhas por consulta, tornou-se necessária a realização de seis consultas cujas extrações foram organizadas e condensados numa planilha eletrônica única. Os resultados são apresentados nessa pesquisa no Capítulo 3.2. Antes, faz-se necessário contextualizar teoricamente um trio imperfeito composto pelo trabalho, saúde e acumulação de capital.

2. Trabalho, Saúde e Acumulação de Capital: um trio imperfeito

A análise que segue atribui visibilidade às relações sociais ocultadas no trio imperfeito: trabalho, saúde e acumulação de capital. O propósito é clarificar a relação entre trabalho e sociabilidade, a qual é indissociável do fetichismo; acumulação de capital cujo polo se encontra no capital-trabalhador na díade da riqueza-pauperização e; saúde-doença e sua relação com a constituição da saúde do trabalhador.

2.1 O Trabalho no Modo de Produção Capitalista: finalidades, organização, consequências

Neste capítulo são abordados conceitos sobre a categoria trabalho que perpassam desde o seu caráter ontológico, fundante do ser social, até o seu avesso, como propriedade que se transforma em mercadoria.

Conscientia é uma palavra originada do latim que, em português, significa consciência, conhecimento e noção (LATIM-PORTUGUÊS, 1962). A consciência propicia ao ser humano a noção dos estímulos existentes à sua volta, a questão da temporalidade, de espaço e de vida. É por meio dela que o ser humano percebe, reflete, concebe uma ideia e a projeta. Mas, são as mãos os instrumentos de efetivação das ideias.

Por meio das mãos, foi possível inventar e desenvolver objetos que garantissem a manutenção da sobrevivência, seja para alimentação, a exemplo da caça e da pesca, ou de defesa, como as armas. Este processo de invenção que “[...] começa com a elaboração de instrumentos [...]” (ENGELS, 2013, p. 20) se denomina trabalho. É o trabalho que fomenta, naturalmente, a emancipação humana e, também, na mesma proporção, fomenta o desenvolvimento de outras habilidades como a linguagem.

Lukács afirma que o “trabalho é um ato de pôr consciente e, portanto, pressupõe um conhecimento concreto, ainda que jamais perfeito, de determinadas finalidades e de

determinados meios” (LUKÁCS, 1978, p.9). A consciência agregada à utilização das mãos tornou o homem diferente de todos os outros animais, a mão “não é apenas o órgão do trabalho; é também produto dele” (ENGELS, 2013, p.15) e, para Marx, o homem, colocando em movimento

as forças naturais pertencentes à sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeças e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p.255).

Torna-se possível afirmar que o trabalho, ao longo da história, tem mediado a sobrevivência e a manutenção das necessidades humanas básicas e suntuosas, pois a concepção de trabalho como categoria ontológica e teleológica assenta-se no “agir sobre a natureza, transformando-a em função de suas necessidades” (Saviani, 2007, p.154). Neste processo de interação entre homem e a natureza é que o homem passou a transformá-la por meio de sua atividade, de maneira que, fazendo-o, também a si mesmo veio a se transformar continuamente. Torna-se possível afirmar, junto com Marx (2013, 1996), que a interação-transformação possibilita o atendimento das necessidades materiais e espirituais, revelando que o homem é capaz de transformar a sua realidade para “produzir sua própria existência” (SAVIANI, 2007, p.154).

A objetivação do trabalho é compreendida por Guerra (2007, p.3)

como um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições subjetivas e objetivas.

O processo em que se utiliza as mãos para operacionalização da transformação da natureza é denominado trabalho, o qual, por sua vez, é originado de questões materiais e imateriais com o objetivo de suprir a alimentação, o intelecto, a consciência, o espírito, os hábitos, os costumes, os valores morais, éticos e civilizatórios.

Desta forma, o trabalho torna-se o elemento de constituição do homem como ser social sendo, também, o produto das relações históricas de interação entre os homens. Todavia, embora o trabalho continue a ser o elemento central na sociedade moderna, sob o capitalismo, o trabalho se torna uma mercadoria, tendo a sua centralidade na reprodução sociometabólica do ser social sido atingida, na sua constituição pelas necessidades da acumulação de capital.

Todos os objetos de uso são mercadorias, mas, para isso, precisam ter um valor de uso, pois “a utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso” (MARX, 2013, p.114). O valor de uso de uma mercadoria são as propriedades pertencentes à sua corporeidade e que satisfazem, seja como produto a ser diretamente consumido ou como meio de produção,

necessidades humanas dadas pela natureza geradas pelos diversos contextos socioculturais. Nesse sentido, são os valores de uso que ensejam a troca de objetos na sociedade. Os valores de uso são, pois, frutos do trabalho social, constituem a riqueza material de uma dada sociedade num determinado período, segundo Marx (2013).

Marx afirma que, na análise da mercadoria, “a abstração dos seus valores de uso é justamente o que caracteriza a relação de troca das mercadorias” (MARX, 2013, p.115). O trabalho é a substância formadora de valor e, como a força de trabalho é uma mercadoria, ela tem um valor que não está associado diretamente à sua utilidade.

O valor em Marx (2013) corresponde ao tempo de trabalho gasto para fabricar determinado produto, todavia,

com o caráter útil dos produtos do trabalho desaparece o caráter útil dos trabalhos nele representados e, portanto, também as diferentes formas concretas desses trabalhos, que não mais se distinguem uns dos outros, sendo todos reduzidos a um trabalho humano igual, a trabalho humano abstrato (MARX, 2013, p.116).

Marx também define o trabalho em seu duplo caráter: concreto, sendo aquele que se manifesta no valor de uso e, o abstrato, que se manifesta no valor de troca.

Neste contexto, o caráter abstrato do trabalho é pressuposto da quantia de trabalho socialmente necessário despendido na produção de uma determinada mercadoria.

Ao considerar a mercadoria como eixo estruturante do capital e o duplo caráter do trabalho contido na própria mercadoria é que Marx fundamenta a crítica da economia política, tornando possível o diálogo sobre a gênese e desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Há de se ressaltar que, na análise marxiana, a mercadoria assume um caráter fetichista que oculta a sua relação social, ou seja, o caráter social do trabalho é ocultado uma vez que não há mais relação entre os sujeitos e sim entre as coisas. Neste sentido, Marx, afirmando que no modo de produção capitalista, emerge “uma relação social determinada entre os próprios homens que aqui assume, para eles, a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (MARX, 2013, p.147), refere-se ao fetiche da mercadoria, que está presente no processo de coisificação dos sujeitos, transformando o trabalho em um processo alienante.

O fetichismo da mercadoria para Marx é a perda do controle do homem sobre a história quando este passa a servir ao produto do seu trabalho, ou seja, o homem se submete ao produto de sua criação.

A forma-mercadoria e a relação de valor dos produtos do trabalho em que ela se representa não tem [...] absolutamente nada a ver com sua natureza física e com as relações materiais

[dinglichen] que dela resultam. É apenas uma relação social determinada entre os próprios homens que aqui assume, para eles, a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. [...] A isso eu chamo de fetichismo, que se cola aos produtos do trabalho tão logo são produzidos como mercadorias e que, por isso, é inseparável da produção de mercadorias (MARX, 2013, p.147).

O processo social mediante o qual os produtos do trabalho humano se tornam mercadorias subverte a ordem pela qual o ser humano controla a produção da sua vida material. Os produtos do trabalho humano produzidos como mercadoria adquirem relações em si que tornam os trabalhadores coisas e as relações sociais estão na base da produção e do consumo.

A força de trabalho, enquanto mercadoria, é a condição *sine qua non* para a existência do capital. Visto que os trabalhadores, despossuídos dos meios de produção, são conduzidos, invariavelmente, a um processo de mercantilização da força de trabalho.

Assim, o homem se constitui como uma mercadoria, um ingrediente do processo de produção, e o capitalista, comprando sua força de trabalho, “incorpora o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos que constituem o produto e lhe pertencem igualmente” (MARX, 2013, p.262).

Tendo o homem se sujeitado à venda de sua força de trabalho como mercadoria para satisfação de suas necessidades, mesmo que tenham origem no “estômago ou na fantasia” (MARX, 2013, p.113), tornou-se inevitável a criação de métodos de organização do trabalho que otimizassem o aproveitamento desta venda – ou seja, o consumo da força de trabalho nos processos sob controle do capital. Neste contexto é que surgiram os sistemas taylorista-fordista e toyotista de produção. Se o imperativo da venda da força de trabalho não existisse, ou seja, se o homem não precisasse vender a sua força trabalho como meio de manutenção de sua sobrevivência, ou ainda, se não houvesse o acúmulo do capital por meio da compra e do consumo de sua força de trabalho como mercadoria entre outras nos meios produtivos, provavelmente haveriam outros métodos de organização do trabalho.

Não temos a intenção de esgotar em detalhes tais métodos de organização, entretanto, há de se ressaltar que esses sistemas foram criados com o objetivo de extrair o máximo de rendimento dos trabalhadores, dos aparatos produtivos e das matérias primas, num mínimo de tempo, com duas finalidades precípuas: produzir meios para a manutenção da sobrevivência humana e, ao mesmo tempo, garantir a acumulação de capital.

Este imperativo revela que o capital, em si mesmo, tem as suas estratégias de efetivação e controle na sociedade, sendo esta última, responsável por retirar do trabalhador o controle sobre a sua própria vida e trabalho.

O sistema de organização interna garante a compra da força de trabalho como mercadoria e, do mesmo modo, oferece a possibilidade de sobrevivência e da manutenção das necessidades humanas sociais básicas ao trabalhador que se sujeita à venda da sua força de trabalho como mercadoria. Desta forma, é possível afirmar que o trabalho vendido como mercadoria está na base do capital e, a força de trabalho é o único elemento de geração de valor no capital.

Entretanto, para que ocorra o processo de acumulação de capital é necessário que o trabalho esteja sob a forma de assalariamento. O trabalhador não vende a si mesmo, o que ele vende é uma parte de seu tempo, sob a forma de jornada de trabalho, durante a qual a sua atuação é restrita às formas organizacionais controladas pelo comprador da força de trabalho. Do mesmo modo como também não lhe pertence os produtos, objetos, ferramentas e o resultado de seu trabalho. Marx evidencia que “o produto é propriedade do capitalista, não do produtor direto, do trabalhador” (MARX, 2013, p.262).

Nesta perspectiva, o comprador de força de trabalho realiza o pagamento do trabalhador empregado numa determinada jornada de trabalho, remunerando tão somente a parcela que reproduz a força de trabalho comprada e não todos os objetos e produtos construídos por ela.

No entanto, o capital não se satisfaz somente com a compra da força de trabalho representada na jornada, faz-se necessário que a partir dela haja uma quantia de trabalho abstrato não pago, denominado por Marx como mais valor, devendo ser esta fração de mais-valor aumentada continuamente visando a acumulação. Para esta finalidade, são criados métodos de organização que manipulam o grau de intensidade do trabalho.

Não é possível intensificar o trabalho somente pela incorporação de máquinas no processo produtivo, tornando-se incontestável a presença de um trabalhador que possua potencialidades, como a polivalência, agilidade e pró-atividade, para o aumento da extração de mais-valor. Dal Rosso afirma que neste processo de intensificação do trabalho, ao trabalhador “é exigido algo a mais, um empenho maior, seja física, seja intelectual, seja psicologicamente, ou alguma combinação desses três elementos” (DAL ROSSO, 2008, p.20). Deste modo, a intensidade do trabalho está diretamente relacionada ao dispêndio de energia do trabalhador que, por sua vez, envolve todas as capacidades do indivíduo sejam do corpo ou da alma.

Dal Rosso, declara ainda que

[...] a intensidade é, portanto, mais que esforço físico, pois envolve todas as capacidades do trabalhador, sejam as de seu corpo, a acuidade de sua mente, a afetividade despendida ou os

saberes adquiridos através do tempo ou transmitidos pelo processo de socialização (DAL ROSSO, 2008, p.21).

No entanto, a qualidade e a quantidade de dispêndio de energia não são individualizadas, pois nelas há, também, o reflexo do caráter coletivo. Dal Rosso reconhece que

[...] são levadas em conta na análise de intensificação do trabalho as relações de cooperação com o coletivo dos trabalhadores [...] e as relações familiares, grupais e societárias que acompanham o trabalhador em seu dia-a-dia e que se refletem dentro dos locais de trabalho, quer como problemas, quer como potencialidades construtivas (DAL ROSSO, 2008, p.21).

Todavia, este método alcança um nível de complexidade que, inevitavelmente, torna o processo tenso, obscuro e sem transparência, influenciando o processo saúde-doença dos indivíduos. Isso porque a intensificação do trabalho vem acompanhada de estratégias de controle do tempo e de execução máxima de movimentos em um tempo reduzido, o que repercute na subjetividade e na objetividade dos indivíduos, a exemplo do sistema taylorista-fordista que primou pelo controle da execução das tarefas, pelo posto de trabalho rígido e pela qualificação estagnada.

Para Dal Rosso (2008, p.21) “[...] quanto maior é a intensidade, mais trabalho é produzido no mesmo período de tempo considerado”. Só que, neste fenômeno, são utilizados os mesmos padrões tecnológicos, a mesma quantidade de trabalhadores e a mesma jornada de trabalho elevando a intensidade e, conseqüentemente, a produção de mais-valor. Assim, torna-se ilusória a sensação, por exemplo, de que havendo redução da carga horária habitual o trabalhador tenha mais tempo livre, quando o que ocorre é um maior desgaste físico, intelectual e psíquico para realizar, no tempo reduzido, o trabalho desempenhado anteriormente. Nas palavras de Dal Rosso (2008) o que resta ao trabalho é “mais trabalho”!

Assim sendo, nesta perspectiva, a organização do trabalho media a relação dos homens entre si e com os seus meios de trabalho, estabelecendo formas de comportamento e relações contratuais que podem levar à precarização dessas relações, tal como terceirização, formas de trabalho autônomo, chegando ao desemprego – condição de exclusão dessas relações de trabalho. Estes novos comportamentos desencadeiam no trabalhador um processo de autoexploração, uma vez que a pró-atividade, a agilidade no atendimento, a otimização das horas de trabalho, o acúmulo de tarefas, a colaboração, a elevação da produtividade, o alongamento das horas de trabalho, a intensificação do labor, dentre outras, contribui para o surgimento de doenças em seu corpo, como as lesões e doenças osteomusculares, e na sua subjetividade, a qual se torna objeto de um “captura” (ALVES, 2011) por parte das relações sociais capitalistas, podendo resultar em transtornos mentais.

Veremos adiante a reestruturação produtiva e os efeitos no aprimoramento dos modos de organização do trabalho com ênfase na gestão flexível.

2.2 A Reestruturação Produtiva

Este capítulo aborda o processo de reestruturação produtiva pelo qual novas formas de organização do trabalho extraem maiores quantidades de mais-valor, com a finalidade precípua de ampliar a acumulação de capital.

No início do século XX o método taylorista-fordista de organização do trabalho se difundiu rapidamente graças à conjuntura econômica articulada ao estado de bem-estar social. Pinto (2013) declara que a propriedade privada dos meios de produção ocidental admitiu uma multiplicidade de nacionalidades, como é o caso da indústria automotiva, que culminou na criação de uma nova cultura empresarial, altamente concorrencial em saberes e interesses, e influenciou a construção dos alicerces dos primeiros modelos mundiais de produção: taylorismo que objetiva a eliminação do saber artesanal e “controla os tempos e movimentos” (ANTUNES, 2006, p.25) e, o fordismo que verticaliza o controle e produz em série. Ambos objetivavam “produzir grandes quantidades de produtos com pouquíssimos níveis de diferenciação” (PINTO, 2010, p.53).

Entretanto, “esse estilo ocidental de gestão estabeleceu relações contraditórias entre empresas, Estado e classes trabalhadoras” (PINTO, 2013, p.165), pois perpassaram nesta relação as crises de acumulação, as intervenções estatais associadas à gestão do trabalho e o movimento sindical que travou lutas históricas “contra a racionalização do trabalho e por aumentos salariais” (ANTUNES, 2006, p.33)

A instabilidade econômica ocorrida a partir de 1970 trouxe rebatimentos que repercutiram nas variações cambiais do dólar, na alta dos preços do petróleo e na concorrência de mercado, colocando em xeque o modelo de organização existente. Pinto revela que “tais mudanças colocaram em questionamento o sistema taylorista-fordista, sob o qual a produção industrial estava organizada” (PINTO, 2010, p.45).

Por não propiciar o favorecimento ao acirramento da concorrência mercantil e não incorporar totalmente o trabalhador no processo de trabalho, como, por exemplo, a “queda da motivação para o trabalho por parte dos funcionários, reflexo que já vinha sendo sentido nas baixas taxas de produtividade das empresas” (PINTO, 2010, p.53), é que se pensou em aprimorar o modo de organização.

Estratégias de mercado foram revisadas diversificando a produção em pequenas quantidades de produtos, garantindo a qualidade, reduzindo a carga operacional, o preço final

do produto e agilizando a entrega. Assim, a revisão das estratégias de gestão ocorreu à medida que as empresas agregaram, em seu processo produtivo, determinadas tecnologias visando uma maior redução de custos, a customização dos seus produtos, uma ampliação das responsabilidades atribuídas aos trabalhadores, uma intensificação maior do seu trabalho, resultando na criação de um novo sistema de organização, o chamado toyotismo (PINTO, 2010).

O Sistema Toyota de Produção foi concebido na indústria automotiva japonesa, fundada a Segunda Guerra Mundial, sob o propósito de aumentar a produtividade e a eficiência com vistas à competitividade no cenário mundial.

Entretanto, este novo modo de organização do trabalho não teria repercussão mundial se ocorresse somente como um fato isolado. O toyotismo teve como aliado o cenário econômico do final do século XX que, apesar do lento crescimento econômico e do fomento ao consumo de bens e serviços, impulsionou a propagação internacional desse sistema, em especial na indústria automotiva.

O toyotismo, segundo seu criador Ohno,

teve sua origem na necessidade particular que se encontrava o Japão de produzir pequenas quantidades de numerosos modelos de produtos; em seguida evoluiu para torna-se um verdadeiro sistema de produção. Dado sua origem, este sistema é particularmente bom na diversificação. Enquanto o sistema clássico de produção de massa planejado é relativamente refratário à mudança, o Sistema Toyota, ao contrário, revela-se muito plástico; ele adapta-se bem as condições de diversificação mais difíceis. É porque ele foi concebido para isso. (OHNO, 1978, p.49, *apud* Coriat, 1994, p.30).

A produção diversificada e simultânea de diversos produtos em pequenas escalas, que conforme explanado por Antunes (2006) também supre o consumo, foi impulsionada pela conjuntura política da época, marcada pela Guerra da Coreia (1950-1953), cujas tropas, em especial as estadunidenses, emitiam ordens de compra de diferentes produtos em pequenas escalas com a prerrogativa de cobrança de multas caso os prazos não fossem respeitados.

Deste modo, como a Toyota já havia implementado o processo de automação em sua planta por volta da década de 1947, tornou-se possível aprimorar o processo de fabricação para o atendimento desta demanda pontual. Impende destacar que a automação é uma forma avançada de automação

pelo qual é acoplado às máquinas um mecanismo de parada automática em caso de detectar-se algum defeito no transcorrer da fabricação, permitindo-as assim a funcionar autonomamente (independente da supervisão humana direta), sem que se produzissem peças defeituosas (PINTO, 2010, p.62).

À medida que avançaram os processos tecnológicos “novos problemas e novas necessidades foram sendo identificadas” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.39), isso porque as tecnologias demandavam novas habilidades de “participação mental” (SELIGMANN-SILVA,

2011). A automação não libertou os trabalhadores do trabalho, mas permitiu que um único trabalhador operasse diversas máquinas ao mesmo tempo, identificando erros e suspendendo a produção para evitar perda de produtos e, conseqüentemente, corrigindo as falhas dos processos, precavendo perdas de materiais desnecessárias.

Roldan e Segre (2002) relatam sobre o padrão tecnológico utilizado por uma das plantas produtivas:

Na área de prensas a planta possui 131 robôs (99% automatizada) e na armação de carrocerias 98 robôs (89% automatizada). A pintura é totalmente automatizada. Além dos robôs, os equipamentos presentes nas áreas produtivas são: computadores para gerenciamento das informações, programação e controle da produção; máquinas, ferramentas de comando numérico (MFCN), especialmente nas prensas; controladores lógicos programáveis (CP ou CPL) para comando de painéis e linha de montagem; sistemas de transporte automático e flexível de materiais, bem como sistemas de movimentação e armazenagem controlados por computador; sistemas CAD/CAM e emprego de EDI para otimizar o fornecimento just-in-time. (ROLDAN e SEGRE, 2002, p. 03)

O desenvolvimento de um alto padrão tecnológico permitiu que diversas funções fossem aglutinadas num mesmo espaço de trabalho, como “a de programação de máquinas, planejamento e coordenação da produção, além da manutenção do aparato produtivo e do controle de qualidade dos produtos” (PINTO, 2010, p.63), emergindo nesse contexto a figura do trabalhador multifuncional.

Neste contexto, o trabalhador multifuncional, além de se responsabilizar por tarefas tradicionais do seu setor, é obrigado a adquirir habilidades técnicas e saberes de outras especialidades, a fim de assumir novas funções, pois “cada trabalhador recebeu tarefas antes separadas pelo taylorismo-fordismo, como a execução, o controle de qualidade, a manutenção, a limpeza e a operação simultânea de vários equipamentos” (PINTO, 2013, p.167).

Todavia, este processo de compartilhamento de habilidades técnicas dependia da adesão da classe trabalhadora, a qual, mesmo num movimento de resistência, cedeu, pois, ou se enquadrava na perspectiva sistêmica ou se aderiria à outra categoria: a dos desempregados.

É fato que a atuação multifuncional permitiu um controle ainda maior sobre a produção, pois abriu o caminho para o gerenciamento dos tempos de trabalho de cada função pelos próprios trabalhadores, os quais passaram, no entanto, a serem avaliados por metas crescentes de produtividade, fato este que o posicionamento dos postos de trabalho na linha seriada de produção ainda não permitia.

Layouts foram reorganizados de maneira que os fluxos permanecessem de forma contínua “semelhante a uma linha sinuosa” (PINTO, 2010, p.67), de modo que fosse possível uma reorganização dos processos de trabalho. Os trabalhadores instalados no último posto de

trabalho, numa célula de produção, emitiam ordens de solicitação de peças/produtos, visando a finalização do produto, por meio de cartazes, que, na língua japonesa se denomina *kanban*. Na continuidade, os trabalhadores instalados no penúltimo posto de trabalho, por sua vez, também emitiam ordens de solicitação de peças/produtos utilizando o *kanban* e, assim, sucessivamente. De imediato e, em movimento contrário, do início para o final da linha de produção, seguiam-se os materiais necessários para o término do processo da bancada subsequente, evitando o acúmulo de insumos em cada célula de produção.

Dá-se início também à produção a partir da venda do produto final, produzindo-se somente o necessário (princípio do *just-in-time*) seguindo a tríade encomenda-produção-entrega. Para a eficiência deste processo torna-se ímpar que a agilidade esteja presente nesta tríade, pois todos os componentes da produção “fabricados em processos distintos de submontagem, devem chegar aí no momento exato e na quantidade estritamente necessária, sem a formação de estoques nem tempo de espera entre os postos de trabalho” (PINTO, 2010, p.69).

As chefias passaram a controlar a produção e a repassar aos trabalhadores as metas para entrega do produto final. Entretanto, para que todos os trabalhadores acompanhassem a produtividade de cada célula um sistema luminoso foi utilizado para veicular essas informações do processo como um todo, ditando o ritmo da produção. Estas simples placas evoluíram para placas luminosas e sinalizações visuais proporcionando ao trabalhador a visão do cumprimento de metas de cada célula e da produção como um todo, influenciando na agilidade de sua própria atividade, da célula ou da linha de produção. Deste modo, o controle das gerências tornou-se rigoroso, já que o “controle externo dos processos de trabalho acompanha os interesses do capital, sem levar em consideração as intenções e necessidades autodefinidas dos trabalhadores” (GARFIELD, 1983, p.166).

Ainda, “[...] além da flexibilidade do aparato produtivo, é preciso também a flexibilização da organização do trabalho” (ANTUNES, 2006, p.35). Para Seligmann-Silva (2011, p.172)

“a palavra flexibilidade era utilizada de modo a evocar a ideia de liberdade e sugeria uma promessa: a de que a rigidez e o controle autoritário contidos no taylorismo-fordismo seriam deixados no passado e que começava agora a era da liberdade no mundo do trabalho”.

Esta gestão flexível delega aos trabalhadores das células de produção mais tarefas tornando-os polivalentes e generalistas, rápidos, e, ao mesmo tempo, extinguindo as especialidades, proporcionando o enxugamento da capacidade operacional, a fragmentação dos processos e, obviamente, a intensificação do labor em toda a cadeia produtiva.

O toyotismo também criou um sistema de aperfeiçoamento constante dos processos “realizado por uma equipe multidisciplinar de trabalhadores de áreas distintas, desde os níveis operacionais aos gerenciais” (PINTO, 2013, p.169) que, por meio de reuniões, chamadas de *kaizen*, propõem soluções para os problemas encontrados. Assim, a partir da fusão entre o conhecimento tácito dos trabalhadores e os conhecimentos gerenciais dos administradores, é que os processos são melhorados, adaptados e/ou otimizados, uma vez que:

[...] o aprimoramento da ergonomia e do controle da qualidade, a automação e a desespecialização dos equipamentos, a reorganização das funções e das tarefas nos postos de trabalho, a eliminação de tempo gasto entre elas e, conseqüentemente, toda a elevação da produtividade advinda dessas mudanças são realizados pelos próprios trabalhadores em ensaios supervisionados pelas gerências (PINTO, 2013, p.169).

Há ainda os Círculos de Controle de Qualidade – CCQs que, periodicamente, reúnem os trabalhadores a fim de discutir a qualidade do trabalho desenvolvido considerando a metodologia orientada pelas gerências. A maior vantagem destes CCQs é, segundo Pinto (2010, p.78) “envolver ideologicamente os trabalhadores, fazendo que interiorizem os objetivos da empresa como se fossem seus”. Os trabalhadores, inconscientemente, desenvolvem princípios de parceria, estreitando os limiares existentes entre as dimensões da vida e do trabalho, transpondo para a própria vida a racionalidade técnica do mundo do trabalho.

Pinto revela ainda que esta organização do trabalho faz com que os trabalhadores se tornem “altamente concentrados na superação das dificuldades” (PINTO, 2013, p.75), tornando “reduzidas as chances de refletirem sobre a sua condição social comum ao ambiente de trabalho” (PINTO, 2013, p.75),

Garfield, por sua vez, revela que “embora a hierarquia não seja a melhor forma de organizar o trabalho, ela mantém a desigualdade de classes e divide e disciplina a força de trabalho por meio de relações autoritárias” (GARFIELD, 1983, p.173). Todavia, é inevitável o confronto particular dos trabalhadores, haja vista a perda da identidade profissional, bem como das especialidades exclusivas, do âmbito individual para o coletivo.

Isto sem contar com a crise de reconhecimento para com a tarefa realizada, considerando a fragmentação das atividades, a percepção do clima de alta competitividade instaurada entre seus pares e a percepção de sua vulnerabilidade já que há o enxugamento contínuo e iminente, tornando-os vulneráveis ao desemprego. Assim, visando a sua sobrevivência e de sua família imediata, não há outra saída além da própria autoexploração, entretanto, há ainda outro elemento que está para além do trabalhador: a flexibilização das leis trabalhistas.

De acordo com Antunes, os direitos trabalhistas “são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase” (2006, p.24). Inevitavelmente, as flexibilizações das legislações trabalhistas repercutem sobre as conquistas históricas, reduzindo direitos e precarizando as formas de trabalho, o que, parafraseando Antunes, propulsiona a “subproletarização do trabalho” (ANTUNES, 2006, p.52), a qual abre possibilidades ao trabalho temporário, terceirizado, parcial, subcontratado, dentre outros.

Uma das consequências desta “subproletarização do trabalho” diz respeito às horas trabalhadas, especificamente ao banco de horas que contém a quantidade excedente da jornada habitual. As empresas utilizam a sua capacidade operacional conforme

as variações do mercado consumidor, independentemente das condições sociais e de saúde a que são submetidos os trabalhadores, principalmente, em momentos de picos de demanda, quando assumem seguidamente excessivas jornadas de trabalho nos horários de descanso ou lazer, sem remuneração diferencial (PINTO, 2010, p.81).

Já não importa a vida social dos trabalhadores quando o que está em primeiro lugar não é a sua vida e sim o seu trabalho.

Antunes enfatiza que ao toyotismo é imprescindível que os direitos sejam

[...] flexíveis, de modo a dispor desta força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. O toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado. (ANTUNES, 2006, p.36).

Nesta perspectiva, Pinto confirma a proposição de Antunes, revelando que “na própria Toyota, a quantidade de horas trabalhadas é impressionante: em média 2.300 horas ao ano contra 1.650 horas na Volvo, na VW, na Ford, na GM ou na Renault da Bélgica” (PINTO, 2013, p.172). Não bastasse o quantitativo de horas trabalhadas, são realizados controles de tempo e de atividade, bem como a imposição de metas transformando a equipe em um “time”.

A década de 1980, sem dúvidas, presenciou profundas transformações no mundo do trabalho. Antunes revela que

[...] a classe-que-vive-do-trabalho sofreu a mais aguda crise deste século, que atingiu não só a materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetou a forma de ser (ANTUNES, 2006, p.23).

A lógica existente no modo de organização flexível denota as relações de dominação às quais os trabalhadores estão sujeitos, já que “quanto mais coesos são os times de trabalhadores, mais facilmente as gerências rastreiam os problemas pessoais internos e detectam as falhas nas atividades” (PINTO, 2013, p.173). Assim, o comprometimento individual e coletivo para com as metas associado à introspecção da filosofia empresarial estão diretamente relacionados à manutenção do trabalhador no seu espaço de trabalho.

Um fato que acirra ainda mais esta autoexploração é que a avaliação patronal dos trabalhadores sob esse método não se faz por critérios individuais (sobre cada funcionário), mas através da avaliação da equipe como um todo, de modo que a manifestação de qualquer desinteresse fadiga ou revolta por parte de um dos seus membros é imediatamente constatada como ameaça ao restante do grupo, que passará (por força de circunstâncias como a estabilidade no próprio emprego) a coagi-lo, pessoalmente, em nome da empresa (PINTO, 2013, p.176).

Do trabalhador, se espera algumas (e poucas) qualidades como a cooperação, o dinamismo, a dedicação, a agilidade, a versatilidade, a flexibilidade, a criatividade, a adaptação às mudanças, o trabalho em equipe e a boa relação interpessoal, restando, como defeito, o perfeccionismo.

Por outro lado, para além destas qualidades e das metas de produtividade, outro elemento de controle e subordinação subjetiva, buscando auferir o comprometimento individual e coletivo para com o trabalho realizado, a participação nos lucros e resultados (PLR), concedida aos “[...] trabalhadores que alcançarem metas, como altos índices de produtividade e qualidade ou níveis baixos de absenteísmo e, é claro, de acidentes de trabalho [...]” (PINTO, 2013, p.174).

A oclusão da própria produtividade, a intangibilidade de critérios de julgamento cada vez mais fluidos nas relações de trabalho, a incerteza quanto ao futuro e a insegurança quanto à imagem que se deve ter ou fazer nas empresas, num ambiente em que as premiações e o controle pelos pares agride continuamente a autoestima, além da imprevisibilidade das qualificações e do desgaste físico e emocional imposto pelos intermináveis ciclos de expansão e retração, tornou os trabalhadores, em todos os níveis hierárquicos, enfermos crônicos da condição geral a que estão submetidos: a da acumulação de capital (PINTO, 2013, p.176).

Esta submissão dos trabalhadores à acumulação de capital só é possível graças à produção estática de uma máquina *versus* a capacidade criativa infinita do ser humano, capaz de se reinventar diariamente aprendendo novas habilidades, se dividindo em diversas tarefas, identificando erros e propondo soluções inovadoras ao sistema.

É preciso ressaltar, porém, que “a classe-que-vive-do-trabalho é tanto masculina quanto feminina” (ANTUNES, 2006, p.54), ou seja, a incorporação do trabalho feminino acirra além das contradições existentes entre materialidade e subjetividade, a de classe e gênero, contribuindo para a flexibilização do mercado de trabalho.

Este modelo de organização do trabalho trouxe à tona, no Japão, elementos do novo (ou velho) mundo do trabalho que sentenciaram a vida dos trabalhadores, como por exemplo, a morte súbita ocasionada no trabalho, denominado *karoshi* na língua japonesa, causada pelo fadigamento.

Antunes expõe que “se na concretude japonesa, onde se gestou e se desenvolveu,

esse modelo tem estes contornos básicos, sua expansão, em escala mundial e sob formas “puras” e mais híbridas, tem sido também avassaladora” (ANTUNES, 2006, p.38). O estilo envolvente em que o trabalhador é incorporado subjetivamente, de forma consciente ou inconsciente, no processo denominado por Alves (2011) como “captura” da subjetividade é também demonstrado por Antunes, o qual se refere à gestão como “mais consensual, mais envolvente, mais participativa, em verdade mais manipulatória” (ANTUNES, 2006, p.42).

Entretanto, “enquanto perdurar o modo de produção capitalista, não se pode concretizar a eliminação do trabalho como fonte criadora de valor” (ANTUNES, 2006, p.58), pois o favorecimento do trabalho abstrato enfraquece a classe trabalhadora menos qualificada impactando na crise do trabalho contemporâneo.

Os sistemas de gestão flexível da força de trabalho, atualmente bastante difundidos, têm como experiência originária o sistema Toyota de produção, e este é mais um dos sistemas oriundos da indústria automotiva. Esta indústria, nos últimos trinta anos, “organizou sua rede de clientes e fornecedoras [...] pela via da especialização de plantas em diversos lugares do mundo com o intuito de obter vantagens comparativas locais” (PINTO, 2013, p.168). Atividades foram terceirizadas e a cadeia automotiva hierarquizada, além da incorporação da administração estrangeira.

Harvey (1992), geógrafo marxista britânico, analisa o conceito de acumulação capitalista em diferentes regimes e expõe a evolução da acumulação fordista para a flexível no século XX transformando o cenário capitalista. Para este autor, a acumulação flexível

[...] é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1992, p.140).

Esta expressão, acumulação flexível, criada pelo autor revela que as transformações marcadas pelas inovações no processo de produção e de serviços se desdobraram também nas expressões da questão social como o aumento do nível de vulnerabilidade social marcado pelo aumento da desigualdade social e do desemprego, proporcionando a transformação político-econômica do capitalismo.

O próximo capítulo versa sobre a construção social dos conceitos de saúde e doença, bem como sobre os rebatimentos da gestão flexível na saúde dos trabalhadores. Além disso, está expresso a correlação destes na constituição do Serviço de Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, evidenciando que para além do processo saúde-doença defendido para alguns autores há o processo saúde-trabalho-doença no

tempo do capital.

2.3 A Saúde do Trabalhador no Capitalismo

Este capítulo percorrerá a construção social dos conceitos de saúde e doença em interface com o conceito de Saúde do Trabalhador, contribuindo para a identificação da Saúde do Trabalhador no Capitalismo.

A descrição conceitual de doença e saúde está interligada ao contexto social-político-econômico e cultural de cada período histórico e, também, ao próprio sujeito. Isto porque as definições de saúde e doença são dinâmicas, pois perpassam pelos significados de natureza, corpo e vida, estando sujeitas, portanto, a constantes mudanças.

Civilizações pré-históricas utilizavam fundamentações mágicas ou religiosas para entender os processos de doença e saúde. Posteriormente, os fatores ecológicos, as causas endógenas e os fatores externos estiveram presentes na interpretação do binômio saúde-doença.

Sob a influência do período mecanicista a partir do século XVII em que o mundo e o indivíduo foram compreendidos em partes fragmentadas, reduzidas a pequenas peças de um grande maquinário, Descartes, filósofo francês que viveu entre 1596-1650, considerado o fundador da filosofia moderna, apresentava a saúde como um duelo entre corpo e alma, entretanto, o corpo, era entendido como uma máquina. Segundo Albuquerque de Oliveira (2002) este panorama influenciou a medicina na criação do modelo biomédico tradicional que, basicamente, utiliza-se da visão cartesiana de mundo correlacionando a doença com a avaria de uma máquina. Trata-se de um conceito reducionista que ressignifica a cura de determinada doença à reparação de uma máquina com a troca de peças específicas e, aliado às teorias positivistas, a doença é entendida como atributo do indivíduo, sem a interferência e interação com o meio social.

Diversos outros teóricos discorreram sobre os conceitos de saúde-doença, alguns mais relacionados ao caráter biológico, outros ao caráter social, se destacando, neste último caso, Canguilhem, filósofo e médico francês que viveu entre 1904-1995. Segundo Almeida-Filho e Paim, Canguilhem “considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio” (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014, p.15), ou seja, o processo de saúde-doença possui uma determinação social.

Laurell recorda que “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (1993, p.3). A análise das condições particulares intrínsecas ao processo saúde-doença não exprime as manifestações da

questão social vinculadas ao adoecimento. A necessidade de compreensão da totalidade dos grupos citada por Laurell é conhecida desde o século XVII. A curiosidade sobre a causa da mortalidade instigou Graunt (1624-1674), cientista e demógrafo britânico, a realizar uma pesquisa no século XVII para descobrir o motivo da causa-morte dos indivíduos da cidade de Londres. Graunt organizou e publicou o primeiro estudo sobre a mortalidade e as suas incidências em relação à localização geográfica de moradia, à questão social e situação econômica. Tal estudo foi denominado como “Tábula da Vida” e contribuiu para o avanço da epidemiologia, pois demonstrou que a mortalidade ocorria de forma diferenciada nos grupos populacionais estudados.

Traçar o perfil patológico vai ao encontro da proposta de Graunt, pois a partir da identificação da doença, da frequência e dos grupos populacionais envolvidos, bem como da evolução destes casos num dado período-temporal é que se torna possível analisar o tipo de doença, o seu caráter social e as suas múltiplas determinações.

[...] em cada momento da história, as forças políticas e sociais envolvidas nesses processos podem favorecer ou fragilizar a saúde dos seres humanos de acordo com as situações que estes vivenciam em contextos macrosociais e situações específicas de vida e trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.33).

O processo saúde-doença está intimamente relacionado com as formas de dominação e de delineamento das políticas públicas. Todavia, antes de nos aprofundarmos nesse desvendar da doença para além do aparente, faz-se necessário entender o conceito atual de saúde.

No cenário de destruição, ao findar da Segunda Guerra Mundial, no século XX, surge o sentimento de busca pela paz entre diversos países, fomentando a discussão e a criação da Organização das Nações Unidas, no ano de 1945. Discussões acerca do direito à saúde entre todos os povos independente de nação, credo ou raça, contribuíram para a criação de uma agência da ONU, na década de 1948, denominada Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com a criação da OMS surge um conceito de saúde universal definido como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p.37). Tal conceito de saúde estava relacionado ao período conjuntural do pós-guerra e à aspiração de movimentos sociais que relacionavam a saúde a diversos fatores, como:

à biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007, p.37).

Para Seligmann-Silva (2011) a saúde é um estado ideal em que as forças vitais predominam na harmonização da variabilidade biopsicossocial.

Estes conceitos apresentados estão relacionados à concepção do modelo biopsicossocial criado por George L. Engel, o qual define que os atributos da saúde estão relacionados à estrutura social. Numa relação dialética, os fatores externos influenciam tanto no estado de saúde do sujeito, como também no desempenho de atividades, da participação social ou vice-versa.

Há ainda, segundo Minayo (1997), as contradições existentes a partir da questão de classe, da desigualdade na distribuição e na atribuição de riquezas que acerbam as concepções de saúde e doença numa sociedade capitalista. Somado a estas contradições há outra instância social que constitui formas de adoecimento: o trabalho. Seligmann-Silva (2011, p.34) afirma que “os contextos de trabalho podem atuar como fonte de saúde ou de adoecimento tanto com respeito à saúde geral quanto à saúde mental”. A autora referencia ainda que diversos “[...] estudos trouxeram subsídios para o entendimento do sofrimento social e mental nas situações de violência verificadas em contextos de trabalho” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.35).

Entretanto, as análises individuais do processo saúde-doença dificultam o entendimento da totalidade e das correlações com determinado fenômeno. Assim, o estudo de determinada situação, em seu coletivo, propicia a aproximação do particular correlacionando-o com o universal para, então, novamente, retornar ao particular, proporcionando o entendimento do processo saúde-doença em sua totalidade. Diversos autores, assim como Laurell afirmam que “o caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro a nível da coletividade que do indivíduo” (LAURELL, 1993, p.11).

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1993, p.11).

O processo saúde-doença é, portanto, definido pelo caráter biológico e social, já que não é possível explicá-lo somente por um de seus aspectos. Laurell (1993) corrobora esta afirmação uma vez que considera este duplo caráter do processo saúde-doença como sendo único. Do mesmo modo, outras autoras discorrem sobre o processo saúde-doença, entretanto, incluem nesta díade a categoria trabalho:

o processo de saúde doença e trabalho não advêm de uma causalidade naturalizante, mas se constitui em produtos de relações sociais condicionadas ao processo histórico, que tem como força motriz as contradições decorrentes das relações capitalistas de produção e reprodução social que se tornam subjetivadas em meio às condições da vida social e material (WÜNSCH;

Assim, sendo a saúde, o trabalho e a doença categorias advindas das relações sociais e envoltas de contradições é possível levantarmos a hipótese de que a categoria trabalho também está presente no processo saúde-doença, já que “a forma pela qual se articulam o processo de trabalho e a sua administração é fundamental, não apenas para a produção, mas também para a saúde dos trabalhadores” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.164).

Pinto (2011) observou e analisou o cotidiano de uma planta filial de autopeças e identificou que os trabalhadores estavam submetidos pelo tempo mínimo de oito horas diárias:

aos ciclos de expansão e retração da demanda e à combinação entre as exigências da polivalência e do controle taylorista do tempo; a cobrança papnóptica das gerências e supervisões, mediante a pressão que os próprios pares exercem entre si nos times, inclusive quanto à redução do absenteísmo e dos acidentes; a um ruído intenso que lhes ensurdece cronicamente; a má ventilação e às variações bruscas de temperatura, que lhes obriga a hidratar-se com soro fisiológico glicosado, três vezes ao dia na maior parte do ano, pois têm câimbras, astenias e falências musculares; ao usar obrigatoriamente máscaras no rosto, conchas nos ouvidos, óculos protetores nos olhos e variadas luvas nas mãos e a executar, mediante um *one best way* taylorista, tarefas rápidas como a embalagem das mercadorias de uma forma, no entanto, delicada e complexa, pois não podem tocá-las diretamente. (PINTO, 2011, p. 129)

O desvelamento do cotidiano profissional a que os trabalhadores estão submetidos corrobora na identificação desta inter-relação existente entre saúde-trabalho-doença. Outra pesquisa realizada por Garfield (1983) descreveu estudos com grupos populacionais objetivando a identificação da relação entre stress e trabalho alienado no surgimento de doenças coronarianas. Em alguns destes estudos foi possível identificar o surgimento da doença coronariana a partir do fato gerador (stress), em maior ou menor grau, dependendo de seu grupo populacional. O autor

toma os aspectos objetivos do trabalho alienado (falta de controle sobre o processo de trabalho, perda da apropriação do produto e relações de trabalho competitivas e fragmentadas) e as dimensões subjetivas da alienação (sensação de perda de poder, insatisfação e frustração) como categorias dentro das quais certos fatores ocupacionais relacionados às doenças coronarianas podem ser inseridos (GARFIELD, 1983, p.161).

Desta forma, seguindo a teoria exposta por Laurell (1993) que explicita, empiricamente, o duplo caráter do processo saúde-doença como processo único, aquele cuja saúde-doença está intimamente relacionado ao biológico e ao social, Garfield (1983) aponta que o trabalho alienado, ao solapar “[...] as necessidades autodefinidas dos trabalhadores de uma maneira não sujeita ao seu controle, tende a resultar em estados de stress crônico que são precursores conhecidos da doença coronariana” (GARFIELD, 1983, p.162), ou seja, o trabalho alienado gera adoecimento, afirmação esta que contribui para nossa proposição

relativa ao processo saúde-trabalho-doença.

Em uma das pesquisas citadas no estudo de Garfield (1983) realizada na Suécia, com a aplicação de um inquérito de saúde (nome dado às pesquisas relacionadas à saúde) utilizando um modelo específico que analisa a tensão no trabalho, foi possível identificar que “em cada nível das exigências do trabalho, os trabalhadores com maior controle estavam sob risco mais baixo” (GARFIELD, 1983, p.165), assim, quanto maior o grau de controle sobre seu processo de trabalho, menor a propensão ao risco de doença coronariana e, quanto menor o grau de controle do trabalhador sobre seu processo de trabalho, maior sua propensão ao risco.

Esta proposição indica que quanto maior a sujeição do trabalhador ao cronômetro do tempo, dos movimentos, da velocidade e da intensificação do labor fazendo com que se reduza o controle do trabalhador sobre seu trabalho, maior será a incidência de stress e, portanto, maior será a incidência de doenças coronarianas, evidenciando, mais uma vez, o processo saúde-trabalho-doença.

Esta tríade não é contemporânea, ela foi descrita inicialmente no século XVIII, pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho. Ramazzini observou, pesquisou, compilou e publicou sua análise sobre as doenças dos trabalhadores da época. Nesta ocasião, descreveu evidências das lesões por esforços repetitivos (LER) “apontando que essa doença predominava entre os notários e escribas, cuja atividade principal consistia na escrita e cópia de documentos de maneira constante e intensiva” (LACAZ, 2013, p.595). Além disso, também descreveu o surgimento de determinadas doenças, nas quais os trabalhadores teriam tido contato com agentes químicos ou físicos, como por exemplo, problemas pulmonares em trabalhadores mineiros.

Atualmente, estatísticas da Organização Internacional do Trabalho – OIT revelam que as doenças e os acidentes de trabalho são mais comuns do que imaginamos. A OIT estima que a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho, e no mesmo tempo, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral. Na totalidade a OIT estima que cerca de 160 milhões de pessoas sofram de doenças não letais relacionadas com o trabalho e que cerca de 2,02 milhões de pessoas morram a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho (OIT, 2013).

Nesta conjuntura, Bridi (2008) faz referência aos afastamentos de algumas plantas da indústria automotiva:

O elevado número de afastados por doenças ocupacionais e o absenteísmo nessa planta provoca uma sobrecarga a mais de trabalho para os times. Muitos dos conflitos na Volks-Audi

e Renault, conforme os delegados sindicais e CF, devem-se ao ritmo que não é reduzido mesmo com ausência de trabalhadores na linha (BRIDI, 2008, p.09).

Tais dados nos remetem à reflexão sobre o processo saúde-trabalho-doença a partir do método de gestão toyotista, ao qual os trabalhadores estão submetidos e inseridos. As novas descobertas da gestão toyotista possibilitaram ganhos de produtividade, mas, ao mesmo tempo, intensificaram ações de “[...] controle e a vigilância exercidos sobre os trabalhadores, assim como para promover uma intensificação e aceleração das atividades físicas e mentais, com múltiplos reflexos danosos à saúde” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.165). Nesse modo de organização, a

[...] competitividade exacerbada, a exigência de produtividade, de metas e da priorização do lucro, tem-se a acentuada precarização do trabalho, ao mesmo tempo em que se intensifica a utilização da força de trabalho como mera mercadoria a serviço do capital (WÜNSCH; MENDES, 2015, p.63).

A força de trabalho sujeita à autoexploração tem como resultado “candente do movimento voraz do capital como sociometabolismo [...] a deterioração da saúde das pessoas humanas” (ALVES, 2015, p.42). Além dos rebatimentos na questão física e objetiva há o sofrimento psicológico descrito por Dejours (2007) de quem se expõe aos riscos físicos, químicos e biológicos e das imposições da organização do trabalho (horários, ritmos, formação, informação, aprendizagem, nível de instrução, diploma, experiência, cultura, ideologia, exigências do mercado, das relações com os clientes, público, dentre outros.

Pinto (2011) explana sobre a contradição encontrada no depoimento de uma trabalhadora com relação ao histórico de adoecimentos num determinado posto de:

[...] uma só máquina lesa irreversivelmente quatro seres humanos e, além de tardia, a primeira decisão tomada é substituí-los por outra máquina. Para a grande infelicidade de todos, contudo, o foco da epidemia de LER [...] não está na maquinaria, mas numa função estritamente manual e que não pode ser automatizada: “a seleção visual” dos produtos, feita exclusivamente por mulheres (PINTO, 2011, p.136).

A seleção visual é o processo pelo qual os trabalhadores, predominantemente do gênero feminino, verificavam e realizavam movimentos repetitivos no intuito de conferir milhares de produtos ao dia, desencadeando lesões nos membros superiores.

Dejours (2007), por sua vez, afirma que por trás das vitrines de progresso há um mundo de sofrimento que perpassa pela perspectiva teleológica e criativa do trabalho. Para este autor, o indivíduo, por natureza, necessita do reconhecimento a partir da realização de suas atividades. Entretanto, o parcelamento das tarefas ofusca a visualização do produto final elaborado, conduzindo o trabalhador ao não reconhecimento do trabalho desenvolvido e à não identificação de sua utilidade, o que repercute diretamente na sua própria identidade. Para Dejours (2007) o não alcance das expectativas pessoais para com o trabalho também gera um

processo de sofrimento que se torna o motivo gerador de adoecimento.

Com o intuito de explicar o cenário do processo saúde-trabalho-doença no cenário brasileiro, vejamos os dados a seguir.

No Brasil, dados estatísticos do Ministério da Previdência Social revelam a conjuntura brasileira dos acidentes de trabalho a partir da emissão da CAT ou do reconhecimento automático do NTEP: 5508687 (cinco milhões, quinhentos e oito mil, seiscentos e oitenta e sete) é o número de acidentes de trabalho ocorrido no Brasil no período de 2006 a 2013 (BRASIL, 2016). Pode se dizer que, em média, houve 1886 acidentes/dia com os trabalhadores cujo vínculo empregatício é formal e protegido. Entretanto, apesar do alto número, há probabilidade deste número ser maior, pois deve-se considerar a possibilidade de subnotificação e sub-registro de CAT. Além disso, tais dados não contemplam os trabalhadores desprotegidos das políticas previdenciária e trabalhista, como autônomos e informais, e, ainda, não contemplam os benefícios por incapacidade laborativas concedidos como auxílio-doença previdenciário, aqueles cujo fato gerador não teriam relação para com o trabalho, ou ainda, os óbitos ocorridos em consequência do trabalho.

As consequências advindas da organização do trabalho repercutem de forma multidimensional na saúde dos trabalhadores, diferenciando-se conforme o contexto histórico e a tecnologia implementada pelo capital. Seligmann-Silva (2011) explica que tendo o toyotismo se espreado internacionalmente, ele sempre foi remodelado pelas mentalidades dominantes nas culturas de cada contexto, ainda mais, nas sociedades marcadas pelo autoritarismo, pela dependência e pela pobreza.

A organização do trabalho está regulada para a extração de mais-valor sobre a exploração do trabalhador,

[...] as horas extras, feitas sob a pressão pelo aumento crescente da produtividade e da qualidade, num ambiente em que o controle horizontal entre os trabalhadores nos times é permeado pela combinação entre o cronômetro taylorista e a polivalência toyotista, formam, no mínimo, um grande nexos causal para as doenças do trabalho como a LER. (PINTO, 2011, p.144)

Todas essas expressões da questão social que geram o adoecimento se equiparam a formas de “violência social” (MINAYO-GOMES, 1994 *apud* LAURETH, 2008, p.46) presentes na sociedade moderna, mas que “[...] nem sempre estão visíveis socialmente, pois são ocultadas pelas contradições de classe, o que faz com que seu reconhecimento torne-se produto do enfrentamento destas contradições” (WÜNSCH; MENDES, 2015, p.62).

O depoimento de um sindicalista da indústria automotiva versa sobre “o excesso e o ritmo intensificado de trabalho nesse tipo de empresa, como revelam as pesquisas e as

observações empíricas, mutilam o trabalhador provocando doenças e afastamentos e, em consequência, a demissão” (BRIDI, 2008, p.10).

Este processo de invisibilidade, dos trabalhadores adoecidos ou dos desempregados adoecidos, decorre de uma organização (ou desorganização) de uma estrutura que contempla as políticas públicas, o Estado, o modo de organização do trabalho, o empregador e o próprio trabalhador. A invisibilidade é resultante da

[...] complexificação das diferentes formas de precariedade do trabalho, combinado com a ausência ou insuficiência das ações e propostas das políticas sociais para o enfrentamento da realidade que emerge das novas configurações do trabalho (WÜNSCH; MENDES, 2015, p.63).

A associação destas questões, portanto, delineiam o fenômeno da invisibilidade das doenças e acidentes de trabalho que, por sua vez, são indissociáveis “ [...] ao contexto social marcado pela ampliação da exploração do trabalho” (WÜNSCH; MENDES, 2015, p.63).

Ao tratarmos da invisibilidade dos trabalhadores adoecidos não podemos esquecer daqueles que, por estarem acometidos de doenças, por vezes ocasionadas por determinado trabalho, porém desenvolvidas ou agravadas em momento posterior, que, estando à margem do mercado de trabalho, não conseguem sua reinserção profissional, agravando seu nível de vulnerabilidade social e reafirmando sua própria condição de invisibilidade. Isto porque não há determinada política pública que os atendam em sua integralidade, como também não há um modo de organização do trabalho que os aceitem de acordo com sua capacidade laborativa residual, com exceção da política de cotas para contratação de pessoa com deficiência, a qual também tem suas limitações.

Para Wunsch e Mendes “[...] a fragmentação institucional com que o trabalho e saúde são tratados” (2015, p.65) corroboram na perpetuação deste sociometabolismo. Muitos acreditam que a atuação direta de determinados profissionais no fato gerador de adoecimentos e mortes traria uma possibilidade de reversão deste quadro. Um destes profissionais seriam os médicos atuando na saúde do trabalhador, entretanto, vale ressaltar que não há messianismo que supere esta manifestação da questão social. De qualquer forma, torna-se necessário compreender o surgimento da medicina do trabalho até sua contraposição advinda da saúde do trabalhador para corroborar na identificação dos seus limites e possibilidades de atuação.

No século XIX, paralelamente às lutas dos trabalhadores pela regulamentação das leis do trabalho percebeu-se que a incidência de doenças e acidentes aumentara nos trabalhadores. Um empresário inglês percebendo tal situação contratou “ [...] um médico para atuar na fábrica de sua propriedade” (LACAZ, 2013, p.595) chamado Robert Baker e, a partir de então, outros empresários tiveram a mesma iniciativa contratando outros médicos para

atuação direta de seus trabalhadores. Esta é a primeira referência de contratação e atuação direta de um médico sobre a saúde dos trabalhadores originando a criação do serviço de Médico do Trabalho. Entretanto, vale destacar que a experiência de contratação de um médico não foi motivada por benevolência ou prevenção por parte do empresário,

naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (MENDES; DIAS, 1991, p.341)

A implantação deste serviço de Médico do Trabalho segundo Mendes e Dias (1991) continha algumas premissas desenvolvidas por seu fundador, Dr. Baker: os profissionais deveriam ser de confiança do empresário; os serviços deveriam ser centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde e a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde seria do médico.

Apesar disso, nestes moldes, o serviço de Médico do Trabalho foi expandido rapidamente para outros países como o que ocorreu como a expansão do toyotismo. A Organização Internacional do Trabalho, criada em 1919, defendeu e fomentou a educação e os estudos dos serviços de Médicos do Trabalho, o que propiciou a mudança da nomenclatura para Serviço de Medicina do Trabalho – SMT. Nos cenários mundial e brasileiro, o SMT foi originado no período em que houve a necessidade de intervenção do Estado na relação capital-trabalho cujo foco delimitou-se na saúde do trabalho. O papel desempenhado pelo médico era o de regulador da força de trabalho na perspectiva da superação do adoecimento com vistas ao retorno à atividade profissional, ou seja, “[...] o trabalhador é obrigado a passar pelo crivo e julgamento de sua aptidão ou incapacidade para o trabalho” (NARDI, 1997, p.2).

A Recomendação 112 da OIT publicada em 1959 trouxe algumas prerrogativas de atuação dos SMT que, segundo Mendes e Dias (1991) possuíam influências mecanicistas já que assegurava a proteção dos trabalhadores ao risco prejudicial à saúde, a adaptação física e mental destes pela adequação dos postos, considerando suas aptidões, bem como a manutenção do bem-estar físico e mental. “Não é ao acaso que a Henry Ford tenha sido atribuída a declaração de que ‘o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro’” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, *apud* MENDES; DIAS, 1991, p.343). O SMT tinha o papel de mediar o processo saúde-trabalho-doença entre o trabalhador e o empregador nos moldes ora expostos a serviço da saúde do trabalho, todavia, os movimentos sindicais acompanhados dos técnicos de saúde reivindicaram e expressaram “uma profunda discórdia com o modelo da prática da Medicina do Trabalho, criticando o envolvimento excessivo dos médicos do trabalho com o capital” (NARDI, 1997, p.2). Além disso, alguns teóricos revelam

os limites da medicina na atuação que envolve o conflito capital-trabalho (NARDI, 1997).

A pressão política impulsionou a ampliação da “atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões” (MENDES; DIAS, 1991, p.343), situação que influenciou a alteração do termo SMT para Saúde Ocupacional – SO.

A "Saúde Ocupacional" surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais (MENDES; DIAS, 1991, p.343).

O incremento de outros profissionais para a atuação multidisciplinar permitiu a ampliação do conhecimento e a discussão sobre a temática que, associada às influências das escolas de saúde sobre a extensão da atuação sobre os fatores ambientais, ou seja, da saúde ambiental, possibilitou o amadurecimento da SO.

Essa ampliação de campo de atuação da SO brasileiro possibilitou a aproximação com o Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que criou cursos de especialização em SO. Tal experiência foi reproduzida em outras universidades ampliando a oferta de especializações no território nacional e fomentando a discussão sobre a SO no cenário nacional. Soma-se ainda neste cenário, o período a agenda política de regulamentação das leis trabalhistas e a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO, ou seja, matérias diretamente relacionadas aos direitos dos trabalhadores e à SO.

Entretanto, Mendes e Dias elencam alguns fatores pelos quais explicam a insustentabilidade da SO no território brasileiro:

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 (MENDES; DIAS, 1991, p.344).

Ressalta-se que os fatores descritos por Mendes e Dias (1991) somados às mudanças político-sociais, às transformações do mundo do trabalho cujos reflexos são sentidos no Brasil, aos movimentos sociais e às concepções teóricas de determinação social do processo saúde-doença, fomentaram discussões do modelo de SO brasileiro, tendo sido criado, como contra partida, o modelo de Saúde do Trabalhador – ST. A ST foi criada no final na década de 1980, no bojo do Movimento pela Reforma Sanitária, proporcionando o foco de proteção dos trabalhadores. Segundo Nardi (1997) houve um conjunto de esforços entre trabalhadores, universidades e Ministério da Saúde que motivou o estabelecimento das bases de saberes e

práticas da ST que “nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia da Segurança e Saúde Ocupacional” (NARDI, 1997, p.1).

O rompimento com os modelos anteriores baseados na causalidade abrem espaço para “a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença” (NARDI, 1997, p.1), sendo este

[...] como características desta "nova prática" cabe ainda mencionar o esforço que vem sendo empreendido no campo da saúde do trabalhador para integrar as dimensões do individual x coletivo, do biológico x social, do técnico x político, do particular x geral (RENE E MENDES, 1991, p.347).

Para esses autores, há características básicas que contemplam a ST: um novo pensar sobre o processo saúde-doença e o papel exercido pelo trabalho na sua determinação; acometimento dos trabalhadores às doenças profissionais clássicas e novas; insuficiências das políticas públicas incluindo a da saúde na assistência das necessidades da população; reivindicações dos movimentos sociais e sindicalismo por melhores condições de trabalho.

No Brasil a ST ganha notoriedade pública entre as décadas de 2001-2012 com as discussões sobre a necessária construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). Tal Política é o primeiro documento do Estado em território brasileiro que regulamenta a matéria de saúde do trabalhador, a qual foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1823 de 23 de agosto de 2012, vinte e quatro anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (CF).

A PNST tem por finalidade

[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Desde 1988 o Art. 200 da CF prevê as atribuições do Sistema Único de Saúde, dentre elas consta: “II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

A Lei nº 80080 de 19 de setembro de 1990 instituiu a Lei Orgânica da Saúde no território nacional. Em seu Art. 6º estão incluídas as seguintes ações do SUS: “a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. Além disso, a Lei nº 80080 também em seu Art. 6º define o que é ST:

Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Portanto, a publicação da PNST é o resultado de uma longa história de discussões e reivindicações de âmbito nacional. Nela constam os princípios, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades institucionais que visam a redução das desigualdades sociais e a promoção da equidade.

Não falaremos aqui sobre os limites e as possibilidades da aplicabilidade da PNST no Brasil, entretanto, faz-se necessário pontuá-la como matéria de ST no cenário político nacional. A PNST contribui à defesa da tríade que conecta saúde-trabalho-doença, concepção essencial para combater a “[...] lógica produtivista que incita a intensificação do trabalho, cria a cultura do estresse, que reduz tempo de vida a tempo de trabalho” (ALVES, 2015, p.46) e ainda que revele “uma intensa exploração das condições objetivas e subjetivas dos trabalhadores, nas formas estruturais do desemprego e da precariedade, dos acidentes e adoecimentos físicos e mentais no trabalho” (PINTO, 2011, p.14).

Nesta perspectiva é que a abordagem integrada entre produção, trabalho, ambiente e saúde se apresentam como categorias fundamentais que definem o padrão de saúde e qualidade de vida da população (RIGOTTO, 2003).

Este capítulo, possibilitou identificar a construção social dos conceitos de saúde e doença, a relação destes com a gestão flexível, efetivando-se a construção da tríade saúde-trabalho-doença. Além disso, estes conceitos permitiram a identificação da correlação existente na construção histórica da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil.

Pode-se afirmar que a Saúde do Trabalhador contemporânea é fruto do acúmulo de experiências, positivas e negativas, construída por diversos autores, no sentido filosófico, político, cultural ou de classe. Entretanto, a breve realidade apresentada neste capítulo, a partir da exposição sobre saúde-trabalho-doença, desperta a necessidade de aprofundamento dos estudos relacionados aos ramos de atividade econômica, tornando possível a construção de um perfil epidemiológico que possibilite maiores análises sobre o processo saúde-trabalho-doença no tempo do capital.

3 Adoecimentos e Acidentes de Trabalho na Indústria Automotiva no Brasil

Este capítulo aborda a contextualização histórica da Indústria Automotiva no Brasil, desde o surgimento dos primeiros veículos no cenário nacional até a estabilização da

importância deste ramo de atividade no cenário político-econômico brasileiro. Esse conhecimento propicia elementos básicos para a apresentação do panorama de adoecimentos e acidentes de trabalho na indústria automotiva, considerando o período temporal 2005-2013.

3.1 A Indústria Automotiva no Brasil

O automóvel está presente na história do Brasil e dos brasileiros. Na década de 1950 o automóvel era considerado o motor do progresso nacional e da modernidade, simbolizou a força, o poder e a riqueza, circulando nas margens do imaginário nacional (ARBIX; ZILBOVICIUS, 1997), mas o fascínio dos brasileiros pelos automóveis iniciou no final do século XIX, na *belle époque*, onde novos costumes e novos hábitos trouxeram novas necessidades inspiradas na tecnologia.

Até a Primeira Guerra Mundial o Brasil importava carros inteiros, montados. O primeiro contato com o automóvel ocorreu no ano de 1893, no refinado centro da cidade de São Paulo, por meio da chegada de um Peugeot adquirido em Paris (ANFAVEA, 2006). O orgulhoso “*chauffeur* era o engenheiro brasileiro Henrique Dumont, milionário produtor de café na região de Ribeirão Preto, SP, pai do jovem Alberto que, treze anos depois, em 1906, faria em Paris o primeiro voo documentado num avião e se tornaria o Pai da Aviação” (ANFAVEA, 2006).

Em 1903 haviam seis carros na cidade de São Paulo, mas, no ano seguinte, houve a primeira explosão do setor:

a frota paulistana cresceria quase catorze vezes e explodiria em impressionantes 83 veículos. Uma verdadeira coqueluche, como se dizia na São Paulo da época, endinheirada pela exportação do café. Igualmente em 1904 foi expedida em São Paulo a primeira carta de motorista, concedendo a Menotti Falchi, proprietário da Fábrica de Chocolates Falchi, um dos ícones de consumo da época, o título de primeiro habilitado a dirigir automóveis no Brasil (ANFAVEA, 2006).

A primeira indústria instalada no Brasil foi a Ford, inaugurada no ano de 1919, dezanove anos após sua fundação ocorrida na cidade de Detroit, nos Estados Unidos.

A criação da filial brasileira é aprovada pela diretoria da Ford Motor Company, com capital inicial de 25 mil dólares transferidos da filial Argentina, que também despachou E. A. Evans e Benjamin Kopf para São Paulo, para o estabelecimento da nova filial brasileira, que teria vida independente da filial argentina. E. A. Evans estabeleceu o início das operações com apenas 12 funcionários num depósito de 2 andares na rua Florêncio de Abreu, no centro de São Paulo, onde se iniciou a montagem de automóveis Modelo T e caminhões Ford TT (FORD, 2016).

O primeiro ano de instalação da planta rendeu a venda de 2447 unidades, o que equivale à venda de 6,7 carros ao dia, no ano seguinte, 1920, a produção aumentou e as

vendas alcançaram a marca de 4000 unidades, equivalente a 10,9 unidades ao dia. A partir de 1925 outras empresas se instalaram no país como a General Motors, a International Harvester e a Fiat. Entretanto, o cenário econômico mundial e brasileiro, composto pela crise de 1929 e a queda cafeeira, limitaram a expansão dos negócios cuja retomada ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, seguida da instalação de novas plantas no país.

Contudo, mesmo com a instalação de novas plantas, houve um crescimento das importações cujos custos superavam o “valor o que o Brasil gastava com petróleo e trigo” (ANFAVEA, 2006). O governo de Getúlio Vargas, identificando tal panorama, criou uma política nacionalista restringindo as importações de veículos, seguida da restrição de importação de autopeças, propiciando o desenvolvimento econômico nacional. “A participação relativa das importações na oferta industrial passou de 16% a 7%, aproximadamente” (VIGEVANI; VEIGA; 1997), consequência da política desenvolvimentista.

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), por sua vez, ampliou a política de desenvolvimentismo no Brasil que incentivou o progresso econômico, por meio do estímulo à industrialização, alterando o cenário econômico do país.

A política do governo de Juscelino Kubitschek consistiu na limitação crescente das importações diretas, obrigando as empresas a produzirem no mercado doméstico. No caso do setor automotivo, o governo exigiu inicialmente um índice de nacionalização mínimo de 40% em veículos comerciais leves e de 50% para automóveis de passeio, índices que deveriam ser elevados a quase 100% em poucos anos (SCHMUCKER, 1975, *apud*, VIGEVANI; VEIGA, 1997).

Foram traçadas metas para a economia brasileira que priorizaram o desenvolvimento dos setores de alimentação, energia, transportes, educação e indústria, a partir do incentivo à atração de empresas multinacionais, dentre elas, a da indústria automotiva.

A ANFAVEA considera o dia 16 de junho de 1956 como a data de nascimento da indústria automotiva no Brasil, “foi quando Juscelino Kubitschek, cinco meses após sua posse, assinou o Decreto 39412, criando o GEIA, Grupo Executivo da Indústria Automobilística, 29 dias após a fundação da ANFAVEA, Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores” (ANFAVEA, 2006). Tal grupo foi importante para a execução do plano de metas estabelecido pelo governo de Kubitschek pois um de seus objetivos era realizar uma articulação política para a atração de investimentos.

Assim como as demais, a indústria automotiva recebeu incentivos em troca da instalação de plantas produtivas em solo brasileiro. Com efeito, plantas produtivas foram instaladas objetivando o atendimento à necessidade do mercado interno e apoiando-se

“durante 30 anos (1956-1986), na demanda interna suplementada por incentivos às exportações” (VIGEVANI; VEIGA, 1997).

Até o início dos anos 1970 a produção era voltada ao mercado nacional, cuja produção no período entre 1959-1974 chegou à marca de 905 mil unidades (VIGEVANI; VEIGA; 1997). Na década de 1980 houve uma desaceleração em virtude da recessão econômica brasileira que trouxe sérias consequências para a indústria automotiva (VIGEVANI; VEIGA; 1997).

A partir da década de 1990, a indústria automotiva iniciou um novo crescimento na economia obtidos a partir de alguns fatores:

a abertura econômica, que elevou a exposição da indústria brasileira, particularmente a automobilística à concorrência internacional, indicando um trajetória de reestruturação produtiva; a conformação do Mercosul, ampliando a área de mercado para as montadoras presentes na região, bem como gerando a necessidade de regimes automotivos especiais; a recuperação do crescimento com estabilidade nas economias brasileira e argentina, fazendo-as ressurgir de uma crise que havia abalado o continente latino-americano por mais de dez anos; e os acordos firmados no âmbito da Câmara Automotiva 137 que conduziram a algumas políticas setoriais para a produção dos carros populares (Acordos Automotivos de mar/92 e fev/93 e o Decreto 799 mar/93) (MEINERS, 1999, p.03).

Estes fatores associados a um novo plano de incentivos do governo estabeleceu o Regime Automotivo Brasileiro, a partir da publicação do “Decreto 1791 (26/12/95) – Determina o sistema de incentivos ao complexo automotivo” (MEINERS, 1999, p.05).

O sistema de incentivos beneficiou as empresas que efetuaram planos de investimentos com vistas à redução de alíquotas de impostos em troca da instalação e contratação da mão de obra (ARBIX, 2002; NABUCO; NEVES; CARVALHO NETO, 2002; PINTO, 2006, 2011; SALERNO, 2002).

Essas empresas também contam com um desconto decrescente na alíquota de autopeças e matérias-primas, como forma de conseguirem se abastecer junto a seus fornecedores tradicionais até conformar uma rede interna de fornecedores. Finalmente, as *newcomers* também se beneficiam da redução de importação de veículos importados como uma maneira de sustentar um mercado nascente para seus veículos e criar sua rede embrionária de concessionárias e serviços a custos competitivos (MEINERS, 1999, p. 06).

Neste contexto, Pinto (2011) esclarece a amplitude da indústria automotiva como a

cadeia formada por dois setores industriais complementares, o de montadoras e o de autopeças, ambos configurando redes de empresas que fornecem produtos e serviços umas às outras, sendo o veículo pronto para o consumo – automóvel, motocicleta, caminhão, ônibus ou trator (PINTO, 2011, p. 11).

No período temporal que engloba os anos 1994-2012, a indústria automotiva composta por montadoras de veículos e fornecedoras de autopeças, receberam investimentos na marca de 68 bilhões de dólares culminando na expansão deste setor e o faturamento de cerca de 106 bilhões de dólares. Atualmente, no Brasil, encontram-se instaladas 29 fabricantes

de veículos, máquinas agrícolas e rodoviárias, motores, componentes e outros produtos, além de cerca de 500 de autopeças, as quais são distribuídas em 61 plantas produtivas e empregando 1,5 milhões de trabalhadores (ANFAVEA, 2014a).

A indústria automotiva brasileira está presente em todas as regiões do país localizadas em dez diferentes estados da federação: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás, Bahia, Ceará e Amazonas.

Em 2012 o Brasil se tornou o quarto país com o maior mercado interno no mundo e, ao mesmo tempo, o sétimo maior produtor mundial, fruto da expansão da indústria automotiva no Brasil num breve período temporal.

3.2 Panorama dos Adoecimentos e dos Acidentes de Trabalho da Indústria Automotiva no Brasil

No período temporal estudado (2005-2013), o INSS reconheceu o direito de afastamento do trabalho de 67982 (sessenta e sete mil, novecentos e oitenta e dois) trabalhadores da indústria automotiva brasileira, os quais solicitaram benefícios por incapacidade laborativa das espécies B31 e B91.

Do total de afastamentos previdenciários, 55288 (cinquenta e cinco mil, duzentos e oitenta e oito) se referem ao reconhecimento do direito à espécie B31. A extração do CID-10 ocorrida no SUIBE apresenta o código exato de afastamento, o que pode não corresponder ao mesmo grupo da CID-10 que obteve o maior afastamento. O que se pretende dizer é que analisando os CIDs que geraram afastamento, os quais denominamos como brutos, encontramos o M75 como a patologia de maior incidência nos afastamentos de B31, entretanto, a organização dos CIDs brutos por meio de seus grupos, torna possível a visualização do grupo de maior incidência nos afastamentos de B31, vejamos a tabela abaixo:

Tabela 10 – Categorias da CID-10 de Maiores Incidências nos Afastamentos por Auxílio Doença Previdenciário – B31. BRASIL: 2005-2013

CID	Quantidade de Afastamentos por B31
M75	2276
M23	2086
M51	1970
K40	1365
M751	1308

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

Identifica-se que, a partir dos CIDs brutos, os cinco CIDs de maior incidência no afastamento por B31 da indústria automotiva brasileira no período temporal 2005-2013 se refere: M75 – lesões do ombro – com 2276 afastamentos, M23 – transtornos internos dos joelhos – com 2086, M51 – outros transtornos de discos intervertebrais – com 1970, K40 –

hérnia inguinal – com 1365 e M751 – síndrome do manguito rotador – com 1308.

Identifica-se que dentro dos 5 CIDs de maior incidência no B31 constam o M75 e o M751, sendo que ambos se referem às lesões de ombros, sendo este mais específico e aquele mais genérico. Portanto, se chegou à conclusão de que a análise do CID bruto não demonstra o panorama real de afastamentos, deste modo, optou-se por agrupar todos os CID brutos de afastamentos em seus respectivos grupos para que, assim, proporcionasse a visão da totalidade. Seguindo esta perspectiva, vejamos a tabela abaixo:

Tabela 11 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários Ocorridos no Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Grupos da CID-10. BRASIL 2005-2013

Grupo da CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
			1	1	1	1		1	5	10
0	1	2	4	16	37	32	33	32	46	203
A	18	14	24	22	12	17	32	22	36	197
B	39	36	23	36	47	43	27	28	26	305
C	50	61	57	90	71	81	88	86	102	686
D	46	47	48	69	77	69	70	66	55	547
E	27	20	14	33	16	30	51	43	56	290
F	514	548	634	678	638	659	714	630	665	5680
G	103	143	105	113	113	107	154	161	160	1159
H	136	147	118	125	129	119	92	74	116	1056
I	273	326	354	332	323	293	280	275	317	2773
J	77	71	59	64	63	59	58	48	49	548
K	375	484	470	526	484	517	587	518	572	4533
L	78	74	79	74	53	71	82	68	85	664
M	2624	2937	2110	2014	1985	2173	2394	2541	2668	21446
N	53	74	76	98	72	62	94	70	89	688
O	29	35	32	45	42	53	52	60	59	407
P									1	1
Q	3	3	4	3	6	5	13	19	15	71
R						6	23	32	31	92
S	1173	1274	1240	1441	1343	1499	1664	1429	1570	12633
T	49	57	78	91	73	75	62	64	76	625
V							1		6	7
W									1	1
X								2	1	3
Y								1		1
Z	452	5	7	23	27	48	28	35	37	662
Total Geral	6120	6358	5537	5894	5612	6019	6599	6305	6844	55288

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* A célula vazia na coluna da CID corresponde a um limite de pesquisa haja visto que o SUIBE não encontrou o CID gerador do BI. O numeral zero (0) na coluna da CID também corresponde a outro limite de pesquisa, pois se trata de benefícios cujo reconhecimento do direito ocorreu na esfera judicial. Desta forma, havendo sentença favorável à concessão do BI, o SUIBE ignora a CID lançando neste campo o numeral zero (0). Além disso, os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

Do total de 55288 afastamentos de B31, 39% (21446) se referem ao grupo M, relacionado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, os quais apresentaram maior incidência dentre os de B31. Na sequência, com 12633 afastamentos e 23% do total está o grupo S relacionado às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. O grupo F referente aos transtornos mentais e comportamentais aparece como terceiro maior grupo de incidências nos afastamentos de B31 com 5680, o que corresponde a 10% do valor total.

Além disso, identifica-se que houve uma variação percentual positiva de 12% nos afastamentos em comparação aos anos 2005 e 2013. Entretanto, houve uma queda equivalente a 13% no reconhecimento de direito ao B31 no ano de 2007, coincidentemente no mesmo ano de regulamentação do NTEP e, outra variação percentual negativa de 5% em 2009 e de 4% no ano de 2012.

Interessa ressaltar que no ano de regulamentação do NTEP (2007), dos três maiores grupos de incidência nos afastamentos de B31 (M, S e F), somente o grupo de F de transtornos mentais e comportamentais obteve variação positiva de 16%, os demais, M e S, tiveram variação negativa de 28% e 3%, respectivamente. Deste modo, os dados revelam que no ano de implementação do NTEP houve o maior reconhecimento do direito de B31 nas doenças subjetivas do que das objetivas.

Com relação ao B91, foram reconhecidos o direito a 12694 (doze mil, seiscentos e noventa e quatro) benefícios, no período temporal 2005-2013, conforme explanado na Tabela 12 abaixo:

Tabela 12 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários Ocorridos no Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando os Grupos da CID-10. BRASIL 2005-2013

(continua)

Grupo da CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
0		1	2	1	2	3	8	5	18	40
A					1				1	2
B			1	1	1	1				4
C			4	2	1				1	8
D			1		1			1		3
E	1									1
F		1	25	49	33	43	22	35	29	237
G	6	18	45	74	49	60	61	59	69	441
H	2		5	5	10	7	5		5	39
I		1	5	26	19	33	19	14	9	126
J	1		3	3	2	2	1		5	17
K			1	26	25	35	33	23	20	163

Tabela 12 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários Ocorridos no Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando os Grupos da CID-10. BRASIL 2005-2013

(conclusão)

Grupo da CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
L	2	4	2	1	3	4	6	1	3	26
M	177	161	1038	1380	1220	1150	1115	991	1074	8306
N			2	1	1					4
Q							1			1
R								1	1	2
S	295	270	314	419	347	414	344	335	362	3100
T	21	13	14	21	22	26	11	14	12	154
V									1	1
Z	12				1	1		4	1	19
Total Geral	517	469	1462	2009	1738	1779	1626	1483	1611	12694

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* O numeral zero (0) na coluna da CID corresponde a um limite de pesquisa. Tal dado se refere aos benefícios cujo reconhecimento do direito ocorreu na esfera judicial, desta forma, havendo sentença favorável à concessão do BI, o SUIBE ignora a CID lançando automaticamente neste campo o numeral zero (0). Além disso, os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

A análise da Tabela 12 evidencia o panorama de afastamentos de B91 da indústria automotiva brasileira no período temporal estudado. Verifica-se que, na comparação entre os anos 2005 e 2013, houve uma variação percentual positiva de 212%, o que, em números absolutos, representa um aumento de 1094 afastamentos. Entretanto, a partir de 2007, os dados possuem tendências de alta e queda, demonstrando que não há uma tendência única, definida, no período temporal estudado.

Vale ressaltar que o ano de 2007 teve uma variação positiva de 212% em relação à quantidade de afastamentos de B91 no ano de 2006. Com exceção do grupo L - doenças da pele e do tecido subcutâneo - todos os demais sofreram aumento na concessão de benefícios no ano de 2007 em comparação a 2006.

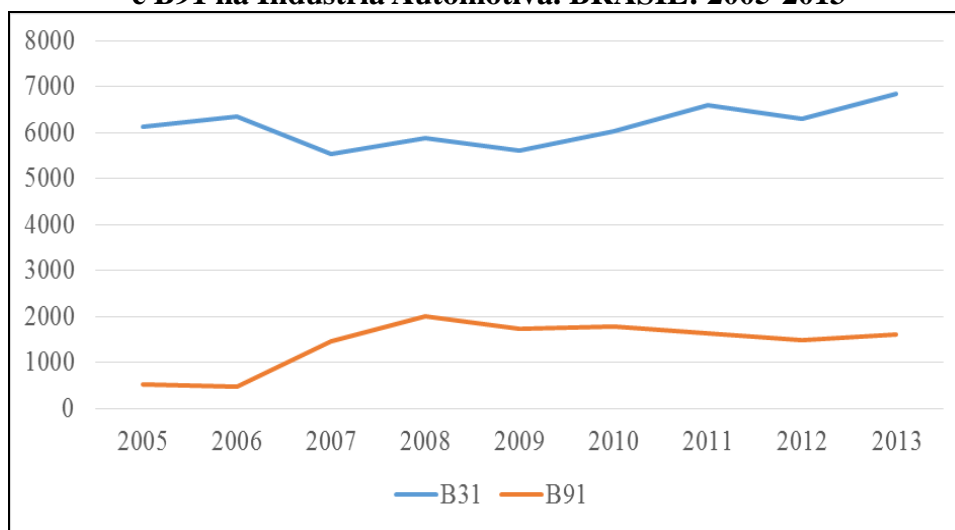
Como sabemos, o ano de 2007 apresentou um marco no cenário político da Saúde do Trabalhador com a implementação do NTEP no âmbito do INSS. Entretanto, desde a sua implementação, o CNAE das empresas brasileiras montadoras de automóveis inexistiu no Decreto que regulamenta o NTEP, todavia, as demais empresas estudadas nesta pesquisa estão contidas na legislação, fato que pode explicar a variação percentual positiva, a qual revela o aumento no reconhecimento de direito ao B91 e, ao mesmo tempo, demonstra que este número poderia ser maior caso as montadoras de automóveis também estivessem incluídas no NTEP.

Além disso, diante do panorama apresentado, verifica-se que os três maiores grupos de incidência da CID nos afastamentos por B91 são: M relacionado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 8306 afastamentos sendo 65% em comparação ao valor total. Na sequência está o grupo de CID S correspondente às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas com 3100 afastamentos, representando 24% do valor total de B91 e, por fim, o grupo de CID G que se refere às doenças do sistema nervoso com 441 afastamentos e 3% em comparação ao valor total. Os três grupos de maior incidência no B91 apresentaram tendências de alta e queda no período estudado.

A construção das tabelas 10 e 11 relativas aos afastamentos de B31 e B91 possibilita a identificação dos CIDs de maior incidência em ambos que, mesmo havendo variação na posição, correspondem aos mesmos grupos M, S, F, G e T.

O Gráfico 3 apresenta a evolução do reconhecimento do direito ao BI nas espécies B31 e B91.

Gráfico 3 – Evolução do Quantitativo de Afastamentos Previdenciários nas Espécies B31 e B91 na Indústria Automotiva. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Torna-se visível com a visualização do Gráfico 3 que há alguns períodos que convergem no aumento ou na queda de concessões de B31 e B1, no entanto, o que se faz mais visível é a discrepância quantitativa nas concessões destas espécies.

A extração bruta dos dados possibilitou o fornecimento de respostas para o alcance dos objetivos geral e específicos desta pesquisa. Deste modo, os dados foram trabalhados utilizando a tabela dinâmica do Excel para a identificação das maiores causas de afastamentos previdenciários, por grupos da CID, em todos os anos do período temporal 2005-2013. A Tabela 13 apresenta, então, as maiores causas de afastamentos previdenciários da espécie B31

considerando o grupo da CID-10.

Tabela 13 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Previdenciário – B31. BRASIL: 2005-2013

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
M	M	M	M	M	M	M	M	M
S	S	S	S	S	S	S	S	S
F	F	F	F	F	F	F	F	F
Z	K	K	K	K	K	K	K	K
K	I	I	I	I	I	I	I	I

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

Torna-se evidente que os três maiores grupos da CID que geraram a incapacidade laborativa temporária na espécie B31 se repetiram ao longo do período temporal estudado. As doenças osteomusculares (M), as lesões (S) e os transtornos mentais (F) compõem os três principais motivos de afastamentos da espécie B31 do ramo automotivo brasileiro no período temporal estudado.

Vejamos na Tabela 14 as maiores causas de afastamentos previdenciários da espécie B91 considerando o grupo da CID-10.

Tabela 14 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Acidentário – B91. BRASIL: 2005-2013

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
S	S	M	M	M	M	M	M	M
M	M	S	S	S	S	S	S	S
T	G	G	G	G	G	G	G	G
Z	T	F	F	F	F	K	F	F
G	L	T	K	K	K	F	K	K

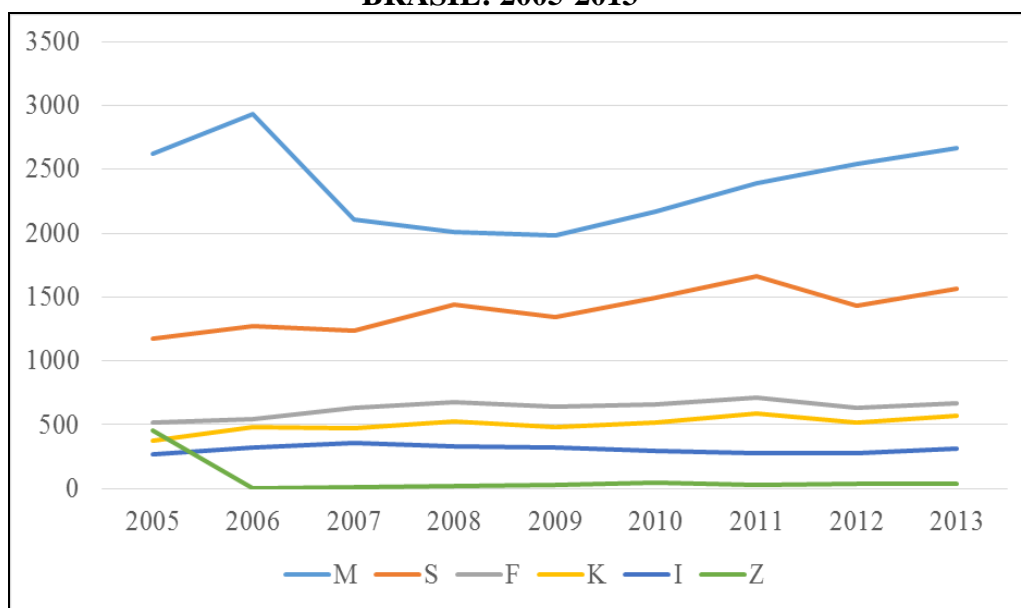
Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

Evidencia-se que as três maiores causas de afastamentos previdenciários da espécie B91 considerando os grupos da CID-10 se referem às doenças osteomusculares (M), às lesões (S) e às doenças do sistema nervoso (G), obtendo variações de posições no período temporal estudado.

Considerando as cinco maiores causas de afastamentos das espécies B31 e B91 apresentadas nas tabelas 13 e 14, identifica-se que os mesmos grupos de doenças estão presentes em ambas as espécies, como S, M, G, F e K, sendo este último relacionado às doenças do sistema digestivo.

O Gráfico 4 apresenta a evolução das maiores causas de afastamentos por B31 segundo grupo da CID.

Gráfico 4 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva que Contiveram as Maiores Incidências nos Auxílios Doenças Previdenciários – B31 Considerando as Categorias do Grupo da CID-10. BRASIL: 2005-2013

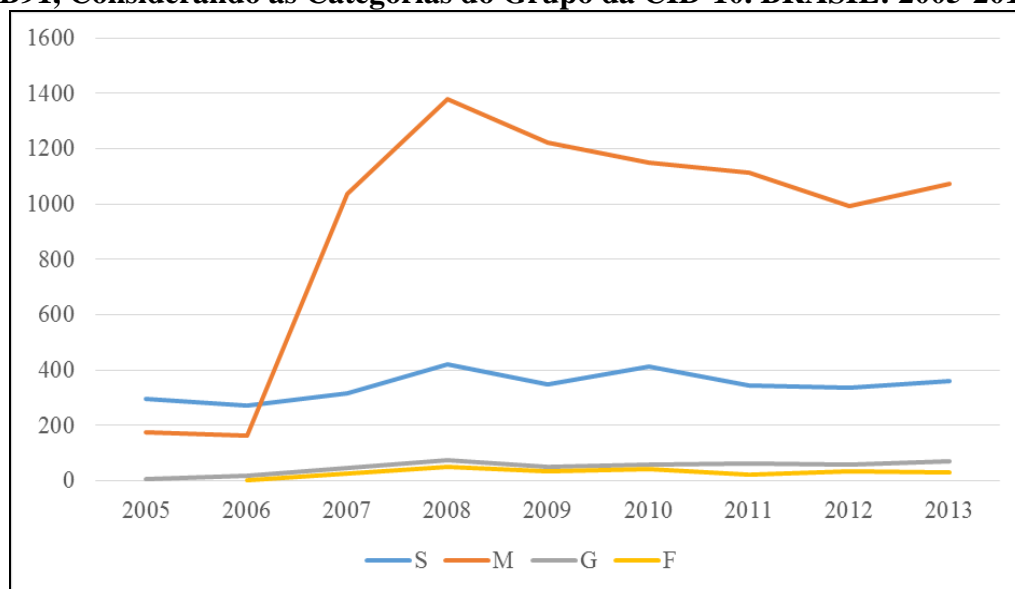


Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Visualmente torna-se simples a percepção das tendências de alta e queda dos afastamentos por B31, bem como as variações nos seis maiores grupos da CID-10 de maior incidência considerando o período temporal total.

O Gráfico 5 apresenta a evolução das maiores causas de afastamentos de B91 considerando os grupos da CID-10, vejamos:

Gráfico 5 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva que Contiveram as Maiores Incidências nos Auxílios Doenças Acidentários – B91, Considerando as Categorias do Grupo da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Torna-se perceptível a discrepância do número de benefícios concedidos entre os grupos de maiores incidências na espécie B91. A alta ocorrida em 2007 no reconhecimento do direito ao B91 do grupo M da CID-10, possivelmente está relacionada à implementação do NTEP na legislação previdenciária.

A identificação dos grupos da CID-10 de maiores incidências nos afastamentos previdenciários suscita o questionamento dos números das categorias da CID-10. Recordamos que as categorias da CID-10 correspondem aos caracteres que dizem respeito aos estados da saúde sendo atribuído a um código, além dela há a subcategoria delimitada a partir do ponto.

A Tabela 15 apresenta os quantitativos de afastamentos de B31 da indústria automotiva, no período temporal 2005-2013, considerando as categorias do maior grupo de incidência dos afastamentos: M – doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Tabela 15 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID M	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
M00	1					2	1		2	6
M01							1			1
M02								1	2	3
M05		1	1	7	3	5	1	1	1	20
M06	6	4	11	4	3		1	2	2	33
M07						1	1			2
M08	1				1					2
M10	17	11	7	7	7	2	7	1	4	63
M11	1		2							3
M12		3		3		3	3	4	3	19
M13	7	13	9	9	7	5	1	2	4	57
M14						2	4			6
M15	3	5	3	6	4	5	5	2	2	35
M16	11	12	17	18	24	31	41	47	36	237
M17	35	24	32	32	34	17	30	37	28	269
M18		1	1		3	1		1	2	9
M19	13	18	19	22	18	22	28	23	23	186
M20	13	10	8	13	9	12	18	19	25	127
M21	9	13	16	11	7	3	8	14	10	91
M22	24	31	26	30	46	33	48	38	43	319
M23	269	358	342	367	378	382	371	413	426	3306
M24	10	27	28	36	21	25	22	23	19	211
M25	51	39	27	40	57	51	69	66	70	470
M30		1								1
M31		1		1		1		1		4
M32		1	1	1	1	2	1	2	3	12
M33		2	1	1				1		5
M34	1	1	1							3
M35	1	1				1			1	4
M36								1		1
M40	2	2						1		5
M41	1					1				2
M42		2		2			1	2	2	9
M43	11	7	8	7	4	7	7	11	12	74
M45	5	9	5	2	7	4	6	2	3	43
M46	4	3		5	3	5	1	6	4	31
M47	4	2	9	10	5	4	7	9	11	61
M48	3	5	5		3	2	3	3	4	28

Tabela 15 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID M	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
M49						1				1
M50	41	54	52	54	58	66	71	90	75	561
M51	257	303	331	321	283	325	363	367	346	2896
M53	34	39	22	17	10	17	16	17	10	182
M54	588	585	347	338	346	372	399	380	380	3735
M60	2	3		3	2	1				11
M61	1	2						1	1	5
M62	15	9	13	7	7	7	4	7	13	82
M63							1	1		2
M65	385	356	200	134	111	128	112	94	113	1633
M66	11	14	10	8	22	12	9	21	13	120
M67	9	14	10	9	9	9	5	5	11	81
M68						2	1	1	1	5
M70	39	46	8	10	9	22	8	14	17	173
M71	21	23	12	26	8	8	10	13	11	132
M72	5	19	10	10	5	10	10	11	15	95
M73							1			1
M75	483	640	347	283	321	429	545	635	751	4434
M76	12	12	9	8	12	9	13	16	13	104
M77	106	124	62	55	54	49	77	67	77	671
M79	84	50	49	52	42	22	15	23	34	371
M80									1	1
M81	2	1								3
M83	1	2				1				4
M84	6	8	11	8	10	12	11	10	7	83
M85			2	2	1	1	1	1	2	10
M86	3	3	8	7	2	2	4	5	7	41
M87	5	7	6	5	8	14	10	10	3	68
M88									1	1
M89	1	3	3		1	3		1	1	13
M90						1				1
M91			1			1		1		3
M92		1		3				3		7
M93	3	2	7	5	3	1	1	5	7	34
M94	3	3	1	2	3	4	9	2	7	34
M95		1	3		1		1			6
M96	2	3	2	6	5	7	7	7	5	44
M99	2	3	5	7	7	8	4		4	40

Tabela 15 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

TOTAL	2624	2937	2110	2014	1985	2173	2394	2541	2668	21446
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

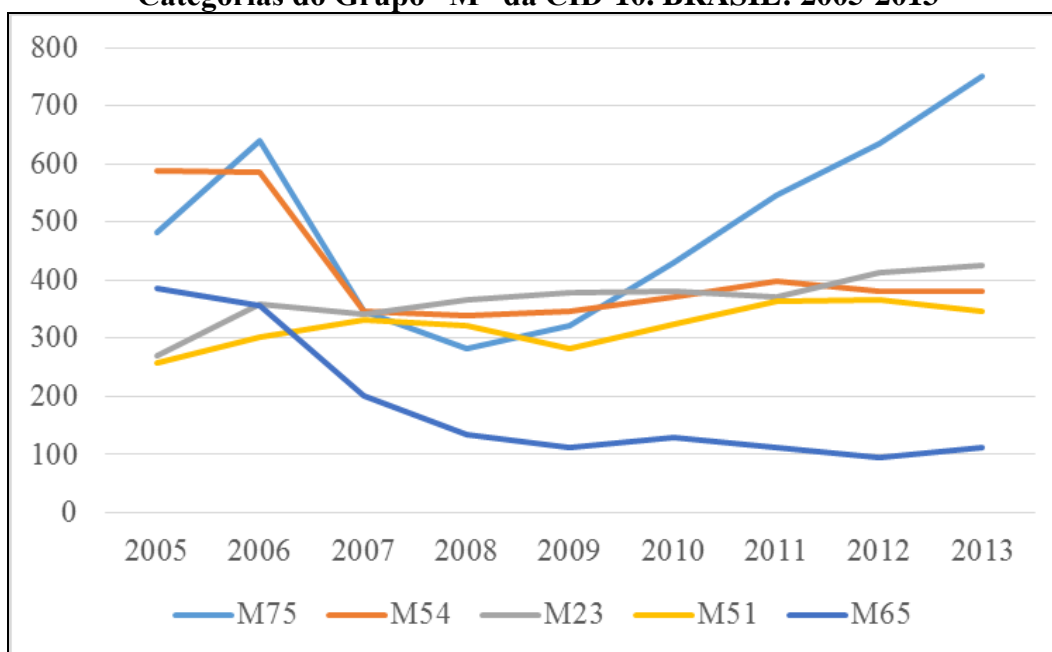
Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A Tabela 15 permite identificar a evolução dos afastamentos do grupo M da CID-10 no período temporal analisado. Como referimos anteriormente, o grupo M na espécie B31 obteve uma variação percentual positiva de 39% (21446 afastamentos) em comparação aos anos 2005 e 2013. As categorias M75 (lesões de ombros), M54 (dorsalgia) e M23 (transtornos internos dos joelhos) apresentaram as maiores incidências nos afastamentos de B31, representando 4434, o que corresponde a 21% do valor total do grupo M, 3735 - 17% e 3306 - 15%, respectivamente.

O Gráfico 6 demonstra a evolução das cinco categorias de maior incidência no grupo M no período analisado.

Gráfico 6 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

As lesões do ombro (M75), dorsalgia (M54), transtornos internos dos joelhos (M23), outros transtornos de discos intervertebrais (M51) e sinovite e tenossinovite (M65), estão apontadas como as patologias que mais afastaram os trabalhadores de B31.

É possível visualizar a volatilidade existente na categoria de maior incidência (M75) com uma forte tendência de alta a partir do ano 2009. A categoria M65 (sinovite e tenossinovite) obteve considerável redução em comparação aos anos 2005 e 2013 cuja variação percentual negativa permeou os 71%. Já a categoria M54 (dorsalgia) apresentou uma queda de 35% entre 2006 e 2007, ano de regulamentação do NTEP. As demais apresentaram tendências de queda e de alta, mas não apresentaram grandes variações percentuais.

Observa-se que houve uma redução dos casos relacionados às lesões do ombro (M75) de 2006 a 2008, no entanto, a partir de 2009 houve um crescente aumento sendo, desde 2010 o CID que mais gerou afastamentos de B31 nesta categoria.

O segundo maior grupo de incidência nos afastamentos de B31 é o S que se refere às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, cujos dados estão representados na Tabela 16.

Tabela 16 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

S	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
S00							1		1	2
S01		3	2	2			3	1	1	12
S02	7	10	15	15	9	14	9	3	9	91
S03			1				1	1		3
S04			1							1
S05	2	1		4	2	4	1	1	1	16
S06	14	13	11	15	13	18	21	16	12	133
S07							1			1
S09	2	3	2		3	2	1	3	5	21
S10		2	1							3
S11						3		1		4
S12	5	3	4	3	4	3	7	5	5	39
S13	2	1	1	1	2	4	2			13
S14		3		1		1	2	1	1	9
S16	1									1
S19	1									1
S20	7	4	3	6	4	5	4	2	4	39
S21				2	1		1			4
S22	32	29	35	27	24	32	36	28	25	268
S23		3				2	2	1		8
S24									1	1
S27	1	2	1				1	2		7

Tabela 16 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

S	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
S29		1	2	1		1	2			7
S30	1	2	1	1	1		4	1		11
S31	2	2	2	1	3		1	1	2	14
S32	11	12	12	18	19	13	18	23	31	157
S33		5	3			1	1		2	12
S34		1								1
S35		1								1
S36	1	2		3	1	2	4	3		16
S37					2		1	2	2	7
S39	1		1				3			5
S40	8	4	7	4	6	2	5	4	4	44
S41		2	3	1		2	2			10
S42	52	51	63	69	63	83	79	73	83	616
S43	42	48	55	60	64	56	62	71	88	546
S44			2	1		1	3		1	8
S46	1	2	3	4	4	1	3	4	4	26
S48						2				2
S49	1	4		1	1		1	1		9
S50	4	3	5	5	5	1	3	1	1	28
S51	4	3	1	1	5	2		2	1	19
S52	72	70	74	88	113	112	95	90	110	824
S53	6	10	1	6	7	7	10	11	7	65
S54	6		1	1	1	3			1	13
S56	2	1	3	3		1	3	1	1	15
S58		1								1
S59				1			1	1		3
S60	21	25	15	14	19	31	19	11	20	175
S61	17	25	15	18	19	18	14	18	10	154
S62	216	199	211	250	237	253	290	219	250	2125
S63	24	29	24	25	19	16	23	29	27	216
S64		2	5	1	3	1	2	5	3	22
S65	1	1		1	1	1		1		6
S66	8	11	8	10	6	15	17	11	17	103
S67		2	2	2	1	3	1	3	1	15
S68	2	4	3	4	3	1	4	7		28
S69	1	1	4	1		5	4		3	19
S70	5	5	1	1	2	2	3	2	1	22
S71	2	1		4		1	2	2	3	15
S72	16	14	18	12	19	18	26	33	27	183

Tabela 16 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

S	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
S73	4	2	1	2		3	2	1	2	17
S75		1						1		2
S76		3			2	2	2	2	4	15
S79			1			1			1	3
S80	15	15	17	14	10	16	11	18	11	127
S81	7	12	9	9	9	6	7	6	11	76
S82	126	117	121	172	138	168	207	172	173	1394
S83	173	238	197	259	223	219	251	200	253	2013
S84	2	1		1	1	1				6
S85		1						1		2
S86	7	15	14	15	20	17	24	25	25	162
S87	2					1				3
S88							2			2
S89		1	2			1	1	1	2	8
S90	14	16	13	14	13	10	10	9	11	110
S91	21	12	19	14	10	17	18	10	6	127
S92	116	121	130	141	143	167	188	165	164	1335
S93	75	87	79	103	83	122	134	117	127	927
S94		1		4			1		1	7
S95	1			1						2
S96	5	5	8	2	4	3	2	5	9	43
S97	1	1	1						1	4
S98	2		1			1	3		1	8
S99	1	4	5	2	1	1	2	1	3	20
TOTAL	1173	1274	1240	1441	1343	1499	1664	1429	1570	12633

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

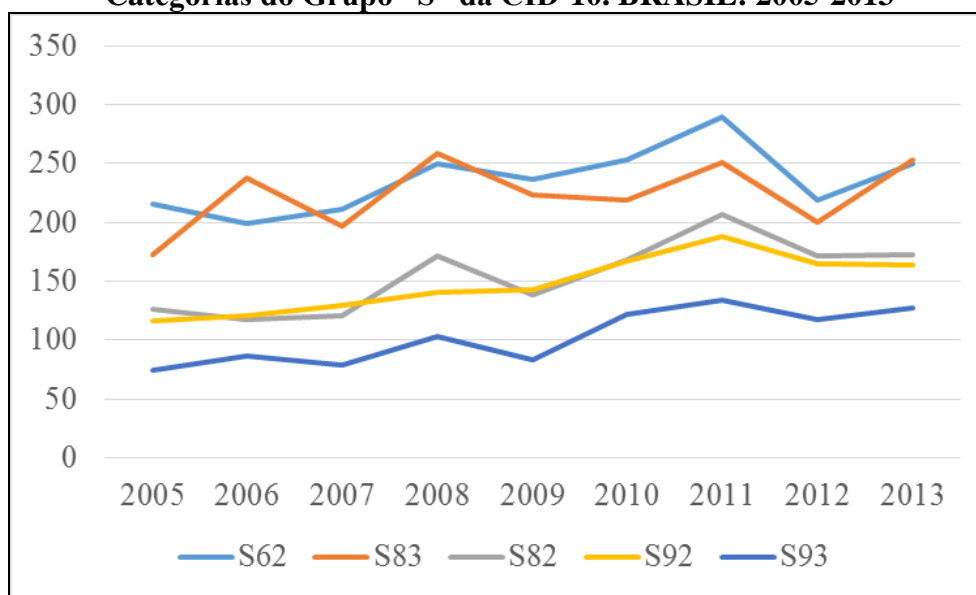
* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

O grupo S relacionado às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas estiveram na segunda maior incidência de afastamentos da espécie B31. Foram 12633 afastamentos o que corresponde a 23% do total. No grupo S, as três categorias de maior incidência são: as fraturas em nível do punho e da mão (S62) as quais se referem a 17% do valor total experimentaram uma variação percentual positiva de 16% no período temporal 2005-2013; as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos dos joelhos (S83) que representam 16% do valor total e que experimentaram variação percentual positiva de 46% entre os extremos do período analisado e, as fraturas das pernas, incluindo os

tornozelos (S82) que representa 11% do valor total do grupo e que obteve variação positiva de 37% também nas extremidades do período.

A representação gráfica abaixo evidencia a volatilidade e tendências de alta e de queda das cinco categorias de maior incidência nos afastamentos de B31 considerando o grupo S, vejamos:

Gráfico 7 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

As fraturas em nível do punho e da mão (S62), as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos dos joelhos (S83), as fraturas das pernas, incluindo os tornozelos (S82), as fraturas dos pés, exceto dos tornozelos (S92) e as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé (S93), estão entre as patologias que mais afastaram os trabalhadores na espécie B31 segundo a categoria S.

Interessante que todas as categorias sofreram aumento percentual na concessão de B31 no ano de 2008.

O terceiro grupo de CID que mais incidiu nos afastamentos de espécie B31 foi o F denominado como transtornos mentais, vejamos a Tabela 17:

Tabela 17 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

										(continua)
F	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
F00							1			1
F06	4	5	5	1	4	3	4	2	2	30
F07	1						1		1	3
F09									1	1
F10	72	69	57	65	45	57	69	50	65	549
F11	1	1	1							3
F12			2	2	3	3	2	1	2	15
F13					1					1
F14	15	13	22	29	31	50	73	67	69	369
F15	1	1								2
F16		1	1	1						3
F17					2	1				3
F19	40	51	75	109	82	84	91	76	80	688
F20	12	16	21	8	13	18	21	15	18	142
F21	2	1	1		1				1	6
F22		4	2	4	1		2	3	2	18
F23	9	9	5	3	8	7	5	8	4	58
F24	2									2
F25	4	3	6	4	3	5	4	7	2	38
F28		1	1	1	3	1		1		8
F29	11	9	10	13	10	14	10	13	12	102
F30	1	1	1		2	2			1	8
F31	23	24	38	35	55	57	54	50	48	384
F32	163	186	208	184	171	178	169	133	145	1537
F33	48	40	50	42	56	41	40	41	35	393
F34	2	2	3	6	2	3	5	5	4	32
F38	1		1	2						4
F39	1	3	1	1	1	3	1	1	4	16
F40	5	9	7	12	12	10	14	11	7	87
F41	49	57	73	107	97	79	94	92	111	759
F42	3	2	5	6	3	6	4	1	7	37
F43	31	33	31	35	22	27	36	43	35	293
F44	1	1	1	3	2	1	3	3	2	17
F45	2		1		2	1			2	8
F48			1	1	1		1	1	1	6
F50	2									2
F53				1	1	1		1		4
F54		2	1							3

Tabela 17 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

										(conclusão)
F	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
F59	1									1
F60	4	3	2	3		4	6	3	3	28
F61							1			1
F63							2		1	3
F68	1		1		2					4
F79						1				1
F84	1							1		2
F90								1		1
F92							1			1
F98		1								1
F99	1				2	2				5
TOTAL	514	548	634	678	638	659	714	630	665	5680

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

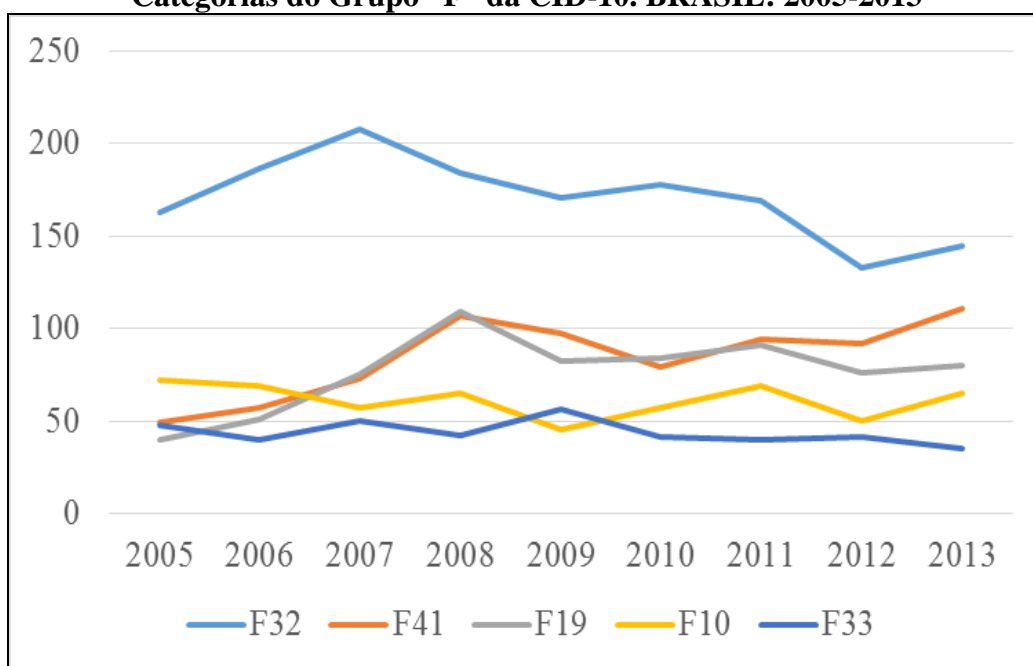
O grupo F ao qual pertencem os transtornos mentais e comportamentais aparece como terceiro maior grupo de incidências nos afastamentos de B31 com o número de 5680, o que corresponde a 10% do valor total de afastamentos de B31.

Os episódios depressivos (F32) representam 27% do total de afastamentos deste grupo. Tal categoria obteve variações percentuais de alta e de baixa, tendo uma variação percentual negativa de 11% em comparação aos anos 2005 e 2013. Outros transtornos ansiosos (F41) representam 13% e, no período temporal estudado, obteve variação percentual positiva de 126% em comparação às extremidades do período. Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas (F19) representam 12% dos afastamentos totais deste grupo. Houve variação percentual positiva e negativa ao longo do período cuja análise comparativa entre 2005 e 2013 corresponde a 100%.

De uma maneira geral o valor total de afastamentos do grupo F apresentou duas reduções nos anos 2009 e 2012, os demais experimentaram variação percentual positiva que, a análise das extremidades do período temporal denota a variação percentual positiva de 29%.

O Gráfico 8 apresenta a evolução das maiores incidências nos afastamentos de B31 na categoria F:

Gráfico 8: Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Dentre as cinco maiores causas de afastamentos de B31 no grupo F estão: os episódios depressivos (F32), outros transtornos ansiosos (F41), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas (F19), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – intoxicação aguda (F10) e transtorno depressivo recorrente (F33).

A representação gráfica permite a visualização de que só há relação de alta entre os indicadores no ano de 2007 considerando a exceção do F10. Além disso, os episódios depressivos – F32 sofreram maior índice de afastamento nos transtornos mentais, tornando-se evidente sua diferenciação dos demais transtornos. No ano de 2012 ele realiza um movimento de aproximação do F41, entretanto, abriu uma nova tendência de aumento no ano de 2013. Observa-se também que o F32 obteve um pico no reconhecimento do direito em 2007, mas desde então este indicador apresentou redução, seguida de leve alta em 2013.

Outro fator interessante é que o movimento de reconhecimento do direito das categorias F41 e F19 é similar, diferenciando-se somente a partir de 2012.

Passaremos, a partir de agora, à análise dos quantitativos de afastamentos da indústria automotiva brasileira, relacionados aos auxílios-doença acidentários, denominado como B91, no período temporal 2005-2013.

A categoria M obteve a maior incidência nos afastamentos de B91, vejamos a estratificação categórica deste grupo:

Tabela 18 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
M00				1						1
M06				1		1				2
M10		1								1
M11			1						1	2
M13				3	1	4	1		1	10
M15					1	1	3			5
M16				1	2	3	2	7	5	20
M17			2	4	5	6	9	4	2	32
M19					2	5	2	6	7	22
M20	1	1			1	1	4			8
M21		1		2			1	1		5
M22			1	7	6	7	10	6	6	43
M23	11	3	14	36	50	42	46	39	27	268
M24	1		4	14	9	14	12	8	14	76
M25	3	3	9	17	21	25	23	17	14	132
M43				4	1	3	1	2	2	13
M46					1			1		2
M47	1			1	2	2			1	7
M48		1	1			1		1		4
M49						1				1
M50	2		11	12	15	26	23	19	15	123
M51	21	16	44	114	126	90	115	91	76	693
M53		5	11	20	6	11	3	5	8	69
M54	24	21	252	279	211	209	188	156	151	1491
M60				1			2			3
M62	1	3	1		1	2	1		1	10
M65	33	38	171	191	136	122	85	67	59	902
M66			2	1	6	3	4	1		17
M67	1	2	3	4	1	3	3		1	18
M68						1				1
M70	5	4	13	13	9	3	6	1	5	59
M71	3	1		2	6	4	6	3	7	32
M72					3	3	1	5	1	13
M75	57	51	424	562	526	481	496	491	617	3705
M76	1		4	5		2	4	1		17
M77	9	5	58	71	59	59	57	49	46	413
M79	2	4	8	9	10	11	3	8	4	59

Tabela 18 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
M84	1		1		1	2	1		2	8
M86						1	1	1		3
M87			2	2	1					5
M93		1					1			2
M94								1		1
M96			1	1						2
M99				2	1	1	1		1	6
Total	177	161	1038	1380	1220	1150	1115	991	1074	8306

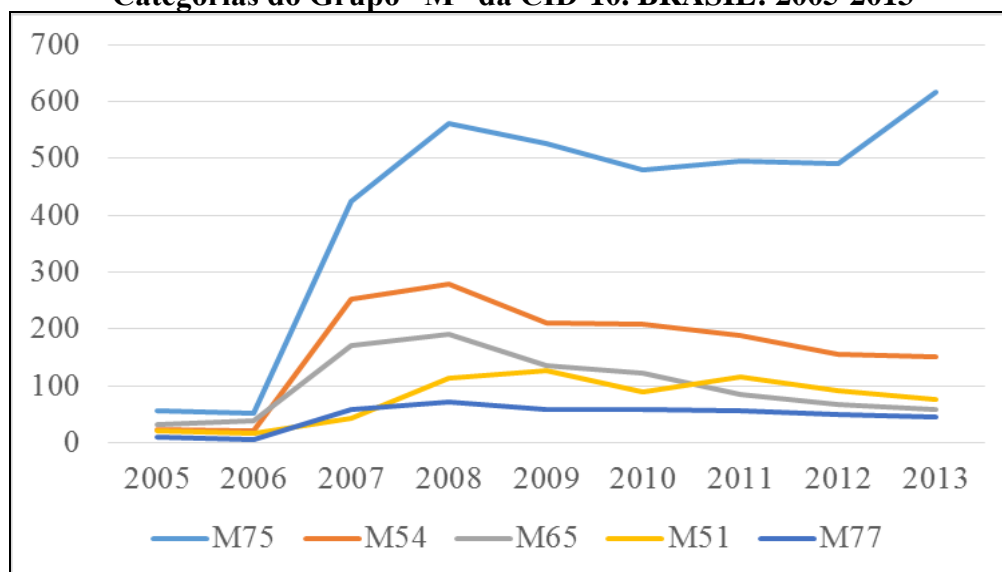
Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

As três categorias do grupo M relativas à espécie B91 que mais se destacaram foram: as lesões do ombro (M75), as quais representam 45% dos afastamentos totais deste grupo e tiveram uma variação percentual positiva de 982%, em comparação aos anos 2005 e 2013; dorsalgia (M54) que representa 18% dos afastamentos totais deste grupo e uma variação percentual positiva de 529% em comparação às extremidades do período temporal estudado e; a sinovite e tenossinovite (M65) que representa 11% do total de afastamentos com uma variação positiva na marca de 79% entre 2005 e 2013. Entretanto, estas três categorias experimentaram variação percentual negativa que variaram de 1% até 30% nos anos 2009, 2010 e 2012.

Com relação ao valor total de afastamentos do grupo M na espécie B91 é possível afirmar que houve uma variação percentual positiva na margem de 507% em comparação aos anos 2005 e 2013. O pico de aumento em todas as categorias analisadas ocorreu no ano de 2008, o qual obteve o registro de 1380 afastamentos previdenciários pela espécie B91 na indústria automotiva brasileira. De 2009 a 2012 houve uma variação percentual negativa de 19%.

Gráfico 9 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

A representação gráfica permite a visualização de alta volatilidade entre os anos de 2006 a 2008, seguida de um movimento de lateralização. Faz-se necessário ressaltar que, apesar das empresas montadoras de automóveis não estarem incluídas no anexo do Decreto que regulamenta o NTEP, publicado no ano de 2007, é perceptível que a sua regulamentação trouxe avanços no reconhecimento direito ao BI na espécie B91 como doença ou acidente relacionado ao trabalho.

É ainda notório que o Gráfico 8 evidenciou uma queda no reconhecimento do direito ao BI de espécie B31 e, ao mesmo tempo, o Gráfico 9 evidencia o movimento contrário, ou seja, o aumento do reconhecimento de B91.

Além disso, as cinco categorias do grupo M relativa à espécie B91 que mais se destacaram foram: as lesões do ombro (M75), as quais representam 45% dos afastamentos totais deste grupo e sofreram um aumento de 982% em comparação aos anos 2005 e 2013 que, visivelmente é a principal patologia que incide sobre a população trabalhadora da indústria automotiva brasileira; dorsalgia (M54) representa 18% do valor total e obteve variação percentual positiva de 529% entre 2005 e 2012, sinovite e tenossinovite (M65), outros transtornos de discos intervertebrais (M51) e outras entesopatias (M77) estão entre as patologias que mais afastaram os trabalhadores de B91. Sendo, as lesões do ombro (M75) a doença que obteve maior evolução no período temporal estudado.

A Tabela 19 se refere ao quantitativo evolucionar das lesões, envenenamento, e

algumas outras consequências de causas externas relativas ao grupo S da CID-10:

Tabela 19 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
S00	1		1	1				1		4
S01		1				1				2
S02	2	1	2	4	2	1	4	1	2	19
S05	1	1	1	1		1				5
S06		1	4	1	3	2			1	12
S09		1		1					1	3
S10			1							1
S12	1		2	2		1	4	1	2	13
S13									1	1
S14				1						1
S19				1						1
S20	3	3		1	1	1				9
S22	8	5	6	2	4	5	4	3	7	44
S23								1		1
S27				1	1					2
S29			1	1						2
S30	1	1		1				1		4
S31		1								1
S32	5	2	4	3	2	8	7	7	2	40
S33	3		1	1			1			6
S34				1			1			2
S35	1									1
S36									1	1
S39								1		1
S40	2	4		1	2	2	2	1	4	18
S41		2			1				1	4
S42	9	5	13	13	18	21	10	21	17	127
S43	5	8	8	10	11	6	8	8	13	77
S44			1	1			1			3
S46		1			1	3	1	4	4	14
S49	1					1				2
S50	4	2		5	3	3	4	1		22
S51	1	1	6	1	3	2	1	1		16
S52	16	9	12	13	8	15	26	18	19	136
S53				1	4	1		1	1	8
S54	1									1
S56			1	1			1		1	4
S57							1			1

Tabela 19 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
S59	1				2					3
S60	13	6	10	15	13	7	7	4	19	94
S61	26	18	20	24	20	17	12	6	8	151
S62	77	63	83	109	81	98	77	92	82	762
S63	6	4	7	6	8	9	8	9	8	65
S64	1		3	4	3	1		3		15
S65		1	1							2
S66	7	1	6	4	1	5	4	4	10	42
S67	3		1	4		1	3	6		18
S68	12	5	9	9	6	18	4	10	8	81
S69		1	1	1	1	3		3	1	11
S70		2				3		1		6
S71			1		2	1	1			5
S72		4	8	4	4	6	5	5	5	41
S75							1			1
S76					1			1		2
S77					1					1
S79		1								1
S80	7	3	7	7	7	9	4	5	7	56
S81	4	7	5	4	3	8	5		3	39
S82	15	21	16	35	21	40	39	29	27	243
S83	5	8	19	31	31	38	26	21	36	215
S85									1	1
S86	1			1			2	1	5	10
S88				1						1
S89				1	1					2
S90	8	6	6	11	8	9	5	7	8	68
S91	3	6	3	4	3	3	5		1	28
S92	22	35	22	39	34	32	35	39	27	285
S93	19	27	18	34	28	30	23	15	28	222
S94			1							1
S96				2						2
S97			1			1			1	3
S98		1	2		4	1	2	3		13
S99		1								1
Total	295	270	314	419	347	414	344	335	362	3100

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

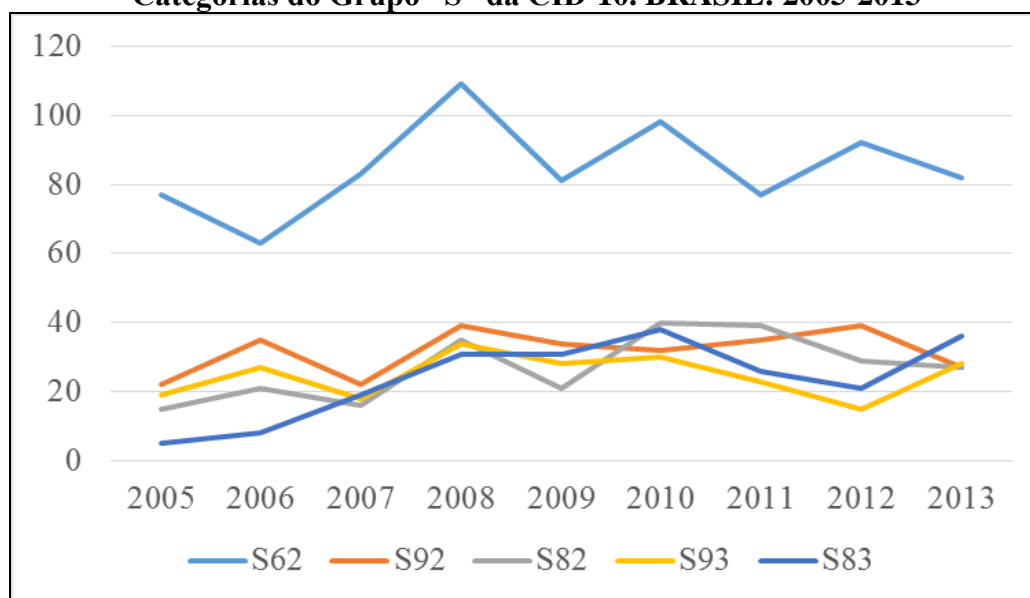
* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

Diante da apresentação da Tabela 19, é possível verificar as três maiores patologias que geraram afastamentos previdenciários da espécie B91, que são: fraturas em nível do punho e da mão (S62) com 24% do total do grupo, as fraturas dos pés exceto dos tornozelos (S92) com 9%, as fraturas das pernas, incluindo os tornozelos (S82) com 8% do total.

Ao longo do período temporal, o S62 obteve variações positivas e negativas tendo um pico de alta no de 2008 equivalente a 41% em comparação a 2005 e 2008. Se nos referirmos às extremidades do período encontramos uma variação percentual positiva de 6%. O S92 apresenta instabilidade já que possui tendências de alta e de queda sequenciadas, mas em comparação aos anos 2005 e 2013 possuem 23% de variação percentual positiva. O S82 também apresenta variações instáveis, mas, desde o ano de 2010, em que houve o pico positivo máximo, o número tem-se reduzido.

O Gráfico 12 demonstra as cinco maiores categorias de CIDs geradores de incapacidade laborativa por B91 do grupo S. Inquestionavelmente, dentre estas categorias, as fraturas ao nível do punho e da mão geraram mais afastamentos, entretanto apresenta volatilidade no período estudado.

Gráfico 10 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

As patologias relacionadas às fraturas em nível do punho e da mão (S62), as fraturas dos pés, exceto dos tornozelos (S92), as fraturas das pernas, incluindo os tornozelos (S82), as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé

(S93) e as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos dos joelhos (S83) estão entre as que mais afastaram os trabalhadores, em B91, segundo o grupo S.

Interessa destacar que as fraturas dos pés, exceto dos tornozelos (S92), as fraturas das pernas, incluindo os tornozelos (S82) e as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé (S93) possuíram redução de reconhecimento do direito no ano de implementação do NTEP (2007), enquanto as fraturas em nível do punho e da mão (S62) e as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos dos joelhos (S83) tiveram variação positiva neste período.

Além disso, todas as categorias apresentaram variação positiva no ano de 2008, de maneira geral, o grupo S possuiu variação percentual positiva neste ano na faixa de 33%.

Vale ressaltar que as cinco categorias de maior incidência nos afastamentos previdenciários de B31 e B91 são as mesmas: S62, S82, S83, S92 e S93. Houve somente variações nas posições de qual obteve maior ou menor número de afastamentos. Todavia, comparando as Tabelas 9 e 17, constatamos que o único ano de congruência entre as variações é o ano de 2008, em que todos sofreram variação percentual positiva.

A Tabela 20 reflete o quantitativo evolucionar dos maiores afastamentos das categorias que compõe as doenças do sistema nervoso, representado pelo grupo G da CID-10, vejamos:

Tabela 20 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as categorias do Grupo “G” da CID-10. BRASIL: 2005-2013

Categorias da CID	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
G44	1									1
G54				1				1	2	4
G55						1	3	1	3	8
G56	4	18	44	69	48	58	58	56	61	416
G57			1	3	1	1			2	8
G58				1					1	2
G81	1									1
G82								1		1
Total	6	18	45	74	49	60	61	59	69	441

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

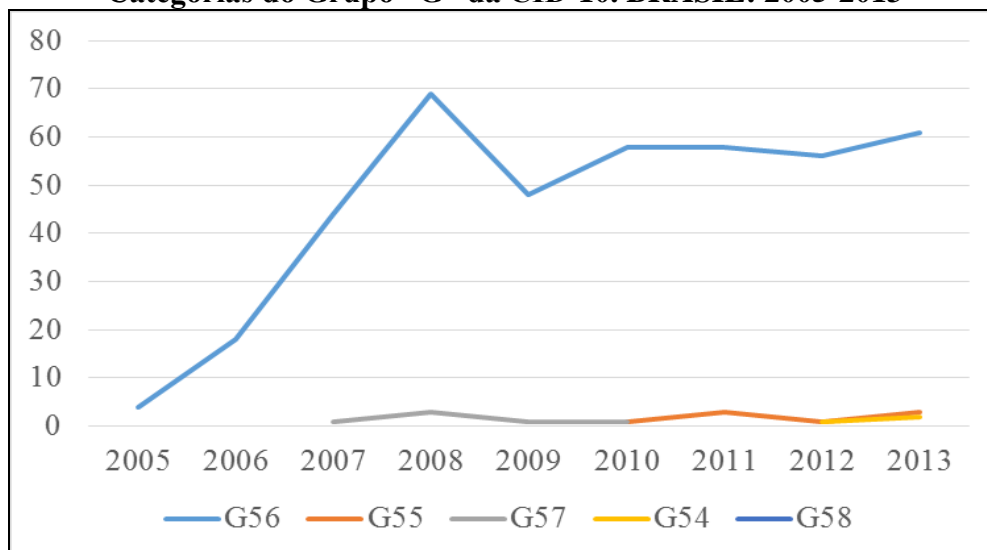
Dentre os três grupos de maiores incidências nos afastamentos de B91 está o grupo G relacionado as doenças do sistema nervoso. Este grupo, em comparação aos dois outros,

apresentou a maior variação percentual positiva de 1050% em comparação aos anos 2005 e 2013.

O G56 é a categoria que mais apresentou afastamento na espécie B91 representando 94% do total de afastamentos deste grupo. Refere-se à síndrome do túnel do carpo e a comparação de sua evolução nos anos 2005 e 2013 da espécie B91 permite a identificação da variação percentual positiva de 1425%. Situação contrária quando analisamos os dados da categoria G56 nos afastamentos de B31, neste mesmo período temporal e nesta mesma comparação, a categoria obteve variação percentual positiva de 101%.

O Gráfico 11 demonstra a evolução deste grupo, vejamos:

Gráfico 11 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando as Categorias do Grupo “G” da CID-10. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

As doenças do sistema nervoso propiciaram a terceira maior concessão de B91 da indústria automotiva. A síndrome do túnel do carpo, CID-10 G56, manteve-se quantitativamente superior em comparação às outras categorias, seguida das compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais (G55), mononeuropatias dos membros inferiores (G57), transtornos das raízes e dos plexos nervosos (G54) e, outras mononeuropatias (G58).

Identifica-se que a partir da implementação do NTEP, em 2007, houve um aumento extraordinário de reconhecimento do direito ao B91 do grupo G. Todavia, há uma variação percentual negativa de 30% em relação aos anos 2008 e 2009. Algumas hipóteses que podem permear esta redução se referem à diminuição do reconhecimento do direito ao B91, falhas de

notificação dos acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho, adoção de medidas protetivas de saúde e segurança das empresas para adequação do meio ambiente do trabalho ou posturas fraudulentas que evitam a abertura de CAT e de afastamento do trabalhador, mas não é possível defini-las.

Apesar da queda dos afastamentos em 2009, os anos subsequentes demonstram a tendência de aumento da categoria G56 inclusive no ano de 2013.

Esgotadas as possibilidades de análise das espécies de maior incidência nos afastamentos previdenciários da indústria automotiva brasileira, passaremos para as análises dos afastamentos considerando a espécie e o gênero. Faz-se necessário referenciar que a ausência da indicação de gênero nos dados de empregos impede a correlação das variáveis emprego e afastamento em uma análise mais aprofundada. Portanto, os dados abaixo se referem ao somatório total dos afastamentos de B31e B91 no período temporal analisado, considerando o grupo da CID-10 geradora do afastamento e o gênero.

A Tabela 21 demonstra o quantitativo de afastamentos da espécie B31 considerando o grupo da CID-10 e o gênero.

Tabela 21 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupos da CID	Feminino	Masculino	Total Geral
		10	10
0	11	192	203
A	7	190	197
B	10	295	305
C	72	614	686
D	159	388	547
E	60	230	290
F	508	5172	5680
G	129	1030	1159
H	49	1007	1056
I	171	2602	2773
J	32	516	548
K	195	4338	4533
L	41	623	664
M	1111	20335	21446
N	139	549	688
O	407		407
P		1	1
Q	10	61	71

Tabela 21 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupos da CID	Feminino	Masculino	Total Geral
R	15	77	92
S	377	12256	12633
T	31	594	625
V		7	7
W		1	1
X		3	3
Y		1	1
Z	54	608	662
Total Geral	3588	51700	55288

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

Inicialmente, torna-se perceptível a discrepância quantitativa de afastamentos entre gêneros. As mulheres representam 6% do valor total de afastamentos enquanto os homens, 94%.

Dentre os afastamentos, o grupo em que mais houve registro de afastamentos de B31 para ambos os gêneros é o M relacionado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. A análise revela que as patologias de maior incidência nas mulheres e nos homens representam, do valor total de afastamento em cada gênero, 31% e 39%, respectivamente.

O segundo maior grupo de incidência nos afastamentos diz respeito ao grupo F (transtornos mentais e comportamentais) para as mulheres com 14% do valor total e, ao grupo S (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) para os homens com 24% do valor total.

O terceiro maior grupo de afastamentos é o O (gravidez, parto e puerpério) para as mulheres com 11% do valor total e o F (transtornos mentais e comportamentais) para os homens com 10% do valor total.

A maior contribuição desta análise considerando o grupo da CID-10 e o gênero, é a identificação de que entre os três maiores grupos de incidência em B31, as doenças osteomusculares incorrem de forma mais incisiva na saúde dos trabalhadores homens e mulheres. Na sequência as mulheres se afastam mais por transtornos mentais enquanto os homens se afastam mais por lesões e, como terceiro fator gerador, as mulheres se afastam mais por problemas de saúde na gravidez enquanto os homens por transtornos mentais.

Com relação ao B91, a Tabela 22 apresenta o quantitativo de afastamentos destes considerando os grupos de patologias da CID-10 e o gênero no período temporal total 2005-2013:

Tabela 22 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Grupos da CID	Feminino	Masculino	Total Geral
0	3	37	40
A		2	2
B		4	4
C		8	8
D		3	3
E		1	1
F	27	210	237
G	94	347	441
H	2	37	39
I	12	114	126
J	3	14	17
K	2	161	163
L	3	23	26
M	550	7756	8306
N		4	4
Q		1	1
R	1	1	2
S	133	2967	3100
T	4	150	154
V		1	1
Z	1	18	19
Total Geral	835	11859	12694

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

A Tabela 22 evidencia que as mulheres sofreram 7% de afastamentos considerando o total de B91 no período, enquanto os homens 93%. Os três maiores grupos de incidência nos afastamentos são os mesmos e na mesma ordem para ambos os gêneros: M, S e G, sendo doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e, as doenças do sistema nervoso, respectivamente. O grupo M representou 66% dos afastamentos entre as mulheres e 65% para os homens. Já o

grupo S 16% para as mulheres e 25% para os homens e, com relação ao grupo G, 11% para as mulheres e 3% para os homens.

A Tabela 23 apresenta os maiores grupos de afastamentos de B31 por considerando o gênero em todo o período temporal estudado 2005-2013:

Tabela 23 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando os Gênero. BRASIL: 2005-2013

Feminino	Masculino
M	M
F	S
O	F
S	K
K	I

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

Os cinco maiores grupos de incidências nos afastamentos previdenciários por B31 indicam que homens e mulheres se afastaram por grupos de doenças semelhantes.

Em matéria de B31, as mulheres se afastaram por doenças osteomusculares (M), seguido dos transtornos mentais (F), dos assuntos relacionados à gravidez, ao parto e puerpério (O), das lesões (S) e das doenças do aparelho digestivo (K). Já os homens se afastaram por doenças osteomusculares (M), seguido das lesões (S), dos transtornos mentais, (F), das doenças do aparelho digestivo (K) e das doenças do aparelho circulatório (I).

A Tabela 22 demonstra as maiores causas de afastamentos de B91 por gênero e grupos de patologias com base na CID-10 do período temporal 2005-2013:

Tabela 24 – Grupos da CID-10 que Contiveram as Maiores Incidências nos Afastamentos Previdenciários do Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando os Gênero. BRASIL: 2005-2013

Feminino	Masculino
M	M
S	S
G	G
F	F
I	K

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

Com relação ao B91, as mulheres e os homens apresentaram as mesmas categorias de afastamentos do primeiro ao quatro grande grupo: doenças osteomusculares (M), seguido

das lesões (S), doenças do sistema nervoso (G) e transtornos mentais (F). A quinto maior categoria de afastamento das mulheres se refere as doenças do aparelho circulatório (I) e, dos homens, as doenças do aparelho digestivo (K).

A Tabela 25 apresenta a estratificação quantitativa de todos os afastamentos em B31 das doenças osteomusculares (CID-10 M), por gênero:

Tabela 25 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo M	Feminino	Masculino	Total
M00		6	6
M01	1		1
M02		3	3
M05	2	18	20
M06	3	30	33
M07		2	2
M08	1	1	2
M10	1	62	63
M11		3	3
M12		19	19
M13	1	56	57
M14		6	6
M15	2	33	35
M16	9	228	237
M17	12	257	269
M18		9	9
M19	6	180	186
M20	30	97	127
M21	9	82	91
M22	29	290	319
M23	100	3206	3306
M24	10	201	211
M25	41	429	470
M30	1		1
M31	1	3	4
M32	6	6	12
M33		5	5
M34	1	2	3
M35		4	4
M36		1	1

Tabela 25 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

M	Feminino	Masculino	Total
M40	1	4	5
M41	1	1	2
M42	1	8	9
M43	1	73	74
M45		43	43
M46	4	27	31
M47	3	58	61
M48		28	28
M49		1	1
M50	46	515	561
M51	130	2766	2896
M53	8	174	182
M54	161	3574	3735
M60	1	10	11
M61		5	5
M62	3	79	82
M63		2	2
M65	140	1493	1633
M66	5	115	120
M67	9	72	81
M68		5	5
M70	15	158	173
M71	15	117	132
M72	8	87	95
M73		1	1
M75	215	4219	4434
M76	5	99	104
M77	23	648	671
M79	31	340	371
M80		1	1
M81	1	2	3
M83		4	4
M84	4	79	83
M85		10	10
M86	2	39	41
M87	2	66	68
M88		1	1
M89		13	13
M90		1	1

Tabela 25 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

M	Feminino	Masculino	Total
M91		3	3
M92		7	7
M93	3	31	34
M94	3	31	34
M95	2	4	6
M96	1	43	44
M99	1	39	40
TOTAL	1111	20335	21446

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A Tabela 23 possibilita a identificação de quais categorias do grupo M afastaram mais os homens e as mulheres. Vale ressaltar que esta categoria é a motivadora do maior número de afastamentos da indústria automotiva brasileira. A análise dos dados revela que a categoria M75, relacionada às lesões de ombros, representaram o afastamento de 19% das mulheres e 21% dos homens. A segunda categoria de maior incidência em ambos os gêneros é a M54, que se refere à dorsalgia, acometendo 15% das mulheres e 18% dos homens. A terceira maior categoria de afastamento diverge entre os gêneros, sendo 13% do M65 – sinovite e tenossinovite – para as mulheres e, 16% do M23 – transtornos internos dos joelhos – para os homens.

A Tabela 26 apresenta a estratificação quantitativa dos afastamentos da espécie B31 considerando as categorias do grupo F, relacionada aos transtornos mentais, e o gênero.

Tabela 26 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo F	Feminino	Masculino	Total
F00		1	1
F06		30	30
F07		3	3
F09		1	1
F10	7	542	549
F11		3	3
F12	1	14	15
F13		1	1

Tabela 26 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo F	Feminino	Masculino	Total
F14	9	360	369
F15		2	2
F16		3	3
F17		3	3
F19	5	683	688
F20	6	136	142
F21		6	6
F22		18	18
F23	1	57	58
F24		2	2
F25	1	37	38
F28	1	7	8
F29	4	98	102
F30	1	7	8
F31	52	332	384
F32	201	1336	1537
F33	59	334	393
F34	2	30	32
F38		4	4
F39	1	15	16
F40	8	79	87
F41	94	665	759
F42	2	35	37
F43	38	255	293
F44	3	14	17
F45	2	6	8
F48	1	5	6
F50		2	2
F53	4		4
F54		3	3
F59		1	1
F60	5	23	28
F61		1	1
F63		3	3
F68		4	4
F79		1	1
F84		2	2
F90		1	1
F92		1	1

Tabela 26 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “F” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo F	Feminino	Masculino	Total
F98		1	1
F99		5	5
TOTAL	508	5172	5680

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

Nota-se que dentre os 508 afastamentos relacionados aos transtornos mentais ocorridos nas mulheres, 40% tiveram como fato gerador a categoria F32 que se refere aos episódios depressivos em suas variantes como leve, moderado, grave, com ou sem sintomas psicóticos, dentre outros. A construção desta pesquisa não tem o objetivo de compreender os fenômenos que acercam, geram ou intensificam determinada patologia, mas sabe-se, diante da teoria explanada que há a inter-relação entre saúde-trabalho-doença. Para além disso, a categoria gênero possui algumas especificidades como a realização da dupla ou terceira jornada de trabalho expressas em atividades domésticas e de cuidado com a família imediata ou ampliada, já que há a questão cultural também vincula a mulher ao cuidado. Assim, outros fatores para além da tríade apresentada podem estar relacionadas aos episódios depressivos.

A segunda maior categoria de afastamentos das mulheres por transtornos mentais é a F41 (outros transtornos ansiosos) representando o afastamento de 18% das mulheres neste grupo. E, em terceiro está o F31 (transtorno afetivo bipolar) representando 10% do total de afastamentos.

Com relação ao gênero masculino identifica-se que a categoria F32, episódios depressivos, manteve-se como maior fator motivador de afastamentos do trabalho pela espécie B31, com 26% entre os afastamentos totais deste grupo. Na sequência está o F19, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, representando 13% dos afastamentos entre os homens seguido, com a mesma porcentagem, o F41 – outros transtornos ansiosos.

Vale ressaltar que o F10, transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, representam 1% dos afastamentos entre as mulheres enquanto que, nos homens, 10%.

A Tabela 27 apresenta a estratificação quantitativa das categorias que geraram mais afastamentos do grupo S (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas) na espécie B31, considerando o gênero.

Tabela 27 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total
S00		2	2
S01		12	12
S02	4	87	91
S03	1	2	3
S04		1	1
S05	3	13	16
S06	2	131	133
S07		1	1
S09		21	21
S10	1	2	3
S11		4	4
S12	3	36	39
S13		13	13
S14		9	9
S16		1	1
S19		1	1
S20		39	39
S21	1	3	4
S22	5	263	268
S23	1	7	8
S24		1	1
S27		7	7
S29		7	7
S30	3	8	11
S31		14	14
S32	12	145	157
S33		12	12
S34		1	1
S35		1	1
S36	1	15	16
S37	1	6	7
S39		5	5
S40		44	44
S41		10	10
S42	15	601	616
S43	10	536	546
S44		8	8
S46	1	25	26
S48	1	1	2

Tabela 27 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total
S49		9	9
S50		28	28
S51	2	17	19
S52	17	807	824
S53	4	61	65
S54	2	11	13
S56		15	15
S58		1	1
S59		3	3
S60	1	174	175
S61	6	148	154
S62	24	2101	2125
S63	3	213	216
S64	2	20	22
S65		6	6
S66	2	101	103
S67	1	14	15
S68	1	27	28
S69		19	19
S70	2	20	22
S71	1	14	15
S72	10	173	183
S73	1	16	17
S75		2	2
S76		15	15
S79		3	3
S80	5	122	127
S81	2	74	76
S82	50	1344	1394
S83	47	1966	2013
S84		6	6
S85		2	2
S86	2	160	162
S87		3	3
S88		2	2
S89		8	8
S90	6	104	110
S91	2	125	127
S92	74	1261	1335

Tabela 27 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total
S93	43	884	927
S94		7	7
S95		2	2
S96	1	42	43
S97		4	4
S98		8	8
S99	1	19	20
TOTAL	377	12256	12633

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

É possível identificar que as lesões que mais afetaram as mulheres e os homens divergem, sendo S92 (fratura do pé – exceto do tornozelo) com 20% e, S62 (fratura ao nível do punho e da mão) com 17%, respectivamente.

Na sequência o S82 (fratura da perna, incluindo tornozelo) e o S83 (luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho) se alternam entre o segundo e o terceiro maior motivador de afastamentos entre os homens e as mulheres. O S82 representa 13% dos afastamentos entre as mulheres enquanto que para os homens 11% e, o S83 representa 12% dos afastamentos para as mulheres enquanto que, para os homens, 16%.

Tal descoberta revela que as mulheres, trabalhadoras da indústria automotiva brasileira, por ocasião dos afastamentos do trabalho gerados a partir do grupo S, fraturaram mais os pés e as pernas, enquanto que, nos homens, os maiores responsáveis pelos afastamentos do grupo S se referem às fraturas ao nível do punho e da mão e as luxações, entorses e distensões das articulações e dos ligamentos do joelho.

A Tabela 28 apresenta a estratificação quantitativa dos benefícios concedidos na espécie B31 considerando o grupo O da CID-10 relacionado a gravidez, parto e puerpério. Como o grupo O se trata de patologias relacionadas à saúde da mulher não há indicadores de afastamento no sexo masculino.

Tabela 28 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31 Considerando as Categorias do Grupo “O” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo O	Feminino	Masculino	Total
O00	11		11
O01	1		1
O02	3		3
O03	9		9
O05	1		1
O06	3		3
O10	9		9
O11	1		1
O12	1		1
O13	6		6
O14	10		10
O16	4		4
O20	189		189
O21	16		16
O22	2		2
O23	3		3
O24	11		11
O26	16		16
O30	1		1
O31	4		4
O34	1		1
O35	1		1
O41	3		3
O43	1		1
O44	8		8
O45	18		18
O46	2		2
O47	7		7
O60	46		46
O62	15		15
O80	1		1
O87	1		1
O99	2		2
TOTAL	407	0	407

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A construção da Tabela 28 revela que dentre os afastamentos do trabalho ocorridos

pelas mulheres trabalhadoras da indústria automotiva, no período temporal 2005-2013, relacionados ao grupo O da CID-10, 46% dizem respeito à categoria O20, das hemorragias do início da gravidez. Na sequência constam o trabalho de parto pré-termo (O60) responsável por 11% dos afastamentos e o descolamento prematuro da placenta (O45) com 4%.

A Tabela 29 demonstra a estratificação quantitativa dos afastamentos em B91, considerando o grupo que contém o maior índice de afastamentos e o gênero.

Tabela 29 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo M	Feminino	Masculino	Total Geral
M00		1	1
M06	1	1	2
M10		1	1
M11		2	2
M13		10	10
M15		5	5
M16	1	19	20
M17		32	32
M19		22	22
M20	1	7	8
M21		5	5
M22	2	41	43
M23	11	257	268
M24	5	71	76
M25	17	115	132
M43	1	12	13
M46	1	1	2
M47	1	6	7
M48		4	4
M49		1	1
M50	10	113	123
M51	25	668	693
M53	11	58	69
M54	67	1424	1491
M60		3	3
M62		10	10
M65	129	773	902
M66		17	17
M67	4	14	18
M68		1	1

Tabela 29 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “M” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo M	Feminino	Masculino	Total Geral
M70	6	53	59
M71	3	29	32
M72	2	11	13
M75	218	3487	3705
M76	3	14	17
M77	23	390	413
M79	7	52	59
M84	1	7	8
M86		3	3
M87		5	5
M93		2	2
M94		1	1
M96		2	2
M99		6	6
Total Geral	550	7756	8306

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A Tabela 29 indica que a categoria maior geradora de afastamentos na espécie B91 do grupo M é a mesma para ambos os gêneros: M75, correspondente às lesões de ombros, a qual é responsável por 40% dos afastamentos entre as mulheres e 45% entre os homens.

Na sequência, as mulheres se afastaram mais pelas categorias M65 (sinovite e tenossinovite) com 23% dos afastamentos e M54 (dorsalgia) com 12%. Os homens se afastaram mais pelas categorias M54 (dorsalgia) com 18% do total de afastamentos deste grupo e, com 9% consta a categoria M51 (outros transtornos de discos intervertebrais).

Interessa destacar que há algumas categorias da CID-10 que tiveram maior incidência de afastamento do grupo M na comparação aos dados obtidos nas espécies B31 e B91, são eles: M75, M54 e M65. Este fato abre possibilidades ao questionamento do reconhecimento do direito à espécie B91: se ambas as espécies têm contempladas as mesmas categorias será que há falhas no reconhecimento da relação da doença para com o trabalho? Será que há subnotificações de CAT ou a ausência do reconhecimento automático do NTEP interfere diretamente nesta relação? Será que os motivos geradores de adoecimentos e incapacidades deste grupo estão para além da relação saúde-trabalho-doença? Muitas são as possibilidades e interpretações desta questão, entretanto, as buscas pelas respostas necessitam

de um aprofundamento nas análises destes afastamentos, o qual não corresponde ao objetivo desta pesquisa.

A Tabela 30 apresenta a estratificação quantitativa dos afastamentos ocorridos na indústria automotiva, considerando o período temporal 2005-2013 na espécie B91, o grupo das lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (CID-10 S) e o gênero.

Tabela 30 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total Geral
S00		4	4
S01		2	2
S02		19	19
S05		5	5
S06		12	12
S09		3	3
S10		1	1
S12		13	13
S13		1	1
S14		1	1
S19	1		1
S20		9	9
S22	1	43	44
S23		1	1
S27		2	2
S29		2	2
S30		4	4
S31		1	1
S32	5	35	40
S33		6	6
S34		2	2
S35		1	1
S36		1	1
S39		1	1
S40		18	18
S41		4	4
S42	3	124	127
S43	4	73	77
S44		3	3
S46		14	14

Tabela 30 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total Geral
S49		2	2
S50	2	20	22
S51		16	16
S52	7	129	136
S53		8	8
S54		1	1
S56		4	4
S57		1	1
S59		3	3
S60	5	89	94
S61	4	147	151
S62	16	746	762
S63	1	64	65
S64		15	15
S65		2	2
S66	2	40	42
S67	3	15	18
S68	1	80	81
S69		11	11
S70		6	6
S71		5	5
S72	1	40	41
S75		1	1
S76		2	2
S77		1	1
S79		1	1
S80	1	55	56
S81	1	38	39
S82	10	233	243
S83	8	207	215
S85		1	1
S86		10	10
S88		1	1
S89	1	1	2
S90	6	62	68
S91	4	24	28
S92	23	262	285
S93	22	200	222
S94		1	1

Tabela 30 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “S” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo S	Feminino	Masculino	Total Geral
S96		2	2
S97	1	2	3
S98		13	13
S99		1	1
Total Geral	133	2967	3100

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A Tabela 30 evidencia que as lesões afetaram de maneira diferenciada as mulheres e os homens trabalhadores da indústria automotiva brasileira no reconhecimento do direito ao B91. Enquanto as mulheres tiveram maior incidência de B91 nas categorias S92 (fratura do pé, exceto do tornozelo) e S93 (luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé) representando 17% cada, e, S62 (fratura ao nível do punho e da mão) com 12%, os homens tiveram maior incidência nas categorias S62 (fratura ao nível do punho e da mão) representando 25% do total de afastamentos, S92 (fratura do pé, exceto do tornozelo) com 9% e S82 (fratura da perna, incluindo tornozelo) com 8%.

Desta forma, a comparação dos dados entre as espécies B31 e B91 demonstram que a categoria S92 entre as mulheres está presente como uma das maiores incidências em ambas as espécies. As categorias S62 e S82 estão mais presentes como duas das maiores incidências nas espécies B31 e B91. Na mesma perspectiva apresentada na análise das categorias do grupo M, surgem, na análise das categorias do grupo S, dúvidas com relação à presença das mesmas patologias em ambas as espécies, entretanto, reafirmamos que não é proposição desta pesquisa analisar estas correlações, já que, para tal, há a necessidade de aproximação dos casos para conclusões.

A Tabela 31 apresenta a estratificação quantitativa de dos afastamentos ocorridos na B91 da indústria automotiva brasileira, considerando o grupo da CID-10 que contempla as doenças do sistema nervoso (G) e a sua incidência segundo o gênero.

Tabela 31 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91 Considerando as Categorias do Grupo “G” da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Grupo G	Feminino	Masculino	Total Geral
G44		1	1
G54		4	4
G55		8	8
G56	92	324	416
G57	2	6	8
G58		2	2
G81		1	1
G82		1	1
Total Geral	94	347	441

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos.

A construção desta tabela permite a identificação e a visualização da categoria responsável pela maior incidência de afastamentos por B91 nas doenças do sistema nervoso. Trata-se da G56, relacionada às mononeuropatias dos membros superiores, responsáveis por 98% dos afastamentos das mulheres neste grupo e 93% dos homens.

A Tabela 32 demonstra o tempo médio de afastamento dos trabalhadores que tiveram reconhecidos os direitos aos benefícios por incapacidade laborativa da espécie B31, considerando os grupos da CID-10 e gênero:

Tabela 32 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo CID	Feminino	Masculino	Tempo Médio
		133	133
0	0	2	2
A	85	56	58
B	35	72	70
C	107	116	115
D	45	64	59
E	37	48	46
F	67	65	65
G	71	68	68
H	37	38	38
I	40	50	50
J	37	38	38
K	39	38	38

Tabela 32 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo CID	Feminino	Masculino	Tempo Médio
L	36	39	38
M	68	66	66
N	45	47	46
O	49		49
P		50	50
Q	67	70	70
R	40	51	49
S	58	59	59
T	61	63	63
V		39	39
W		39	39
X		112	112
Y		95	95
Z	37	36	36
Tempo Médio	58	59	59

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas categorias da CID e/ou anos. A categoria da CID que não contém descrição se refere aos benefícios concedidos judicialmente que, no reconhecimento do direito no SABI, não fazem referência à patologia geradora da incapacidade.

A construção da Tabela 32 permite a análise de um contraponto a respeito das patologias geradoras de afastamentos do trabalho, já que, independentemente da quantidade de benefícios concedidos em cada grupo da CID-10, há a possibilidade de identificar, dentre todo o rol de afastamentos no período, quais foram as patologias que afastaram os trabalhadores da atividade laborativa por mais tempo.

Assim, identifica-se que as patologias relacionadas ao grupo M da CID-10 afastaram em maior quantidade os trabalhadores, todavia, não é este grupo que os afasta por mais tempo. O grupo de maior tempo médio de afastamentos em B31 entre as mulheres e homens se refere ao grupo das neoplasias (C), com média de 107 dias de afastamentos para as mulheres e 116 para os homens.

A sequência das maiores para as menores médias de dias de afastamentos entre as mulheres é: C, A, G, M, F, Q, T, S, O, N, D, I, R, K, E, H, J, Z, L e B. Já a sequência para os homens é: C, X, Y, B, Q, G, M, F, D, T, S, A, R, P, I, E, N, L, V, W, K, H, J e Z.

A média de dias de afastamento de patologias relacionadas ao grupo C (neoplasias) são maiores do que doenças osteomusculares, lesões e transtornos mentais, patologias estas que estão no índice de maior acometimento dos trabalhadores.

Para as mulheres, o grupo A esteve na segunda maior média de afastamentos e dizem respeito à algumas doenças infecciosas e parasitárias. A análise bruta da extração dos dados possibilitou a identificação de que cerca de 57% dos afastamentos deste grupo se referem à tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico de expectoração, com ou sem cultura (CID-10 A15). Para os homens, o grupo B obteve a segunda maior média de afastamentos e, numa visão mais apurada dos dados, foi possível identificar que se trataram de três trabalhadores acometidos por patologias descritas na CID-10 como disparos de arma de fogo. Nota-se que a quantidade de afastamentos pode ser inexpressivo em relação ao montante geral, nesta situação, estes afastamentos correspondem à 0,006% do universo de homens considerando a espécie B31. Entretanto, mantiveram a segunda maior média de dias de afastamento fixadas em 112 dias.

A Tabela 33 demonstra as médias de dias de afastamento da espécie B91 considerando o grupo da CID e o gênero, vejamos:

Tabela 33 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

Grupo da CID	Feminino	Masculino	Tempo Médio
0	0	0	0
A		45	45
B		154	154
C		147	147
D		194	194
E		148	148
F	79	66	67
G	83	66	70
H	32	38	38
I	51	37	39
J	86	53	59
K	35	42	42
L	22	36	34
M	79	72	72
N		119	119
Q		70	70
R	72	104	88

Tabela 33 – Tempo Médio de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

Grupo da CID	Feminino	Masculino	Tempo Médio
S	58	59	59
T	110	67	68
V		74	74
Z	101	55	58
Tempo Médio	75	67	68

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

Identifica-se que o maior tempo médio de afastamentos pela espécie B91 entre as mulheres ocorre no grupo T – traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo com 110 dias. Já entre os homens está o grupo D que engloba algumas neoplasias e doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, com média de 194 dias de afastamento.

A sequência das maiores para as menores médias de dias de afastamentos da espécie B91 entre as mulheres é: T, Z, J, G, F, M, R, S, I, K, H e L. Já a sequência para os homens é: D, B, E, C, N, R, V, M, Q, T, F, G, S, Z, J, A, K, H, I e L.

A investigação mais aproximada das extrações de dados, a partir da análise bruta das informações estatísticas, demonstra que, dentre o grupo T que obteve uma média maior de afastamentos entre as mulheres, a categoria de maior incidência é a T93 relativa às sequelas de traumatismos do membro inferior. Na sequência consta o grupo Z relativo aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. Contudo, para os homens as maiores médias se referem aos grupos D – algumas neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e B – algumas doenças infecciosas e parasitárias.

A Tabela 34 apresenta o tempo máximo de afastamento ocorrido pelos trabalhadores da indústria automotiva brasileira, considerando a espécie B31, o grupo da CID-10 e o gênero.

Tabela 34 – Tempo Máximo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Grupo da CID	Feminino	Masculino	Tempo Máximo
		829	829
0	0	366	366
A	122	239	239
B	86	564	564
C	295	429	429
D	357	284	357
E	109	205	205
F	294	919	919
G	282	441	441
H	142	393	393
I	198	544	544
J	97	449	449
K	198	435	435
L	117	219	219
M	471	760	760
N	428	1080	1080
O	206		206
P		50	50
Q	122	380	380
R	87	370	370
S	441	460	460
T	280	473	473
V		107	107
W		39	39
X		208	208
Y		95	95
Z	154	837	837
Tempo Máximo	471	1080	1080

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

Verifica-se que no período temporal estudado, o grupo que afastou por mais tempo determinada mulher é o M das doenças osteomusculares, com 471 dias de afastamento, seguido pelo grupo S, relacionado à alguns traumatismos, com 441 dias e, N, relacionado às doenças do aparelho geniturinário, com 428. Quanto ao sexo masculino, um trabalhador obteve o maior registro de afastamento, 1080 dias, decorrente do grupo N, enquanto um F, relacionado aos transtornos mentais e comportamentais permaneceu 919, e um Z, relacionado à fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, 837.

A Tabela 35 demonstra o tempo máximo de afastamento da espécie B91, segundo o grupo da CID-10 e o gênero:

Tabela 35 – Tempo Máximo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10 e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Grupos da CID	Feminino	Masculino	Tempo Máximo
A		71	71
B		297	297
C		243	243
D		351	351
E		148	148
F	316	214	316
G	453	364	453
H	50	113	113
I	104	123	123
J	150	92	150
K	44	357	357
L	25	95	95
M	341	1885	1885
N		277	277
Q		70	70
R	72	104	104
S	415	437	437
T	222	360	360
V		74	74
Z	101	164	164
Tempo Máximo	453	1885	1885

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas do período temporal indicam que não houve afastamentos previdenciários nestes grupos da CID e/ou anos.

Identifica-se que o tempo máximo de afastamentos pela espécie B91 é de 453 dias para as mulheres, ocorrida no grupo G a qual se refere à doença do sistema nervoso central e, de 1885 dias para os homens, segundo o grupo M relacionado às doenças osteomusculares.

Os grupos de doenças que também causaram os maiores afastamentos do trabalho foram: S (lesões) com 415 dias, M (doenças osteomusculares) com 341 e F (transtornos mentais) com 316 para as mulheres e, S (lesões) com 437 dias, G (sistema nervoso) com 364 e T (traumatismos, envenenamentos e outras consequências de causas externas) com 360 para os homens.

A Tabela 36 apresenta a distribuição do quantitativo de afastamentos ocorridos pela espécie B31 considerando a faixa etária e o gênero.

Tabela 36 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total Geral
até 19 anos	38	321	359
20-24 anos	322	4045	4367
25-29 anos	641	8123	8764
30-34 anos	786	9121	9907
35-39 anos	697	8794	9491
40-44 anos	518	8796	9314
45-49 anos	377	7809	8186
50-54 anos	143	3724	3867
55-59 anos	53	808	861
60-64 anos	11	136	147
65-69 anos		15	15
a partir de 70 anos	2	8	10
Total Geral	3588	51700	55288

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas de gênero indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas variáveis.

As informações permitem a visualização da faixa etária que mais afasta os trabalhadores pela espécie B31 e isso talvez seja reflexo da maior quantidade de trabalhadores empregados nessa faixa etária. Verifica-se que 59% das mulheres se afastaram na faixa etária entre 25 a 39 anos de idade, enquanto 52% dos homens se afastaram mais entre 30 e 44 anos de idade.

Torna-se perceptível que os afastamentos reduziram a partir dos 50 anos de idade, tendo redução ainda maior a partir dos 60 anos de idade, isso porque provavelmente haja menos trabalhadores empregados nessa faixa etária. Interessa também destacar que os registros de afastamentos ainda ocorrem após os 65 anos de idade, demonstrando que ainda há um percentual, provavelmente reduzido em comparação à população economicamente ativa, de empregabilidade na indústria automotiva brasileira.

A Tabela 37 apresenta os mesmos dados, entretanto fazendo referência à espécie B91:

Tabela 37 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total Geral
até 19 anos	4	62	66
20-24 anos	46	711	757
25-29 anos	134	1465	1599
30-34 anos	176	2028	2204
35-39 anos	170	2116	2286
40-44 anos	130	2337	2467
45-49 anos	113	1965	2078
50-54 anos	49	959	1008
55-59 anos	13	185	198
60-64 anos		25	25
65-69 anos		1	1
a partir de 70 anos		5	5
Total Geral	835	11859	12694

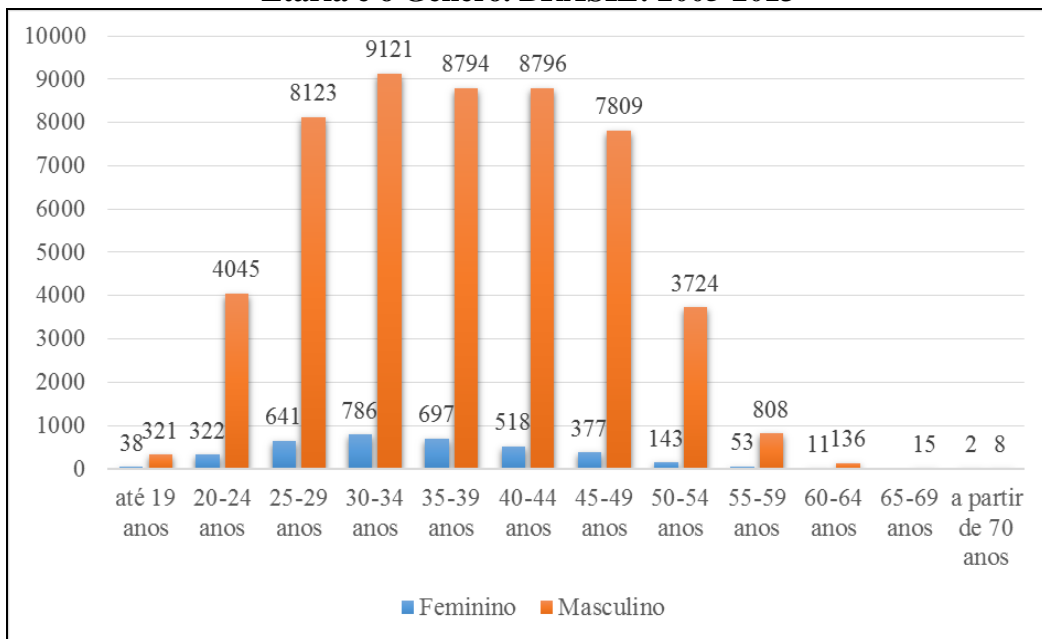
Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas de gênero indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas variáveis.

Com relação aos afastamentos da espécie B91, cerca de 57% das mulheres estiveram na faixa etária de 25 a 39 anos, mesmo período de concessão de B31, o que sugere que esta é a faixa etária de maior incidência nos afastamentos previdenciários da indústria automotiva brasileira. Os homens, por sua vez, sofreram maior concessão de benefícios por incapacidade entre a faixa etária de 30 a 44 anos correspondendo a 55% do total de afastamentos. Coincidentemente esta faixa etária é a mesma da espécie B31, ou seja, a faixa de 30 a 44 anos é a que mais afasta do trabalho os trabalhadores homens da indústria automotiva brasileira.

A representação gráfica abaixo possibilita a visualização do reconhecimento do direito ao B31 segundo a faixa etária e o gênero, vejamos:

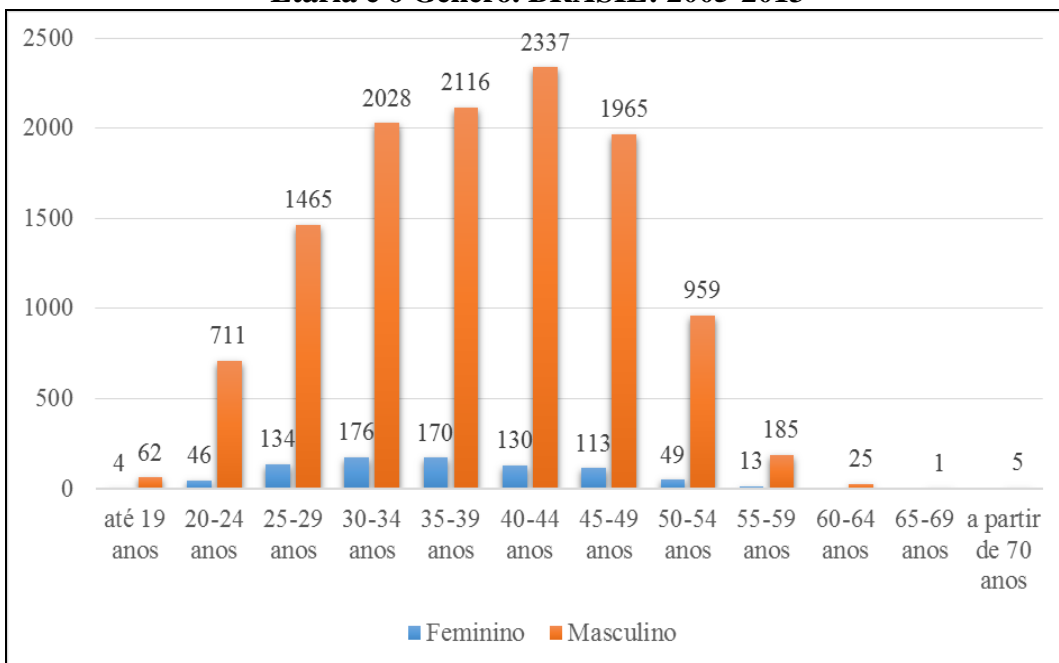
Gráfico 12 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Previdenciário – B31, Considerando a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Do mesmo modo, a representação gráfica abaixo possibilita a visualização do reconhecimento do direito ao B91 segundo a faixa etária e o gênero, vejamos:

Gráfico 13 – Evolução Quantitativa dos Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Referentes ao Auxílio Doença Acidentário – B91, Considerando a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE (SUIBE, 2014)

Os Gráficos 12 e 13 possibilitam a visualização das faixas etárias de maior incidência nos afastamentos previdenciários, tanto da espécie B31 quanto da B91.

As próximas tabelas agregam os grupos da CID-10 às variáveis de faixa etária e gênero expandindo as possibilidades de análise e desenvolvimento de pesquisas, vejamos:

Tabela 38 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	até 19 anos			20-24 anos			25-29 anos			30-34 anos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
								1	1		1	1
0		1	1		4	4	3	19	22	3	27	30
A		1	1	1	17	18	1	29	30	2	30	32
B	1	4	5		13	13	2	28	30	2	45	47
C		4	4	1	20	21	6	39	45	11	68	79
D	1	3	4	1	35	36	9	52	61	22	60	82
E	1	2	3	7	8	15	12	27	39	15	42	57
F	3	21	24	57	420	477	89	984	1073	114	1118	1232
G		1	1	9	55	64	23	129	152	22	190	212
H		3	3	9	72	81	8	136	144	12	169	181
I	1	7	8	13	81	94	24	221	245	40	357	397
J		2	2	3	55	58	3	93	96	12	81	93
K	3	21	24	24	291	315	32	644	676	40	741	781
L	1	10	11	8	90	98	9	106	115	11	121	132
M	12	46	58	69	948	1017	172	2531	2703	212	3375	3587
N		8	8	4	44	48	29	87	116	28	99	127
O	1		1	54		54	108		108	132		132
P												
Q	1	1	2		10	10	5	9	14	2	10	12
R		1	1	3	6	9	2	8	10	4	15	19
S	11	172	183	50	1743	1793	87	2763	2850	82	2333	2415
T	1	10	11	7	88	95	7	128	135	7	116	123
V					4	4		2	2		1	1
W												
X					1	1		1	1		1	1
Y												
Z	1	3	4	2	40	42	10	86	96	13	121	134
Total	38	321	359	322	4045	4367	641	8123	8764	786	9121	9907

Tabela 38 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	35-39 anos			40-44 anos			45-49 anos			50-54 anos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
		4	4		1	1		2	2			
0	2	38	40		41	41	2	33	35		23	23
A	2	31	33	1	35	36		28	28		14	14
B	2	70	72	2	61	63		47	47		24	24
C	11	73	84	13	110	123	24	136	160	4	109	113
D	26	61	87	49	53	102	40	76	116	8	41	49
E	11	45	56	7	41	48	2	37	39	4	20	24
F	122	911	1033	62	788	850	40	623	663	13	249	262
G	24	196	220	25	203	228	15	159	174	10	77	87
H	7	195	202	7	164	171	4	159	163	1	81	82
I	44	391	435	25	489	514	14	599	613	8	347	355
J	7	80	87	4	79	83		69	69	2	42	44
K	39	716	755	31	730	761	17	713	730	8	379	387
L	3	77	80	5	77	82	2	78	80	2	51	53
M	205	3763	3968	186	4014	4200	155	3608	3763	65	1666	1731
N	35	88	123	19	86	105	16	83	99	5	32	37
O	86		86	25		25	1		1			
P											1	1
Q	2	13	15		10	10		7	7		1	1
R	2	11	13	3	11	14	1	15	16		5	5
S	56	1823	1879	41	1615	1656	33	1181	1214	12	516	528
T	2	89	91	5	88	93	1	53	54		20	20
V												
W		1	1									
X												
Y		1	1									
Z	9	117	126	8	100	108	10	103	113	1	26	27
Total	697	8794	9491	518	8796	9314	377	7809	8186	143	3724	3867

Tabela 38 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Previdenciário – B31, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

CID	55-59 anos			60-64 anos			65-69 anos			a partir de 70 anos			Total Geral
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	
		1	1										10
0		5	5	1	1	2							203
A		4	4					1	1				197
B		3	3	1		1							305
C	2	44	46		9	9		1	1		1	1	686
D	2	5	7	1	2	3							547
E	1	8	9										290
F	6	45	51		8	8		2	2	2	3	5	5680
G	1	17	18		3	3							1159
H	1	23	24		4	4		1	1				1056
I	1	83	84	1	24	25		2	2		1	1	2773
J	1	10	11		5	5							548
K	1	90	91		12	12		1	1				4533
L		9	9		4	4							664
M	28	334	362	7	43	50		5	5		2	2	21446
N	3	15	18		7	7							688
O													407
P													1
Q													71
R		5	5										92
S	5	95	100		12	12		2	2		1	1	12633
T	1	1	2		1	1							625
V													7
W													1
X													3
Y													1
Z		11	11		1	1							662
Total	53	808	861	11	136	147		15	15	2	8	10	55288

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas de gênero indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas variáveis.

A Tabela 38 apresenta o quantitativo de afastamentos da espécie B31 considerando o grupo da CID-10, a faixa etária e o gênero. As faixas etárias que apresentaram a maior incidência de afastamentos entre as mulheres foram de 25 a 39 anos, sendo que o período entre 30-34 anos obteve 786 afastamentos, ou seja, 22% do total de afastamentos das mulheres em comparação ao período total. Verifica-se que o grupo de maior incidência nesta faixa etária é o M, relacionado às doenças osteomusculares, sendo responsável por 212 afastamentos, na sequência está o grupo O, relacionado à problemáticas advindas da gravidez, responsável por 132 afastamentos e, o grupo F referente aos transtornos mentais com 114 afastamentos.

Entre os homens a faixa de maior incidência nos afastamentos também é entre 30-34 anos contendo 9121 ocorrências, o que corresponde a 18% do número total de afastamentos. Nesta faixa etária, o grupo M referente às doenças osteomusculares recebeu 3375 ocorrências de afastamentos correspondendo a 37% os afastamentos contidos neste grupo. O segundo maior grupo de incidência nesta faixa etária é o S, relacionado às lesões, com 2333 ocorrências, seguidamente pelos transtornos mentais, grupo F, com 1118 ocorrências.

Os grupos M, S e F são preponderantes, quantitativamente, no que tange às ocorrências de afastamentos, cuja maior incidência compreende a faixa etária de 30 a 34 anos, tanto em homens como em mulheres (tabela 21). Verifica-se, portanto, que a faixa etária entre 30-34 anos é a que mais sofreu no que concerne às manifestações do processo saúde-trabalho-doença nos afastamentos de B31.

Obviamente que aqui não se esgotam as possibilidades de análise desta Tabela. Ela exprime elementos nunca antes demonstrados na indústria automotiva brasileira e permite inúmeras possibilidades de estudo, a partir de cada grupo da CID-10 ou da faixa etária.

A Tabela 39 apresenta o mesmo quantitativo de afastamentos considerando o grupo da CID-10, a faixa etária e o gênero nos afastamentos da espécie B91.

Tabela 39 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	até 19 anos			20-24 anos			25-29 anos			30-34 anos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
0								2	2	2	5	7
A					1	1					1	1
B					1	1					1	1
C					1	1		1	1			
D												
E												
F		1	1	2	17	19	7	43	50	5	47	52
G				1	9	10	19	28	47	22	80	102
H					8	8	1	6	7		7	7
I					7	7	2	14	16	4	15	19
J				2		2	1	1	2		3	3
K		2	2		8	8	1	20	21	1	22	23
L					4	4		2	2	1	5	6
M	3	10	13	24	230	254	68	774	842	114	1260	1374
N											1	1
Q												
R							1	1	2			
S	1	47	48	16	401	417	32	551	583	26	543	569
T		2	2	1	23	24	2	20	22	1	35	36
V					1	1						
Z								2	2		3	3
Total Geral	4	62	66	46	711	757	134	1465	1599	176	2028	2204

Tabela 39 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(continua)

CID	35-39 anos			40-44 anos			45-49 anos			50-54 anos		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
0		10	10		8	8		8	8	1	3	4
A												
B					1	1		1	1			
C					1	1		1	1		3	3
D		3	3									
E		1	1									
F	7	28	35	3	31	34	2	30	32	1	12	13
G	18	65	83	13	75	88	17	55	72	3	31	34
H		4	4	1	4	5		4	4		3	3
I	2	17	19	3	9	12		27	27	1	19	20
J		5	5		3	3		2	2			
K		32	32		27	27		21	21		22	22
L		3	3	1	5	6	1	1	2		2	2
M	118	1429	1547	95	1701	1796	80	1472	1552	38	719	757
N		1	1									
Q								1	1			
R												
S	25	483	508	14	452	466	12	325	337	5	135	140
T		27	27		18	18		16	16		8	8
V												
Z		8	8		2	2	1	1	2		2	2
Total Geral	170	2116	2286	130	2337	2467	113	1965	2078	49	959	1008

Tabela 39 – Quantitativo de Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira Considerando o Auxílio Doença Acidentário – B91, os Grupos da CID-10, a Faixa Etária e o Gênero. BRASIL: 2005-2013

(conclusão)

CID	55-59 anos			60-64 anos			65-69 anos			a partir de 70 anos			Total Geral
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total	
0		1	1										40
A													2
B													4
C		1	1										8
D													3
E													1
F		1	1										237
G	1	4	5										441
H		1	1										39
I		5	5		1	1							126
J													17
K		5	5		2	2							163
L		1	1										26
M	10	137	147		18	18		1	1		5	5	8306
N		2	2										4
Q													1
R													2
S	2	26	28		4	4							3100
T		1	1										154
V													1
Z													19
Total	13	185	198		25	25		1	1		5	5	12694

Fonte: Elaboração Própria a partir do SUIBE (2014)

* Os numerais faltantes nas colunas de gênero indicam que não houve afastamentos previdenciários nestas variáveis.

A Tabela 39 apresenta o quantitativo de afastamentos de B91 considerando os grupos da CID-10, a faixa etária e o gênero. Diferentemente do faixa etária predominante em B31, na espécie B91, a faixa etária onde houve maior predominância de afastamentos é entre 30-34 anos para as mulheres e 40-44 anos para os homens e os grupos de maior incidência para as mulheres na faixa etária entre 30-34 são M, S e F e, para os homens na faixa etária entre 40-44 anos são M, S e G.

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo geral, elaborar um panorama dos empregos, da produção e dos adoecimentos e acidentes de trabalho os quais obtiveram a concessão de benefícios previdenciários no período temporal 2005-2013, especificamente nas montadoras de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, máquinas agrícolas e rodoviárias instaladas no Brasil.

Visando o alcance deste objetivo, foram delineados os seguintes norteadores: identificação das bases oficiais brasileiras de indicadores de regulação da segurança e saúde do trabalhador; identificação das informações sociais das empresas montadoras de automóveis, comerciais leves, caminhões, ônibus, máquinas agrícolas e rodoviárias instaladas no Brasil; construção quantitativa dos números de empregos diretos; construção quantitativa da produção de veículos no cenário brasileiro e construção do panorama de afastamentos previdenciários, a partir do reconhecimento do direito ao benefício por incapacidade laborativa temporária pelo INSS.

Inicialmente foram contextualizados o fenômeno do adoecimento e dos acidentes de trabalho, tendo sido descritas as definições destes a partir da exposição das legislações vigentes no país. Além disso, foi apresentado o fluxograma de atendimento do trabalhador acidentado ou adoecido em consequência da relação para com o trabalho nas políticas de Saúde e Previdência Social, o qual possibilitou a visualização dos passos a serem seguidos nestas ocorrências e as notificações compulsórias por parte da Rede de Saúde no SINAN e por parte do empregador/profissional da saúde na emissão da CAT.

O histórico de concepção da política previdenciária possibilitou a identificação dos traços bismarkianos compreendidos na lógica do seguro social sob a forma de benefícios que garantam o amparo e a manutenção em situações de infortúnio, perda ou redução da capacidade laboral. Entretanto, vimos que os benefícios por incapacidade laborativa temporária indicados para situações de perda ou redução da capacidade laboral possuem

regulamentações, as quais obrigam o trabalhador a munir a perícia médica com informações acerca de seu adoecimento.

Também foi contextualizado a diferenciação das espécies dos benefícios por incapacidade, B31 e B91, bem como as repercussões nos direitos sociais dos trabalhadores e na taxação da alíquota de contribuição do FAP do empregador decorrente do aumento dos acidentes de trabalho.

As estatísticas de reconhecimento do direito aos benefícios previdenciários estão compiladas no Anuário Estatístico do MTPS, assim como outros anuários que dão visibilidade e transparência sobre determinada matéria. O Anuário da Indústria Automobilística Brasileira, por exemplo, organizado pela ANFAVEA, reúne informações gerais e os aspectos econômicos e sociais da indústria automotiva no cenário brasileiro desde o ano de 1966, revelando que no período temporal 1994-2012 as empresas montadoras de veículos e fornecedoras de autopeças receberam investimentos na marca de 68 bilhões de dólares e faturaram cerca de 106 bilhões de dólares.

Deste modo é possível identificar que a indústria automotiva desempenha um papel central na economia brasileira repercutindo em outros indicadores sociais como emprego e renda. Seu padrão tecnológico e de organização do trabalho estimulam o desenvolvimento de outros setores, tornando-se referência para estes.

A problemática apresentada nesta pesquisa se referiu ao legado da indústria automotiva na saúde de seus trabalhadores. A construção e conclusão dessa pesquisa possibilitou a aproximação dos temas saúde-trabalho e das implicações práticas advindas do estudo da saúde do trabalhador na engrenagem automotiva brasileira, contribuindo, de forma inédita, na visualização de oito anos de dados relativos aos afastamentos previdenciários da classe trabalhadora vinculada à indústria automotiva brasileira.

A introdução versou sobre o percurso metodológico inicial que contém as bases oficiais de indicadores de regulação da segurança e da saúde do trabalhador brasileiras demonstrando os limites e possibilidades destes, em especial, aos que refletem negativamente nos direitos sociais da classe trabalhadora como a subnotificação institucional do INSS no cadastramento das CATs manuais e, na ausência de serviços específicos que contemplem todas as demandas da ST.

Ainda na perspectiva da ST, também foram apresentados os limites do NTEP com relação à abertura para o ato discricionário de reconhecimento da associação causal entre trabalho e adoecimento, fato que pode corroborar na subversão do direito social

regulamentado.

O desenvolvimento dessa pesquisa apresentou tantas limitações que, a princípio, foram assimiladas como impossibilidade de realização desta, entretanto, a sua condução revelou verdades escondidas. Uma delas diz respeito à identificação dos CNPJs das empresas. Identificou-se que se tornou árduo o processo de identificação das matrizes e filiais dos CNPJs de determinada planta produtiva e que, é impossível, um cidadão comum descobri-los.

Outra problemática encontrada diz respeito às empresas que possuem dezenas de CNPJs, matrizes ou filiais sendo que, em algumas delas, constam endereços de ruas transversais da planta produtiva. A presença de vários CNPJs com enquadramentos de atividades econômicas e graus de risco diferenciados revelam a limitação da atuação prática das normativas que regulamentam a saúde e segurança do trabalhador, em especial, ao enquadramento do NTEP e a aplicação do FAP. Aliás o desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou a identificação de que o CNAE das empresas montadoras de automóveis não consta no Anexo do Decreto nº 6042/2007, ou seja, não há o reconhecimento do NTEP neste ramo de atividade. O que equivale dizer que só é reconhecido um benefício previdenciário por incapacidade laborativa temporária da espécie B91 (auxílio doença acidentário) a partir da emissão das CATs.

Outro fator que agrava a identificação destas problemáticas e a proposta de soluções é que as instituições públicas atuam de forma não articulada, interessadas no desenvolvimento das suas próprias atividades: o INSS tem o foco na gestão dos benefícios, o antigo MTE, hoje MTPS, tem o foco no cumprimento das normas de saúde e segurança e adequação do meio ambiente do trabalho e, a RFB, na aplicação do FAP. Todavia, a discussão da conjuntura a partir de estudos empíricos ou de análises correlacionais inexistem na agenda política.

A ausência da atuação intersetorial possibilita a perpetuação de estratégias empresarias que deflagram sobre os direitos da classe trabalhadora e sobre o fisco. Exemplo disso são as 99 empresas identificadas no universo da indústria automotiva brasileira, sendo que 47% delas possuem a vinculação do CNAE e de atividades primárias diferentes da fabricação de veículos. Não chamaria a atenção se não tivessem sido encontrados CIDs de fraturas, lesões, contusões e ferimentos em algumas empresas vinculadas à atividade primária de serviços combinados de escritório e apoio administrativo. Assim, surge também o questionamento com relação às informações contidas nas bases estatísticas oficiais de regulação da segurança e saúde do trabalhador.

A questão da identificação do panorama de empregos da indústria automotiva

brasileira tornou-se complexa e morosa interferindo diretamente na condução dessa pesquisa. Foram necessários cerca de dez meses para a construção manual desse banco de dados, que, somados às outras limitações de pesquisa já explanadas que demandaram ainda mais tempo, prejudicaram a construção de estatísticas inferenciais sobre a matéria, conforme objetivo anteriormente construído.

Ainda em referência aos empregos, foi possível identificar que com a metodologia utilizada nessa pesquisa, chegou-se à identificação da média de empregos no período 2005-2013 da indústria automotiva no Brasil que equivalem a 1091502 (um milhão, noventa e um mil, quinhentos e dois), número diferente do apresentado pelo Anuário Estatístico da Indústria Automobilística da ANFAVEA que se refere a 1171945 (um milhão, cento e setenta e um mil, novecentos e quarenta e cinco). Todavia, não é possível afirmar se as metodologias utilizadas para as identificações são equivalentes já que a presente pesquisa baseou-se nas médias dos empregos e, o Anuário da ANFAVEA apresenta somente a informação sobre a posição nos finais de cada ano.

Ambas as bases de empregos, CNIS e ANFAVEA, não fazem referência ao gênero dos trabalhadores, o que explica a ausência da discussão sobre esta categoria nessa pesquisa.

Para o alcance do objetivo específico relacionado à construção quantitativa da produção de veículos no cenário brasileiro foi elaborado um banco de dados a partir das transcrições das unidades produzidas no Anuário da ANFAVEA. Tornou-se possível identificar que as unidades produzidas de automóveis tiveram um aumento de 35% em comparação aos anos 2005 e 2013. Entretanto, a problemática da falta de diferenciação entre as produções segundo categorias, produtos ou unidades federativas correspondentes, também fomentaram a necessidade do estudo do cenário nacional, pois resultariam em imprecisões.

A elaboração da base de dados de unidades produzidas propiciou a identificação da evolução da produção no período temporal 2005-2013. Nesse período houve quedas na produção total ocorridas nos anos 2009, 2011 e 2012, sendo que a de 2009 ocorreu por reflexo da crise econômica de 2008 que afetou o Brasil. Também se tornou perceptível a diferença na produção de unidades de automóveis para os comerciais leves e, destes, para com os demais, revelando que a maior produção brasileira é de automóveis. A produção brasileira alimenta o mercado nacional e mundial já que as exportações de automóveis em 2013 chegaram à marca de 17% das unidades produzidas no país.

O Capítulo 2 teve a pretensão de atribuir visibilidade às relações sociais ocultas no trio imperfeito: trabalho, saúde e acumulação de capital. Foram abordados conceitos sobre a

categoria trabalho que perpassam desde o seu caráter ontológico, fundante do ser social, até o seu avesso, como propriedade que se transforma em mercadoria. O trabalho, elemento de constituição do homem como ser social é, também, o produto das relações históricas de interação entre os homens, mas, sob o capitalismo, se torna uma mercadoria e a sua centralidade na reprodução sociometabólica do ser social se constitui pelas necessidades da acumulação de capital.

Vimos, que o processo social mediante o qual os produtos do trabalho humano se tornam mercadorias subverte a ordem pela qual o ser humano controla a produção da sua vida material. Os produtos do trabalho humano produzidos como mercadoria adquirem relações em si que tornam os trabalhadores coisas. O homem, por sua vez, se constitui como uma mercadoria, um ingrediente do processo de produção que se sujeita à venda de sua força de trabalho como mercadoria para satisfação das suas necessidades sociais.

A organização do trabalho media a relação dos homens entre si e com os seus meios de trabalho e estabelece formas de comportamento e de relações contratuais que conduzem à precarização das relações e à autoexploração.

A instabilidade econômica ocorrida a partir de 1970 provocou o delineamento de estratégias de mercado que diversificaram a produção em pequenas quantidades de produtos, garantindo a qualidade, reduzindo a carga operacional, o preço final do produto e agilizando a entrega. O toyotismo trouxe um novo modo de organização do trabalho que revisou as estratégias de gestão à medida que as empresas agregaram, em seu processo produtivo, determinadas tecnologias visando uma maior redução de custos, a customização dos seus produtos, uma ampliação das responsabilidades atribuídas aos trabalhadores e uma intensificação do trabalho. Esta gestão flexível delegou aos trabalhadores mais tarefas tornando-os polivalentes e generalistas, proporcionando o enxugamento da capacidade operacional, a fragmentação dos processos, a intensificação do labor e a flexibilização dos direitos trabalhistas. Tal organização regula a extração de mais-valor sobre a exploração dos trabalhadores, contribuindo para o surgimento do fenômeno do adoecimento. Harvey (1992) denominou essa conjuntura como acumulação flexível e expressa as transformações marcadas pelas inovações no processo de produção e de serviços que se desdobrou na alteração do cenário político-econômico do capitalismo.

Por fim, este capítulo versou sobre a construção social dos conceitos de saúde e doença, bem como dos rebatimentos da gestão flexível na saúde dos trabalhadores, demonstrando que o processo saúde-doença está relacionado às formas de dominação e

perpassa pela determinação social. Foram apresentados os limites da Medicina do Trabalho, em sua lógica da saúde do trabalho, até a constituição da Saúde do Trabalhador, originada pela pressão política dos movimentos sociais e dos trabalhadores da Saúde que reivindicaram a mudança de paradigma para a proteção aos trabalhadores.

Considerando a determinação social no processo de adoecimento dos trabalhadores é que se propôs a tríade saúde-trabalho-doença, expressando que a acumulação flexível também influencia no processo saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi abordada na tentativa de justificar que a notoriedade do campo da ST teve ênfase no Brasil entre os anos 2001-2012, período de maturação desta Política. Entretanto, essa pesquisa não objetivou o maior aprofundamento sobre os limites e possibilidades da Política, contudo, foi afirmado que a finalidade dela é a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos (BRASIL, 2012), o que corrobora na interpretação e justificativa da tríade.

O Capítulo 3 tratou da contextualização histórica da Indústria Automotiva no Brasil, desde o surgimento dos primeiros veículos no cenário nacional até a estabilização da importância deste ramo de atividade no cenário político-econômico brasileiro.

O automóvel foi considerado o motor do progresso nacional e o símbolo da modernidade a partir da década de 1950. A primeira aparição em solo brasileiro ocorreu no ano de 1893 por meio da importação de um veículo montado. Desde então o automóvel, somados aos outros veículos, foram ganhando espaço no cenário econômico abrindo espaço para as instalações das plantas produtivas. A primeira planta foi instalada no ano de 1919 pela Ford que montou e vendeu 2447 unidades, explodindo sua produção nos anos subsequentes.

O cenário político propiciava a abertura para a instalação de outras plantas e de importações de outros veículos, cujos custos superaram o valor gasto com petróleo e trigo. O governo de Vargas, identificando tal conjuntura, restringiu as importações de veículos e de peças iniciando uma política nacionalista de desenvolvimento do cenário econômico nacional.

O governo de Kubitschek, com sua política desenvolvimentista, incentivou o progresso econômico com o estímulo ao desenvolvimento da industrialização, fato que oportunizou uma articulação política para a atração de investimentos. A indústria automotiva recebeu incentivos em troca da instalação de plantas produtivas inicialmente voltadas ao mercado interno e, após o período de desaquecimento refletido da crise.

A partir de 1990 a indústria automotiva brasileira iniciou um novo crescimento

viabilizado por fatores político-econômicos que resultou na construção de um novo plano de investimentos com redução de alíquotas de impostos em troca da instalação e contratação da mão de obra (ARBIX, 2002; NABUCO; NEVES; CARVALHO NETO, 2002; PINTO, 2006, 2011; SALERNO, 2002). Desde então a indústria automotiva brasileira recebeu investimentos na marca de 68 bilhões de dólares expandido o setor para todos os estados da federação e tendo o faturamento aproximado de cerca de 106 bilhões de dólares.

Atualmente há 29 fabricantes de veículos, máquinas agrícolas e rodoviárias, motores, componentes e outros produtos, além de cerca de 500 de autopeças, mas este número continua aumentando. São 61 plantas produtivas que empregam 1,5 milhões de trabalhadores tornando o país um dos maiores produtores mundiais (ANFAVEA, 2014).

Além do conhecimento da trajetória da indústria automotiva no Brasil, esse capítulo apresentou o panorama dos adoecimentos e dos acidentes de trabalho, contribuindo para o alcance dos objetivos geral e específico.

No período temporal estudado que compreende os anos 2005-2013 foram registrados 67982 (sessenta e sete mil, novecentos e oitenta e dois) afastamentos previdenciários, sendo 55288 (cinquenta e cinco mil, duzentos e oitenta e oito) da espécie B31 e 12694 (doze mil, seiscentos e noventa e quatro) de B91.

A extração bruta dos códigos da CID-10 aponta que o M75 é o maior responsável pelos afastamentos de B31 e de B91. Entretanto, como descrito no Capítulo 2.3 – A Saúde do Trabalhador no Capitalismo – as análises individuais do processo saúde-doença dificultam o entendimento da totalidade e das correlações com determinado fenômeno, sendo necessário o estudo de determinada situação, em seu coletivo, propiciando a aproximação do particular, correlacionando-o com o universal, para então, novamente, retornar ao particular, proporcionando o entendimento do processo saúde-doença em sua totalidade.

Desta forma, os dados brutos foram organizados por grupos e categorias da CID-10 possibilitando a visualização de quais seriam os motivos geradores de afastamentos previdenciários na indústria automotiva considerando as espécies B31 e B91.

A realização dessa pesquisa possibilitou a identificação de que dentre a espécie B31 o grupo M, relacionado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representaram 39% dos afastamentos previdenciários, seguido do grupo S, relacionado às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, com 23% e, do grupo F, referente aos transtornos mentais e comportamentais, com 10%. Dentro do período estudado, identificou-se que houve uma variação percentual positiva de 12% nos afastamentos

em comparação aos anos 2005 e 2013. Por outro lado, foram identificadas variações percentuais negativas nos 2007, 2009 e 2012, na margem de 13%, 5% e 4%, respectivamente.

Com relação a espécie B91, tornou-se visível que os grupos M, relacionados às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representaram cerca de 65% dos afastamentos, seguidos pelo grupo S, correspondente às lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, com cerca de 24% e, do grupo G, referente as doenças do sistema nervoso, com cerca de 3% dos afastamentos. Em comparação aos anos 2005 e 2013 identificou-se uma variação percentual positiva de 212%, sendo que o ano de 2007 teve uma variação percentual positiva de 212% em relação à quantidade de afastamentos de B91 no ano de 2006. Factualmente, a implementação do NTEP no ano de 2007 interferiu no reconhecimento da espécie B91, mesmo com a ausência do CNAE relacionado às montadoras de automóveis.

Interessa destacar que os maiores grupos responsáveis pelos afastamentos previdenciários estão presentes em ambas as espécies, sendo: M, S, G e F, o que denota que estes são os grupos de maior incidência nos afastamentos da indústria automotiva brasileira.

Dentre o grupo M, nas espécies B31 e B91, a categoria responsável pelas maiores incidências de afastamentos foi o M75 (lesões de ombros), que representaram 21% dos afastamentos de B31 e 45% dos afastamentos de B91, considerando as análises destes grupos.

O grupo S, nas espécies B31 e B91, registrou o maior número de afastamentos na categoria S62 (fraturas em nível do punho e da mão) em ambas as espécies, com cerca de 17% dos afastamentos deste grupo em B31, enquanto que a espécie B91 registrou 24%.

A análise dos afastamentos previdenciários da espécie B31, no grupo F da CID-10 possibilitou a identificação de que a categoria F32, relacionada aos episódios depressivos, apresentaram 27% do total de afastamentos deste grupo, enquanto que no grupo G, da espécie B91, a categoria G56, síndrome do túnel do carpo, representou 94% do total de afastamentos desse grupo.

As análises que consideraram o gênero nos afastamentos previdenciários da indústria automotiva brasileira, entre os anos 2005-2013, revelaram que, na espécie B31, tanto as mulheres quanto os homens sofreram mais incidências de afastamentos no grupo M, com cerca de 31% e 39%, respectivamente. Dentre este grupo, tanto as mulheres quanto os homens sofreram os maiores afastamentos pela categoria M75, relacionadas as lesões de ombros.

Há divergência entre os gêneros no segundo grupo de maiores afastamentos em B31. Para as mulheres a categoria F32, relacionada aos episódios depressivos, representaram cerca

de 40% dos afastamentos deste grupo. Para os homens, o segundo maior grupo de afastamentos é o S, tendo como maior responsável o S62, fraturas ao nível do punho e da mão, com aproximadamente 17% dos afastamentos totais desse grupo.

O terceiro maior motivador de afastamentos na espécie B31 também difere entre os gêneros: as mulheres sofreram mais afastamentos pelo grupo O, tendo como maior responsável a categoria O20, com cerca de 46%, correspondente as hemorragias do início da gravidez; já os homens sofreram maiores afastamentos no grupo F, principalmente sobre os episódios depressivos (F32) que corresponderam ao percentual de 26%

A análise das maiores incidências de afastamentos da espécie B91 revelaram que, mulheres e homens foram categorizados nos mesmos grupos, sendo o primeiro a categoria M, seguido do S e do G.

No principal grupo de incidência de afastamentos em B91, o M, as mulheres e os homens, sofreram os maiores afastamentos na categoria M75, relacionada as lesões dos ombros, com o percentual de 40% de afastamentos entre as mulheres e, de 45% entre os homens, considerando os afastamentos desse grupo.

O segundo maior grupo de ocorrências de afastamentos em B91 corresponde ao S. As mulheres sofreram 17% dos afastamentos na categoria S92, fratura do pé, exceto tornozelo, e, os homens, sofreram 25% na categoria S62, fratura ao nível do punho e da mão, ambos considerando os afastamentos totais desse grupo.

As doenças do sistema nervoso propiciaram a terceira maior causa de afastamentos entre as mulheres e os homens, considerando a espécie B91. A categoria G56, relacionada as mononeuropatias dos membros superiores foram responsáveis pelo afastamento de 98% das mulheres e, por 93% dos homens considerando esse grupo.

A figura abaixo representa graficamente parte das conclusões do estudo que construiu o panorama dos adoecimentos e acidentes de trabalho na indústria automotiva brasileira, vejamos:

Figura 2: Panorama dos Adoecimentos e Acidentes de Trabalho na Indústria Automotiva. BRASIL: 2005-2013



Fonte: Elaboração própria, (SUIBE, 2016).

A pesquisa também evidenciou o tempo médio de afastamentos previdenciários nas espécies B31 e B91. O grupo de maior tempo médio de afastamentos em B31 entre as mulheres e homens se refere ao grupo das neoplasias (C), com média de 107 dias de afastamentos para as mulheres e 116 para os homens. Com relação à espécie B91, o maior tempo médio de afastamentos entre as mulheres ocorre no grupo T – traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo com 110 dias, já entre os homens está o grupo D que engloba algumas neoplasias e doenças do sangue, dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários, com média de 194 dias de afastamento.

No período temporal estudado, também foi analisado o grupo que conteve o maior tempo de afastamento. Na espécie B31, determinada mulher se afastou por 471 dias por doença osteomuscular do grupo M, enquanto que o maior registro de afastamento de um homem foi de 1080 dias decorrente do grupo N, relacionado às doenças do aparelho geniturinário. Na espécie B91, uma mulher se afastou pelo período de 453 dias decorrente de doença do sistema nervoso central (G) e, um homem, por 1885 dias decorrente de uma doença relacionada ao grupo M – doenças osteomusculares.

A análise da faixa etária permitiu a visualização das faixas etárias de maiores incidências de afastamentos. Com relação à espécie B31, 59% das mulheres se afastaram na faixa etária entre 25 a 39 anos de idade, enquanto 52% dos homens se afastaram mais entre 30

e 44 anos de idade.

Com relação aos afastamentos da espécie B91, cerca de 57% das mulheres estiveram na faixa etária de 25 a 39 anos, mesmo período de concessão de B31, o que evidencia que esta é a faixa etária de maior incidência nos afastamentos previdenciários da indústria automotiva brasileira. Os homens, por sua vez, sofreram maior concessão de benefícios por incapacidade entre a faixa etária de 30 a 44 anos correspondendo a 55% do total de afastamentos. Coincidentemente esta faixa etária é a mesma da espécie B31, ou seja, a faixa de 30 a 44 anos é a que mais afasta do trabalho os trabalhadores homens da indústria automotiva brasileira.

Finalizando essa pesquisa, foi estudado o quantitativo de afastamentos previdenciários considerando o grupo da CID-10, a faixa etária e o gênero. Foi possível identificar que, na espécie B31, os grupos M, S e F são preponderantes, quantitativamente, no que tange às ocorrências de afastamentos, sendo que a maior incidência compreende a faixa etária de 30 a 34 anos, tanto em homens como nas mulheres. Portanto, a faixa etária compreendida entre 30-34 anos é a que mais adoeceu no que concerne às manifestações do processo saúde-trabalho-doença nos afastamentos de B31.

A tabela abaixo apresenta um comparativo entre a média de empregos, produção e afastamentos previdenciários (B31 e B91) da indústria automotiva brasileira, no período temporal 2005-2013.

Tabela 40 – Comparativo entre Média de Emprego, Produção e Afastamentos Previdenciários da Indústria Automotiva Brasileira. BRASIL: 2005-2013

Ano	Média de Empregos	Produção de Veículos	Afastamentos B31	Afastamentos B91	Afastamentos Total
2005	1.406	2.585.120	6.120	517	6.647
2006	1.772 ↑	2.658.394 ↑	6.358 ↑	469 ↓	6.827 ↑
2007	2.533 ↑	3.045.166 ↑	5.537 ↓	1.462 ↑	6.999 ↑
2008	3.267 ↑	3.301.373 ↑	5.894 ↑	2.009 ↑	7.903 ↑
2009	3.423 ↑	3.249.692 ↑	5.612 ↓	1.738 ↓	7.350 ↓
2010	3.430 ↑	3.735.422 ↑	6.019 ↑	1.779 ↑	7.798 ↑
2011	3.209 ↓	3.524.300 ↓	6.599 ↑	1.626 ↓	8.225 ↑
2012	3.238 ↑	3.514.308 ↓	6.305 ↓	1.483 ↓	7.788 ↓
2013	3.415 ↑	3.837.029 ↑	6.844 ↑	1.611 ↑	8.455 ↑

Fonte: Elaboração Própria a partir do CNIS, ANFAVEA e SUIBE (2014)

É possível visualizar a evolução da média de empregos, produção e afastamentos previdenciários (B31 e B91) da indústria automotiva brasileira, no período temporal 2005-2013, o que permite identificar coincidências e discrepâncias entre tais informações, suscitando a curiosidade científica. Identificou-se também a necessidade de organização de

um sistema de informações com fins de vigilância à saúde do trabalhador, para além do ramo estudado nessa pesquisa.

A construção dessa pesquisa possibilitou uma aproximação à saúde dos trabalhadores na engrenagem automotiva, no sentido de que foi possível identificar os adoecimentos e acidentes de trabalho que geraram benefícios por incapacidade laborativa, entretanto, faz-se necessário ressaltar que não se esgotaram as possibilidades de análise, pelo contrário, é o início de uma longa trajetória de pesquisa.

Referências

- ALENCAR, Hermes Arrais. **Benefícios previdenciários**. São Paulo, 2009.
- ALVES, Giovanni. Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- _____. Prometeu adoecido: capitalismo global e degradação da pessoa humana-que-trabalha. **A Hýbris de Saturno: Precarização do trabalho, saúde do trabalhador e invisibilidade social**. Bauru: Práxis, 2015.
- ANFAVEA – Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores. **Anuário da Indústria Automobilística Brasileira 2014**. São Paulo: ANFAVEA/Cedoc, 2014a.
- _____. Press Release. Diretoria de Assuntos Institucionais e Imprensa. **Produção cresce 9,9% em 2013 e confirma recorde histórico**. São Paulo: ANFAVEA/Cedoc, São Paulo, 7 jan. 2014b. Disponível em: <http://www.anfavea.com.br/docs/07.01.14_PressRelease_Resultados_Dezembro2013.pdf>. Acesso em: 14 de abr. 2014.
- _____. **Indústria Automobilística Brasileira: 50 anos**. São Paulo: ANFAVEA, 2006. Disponível em: <<http://www.anfavea.com.br/50anos.html>>. Acesso em: 31/03/2016.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas: Cortez, 2006.
- ARAÚJO, Sílvia Maria de. **A indústria automobilística, o trabalho e o capital migrante em novas regiões produtivas brasileiras**. Revista Paranaense de Desenvolvimento. Curitiba, 2012.
- ARBIX, Glaucio; ZILBOVICIUS, Mauro. **De JK a FHC: a reinvenção dos carros**. São Paulo: Scritta, 1997.
- ARBIX, Glaucio. **Políticas do desperdício e assimetria entre público e privado na indústria automobilística**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 17, n. 48, fev. 2002. p.109-129.
- BRASIL. **Lei nº. 5316**, 14 set. 1967. Brasília, Diário Oficial da União, 1967.
- _____. **Lei nº. 8080**, 19 set. 1990. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.
- _____. **Lei nº. 8213**, 24 jul. 1991. Brasília, Diário Oficial da União, 1991.
- _____. **Lei nº. 9032**, 28 abr. 1995. Brasília, Diário Oficial da União, 1995.
- _____. **Lei nº. 9528**, 10 dez. 1997. Brasília, Diário Oficial da União, 1997.
- _____. **Decreto nº. 2172**, 05 mar. 1997. Brasília, Diário Oficial da União, 1997.
- _____. **Decreto nº. 2173**, 05 mar. 1997. Brasília, Diário Oficial da União, 1997.
- _____. **Decreto nº. 6042**, 12 fev. 2007. Brasília, Diário Oficial da União, 2007.
- _____. **Portaria nº. 1823**, 23 ago. 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, Diário Oficial da União, 2012.
- _____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Anuário estatístico de acidentes de trabalho – AEAT**. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Anuário estatístico da Previdência Social – AEPS / Anuário estatístico de acidentes de trabalho –**

AEAT. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador. **Manual de Acidentes de Trabalho.** Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em> 20/10/2014.

BRIDI, Maria Aparecida. **Ação coletiva e comissões de trabalhadores em plantas flexíveis:** o espaço da política. Curitiba: UFPR, 2008.

BUCHALLA, Cassia Maria. LAURENTI, Ruy Laurenti. **A família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde.** Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2010.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 2006.

CNAE - Classificação Nacional de Atividade Econômica. **Manual de Orientação da Codificação na CNAE Subclasses.** Publicação eletrônica, 2011. Disponível em <<http://subcomissaoacnae.fazenda.pr.gov.br/UserFiles/File/CNAE/Manual+CNAE+2-1+-+alterado+15-12-2011.pdf>>. Acesso em: 01/10/2014.

CNAE - **Classificação Nacional de Atividade Econômica: subclasses para uso da administração pública.** Versão 2.2 / Comissão Nacional de Classificação, Subcomissão Técnica para a CNAE-Subclasses [e] IBGE. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/classificacoes/cnae_2_2_subclasses/cnae2_2_subclasses.pdf. Acesso em 01/10/2014.

CONCLA - Comissão Nacional de Classificação. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Subclasses para uso da Administração Pública.** Publicação eletrônica, 2015. Disponível em < <http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/atividades-economicas/subclasses-da-cnae-2-1.html>>. Acesso em: 01/10/2014.

CORIAT, Benjamin. **Pensar pelo avesso:** o modelo japonês de trabalho e organização. Rio de Janeiro: Reavan, 1994.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 2007.

ENGELS, Friederich. Sobre o papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem. In: **A Dialética do Trabalho:** escritos de Marx e Engels. Volume I. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

FORD. História. Disponível em: <http://www.ford.com.br/ford/sobre-a-ford/historia>>. Acesso em: 31/03/2016.

GARFIELD, Jon. O trabalho alienado, stress e doença coronariana. In: Nunes, Everaldo Duarte (Org.). **Medicina Social:** aspectos históricos e sociais. São Paulo: Global, 1983.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

HARVEY, David. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1992.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Diferentes formas de apreensão das relações entre trabalho e saúde/doença. O Campo da Saúde do Trabalhador: aspectos históricos e epidemiológicos. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde Coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

- LANCMAN, Selma. **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.
- LAURELL, Ana Cristina. **A saúde-doença como processo social**. São Paulo: Global, 1993. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em: 25/10/2011.
- LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cassia Maria. **A família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Coletiva 18 (1), 2010. Disponível em http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%205-a.pdf. Acesso em: 15/08/2015.
- LAURETH, Waleska Camargo. **Acumulação flexível e ambiente de trabalho: acidentes de trabalho no setor automotivo paranaense**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Sociedade). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2008.
- LATIM-PORTUGUÊS. **Dicionário escolar latim-português**. Brasil: Ministério da Educação e Cultura, 1962. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001612.pdf>>. Acesso em: 10/02/2016.
- LIMA, Bruno Gil de Carvalho. A perícia médica do INSS e o reconhecimento do caráter acidentário dos agravos à saúde do trabalhador. In: MACHADO, Jorge; SORATTO Lúcia; CODO, Wanderley (Org.). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. São Paulo: Vozes, 2010.
- LUKÁCS, George. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1978. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/sem_pedagogica/fev_2009/bases_ontologicas_pensamento_atividade_homem_lukacs.pdf. Acesso em: 10/02/2016.
- MARX, Karl; ENGELS, Frederich. **A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MEINERS, Wilhelm Eduard Milward de Azevedo. **Implantação da indústria automotiva e novos contornos da região de Curitiba**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico). Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1999.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador**. São Paulo: Revista de Saúde Pública 25, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 17/08/2013.
- MENDES, René. **A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois**. In: Ramazzini, Bernardino. *As Doenças dos Trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública 13, 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 10/02/2015.
- NABUCO, Maria Regina; NEVES, Magda de Almeida; CARVALHO NETO, Antônio Moreira de (Orgs.). **Indústria automotiva: a nova geografia do setor produtivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. (Espaços do desenvolvimento).

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. Disponível em: <webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/.../Nardi_07.doc>. Acesso em: 10/03/2016.

NR4, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-4 – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Brasil: MTE, 2009.

OIT – Organização Internacional do Trabalho. **A prevenção das doenças profissionais**. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/safeday2013%20final_1012.pdf>. Acesso em: 04 maio 2013.

OLIVEIRA, Paulo Rogério Albuquerque de. **Fator Acidentário Previdenciário - FAP: uma abordagem epidemiológica**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-111326-342.pdf>. Acesso em 05/05/2015.

_____. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário Previdenciário – FAP: um novo olhar sobre a saúde do trabalhador**. Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ONU – Organização das Nações Unidas. **População mundial deve atingir 9,6 bilhões em 2050, diz novo relatório da ONU**. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/>>. Acesso em: 05/02/2015.

PADOVANI, Ednéia Botelho; PINTO, Geraldo Augusto. **Adoecimento e acidentes de trabalho na indústria automotiva brasileira**: um levantamento exploratório. Marília: IX Seminário do Trabalho, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: _____. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PINTO, Geraldo Augusto. **A máquina automotiva em suas partes: um estudo das estratégias do capital na indústria de autopeças**. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. Uma introdução à indústria automotiva. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. Gestão Global e Flexível: trabalho local e adoecido. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

RIGOTTO, Raquel Maria. **Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores**: uma aproximação promissora entre o verde e o vermelho. São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia, (4), 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SALERNO, Mário Sérgio et al. **A nova configuração da cadeia automotiva brasileira**. São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Departamento de Engenharia de Produção, 2002. (Pesquisa desenvolvida junto ao BNDES, pelo Grupo de Estudos em Trabalho, Tecnologia e Organização). Disponível em: <<http://pessoal.utfpr.edu.br/sermuniz/arquivos/CadeiaAuto.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

SAVIANI, Dermeval. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Rio de Janeiro: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva 17, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em 15/11/2013.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SINTESPAR – Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho do Estado do Paraná. **Relatório da Força Tarefa**, 2005. Disponível em: <http://www.sintespar.com.br/montadoras.html> Acesso em 23/04/2015.

SUIBE – Sistema Único de Informações de Benefícios. **Levantamento quantitativo de trabalhadores afastados: tabelas**. Gerado em: 12 abr. 2013 (Sistema disponível para consulta interna do INSS, Gerência Executiva – Curitiba).

VIGEVANI, Tullo; VEIGA, João Paulo Candia. A integração regional do Mercosul. In: ARBIX, Glauco; ZILBOVICIUS, Mauro. (Orgs.) **De JK a FHC: a reinvenção dos carros**. São Paulo: Scritta, 1997.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. A construção social da invisibilidade das doenças e mortes relacionadas ao trabalho. In: ALVES, Giovanni; VIZZACCARO-AMARAL, André Luis; CHAPADEIRO, Bruno. **A Hýbris de Saturno: Precarização do trabalho, saúde do trabalhador e invisibilidade social**. Bauru: Praxis, 2015.