UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

KÉLIN GERUSA PETERS FRANCO

INCIDÊNCIA DE MORBIDADES E ANÁLISE DE CUSTOS EM SEGURADOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL AFASTADOS DO MERCADO DE TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE MAIOR PORTE POPULACIONAL NO ESTADO DO PARANÁ: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

PONTA GROSSA

2019

KÉLIN GERUSA PETERS FRANCO

INCIDÊNCIA DE MORBIDADES E ANÁLISE DE CUSTOS EM SEGURADOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL AFASTADOS DO MERCADO DE TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE MAIOR PORTE POPULACIONAL NO ESTADO DO PARANÁ: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Márcia Regina Carletto

Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Müller

PONTA GROSSA

2019

Ficha Catalográfica

Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

Franco, Kélin Gerusa Peters

F824 Incidência de morbidades e análise de custos em segurados pela previdência social afastados do mercado de trabalho em municípios de maior porte populacional do Estado do Paraná: uma visão interdisciplinar / Kélin Gerusa Peters Franco Ponta Grossa, 2019.

107 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Márcia Regina Carletto.

Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Müller.

1. Saúde do trabalhador. 2. Afastamento. 3. Custo social. I. Carletto, Márcia Regina. II. Müller, Erildo Vicente. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 613.62

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia Fernandes Bertholino dos Santos- CRB9/986

KELIN GERUSA PETERS FRANCO

INCIDÊNCIA DE MORBIDADES E ANÁLISE DE CUSTOS EM SEGURADOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL AFASTADOS DO MERCADO DE TRABALHO EM MUNICÍPIOS DE MAIOR PORTE POPULACIONAL NO ESTADO DO PARANÁ: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 11 de março de 2019.

Profa. Dra. Márcia Regina Carletto – Orientador
Doutora em Educação Cientifica e Tecnológica
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Doutor em Odontologia
Universidade Federal do Paraná

Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais José Eulírio e Teresinha.

E aos meus filhos Maria Eduarda e João Miguel.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora do Perpétuo Socorro pela proteção e pela força concedida na concretização desse sonho.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Márcia Regina Carletto pela possibilidade de integração ao novo ambiente, pelo estímulo à pesquisa, pela confiança, pela amizade, pelo cuidado e pelos conselhos.

Ao Prof. Dr. Erildo Vicente Muller, meu coorientador, agradeço por todos os ensinamentos ministrados nos encontros por ocasião desse estudo.

Aos meus pais, Teresinha e José, minhas bases, minha imensa gratidão, meu respeito, minha admiração e minha devoção. Obrigada por tanto amor, por cada oração, pelo cuidado dispensado aos meus filhos nos momentos decisivos. Enfim, por tudo o que sou.

Ao meu marido, pela sua incansável boa vontade, incentivando-me a prosseguir, desempenhando muitas vezes o papel de “pai e mãe”. Enfim, por estar incessantemente ao meu lado.

Aos meus filhos, Maria Eduarda e João Miguel, que com toda a pureza de criança sempre me incentivaram, motivando-me a cada dia. Obrigada por existirem em minha vida!

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, incluindo familiares, amigos, professores, colegas de mestrado e de trabalho.

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

(Robert Collier)

FRANCO, Kélin Gerusa Peters. **Incidência de morbidades e análise de custos em segurados pela previdência social afastados do mercado de trabalho em municípios de maior porte populacional no estado do Paraná: uma visão interdisciplinar.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.

RESUMO

Morbidades que afetam uma população em idade produtiva, além de interferir sua qualidade de vida (QV), inviabiliza a condição de retorno social deste cidadão. A metodologia utilizada neste estudo foi quantitativa de natureza observacional realizada com dados secundários dos municípios do Estado do Paraná com mais de duzentos mil habitantes. Dados estes fornecidos pela Previdência Social de Ponta Grossa referente ao ano de 2016, para auxílio-doença previdenciário, extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) totalizando 51.752 segurados. O objetivo da pesquisa foi descrever a incidência de morbidades e análise de custos responsáveis pelo afastamento dos trabalhadores de suas funções laborais. Os achados deste estudo indicam que a maior ocorrência que gera afastamento do mercado de trabalho, foram as lesões e causas externas (capítulo XIX) com 23,6% do total dos afastamentos; a segunda maior incidência correspondem as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) com 18,9%; a terceira mais frequente corresponde aos transtornos mentais e comportamentais (capítulo V) com 10,5% do total de afastamentos para os municípios pesquisados. O capítulo com maior média de duração e maior custo, foi o capítulo II da CID 10 referente as neoplasias. É possível relatar que para os municípios estudados, as mulheres têm maior frequência no número total de afastamentos do mercado de trabalho com 52,4%, porém com custo geral menor e que, o percentual total de afastamento para ambos os gêneros até os 50 anos, é de 69,9%. Considera-se que algumas morbidades “evitáveis” trazem decido ao curso prolongado, requerem maior aporte de recursos financeiros governamentais destinados ao segurado. Assim, conclui que há a necessidade de potencializar ações de intervenção interdisciplinares com vistas a redução da incidência de absenteísmo por morbidades, das ocorrências de situação de risco e licenças por doenças a partir da educação e promoção da saúde, para melhor atenção à saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Afastamento. Custo Social.

FRANCO, Kélin Gerusa Peters. **Incidence of morbidities and costs analysis of social security insured people absented from the labor market in larger cities in the State of Paraná: an interdisciplinary vision.** Dissertation (Master of Health Sciences) – State University of Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.

ABSTRACT

Morbidities that affect a population of productive age, besides interfering with their life quality (LQ), make the condition of social return of this citizen impossible. The methodology used in this study was quantitative of an observational nature, carried out with secondary data from the cities in the State of Paraná with more than two hundred thousand inhabitants. Data were provided by the Social Security of Ponta Grossa in the year of 2016, for social security sickness benefits, extracted from the Unified Benefit Information System (UBIS) totalizing 51,752 insured people. The objective of this research was to describe the incidence of morbidities responsible for the absence of workers from their work functions. The findings of this study indicate that the greatest occurrence that generates an absence from the labor mark were injuries and external causes (Chapter XIX), with 23.6% of all absences; the second highest corresponds to osteomuscular and connective tissue diseases (Chapter XIII) with 18.9%; the third most frequent is mental and behavioral disorders (Chapter V) with 10.5% of the total number of absences for the cities surveyed. The chapter with the highest mean duration and highest cost was Chapter II CID 10 referring to neoplasms. It is possible to report that for the cities studied, women have a higher frequency in the total number of absences from the labor market with 52.4%, but with lower overall cost and that the total percentage of absences for both genders up to 50 years is 69.9%. It is considered that some "avoidable" morbidities bring the long course to a higher level of government financial resources destined to the insured. Thus, it concludes that there is a need to strengthen interdisciplinary intervention actions with a view to reducing the incidence of absenteeism due to morbidities, occurrences of risk situations and licenses for diseases from education and health promotion, to better care for workers' health.

Keywords: Worker’s health. Absence. Social Cost.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Relação entre a QV e os conceitos de saúde.....	25
Figura 2 -	Sistema que compõe a política social brasileira.....	27
Figura 3 -	Quantidade de benefícios concedidos no Brasil de janeiro a dezembro 2016.....	37
Figura 4 -	Total de segurados do INSS de acordo com as faixas etária e gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016	51
Figura 5 -	Média do custo total dos afastamentos (R$) por auxílio doença previdenciário, dos segurados do INSS, segundo o município avaliado acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016	63
Figura 6 -	Total de segurados do INSS, por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.....	73
Quadro 1 -	Principais diferenças entre o auxílio-doença comum e o acidentário.....	34
Quadro 2 -	Capítulos, descrição e códigos da CID 10.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cidades com mais de duzentos mil habitantes do estado do Paraná..... 44

Tabela 2 - População Economicamente Ativa (PEA), por tipo de domicílio, sexo, principal atividade econômica, salário médio mensal em 2016 e expectativa de vida nos municípios de maior porte do Estado do Paraná, segundo o censo demográfico de 2010..... 49

Tabela 3 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com faixa etária e gênero, nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 50

Tabela 4 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias para gênero feminino nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 52

Tabela 5 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias para gênero masculino nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 53

Tabela 6 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre as mulheres nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 55

Tabela 7 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre os homens nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 57

Tabela 8 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com o gênero, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e o custo total do afastamento (R$) nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 59

Tabela 9 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016..... 60

Tabela 10 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e do custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário, segundo o ramo de atividade do segurado nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 60

Tabela 11 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com o município avaliado e o ramo de atividade nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 ... 61

Tabela 12 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, de acordo com o município, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e custo total do afastamento (R$) nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 62

Tabela 13 - Média e desvio-padrão do custo dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário, dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado e gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016 63

Tabela 14 - Média e desvio-padrão do custo dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário, dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado e ramo de atividade nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016 65

Tabela 15 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e do custo total do afastamento (R$), segundo o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 ... 67

Tabela 16 - Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016 70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CERESTs	Centros de Referência de Saúde do Trabalhador
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Internacional de Doenças
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COPERPS	Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social
CRP	Centros de Reabilitação Profissional
DAR	Doenças Respiratórias Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDB	Data de Despacho do Benefício
DIB	Data de Início do Benefício
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DNPS	Departamento Nacional de Previdência Social
GPS	Guia da Previdência Social
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LEC	Lei Elói Chaves
LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
QV	Qualidade de Vida
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RMI	Renda Mensal Inicial
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15
1 INTRODUÇÃO 16
2 REVISÃO DA LITERATURA .....
2.1 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NO BRASIL 19
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR 21
2.2.1 Absenteísmo 23
2.3 QUALIDADE DE VIDA 24
2.4 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 (CF/1988) 26
2.5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) 27
2.5.1 Princípios doutrinários do SUS 29
2.6 SEGURIDADE SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS) 29
2.7 AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO E ACIDENTÁRIO 32
2.8 PREVIDÊNCIA SOCIAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL 35
2.9 CUSTOS FINANCEIROS E SOCIAIS 36
2.10 VISÃO INTERDISCIPLINAR 38
3 JUSTIFICATIVA 41
4 OBJETIVOS 42
5 MATERIAIS E MÉTODO .....
5.1 MÉTODO DE ABORDAGEM 43
5.2 DELINEAMENTO 43
5.3 LOCAL DO ESTUDO 44
5.4. POPULAÇÃO 44
5.5 AMOSTRA 44
5.6 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO 45
5.6.1 Variáveis independentes 45
5.6.2 Variáveis dependentes 45
5.7 COLETA DOS DADOS 47
5.8 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS 47
5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 47
5.9.1 Critérios de inclusão da pesquisa 47

6 RESULTADOS 48
7 DISCUSSÃO .....
7.1 PRINCIPAIS MORBIDADES QUE LEVAM AO AFASTAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO 74
7.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 78
7.3 TEMPO E O CUSTO MÉDIO DE AFASTAMENTO PARA AS MORBIDADES DE MAIOR INCIDÊNCIA..... 81
7.4 PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR..... 88
8 CONCLUSÕES 91
REFERÊNCIAS..... 92
APÊNDICE A - Solicitação Previdência Social para fornecimento de dados 102
ANEXO A - Autorização Previdência Social para fornecimento de 104
ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP 105

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em licenciatura plena em Educação Física (UEPG) e especialista em Fisiologia do Exercício (PUC/PR). Minha motivação para ingressar no mestrado de Ciências da Saúde e realizar este estudo, foi despertada por meio do trabalho que realizo no Serviço Social da Indústria (SESI). Meu trabalho é voltado para a promoção da saúde, com vistas a tornar os trabalhadores mais saudáveis, com melhor qualidade de vida e, consequentemente, mais produtivos e as indústrias cada vez mais competitivas.

Também sou professora no ensino superior para o curso de bacharelado em Educação Física. Acredito que meu papel como docente é contribuir para que os profissionais sejam cada vez mais capazes de atender as necessidades das pessoas de forma integrada, apresentando visão holística e, ao mesmo tempo, focada no desenvolvimento de uma comunidade mais saudável.

Desse modo, pretendo, por meio da pesquisa aqui apresentada, contribuir para a mudança de paradigma no desenvolvimento de soluções integradas, para prevenção da incapacidade (problemática dos afastamentos e do retorno ao trabalho), e para a construção de uma sociedade cada vez mais sustentável e protagonista de suas ações, com pessoas conscientes e ativas em busca de autocuidado constante e, consequentemente, o aumento da longevidade produtiva de forma plena.

Boa leitura a todos!

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o aumento da expectativa de vida fez emergir um cenário de mudança em alerta à saúde, antes voltado vigorosamente para a questão do adoecimento, sobretudo, no que se refere à saúde pública, para um processo de desenvolvimento de cuidados em prol da promoção da saúde, o que requer maior entendimento sobre a saúde e seus determinantes sociais, além dos métodos de abordá-la (SESI, 2016).

Segundo Campos (2006), a saúde coletiva estabelece ponderações como um campo de saberes e práticas e se faz vigente em muitos trabalhos ao longo dos anos, devido à frequente necessidade no trato de novos problemas, que definiram a sua institucionalização no final dos anos 70 e seu percurso até os dias atuais.

Então, em 1988, a Constituição Federal instituiu um novo modelo de Seguridade Social, sendo que a reabilitação física passou a ser atribuição do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que a reabilitação profissional continuou sob o respaldo do Ministério da Previdência Social. (BRASIL, 2013, p. 03)

Como garantia de atendimento às demandas atuais, a portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde, que destaca a necessidade de aprofundar o processo de regionalização da saúde como método essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2006). O art. 2º portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) define que “os princípios, as diretrizes e as estratégias devem ser observados pelas três esferas de gestão do SUS (promoção, proteção e recuperação), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador” (BRASIL, 2012).

De acordo com os autores Ouverney e Noronha (2013); IBGE (2014); e, Pereira e Barata (2014), pode-se afirmar que as transformações no perfil sociodemográfico epidemiológico nas últimas décadas, como: o crescimento de doenças crônicas em uma população ainda jovem e em idade produtiva, a alimentação não saudável, podem ser consequências relacionadas ao estilo de vida, dentre outros fatores comportamentais que são prejudiciais à saúde, e evidenciam a necessidade de uma reavaliação das propostas organizacionais aos modelos assistenciais.

Similarmente, a convergência dos processos de transição demográfica e epidemiológica ampliam os gastos atuais com redes de atenção à saúde, sobrecarregando o sistema financeiro e social, com o comprometimento da sua sustentabilidade (PEREIRA; BARATA, 2014).

Além disso, Ouverney e Noronha (2013, grifo nosso) afirmam que o Brasil, sem deixar inteiramente para trás as "**doenças da pobreza**" (malária, esquistossomose, tuberculose, entre outras) definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) como "doenças infecciosas da pobreza", mas são também conhecidas como "doenças tropicais" ou "doenças negligenciadas", já se vê frente a frente com o amplo predomínio das doenças crônico-degenerativas (diabetes, arteriosclerose, hipertensão, doenças cardíacas, câncer, entre outras), agravado por um elevado contingente de causas externas como, hábitos alimentares, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e sedentarismo, corroborando com o perfil de morbimortalidade, o que exige cada vez mais cuidados contínuos e interdisciplinares.

Em virtude da necessidade de entendimento aprofundado do tema proposto, esta pesquisa foi organizada por assuntos considerados fundamentais e estruturada da seguinte forma:

Na primeira seção, por meio de revisão da literatura, apresentam-se dados sobre a prevalência de doenças no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Elas se desenvolvem no decorrer da vida, são de longa duração e influenciam diretamente na saúde do trabalhador, assunto seguinte, que aborda as condições estabelecidas entre a vida pessoal e profissional do indivíduo e que têm relação direta no processo de saúde-doença, uma vez que essas condições reduzem a qualidade de vida (QV) da classe trabalhadora e, consequentemente, aumentam os índices de presenteísmo[1], absenteísmo e afetam o desenvolvimento socioeconômico sustentável, que depende de um trabalhador saudável tanto no aspecto físico quanto mental.

Do mesmo ponto de vista, no que tange à Constituição Federal de 1988, (CF/1988) aprofundou-se a pesquisa no Sistema Único de Saúde (SUS) e na

[1] Presenteísmo é um fenômeno se caracteriza pela presença do empregado ao trabalho, sem que este produza na plenitude de sua capacidade. PEREIRA, N. C. **Presenteísmo odontológico: conhecendo um instrumento de pesquisa para mensuração e avaliação**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

seguridade social (INSS). Ainda na fundamentação teórica, apresenta-se a visão interdisciplinar, que é discutida por Philippi Jr e Fernandes (2015), como um processo de integração e produção do conhecimento, voltado aos fenômenos complexos, no âmbito do sistema científico, tecnológico e de inovação, mostrando que todos os sistemas estão em permanente estado de interação e de interdependência. Da mesma forma, amplia a possibilidade que grupos de doentes sejam tratados de acordo com a multicausalidade da doença de maneira integral.

Assim sendo, a saúde da classe trabalhadora como fenômeno complexo que é, apresenta diversas dimensões, e requer que se leve em consideração as informações relativas de todas as limitações (VILELA, 2003), pois tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito coletivo (CAMPOS, 2006).

Na segunda seção, destaca-se a relevância da presente pesquisa, bem como o objetivo geral e os objetivos específicos. A terceira seção destina-se ao relato da metodologia empregada para coleta e análise dos dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) do município de Ponta Grossa - Paraná, dados esses extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE).

Os resultados são apontados na quarta seção e descrevem a incidência de morbidades que levam ao afastamento do mercado de trabalho de acordo com o capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), tempo médio de afastamento e custo social em municípios de maior porte populacional do estado do Paraná, no ano 2016. Na quinta e sexta seções, respectivamente, são apresentadas a discussão e as conclusões.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo, será apresentado o referencial teórico, que contempla: a prevalência de doenças no Brasil, saúde do trabalhador, absenteísmo, QV, CF/1988, SUS e seus princípios doutrinários, seguridade social, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), auxílio-doença acidentário e previdenciário, reabilitação profissional, custos financeiros e sociais e visão interdisciplinar.

2.1 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NO BRASIL

As DCNT acarretam milhões de óbitos em todo o mundo. Para o período de 2010 a 2020, as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam um crescimento de 15% na mortalidade por esse grupo de causas (WHO, 2011). Nas últimas décadas, as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) da década de 80 (OPAS, 2018).

> As DCNT compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves (relações), leve-duras (saberes estruturados) e duras (recursos materiais), associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013 p. 04).

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), compreendem as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (DAR), diabetes mellitus e neoplasias, são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade), Bankoff et al., (2013); (WHO, 2014, apud MALTA et al., 2017, p.2). Além disso, “estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais

expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças” (MALTA et al. 2017, p.2)

Uma vez que as DCNT são responsáveis pela maioria das mortes prematuras no mundo, o mesmo pode ser evidenciado no Brasil. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde apontou uma lista das dez principais causas de óbitos no Brasil, são elas: 1) doenças do coração e aparelho respiratório, 2) câncer (neoplasias), 3) agressões, acidentes de transporte e outras causas externas, 4) pneumonia e outras doenças respiratórias, 5) diabetes e outras doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 6) doenças do fígado e do aparelho digestivo, 7) infecção generalizada e outras doenças infecciosas e parasitárias, 8) insuficiência renal e outras doenças do aparelho geniturinário, 9) mal de Alzheimer e doenças do sistema nervoso e 10) mortes durante a gravidez ou primeiros dias de vida. Logo abaixo, são apresentadas as três doenças com maior número de ocorrências,

> 1. Doenças do coração e aparelho respiratório
> Em 2014, foram registradas 340.284 mortes relacionadas a doenças do aparelho circulatório. Desses óbitos, a maior parte foi em decorrência de doenças isquêmicas (107.916 mortes), seguidas por doenças cerebrovasculares (99.289), infarto agudo do miocárdio (87.234) e doenças hipertensivas (45.776).
> 2. Neoplasias (câncer)
> O levantamento apontou que, em 2014, mais de 200 mil brasileiros foram vitimados pelo câncer. Do total de 201.968 mortes dos óbitos pela doença, 25.427 foram em decorrência de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, 16.326 foram por conta do câncer de cólon, reto e ânus, 14.786 de câncer de mama e 14.028 de câncer de estômago.
> 3. Agressões, acidentes de transporte e outras causas externas.
> Os dados mostraram que houve 156.942 mortes por conta das chamadas "causas externas de morbidade e mortalidade". O maior número de óbitos se deu por conta de agressões (59.682 mortes), em seguida, acidentes de transporte (44.823) e quedas (13.327).
> (BRASIL, SIM, 2018).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco e tem como objetivo, “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011, p. 13). As DCNT em sua grande

maioria ocorrem devido a fatores de risco evitáveis e que interferem diretamente na saúde no trabalhador.

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador é um conjunto de condições estabelecidas entre a vida pessoal e profissional, que tem relação direta no processo de saúde-doença. A OMS define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2018b).

Ainda como apregoado pela OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador, atualmente e no futuro, são os problemas de saúde ocupacional, ligados [...] ao envelhecimento da população trabalhadora (aumento da expectativa de vida e redução de natalidade), problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos) e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens, como por exemplo, adoecimento mental, estresse, entre outras (OPAS, 2018).

Entretanto, a pesquisa realizada por Mendes et al., (2015) aponta que:

> [...] Os principais casos de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho atendidos pelos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTs) são: a) lesões por esforço repetitivo, adoecimento mental, intoxicação pelo uso de agrotóxicos, acidente com material biológico, problemas musculoesqueléticos relativos ao trabalho infantil; b) doença da folha verde (tabaco); c) depressão (indivíduos que trabalham com agrotóxicos); d) acidentes graves e fatais e de trânsito (MENDES et al., 2015, p.198)

Logo, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) foi instituída pela Portaria nº 1.679/2002/GM/MS, com o propósito de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente de vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2002b). Em 2005, foi publicada a Portaria nº 2.437/GM/MS com a finalidade de ampliar e fortalecer a RENAST por meio de: organização de serviços e municípios-sentinela; implementação de ações de vigilância e promoção da saúde; fortalecimento do controle social; e, aumento do repasse financeiro. Nessa portaria, houve a recomendação de que todos os estados da Federação passassem a nominar os

centros de saúde do trabalhador como Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), oficializando esta nomenclatura (BRASIL, 2005).

Cabe aos CEREST, por meio, da portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho em especial, mas não exclusivamente aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) ou de notificação compulsória (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) que compõe o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio do art 2º da portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade por meio da correlação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho por intermédio da análise dos fatores imprescindíveis e condicionantes de danos à saúde do trabalhador, com objetivo maior de vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho que estejam favorecendo a perda de saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2012).

Segundo Mendes et al. (2015, p.200), “um dos principais desafios está no reconhecimento e na identificação do usuário como trabalhador, uma vez que ele já é atendido no serviço, mas destituído dessa identidade”, é frágil a articulação dos CEREST com os serviços de atenção básica, uma vez que faltam diretrizes concretas para que ocorra a vigilância de saúde do trabalhador no SUS. Acrescenta-se que o desenvolvimento socioeconômico sustentável, depende de um trabalhador saudável, tanto no aspecto físico, quanto mental.

A promoção da saúde é um processo importante que não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também àquelas direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, o que possibilita ao trabalhador aumentar o controle sobre determinantes da sua saúde (SANTOS, 2017b). Da mesma forma que, “trabalhadores saudáveis, podem contribuir para o desenvolvimento das

instituições de modo a proporcionar ganhos de produtividade, sem perder de vista os cuidados com a saúde” (SOUSA, 2013 p.48).

A melhoria geral da saúde dos trabalhadores garante a redução do absenteísmo, maior satisfação no trabalho, melhor QV, contribui positivamente, tanto para produtividade, quanto para a sociedade como um todo, pois 45% da população mundial faz parte da força de trabalho (OPAS, 2018).

2.2.1 Absenteísmo

O absenteísmo é a ausência do trabalhador no ambiente de trabalho por inúmeros motivos não programados, tendo como principais causas apontadas na literatura, as doenças e problemas de saúde, prejuízos à saúde mental, maternidade ou paternidade (acompanhamento médico de incapaz), falta de motivação, processo de seleção ineficiente, entre outras (MAHAYRI, 2004; DIAS, 2005; BRASIL, 2018c).

De acordo com Couto (1982), existem diferentes tipos de absenteísmo, e podem ser destacados da seguinte maneira: a) absenteísmo voluntário - é a ausência do trabalho, por razões particulares. Portanto, trata-se de ausência não justificada, sem amparo legal, de exclusiva responsabilidade do trabalhador; b) Absenteísmo por doença - inclui todas as ausências por doenças, diagnosticadas por procedimento médico ou odontológico; c) Absenteísmo por patologia profissional - compreende as ausências por acidente de trabalho ou doença profissional; d) Absenteísmo legal - aquelas faltas ao serviço amparadas em lei, como licença maternidade, nojo (luto), gala, doação de sangue e serviço militar; e) Absenteísmo compulsório - falta ao trabalho por imperativo de ordem legal, ainda que o trabalhador não deseje, tais como: suspensão imposta pela chefia, prisão, etc. Ou outro motivo que não permita ao trabalhador chegar ao seu local de trabalho.

Entretanto, Dias (2005) adverte que ausências justificadas em decorrência de direitos legais como: férias, licenças médicas e luto, por exemplo, não são consideradas como absenteísmo. Revelando que há distinção entre absenteísmo voluntário (frequência) e involuntário (tempo perdido).

O que se perde com o absenteísmo, é difícil de mensurar, pois há uma infinidade de fatores envolvidos. Sendo assim, afirma-se que a QV do trabalhador sofre influência direta das causas de absenteísmo. Como por exemplo, fatores

ligados à insatisfação com o trabalho, problemas pessoais e/ou domésticos, doenças e/ou lesões.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Conforme já apresentado, a melhoria geral da saúde dos trabalhadores garante maior satisfação no trabalho e melhor QV. A expressão “qualidade de vida” relacionada à saúde (Health Related Quality of Life – HRQOL) tem sido utilizada como um conceito “guarda-chuva” que abriga um conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista, ou seja, capacidade de executar as atividades da vida diária (FLECK et al., 2008, p.22).

Este termo foi apresentado em 1964, em uma alocução presidencial nos Estados Unidos da América, por Lyndon Johnson, quando declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”, referindo-se ao sentido de prezar por parâmetros além da gestão de sintomas, da atenuação da mortalidade ou elevação da expectativa de vida da população. Está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e de sentir-se bem (FLECK et al., 1999). No Brasil, logo após a criação do SUS, o termo foi aplicado, apontando como foco, especialmente, os pacientes usuários do mesmo (LANDEIRO et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (OGATA, 2009, p.05). Sendo assim, “condição de saúde” deve ser considerada como um dos domínios de QV e não como sinônimo.

Nessa definição, a OMS toma como base uma natureza multifatorial da QV, considerando seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de QV de cada indivíduo. Domínios esses categorizados em: **saúde física** (dor e desconforto, energia e fadiga, capacidades e limitações), **psicológica** (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), **nível de independência** (mobilidade, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho), **relações sociais** (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), o **meio ambiente**

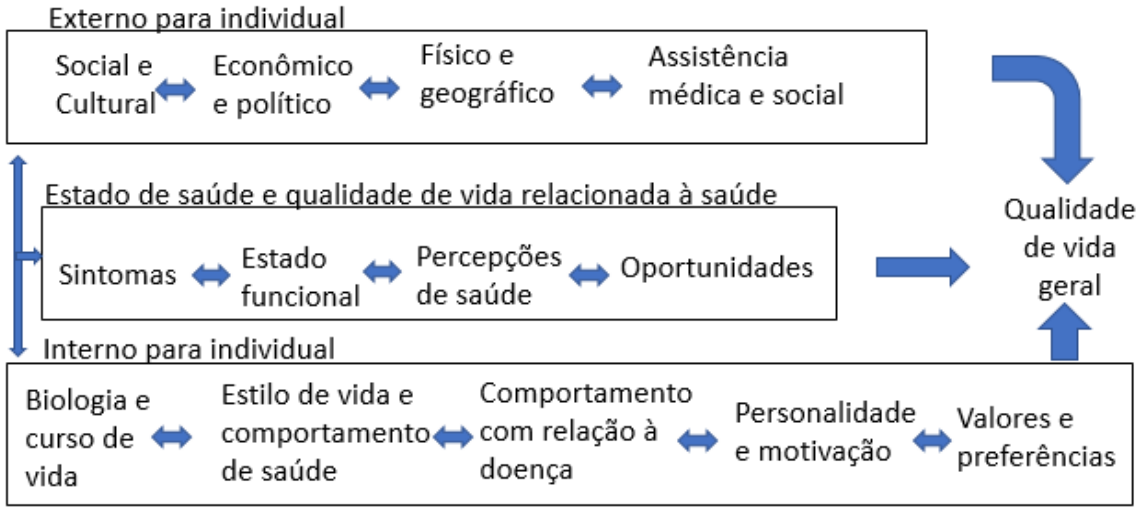
(segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), transporte e **padrão espiritual** (LANDEIRO et al., 2011; PEDROSO, 2012, grifo nosso).

Segundo Fleck et al. (2008), ainda se pode acrescentar três aspectos fundamentais sobre este constructo: subjetividade, multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas. Belasco e Sesso (2006) afirmam que inúmeros significados vão sendo associados para o entendimento da qualidade de vida, vindo ao encontro das perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas, ambientais e de saúde pública.

Diante disso, os pesquisadores Belasco e Sesso (2006); Fleck et al. (2008); Landeiro et al. (2011) e Pedroso (2012) parecem concordar que QV é um conceito amplo, dinâmico, que está em constante mudança, pois está diretamente ligado aos domínios citados anteriormente: subjetivo, combina a presença de emoções positivas e a ausência de emoções negativas e, polissêmico, visto que só pode ser descrito pelo próprio indivíduo, está relacionada com os objetivos e as metas de cada indivíduo e a capacidade de identificar e atingir esses objetivos.

Como forma de demonstrar a correlação e a influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos para a qualidade de vida em geral, Fleck et al. (2008), apresentam na figura 1 a seguir:

Figura 1 - Relação entre a QV e os conceitos de saúde



Fonte: FLECK et al. (2008, p. 36)

Com base no que foi encontrado na literatura anteriormente citada, pode-se afirmar que a QV geral está interligada diretamente ao estado de saúde, sendo ele externo para individual e/ou interno para individual, o que torna possível avaliar a QV por meio do grau em que uma pessoa aprecia (a sensação de satisfação ou percepção de alcance de algumas expectativas) as possibilidades (resultantes das oportunidades e limitações de cada um) de sua vida.

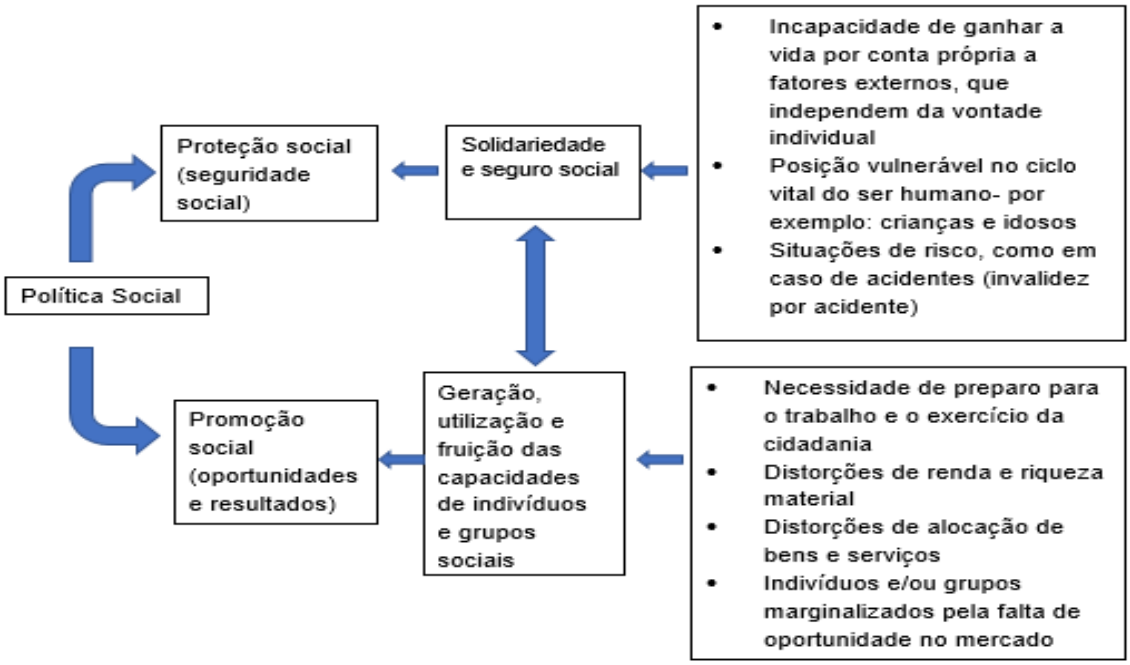
Em vista disso, pode-se afirmar que a saúde e QV do trabalhador recebeu maior “atenção” após o estabelecimento da CF/1988, que é destinada a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça.

2.4 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 (CF/1988)

A CF/1988 estabeleceu o sistema de seguridade social, composto pelos subsistemas saúde, previdência social e assistência social. O caput do art. 194 da CF/1988 estabelece que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Para cumprir a tarefa de apresentar e analisar o sistema montado no Brasil de modo claro e objetivo, sem abrir mão de sua complexidade, a CF/1988 propõe que a política social busque dois grandes objetivos: 1) proteger o cidadão frente aos riscos e aos fatores que, independentemente da sua vontade, podem lançá-lo em situações de dependência ou vulnerabilidade; e, 2) promover a geração de oportunidades e de resultados, como instrumento de justiça e equidade (BRASIL, 2010a), conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2 – Sistema que compõe a política social brasileira.



Fonte: BRASIL, IPEA 2010.

Mediante o exposto, no que tange à CF/1988, aprofundou-se a pesquisa no sistema único de saúde e na seguridade social (INSS).

2.5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A constituição do SUS se deu “no período anterior a 1930 e caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional – assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições” (BRASIL, CONASS, 2011, p. 12).

A partir do final dos anos 50, inicia–se no Brasil um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de “modernização” do setor de saúde (BRASIL, CONASS, 2011), no qual a sociedade rural sofreu mudanças importantes com o desenvolvimento industrial, o que gerou agravos na saúde da população, com o aumento da proliferação de doenças (GONÇALVES, 2014).

Em seguida, nos anos 70, consolida–se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da assistência médica da Previdência e o esvaziamento da “saúde pública” (BRASIL, CONASS, 2011). Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos

em três categorias, a saber: “os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito à assistência prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os que não tinham nenhum direito” (BRASIL, 2002a, p. 12).

Por outro lado, com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se revelar a partir de meados da década de 70, fez surgir, em 1983, no plano político–institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), convertendo-se em uma tática de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, CONASS, 2011).

Dessa forma, criou-se na Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, também conhecida como “constituição cidadã”, nos artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS), representando o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e o processo de democratização da saúde (GONÇALVES, 2014). Nesse contexto, a Constituição Cidadã passa a definir que “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Corroborando com o definido na CF/88, a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, fundamenta a proposta de saúde como direito de todos, ao mesmo tempo em que constituiu o SUS em seu artigo 4º, como o [...] “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” [...] (BRASIL, 1990). Ainda, aponta sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (GONÇALVES, 2014).

Inicia-se, assim, um “sistema de atenção que oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, tendo como única exigência que o paciente seja cidadão brasileiro” (GONÇALVES, 2014, p. 15). Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios (BRASIL, 2018c). Para que isso seja garantido os Princípios Doutrinários do SUS devem ser seguidos.

2.5.1 Princípios doutrinários do SUS

Segundo Mendes e Vasconcellos (2015, p.885), “os princípios doutrinários do SUS são aqueles que traduzem a ideologia do novo modelo de saúde proposto para o país, reiterando o seu alcance e a forma de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos”. Os princípios doutrinários do SUS apresentados na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 7º dos princípios e diretrizes, asseguram a identidade do sistema e seus objetivos e são apresentados da seguinte maneira (BRASIL, 2018c, grifo nosso):

Universalidade: neste princípio, destaca-se que todas as pessoas devem ter o mesmo atendimento, não devendo haver distinção em relação ao grupo de pessoas, nem de serviços prestados, pois é direito de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito.

Equidade: este princípio significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Em outras palavras, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.

Integralidade: este princípio considera as pessoas de forma integral, atendendo a todas as suas necessidades em todos os níveis de complexidade do sistema. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação interdisciplinar e intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. É neste sentido que se afirmou a garantia do acesso à Assistência Social a todos os que dela necessitarem.

2.6 SEGURIDADE SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL (INSS)

Ao longo da história, a seguridade social compreende um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social. De acordo com Silva (2015); Fleury e Ouverney (2008), pode-se citar a Grécia com a formação de sociedades

de mútua ajuda, Roma com aposentadoria para os soldados, por meio da arrecadação de parte do salário durante idade produtiva e a Prússia, atual Alemanha, em 1883, que instituiu o primeiro sistema de seguro social por chanceler Otto Von Bismarck, tendo sinal eminentemente político.

> As Leis idealizadas por Bismarck foram gradativamente sendo implantadas. Em 1883, a Lei do seguro-doença, custeada pelo empregado, empregador e Estado; em 1884, a Lei do Acidente de trabalho, custeada pelos empregados; 1889, com a Lei do seguro invalidez e idade, custeada pelos trabalhadores, empregadores e Estado (SILVA, 2015, p. 04).

Além desses países, México em 1917, União Soviética em 1918, tratam em suas constituições dos direitos previdenciários. EUA, amparo aos idosos e auxílio-desemprego (SILVA, 2015).

Ainda segundo Silva (2015), no Brasil, a previdência social consolidou-se em meio à Segunda Guerra Mundial, pois havia a necessidade de reconstrução dos países envolvidos no conflito e de assegurar o mínimo de bem-estar social.

No Brasil, por meio do decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a Lei Elói Chaves (LEC) cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os respectivos empregados. Nos anos seguintes, a LEC foi expandida para outras categorias, sendo as primeiras: portuários, trabalhadores dos serviços telegráficos e do rádio (BRASIL,1923).

Na Era Vargas (1930 em diante), o governo unificou as CAP em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que não seriam organizadas por empresas, mas sim pela categoria profissional. Os IAP tinham natureza de autarquia e respondiam ao recém-criado Ministério do Trabalho (1930). Em 1960, a lei n 3.807, de 26 de agosto de 1960, unificou toda a legislação securitária (sete IAP existentes) e ficou conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (BRASIL, 1960).

Gonçalves (2014) salienta que no Brasil, entre 1964 e 1988, sob o governo militar, os planos de segurança da saúde passaram por uma fusão e foram agregados ao programa denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Posteriormente, o INPS se fundiria ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e se tornaria o Instituto

Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1978. Finalmente, com o advento da Lei n 8.029/1990 foi criado o INSS.

Além disso, a revolução industrial substituía a manufatura pela maquinofatura com uma produção consideravelmente maior do que a realizada pelo “homem”. Pessoas que realizavam todo o processo de produção agora trabalhavam na operação de um processo para os donos das máquinas, que conquistavam todo o lucro. “Isto foi cada vez mais acentuado em virtude do papel irrefutável da indústria na necessidade de se atender às exigências de um país em expansão” (SILVA, 2015, p. 02).

De acordo com Araújo (2006), a ampliação do conceito de seguridade social surgiu com a Constituição de 1988. Segundo o mesmo, no art. 6º da Carta Magna de 1988, “a seguridade social contempla um direito social garantido”.

O art. 201 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados os critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, nos termos da lei, e atenderá a:

“I - Cobertura de eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

II - Proteção à maternidade, especialmente à gestante;

III - Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

IV - Salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;

V - Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiros e dependentes” (BRASIL, 1988).

Com vistas na transição demográfica e no aumento da expectativa de vida, os trabalhadores deverão permanecer ativos por mais tempo no mercado de trabalho, garantindo assim, maior e melhor sustentabilidade social. O sistema previdenciário público utiliza a repartição simples, na qual os ativos contribuem para os inativos, prescrevendo no seu art. 195 que a seguridade social será suportada por toda a sociedade, com recursos provenientes tanto do orçamento fiscal das pessoas políticas como por meio de imposições de contribuições sociais.

2.7 AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO E ACIDENTÁRIO

A contribuição social é um tributo que tem por finalidade constituir um fundo para ser utilizado em benefício de toda a sociedade, totalizando 67 espécies de benefícios. Destacam-se aqui, os benefícios de auxílio-doença previdenciário e acidentário. Segundo Brasil (2015), o Auxílio-Doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença ou acidente.

Essa doença ou acidente pode ter nexo de causalidade ou não com a atividade laboral exercida. Ao se analisar a relação de um acidente ou doença laboral, os diferentes e sucessivos nexos de causalidade devem ser considerados: é o vínculo fático que liga o efeito à causa, ou seja, é a comprovação de que o acidente de trabalho ou doença ocupacional foi a causa da incapacidade para o trabalho ou morte (BRASIL, 1999). Considera-se estabelecido o nexo entre o trabalho e o agravo quando se verificar nexo técnico epidemiológico entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade. O nexo será caracterizado tecnicamente pela perícia médica do INSS, elencada na Classificação Internacional de Doenças – CID, em conformidade com o disposto na Lista C do II do Decreto 3.048/99 (BRASIL, 1999).

O auxílio-doença previdenciário (B31), segundo a lei no 8.213/91, “é um benefício concedido aos segurados filiados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) com incapacidade laborativa em razão de doença, sem nexo de causalidade com a atividade exercida” (FENAVIST, 2015, p.02). Trata-se do auxílio-doença comum. Neste benefício, a incapacidade para o trabalho é decorrente de uma doença ou acidente que não tem referência com a atividade exercida, possui características como carência de 12 meses, o valor é de 91% do salário de benefício e a volta ao trabalho é definida pela perícia médica do INSS (BRASIL, Instituto Nacional do Seguro Social, 2018).

Por sua vez, o auxílio-doença acidentário (B91), segundo a lei nº 8.213/91, “é um benefício devido ao segurado (a) empregado (a), segurado especial e trabalhador avulso que ficar incapacitado (a) para trabalhar em decorrência de acidente de trabalho ou doença ocupacional” (FENAVIST, 2015, p.03). É, portanto, auxílio-doença que possui nexo de causalidade com a atividade exercida, tendo como principais características: a isenção de carência, o valor é de 91% do salário

de benefício e a volta ao trabalho é definida pela perícia médica do INSS (BRASIL, Instituto Nacional do Seguro Social, 2018).

O quadro 1 resume as principais diferenças entre o auxílio-doença comum e o auxílio-doença acidentário, sendo que a principal diferença entre os dois tipos de auxílio, é que no auxílio acidentário o trabalhador independe do tempo trabalhado e possui estabilidade no emprego por período de doze meses, após o retorno ao trabalho.

Quadro 1. Principais diferenças entre o auxílio-doença comum e o acidentário (INSS, 2018).

Tipo	Categoria do Trabalhador	Quando pedir o benefício ao INSS	Carência (tempo trabalhado exigido)	Estabilidade no emprego	FGTS Durante recebimento do auxílio-doença
Comum	Segurado empregado (urbano/rural)	Após 15 dias de afastamento (podendo ser 15 dias intercalados dentro do prazo de 60 dias)	12 meses – exceto para doenças específicas	Não há	Empresa não é obrigada a depositar
	Segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, facultativo, segurado especial	No momento em que se incapacitar			
Acidentário	Empregado vinculado a uma empresa e o empregado doméstico (a partir de junho/2015)	Deverá estar afastado do trabalho há pelo menos 15 dias (podendo ser 15 dias intercalados dentro do prazo de 60 dias)	Isento	Por período de 12 meses após retorno ao trabalho	Empresa é obrigada a depositar

Fonte: INSS, 2018.

Tendo em vista os auxílios, sejam eles: doença, previdenciário ou acidentário nota-se a importância da habilitação/reabilitação, que compreende um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos segurados.

2.8 PREVIDÊNCIA SOCIAL E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Segundo Mahayri (2004), a reabilitação profissional surgiu com a Revolução Industrial na Europa, dado que o trabalho precário resultou em acidentes mutiladores e doenças profissionais. O contingente de mutilados aumentou com as duas Grandes Guerras Mundiais e propiciou a criação do Direito do Trabalho e a Seguridade Social. A partir de então, com o objetivo de proteger ou atender os trabalhadores e suas famílias, vários países elaboraram legislações específicas para os acidentados do trabalho.

No Brasil, a reabilitação profissional teve início em 1944, nos Institutos e Caixas de Aposentadorias como serviço para Reeducação e Readaptação de aposentados por invalidez. Inicialmente, era citada como "readaptação profissional" e "reaproveitamento do empregado acidentado" com o objetivo de diminuir o vultoso ônus dessas aposentadorias, uma vez que aqueles considerados inválidos para uma atividade profissional seriam capazes para outra (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

A lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, definiu e organizou a Previdência Social agregando todos os lAP’s e manteve-se o serviço de Assistência Reeducativa e Readaptação (BRASIL, 1960). Nesta mesma lei, foi aprovado o RGPS, afigurando-se o serviço “à proteção de sua saúde, à sua reabilitação profissional e ao seu bem-estar”, originaram-se daí os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) suplementares ao Departamento Nacional de Previdência Social – DNPS, que incluíam o auxílio médico e a recuperação física (BRASIL, 1960).

Segundo Brasil (1963), o Decreto nº 53.264, de 13 de dezembro de 1963, criou a Comissão Permanente de Reabilitação Profissional da Previdência Social (COPERPS) e a Superintendência de Serviços de Reabilitação Profissional da

Previdência Social (SUSERPS), definindo para esta última, a capacidade de coordenar e efetuar os serviços de Reabilitação Profissional.

Com a criação do SUS e extinção do INAMPS, as práticas de assistência médica ficaram a cargo dos Estados e Municípios (BRASIL, 1990). A partir de então, o Serviço de Reabilitação Profissional do atual INSS adveio revisar, sistematicamente, o seu processo de trabalho (MOTA, 2000). Introduziram-se alterações nas rotinas de atendimento. Conforme o Decreto n° 3048/1999, art. 137, incisos I a IV, o processo de Habilitação e de Reabilitação Profissional do beneficiário será otimizado por meio de quatro funções básicas:

• Avaliação e definição da capacidade laborativa residual;
• Orientação e acompanhamento da programação profissional;
• Articulação com a comunidade, visando o reingresso ao mercado de trabalho;
• Acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

A atual conjuntura experimentada pela Reabilitação Profissional no INSS carrega consigo indícios das imensas modificações que a sociedade brasileira vivencia, após a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, Instituto Nacional do Seguro Social, 2016). Acrescenta-se a isso, a necessidade de união dos dados no acompanhamento do processo de reabilitação, tanto física quanto profissional, que enfrenta grandes dificuldades de ordem interna e externa.

A partir do decreto n° 3048/1999, de 06 de maio de 1999, art. 137, a execução das funções do programa de reabilitação profissional dar-se-á, preferencialmente, mediante o trabalho de equipe multiprofissional especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins ao processo. Além de recursos materiais para as necessidades específicas do reabilitando: próteses, órteses, instrumentos de trabalho, documentação para o trabalho, mensalidades de curso, transporte e alimentação (BRASIL, 1999).

2.9 CUSTOS FINANCEIROS E SOCIAIS

O sistema previdenciário brasileiro tem como principais objetivos ou funções, evitar a queda brusca de renda na “velhice”, no estágio de inatividade no mercado de trabalho (aposentadoria). Garantir a renda ao segurado no caso de

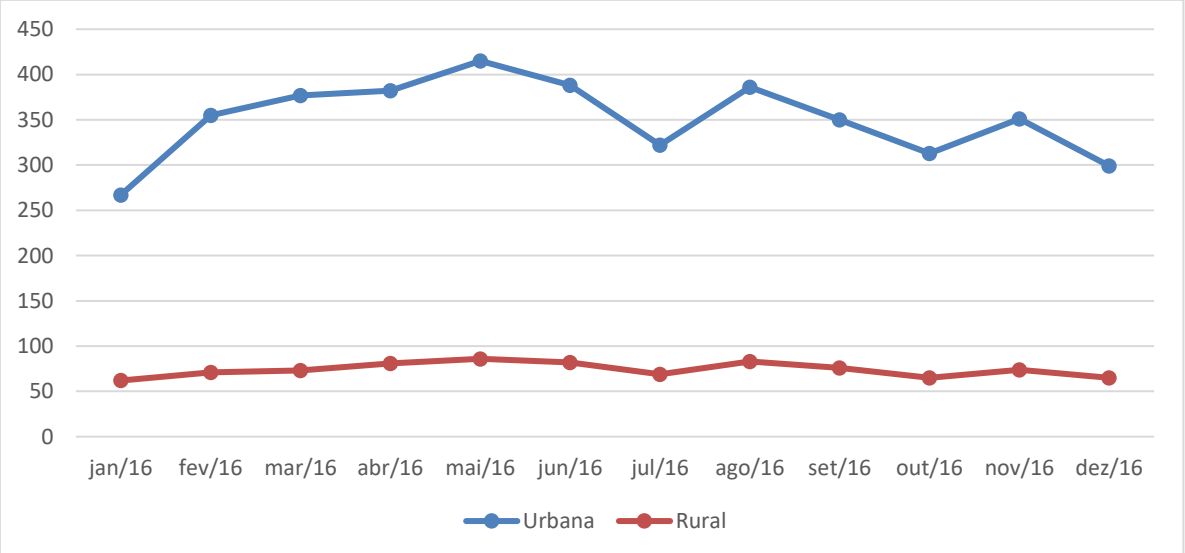
alguma contingência é uma proteção do trabalhador ou trabalhadora em casos de acidente, gravidez, doença, entre outros, que apresente impossibilidade permanente ou temporária de receber remuneração do trabalho e atuar na prevenção à pobreza (BRASIL, 2015).

Segundo o boletim estatístico da previdência social, vol. 21, nº 12, nível Brasil, publicado em dezembro de 2016, pode-se observar a quantidade de benefícios concedidos, o valor médio e a arrecadação no ano de 2016.

Benefícios concedidos correspondem aos requerimentos de benefícios apresentados pelos segurados à Previdência Social, que são analisados, deferidos e liberados para pagamento, por preencherem todos os requisitos necessários para a concessão da espécie solicitada. Conforme pode ser observado na figura 3, em dezembro de 2016, foram concedidos 363,9 mil benefícios, no valor total de R$ 482,1 milhões. Em relação ao mês anterior, a quantidade de benefícios concedidos diminuiu 14,39% e o valor de benefícios concedidos caiu em 13,82%. O tempo médio de concessão em dezembro de 2016 foi de 55 dias (BRASIL, Previdência Social, 2016).

Diante disso, os dados de valor correspondem à Renda Mensal Inicial (RMI) convertida. A conversão é efetuada da Data de Início do Benefício (DIB) para a Data de Despacho do Benefício (DDB), utilizando o valor do piso previdenciário como indexador. (BRASIL, Previdência Social, 2016).

Figura 3 – Número total de benefícios concedidos no Brasil de janeiro a dezembro 2016.



Fonte: BRASIL, 2016.

O valor (renda mensal) dos benefícios previdenciários e/ou acidentários é calculado com base nos salários-de-contribuição do segurado e reajustado de acordo com a legislação vigente (BRASIL, Previdência Social, 2016).

Em relação à arrecadação, compreende as atividades relacionadas com o recolhimento de receitas de contribuições sociais, patrimoniais e de outras importâncias devidas à Previdência Social, previstas na legislação. Constituem contribuições sociais: a) as das empresas e entidades equiparadas, incidentes sobre a remuneração paga, devida ou creditada aos segurados a seu serviço e sobre a receita ou o faturamento e o lucro; b) as dos empregadores domésticos; c) as dos segurados (empregados, inclusive o doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, segurado especial e facultativo); e, d) as incidentes sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, Previdência Social, 2016).

O valor dos recolhimentos provenientes de todas as receitas incluídas na Guia da Previdência Social (GPS) abrange receitas de contribuições sociais (de empresas e entidades equiparadas e contribuintes em geral), débitos e parcelamentos (fase administrativa e judicial), receitas patrimoniais, devolução de benefícios, reclamatória trabalhista e outros. Inclui as contribuições relativas a outras entidades (Salário-Educação, INCRA, SENAI, SESC, etc.) e os acréscimos legais (atualização monetária, juros e multas) (BRASIL, Previdência Social, 2016).

Sendo assim, a colaboração interdisciplinar é fundamental para um processo reflexivo, é essencial para a compreensão de problemas cada vez complexos, é inerente a produção de conhecimento, a diversidade de perspectivas e abordagens em vários aspectos, principalmente relacionadas à saúde e comportamento do ser humano (CAMPOS, 2006).

2.10 VISÃO INTERDISCIPLINAR

Frente às evoluções ocorridas em âmbito mundial nos progressos da ciência, é possível observar o grande interesse pela interdisciplinaridade, contendo uma explicação teórica que é a complexificação do mundo contemporâneo e, consequentemente, a necessidade da interdisciplinaridade no trato de problemas emergentes.

Na década de 80, os esforços empreendidos tiveram repercussões a respeito do “modismo” e organização de um quadro conceitual, analisado e construído, com base no vivido, pois se constatou que um quadro teórico disciplinar “pronto”, pouco contribuía/contribui para o transcender das práticas e das pesquisas (FAZENDA, 2003). Dessa forma, torna-se necessário relacionar as discussões teóricas e metodológicas acerca da interdisciplinaridade aos conceitos de disciplina, multi, pluri e transdisciplinaridade, que se apresentam na literatura especializada, tradicionalmente referida de forma conjunta em suas especificidades e suas relações.

Assim, Philippi Jr e Fernandes (2015), afirmam que é possível caracterizar cada um dos termos a partir dos seus princípios básicos que são:

> Multidisciplinaridade: refere-se ao tratamento de um dado tema ou problema de investigação por várias disciplinas sem que haja, no entanto, efetivas trocas dos campos científicos ou técnicos de origem. Pluridisciplinaridade: é a justaposição de disciplinas no tratamento de um dado tema, ou problema de investigação, cujos pesquisadores realizam efetivas trocas metodológicas e tecnológicas, normalmente dentro de uma mesma área de conhecimento. Transdisciplinaridade: voltada aos fenômenos altamente complexos, possui várias concepções, mas preserva a ideia básica de seu idealizador, Jean Piaget, do ir além das disciplinas científicas, portanto da própria ciência constituída, situando o conhecimento nelas gerado, assim como os das demais formas de saberes, em um sistema total capaz de articulá-los (PHILIPPI JR; FERNANDES, 2015, p.62).

O termo interdisciplinaridade foi descrito pela primeira vez na edição de dezembro de 1937 do journal of Educational Sociology e, na contemporaneidade, apresenta vários significados. Os autores Philippi Jr e Fernandes (2015) caracterizam a interdisciplinaridade como um processo de integração e produção do conhecimento, voltado aos fenômenos complexos no âmbito do sistema científico, tecnológico e de inovação, uma vez que se mostram conscientes da importância de se considerar novas modalidades de construção do conhecimento que respondam a complexidade dos problemas colocados pela sociedade nos três segmentos (público, privado e civil) e ativem sinergicamente processos e capacidades institucionais, além do compromisso de (re) ligar conhecimentos.

A interdisciplinaridade possibilita, por exemplo, entender a maneira como as doenças se espalham no seio de amplos conjuntos populacionais ou como elas acometem, de maneira diferente, várias categorias de população dentro desses

conjuntos, que são formados por pessoas de diferentes gêneros, faixa etária, condição social, estilo de vida. Permite, também, a integração do fato de a essência da pessoa humana ir além do seu corpo biológico, sendo ela um ser que pensa, imagina, sente, age. Amorim e Gattás (2007) definem interdisciplinaridade como um instrumento que renega o fracionamento do conhecimento.

Nicolescu (1999), afirma que a trans, a inter, a pluri e a disciplinaridade são quatro flechas de um mesmo arco, o arco do conhecimento. Sendo assim, devem ser consideradas relativas todas as informações sobre saúde, pois tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito coletivo, cujo objetivo envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e, ainda, a política social e econômica (CAMPOS, 2006).

Saliente-se ainda, que qualquer acontecimento humano apresenta diversas dimensões (física, social, ambiental e espiritual), uma vez que a realidade é multifacetada, visto que a compreensão de qualquer fenômeno social requer que se leve em consideração as informações relativas de todas as limitações (VILELA, 2003).

Segundo Fleury e Ouverney (2008), uma das dimensões humanas é a cidadania, que é a dimensão pública dos indivíduos, quando vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, porém quando o indivíduo é visto como cidadão torna-se integrado e cooperativo na comunidade política com os mesmos direitos e deveres.

Em outras palavras, Moraes (2002) ressalta que, se a realidade é complexa, ela requer um pensamento abrangente, multidimensional, capaz de compreender a complexidade do real e construir um conhecimento que leve em consideração essa mesma amplitude, de maneira integral e integrada. Um pensamento mais amplo e abrangente busca a totalidade, mostrando que todos os sistemas estão em permanente estado de interação e de interdependência.

Conforme rege a Constituição Federal de 1988, no Artigo 196, “São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Dessa forma, é preciso romper as tradicionais barreiras que separam os departamentos e as disciplinas do conhecimento pois, a “interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, o desenvolvimento de competências para lidar com os

desafios do meio e atitude individual como componente fundamental para o agir profissional” (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3203).

3 JUSTIFICATIVA

Segundo o IBGE (2014), as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, têm respondido por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de lazer e de trabalho. Além disso, o absenteísmo decorrente de doenças relacionadas ao trabalho ou não, pode ser considerado um problema de saúde pública, devido ao impacto negativo causado em termos organizacionais e individuais.

Neste sentido, considera-se que o crescimento do aparecimento de doenças que afetam uma população em idade produtiva, além de interferir sua qualidade de vida (QV), inviabiliza a condição de retorno social deste cidadão trazendo consequente agravamento no requerimento prolongado de recursos financeiros governamentais para sobreviver. É, portanto, de suma importância conhecer as morbidades mais incidentes e respectivos custos relacionados a cidadãos que se encontram afastados do mercado de trabalho e recebem auxílio-doença da Previdência Social.

É neste contexto que se assenta a relevância da realização deste trabalho, pois a apuração da maior incidência de morbidades ligadas ao afastamento de pessoas do mercado de trabalho e que requerem cuidados e recursos prolongados para a manutenção da vida, norteará possíveis ações, que possam ser adotadas para consequente redução de custos sociais.

Desta maneira, emergiu a questão norteadora do estudo: Qual a incidência de morbidades e respectivos custos relacionados a cidadãos afastados do mercado de trabalho que receberam auxílio-doença pela Previdência Social, no ano de 2016?

Logo, esse questionamento leva aos objetivos da presente pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a incidência de morbidades e sua relação com os afastamentos de cidadãos do mercado de trabalho em municípios com mais de duzentos mil habitantes do estado do Paraná, no ano de 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar as características demográficas dos segurados pelo INSS dos municípios pesquisados.

- Identificar o tempo e o custo médio de afastamento para as morbidades de maior incidência, conforme capítulos da CID 10 em cada município avaliado, no ano de 2016.

- Conhecer as causas dos afastamentos mais incidentes, conforme capítulos da CID 10 em cada município avaliado.

- Mostrar as contribuições da perspectiva interdisciplinar com vistas à possibilidade de proteção e educação à saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODO

Neste capítulo, será apresentado o tipo de método que mais se identifica com essa pesquisa para alcançar as respostas dos objetivos propostos.

5.1 MÉTODO DE ABORDAGEM

A abordagem do presente estudo seguiu o método de procedimento descritivo, o qual se caracteriza por:

> (...) observar, assinalar, analisar, reproduzir e correlacionar situações ou fenômenos sem manipulá-los, buscando descobrir com exatidão a regularidade em que um fenômeno sucede e sua relação com outros aspectos. (MATTOS; ROSSETTO JÚNIOR; BLECHER, 2008, p.35).

5.2 DELINEAMENTO

A pesquisa descreve-se como observacional, por não haver qualquer intervenção do pesquisador que seja capaz de interferir nas variantes, apenas são empreendidas coletas de dados para ocasionar as análises das ocorrências (FONTELLES et al., 2009). A pesquisa também retrata cunho quanto à natureza, como aplicada, por “gerar instruções para emprego prático e dirigido à solução de problemas específicos. Abrange verdades e propensões locais” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20).

Explana-se como exploratória quanto aos objetivos, pelo fato de descobrir subsídios para apontar e para entender o tipo de relação existente entre as variáveis (FONTELLES et al., 2009).

Quanto à abordagem, define-se como quantitativa, por utilizar dados numéricos e técnicas estatísticas para expressar e analisar as variáveis do estudo (FONTELLES et al., 2009).

Quanto à epidemiologia, caracteriza-se como um estudo de incidência pontual por determinar quais as morbidades que causam o afastamento do mercado de trabalho (COSTA; KALE, 2002). Foram analisados dados fornecidos pela Previdência Social de Ponta Grossa referente ao ano de 2016, para auxílio-doença previdenciário (B31), sem nexo de causalidade com a atividade exercida. Os dados foram solicitados em junho de 2017.

Quanto ao desenvolvimento no tempo, se configura como retrospectiva, por examinar os indicadores que ocorreram no período de 12 meses (FONTELLES et al., 2009). A partir de dados individuais fornecidos, foi desenvolvido o parâmetro geral para cada município pesquisado.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com acesso aos dados secundários referentes ao ano de 2016, cedidos pela Previdência Social da cidade de Ponta Grossa, no Estado do Paraná, localizado na Região Sul do Brasil.

5.4. POPULAÇÃO

A população foi composta por segurados pelo INSS afastados do mercado de trabalho no ano de 2016, em todos os municípios com mais de duzentos mil habitantes e, também, da capital do estado do Paraná, sendo estes os maiores do Estado. Os municípios que compuseram a definição da população estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Municípios com mais de duzentos mil habitantes do estado do Paraná, população estimada em 2016 e segurados afastados em 2016.

Municípios com mais de duzentos mil habitantes do estado do Paraná	População estimada em 2016 e segurados afastados em 2016	
Município	**População estimada 2016**	**Segurados afastados 2016**
Cascavel	316.226	5.057
Colombo	234.941	2.846
Curitiba	1.893.997	17.559
Foz do Iguaçu	263.195	4.046
Londrina	553.393	8.250
Maringá	403.063	6.284
Ponta Grossa	341.130	4.129
São José dos Pinhais	302.759	3.581
TOTAL	4.308.704	51.752

Fonte: IBGE e INSS (2016).

5.5 AMOSTRA

O método de investigação utilizou dados sobre os indivíduos segurados pelo INSS em todos os municípios com mais de duzentos mil habitantes e da capital

do estado do Paraná, no ano de 2016, totalizando 51.752 segurados. Dados estes fornecidos pela Previdência Social de Ponta Grossa, extraídos do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE).

.

5.6 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.6.1 Variáveis independentes

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), são aquelas capazes de induzir, estabelecer ou intervir em outras variáveis que integram o fator determinante, buscam contextualizar os fenômenos, podem ser manipuladas e quantificadas. Neste estudo, foram representadas pelas características sociodemográficas (gênero, idade, renda, ocupação e residência), por fatores segundo os capítulos da CID 10 (grupo de morbidades de maior frequência). Para a variável, Grau de Instrução, houve altos índices não informados, inviabilizando a análise para este item.

5.6.1.1 Características sociodemográficas, grupos de doenças relacionados aos capítulos da CID 10

Os dados sobre as características sociodemográficas, e grupo de doenças segundo os capítulos da CID 10 foram fornecidos pela Previdência Social, extraídos do SUIBE (autorização – Anexo A). Todas as variáveis foram codificadas para fins de análise estatística.

5.6.2 Variáveis dependentes

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 91), as variáveis dependentes “correspondem aos fenômenos a serem explicados”. Neste estudo, foram representadas pelo grupo de doenças segundo os capítulos da CID 10.

No quadro 2, apresentam-se os capítulos que são “núcleos de classificação” da CID 10, de morbidade e mortalidade para fins de conhecimentos estatísticos.

Quadro 2 – Capítulos, descrição e códigos da CID 10.

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformadas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
Ign	CID não especificado ou inválido	

Fonte: CID 10 Ministério da Saúde.

Para classificação de causas de óbitos, não são utilizados os capítulos XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) e XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99).

5.7 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada na Previdência Social de Ponta Grossa após solicitação, conforme apresentado no apêndice 1 e autorização para acesso aos dados, conforme anexo A.

Os dados solicitados foram fornecidos em agosto de 2017. Compilados e analisados a partir do mês de abril de 2018.

5.8 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

As variáveis: gênero, ramo de atividade, capítulo da CID, duração do benefício em dias e custo total do afastamento foram analisadas inicialmente de maneira descritiva. Gênero, ramo da atividade e capítulo da CID foram analisadas com estimativas de frequências brutas e relativas. Para as variáveis - duração do benefício (dias) e custo total - foram estimados a média e o desvio-padrão segundo cada município e segundo gênero e ramo de atividade.

O custo total do afastamento foi testado quanto à aderência à distribuição normal com o teste de Shapiro-Wilk e não apresentou distribuição normal ($p<0,001$). Então, para verificar as diferenças quanto os municípios, segundo o gênero e ramo de atividade foram utilizados testes não paramétricos: U de Mann-Withney e Kruskall-Wallys, respectivamente. Todos os testes foram considerados significativos quando $p<0,05$. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS versão 20.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Fundamentado nas preocupações éticas e metodológicas discutidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96), o presente estudo teve o seu projeto de pesquisa encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (COEP-UEPG), o qual foi aprovado sob o nº 2.455.716 (Anexo B).

5.9.1 Critérios de inclusão da pesquisa

Estar na condição de segurado afastado do mercado de trabalho pela previdência social, no ano de 2016, recebendo auxílio-doença previdenciário (B31) para o mesmo ano.

6 RESULTADOS

Apresentam-se, nesta etapa da pesquisa, as principais características como: tipo de domicílio, sexo, principal atividade econômica, salário médio mensal em 2016, expectativa de vida dos munícipios estudados e os resultados encontrados por meio dos dados fornecidos pela Previdência Social de Ponta Grossa. São identificadas as características demográficas, a incidência de morbidades que levam ao afastamento do mercado de trabalho de acordo com os capítulos da CID 10, tempo médio de afastamento e custo social para os municípios com mais de duzentos mil habitantes do Estado do Paraná, no ano 2016.

A tabela 02 mostra as principais características dos municípios pesquisados quanto à População Economicamente Ativa (PEA), por tipo de domicílio, sexo, principal atividade econômica, salário médio mensal em 2016 e expectativa de vida. Observa-se que a capital do Estado do Paraná não possui população com domicílio em zona rural, a PEA mostra maior frequência de indivíduos do sexo masculino e a principal atividade econômica de todos os munícipios está vinculada ao ramo do comércio. A cidade com maior salário médio mensal, em 2016, foi Curitiba com 3,9 salários mínimos e a cidade com menor salário médio mensal para o ano pesquisado foi Colombo com 2,4 salários mínimos, o mesmo vale para a porcentagem da população ocupada, os dados apontam expectativa de vida média para todos os municípios pesquisados de 76,51 anos.

Tabela 2. População Economicamente Ativa (PEA), por tipo de domicílio, sexo, principal atividade econômica, salário médio mensal em 2016, população ocupada e expectativa de vida nos municípios de maior porte do Estado do Paraná, segundo censo demográfico de 2010.

PEA (10 anos e mais)		Domicílio – Urbano N	Domicílio – Rural N	Sexo – Masculino n	Sexo – Feminino n	Principal atividade econômica	Salário médio mensal em 2016	População Ocupada n	População Ocupada %	Expectativa de Vida
Município	Curitiba	995.543	----	526.658	468.885	Comércio, indústria e de serviços	3.9 salários mínimos	1.005.022	(53,1)	77,4 anos
	Londrina	269.594	6.384	148.420	127.558	Comércio, indústria e de serviços (agronegócio)	2.8 salários mínimos	205.932	(37,2)	75,6 anos
	Maringá	200.918	3.383	109.156	95.145	Comércio e serviços	2.7 salários mínimos	186.524	(46,3)	76,6 anos
	Ponta Grossa	146.118	3.171	86.055	63.234	Comércio, indústria e de serviços	2.7 salários mínimos	99.317	(29,1)	75,6 anos
	Cascavel	153.131	8.234	88.146	73.219	Comércio indústria e de serviços (agronegócio)	2.5 salários mínimos	116.605	(36,9)	76,1 anos
	São José dos Pinhais	131.608	15.004	81.754	64.858	Comércio, indústria e de serviços	3.4 salários mínimos	102.092	(33,7)	76,7 anos
	Foz do Iguaçu	132.330	1.216	72.708	60.839	Turismo e Comércio	2.7 salários mínimos	71.328	(27,0)	76,9 anos
	Colombo	110.210	5.488	63.646	52.052	Comércio e Serviços/ Indústria extrativa mineral e na agricultura	2.4 salários mínimos	43.264	(18,4)	77,2 anos

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, IBGE cidades e Atlas de Desenvolvimento Humano/2013.
NOTA: A soma das parcelas por sexo e/ou tipo de domicílio, podem diferir do total.

A Tabela 3 descreve os dados referentes às faixas etárias de maior frequência de afastamento dos segurados do INSS. Observa-se que o maior afastamento foi entre 41 a 50 anos (25,3%). Para homens e mulheres, as faixas etárias de 31 a 40 anos (24,2%) e 41 a 50 anos (27,4%) foram as mais frequentes, respectivamente.

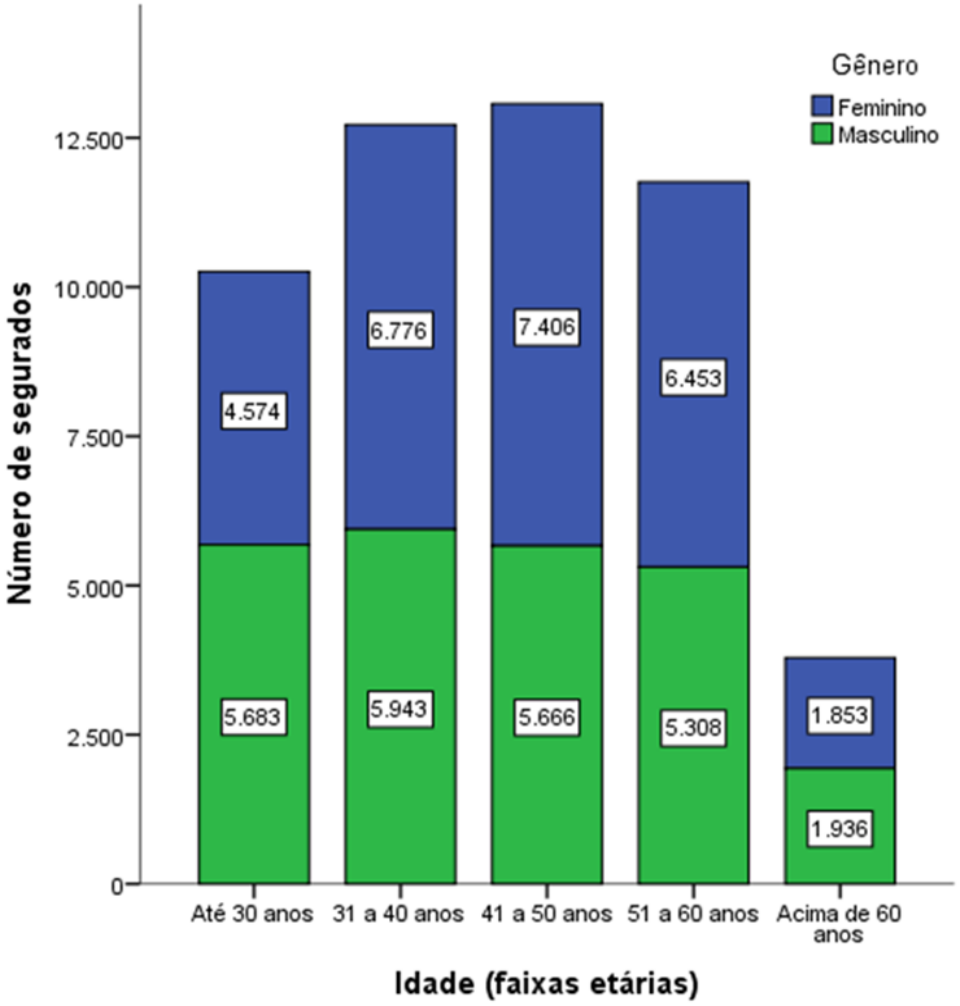
Tabela 3. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com faixa etária e gênero, nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Faixa Etária	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Até 30 anos	4574	(16,9)	5683	(23,2)	10257	(19,9)
31 a 40 anos	6776	(25,0)	5943	(24,2)	12719	(24,7)
41 a 50 anos	7406	(27,4)	5666	(23,1)	13072	(25,3)
51 a 60 anos	6453	(23,8)	5308	(21,6)	11761	(22,8)
Acima de 60 anos	1853	(6,8)	1936	(7,9)	3789	(7,3)
Total	27062	(100,0)	24536	(100,0)	51598	(100,0)

Fonte: Autoria própria.

A figura 4 indica o número total de segurados do INSS de acordo com as faixas etárias e gênero. Observa-se que a maior frequência de afastamentos se deu entre as mulheres, exceto nas faixas etárias até 30 anos e acima de 60 anos, na qual onde foi verificado maior percentual de afastamento entre os homens e, ainda, que o percentual total de afastamento para ambos os gêneros, é de 69,9% até os 50 anos.

Figura 4. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário de acordo com as faixas etárias e gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.



Fonte: Autoria própria.

A tabela 4 mostra o total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, de acordo com as faixas etárias para gênero feminino nos municípios pesquisados. Entre as mulheres, a faixa etária mais frequente foi a entre 41 e 50 anos em todos os municípios. Cascavel com 25,6%; Colombo com 28,5%; Curitiba com 27,5%; Foz do Iguaçu com 28,4%; Londrina com 26,8%; Maringá com 27,0%; Ponta Grossa com 27,7%; e, São José dos Pinhais com 29,2%. Percebe-se que, para todos os municípios pesquisados, o percentual de afastamento ultrapassa os 80% até os 60 anos.

Tabela 4. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário de acordo com as faixas etárias para gênero feminino nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Afastamento por município para gênero feminino		Idade (faixas etárias)									
		Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Local	Cascavel	481	(17,4)	638	(23,0)	710	(25,6)	657	(23,7)	286	(10,3)
	Colombo	251	(18,5)	359	(26,4)	387	(28,5)	295	(21,7)	68	(5,0)
	Curitiba	1432	(16,0)	2337	(26,1)	2466	(27,5)	2182	(24,3)	552	(6,2)
	Foz do Iguaçu	370	(16,6)	577	(25,9)	633	(28,4)	506	(22,7)	142	(6,4)
	Londrina	763	(16,7)	1101	(24,1)	1225	(26,8)	1170	(25,6)	312	(6,8)
	Maringá	620	(18,4)	790	(23,4)	910	(27,0)	800	(23,7)	253	(7,5)
	Ponta Grossa	356	(17,0)	526	(25,2)	578	(27,7)	483	(23,1)	145	(6,9)
	São José dos Pinhais	301	(17,7)	448	(26,3)	497	(29,2)	360	(21,2)	95	(5,6)

Fonte: Autoria própria.

A tabela 5 exibe o total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, de acordo com as faixas etárias para gênero masculino nos municípios pesquisados. Entre os homens, a faixa etária mais frequente foi até 30 anos em Cascavel (24,7%); em Colombo (26,0%); em Londrina (25,9%); e, em Maringá (23,9%). Em Curitiba e em São José dos Pinhais, a faixa mais frequente foi 31 a 40 anos (25,6% e 26,5%, respectivamente). Em Foz do Iguaçu e em Ponta Grossa, a faixa mais frequente foi 41 a 50 anos (24,2% e 24,4%, respectivamente)

Tabela 5. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário de acordo com as faixas etárias para gênero masculino nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Afastamento por município para gênero masculino		Idade (faixas etárias)									
		Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Local	Cascavel	562	(24,7)	494	(21,8)	467	(20,6)	532	(23,4)	216	(9,5)
	Colombo	383	(26,0)	367	(24,9)	307	(20,8)	306	(20,7)	112	(7,6)
	Curitiba	1763	(20,7)	2183	(25,6)	2085	(24,4)	1885	(22,1)	617	(7,2)
	Foz do Iguaçu	407	(22,6)	386	(21,4)	436	(24,2)	381	(21,2)	190	(10,6)
	Londrina	945	(25,9)	865	(23,7)	805	(22,0)	779	(21,3)	259	(7,1)
	Maringá	693	(23,9)	671	(23,1)	649	(22,4)	631	(21,7)	258	(8,9)
	Ponta Grossa	456	(22,4)	482	(23,7)	496	(24,4)	453	(22,3)	145	(7,1)
	São José dos Pinhais	474	(25,3)	495	(26,5)	421	(22,5)	341	(18,2)	139	(7,4)

Fonte: Autoria própria.

As Tabelas 6 e 7 apontam os segurados do INSS de acordo com as faixas etárias e capítulo da CID 10, respectivamente, entre mulheres e homens. Em ambos os gêneros e em todas as faixas etárias, o capítulo da CID mais frequente foi o XIX que fala das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Entre as mulheres, a frequência deste capítulo foi 23,7% até 30 anos; 22,8% entre 31 e 40 anos; 22,3% entre 41 e 50 anos; 23,6% entre 51 e 60 anos; e, 23,9% acima de 60 anos (Tabela 6). Entre os homens, 25,1% até 30 anos; 25,5% entre 31 e 40 anos; 24,0% entre 41 e 50 anos; 22,7% entre 51 e 60 anos; e, 21,5% acima de 60 anos (Tabela 7).

Tabela 6. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre as mulheres nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Continua)

Afastamento segundo cap. CID 10 para gênero feminino	Descrição	Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	53	(1,2)	92	(1,4)	77	(1,0)	84	(1,3)	18	(1,0)
Ign	CID não especificado ou inválido	41	(0,9)	46	(0,7)	74	(1,0)	47	(0,7)	18	(1,0)
II	Neoplasias [Tumores]	357	(7,8)	599	(8,8)	652	(8,8)	553	(8,6)	162	(8,7)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3	(0,1)	10	(0,1)	12	(0,2)	8	(0,1)	3	(0,2)
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	135	(3,0)	174	(2,6)	190	(2,6)	166	(2,6)	38	(2,1)
V	Transtornos mentais e comportamentais	475	(10,4)	796	(11,7)	793	(10,7)	625	(9,7)	160	(8,6)
VI	Doenças do sistema nervoso	81	(1,8)	150	(2,2)	162	(2,2)	147	(2,3)	52	(2,8)
VII	Doenças do olho e anexos	78	(1,7)	81	(1,2)	108	(1,5)	100	(1,5)	35	(1,9)
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	16	(0,3)	7	(0,1)	8	(0,1)	12	(0,2)	2	(0,1)
IX	Doenças do aparelho circulatório	355	(7,8)	506	(7,5)	521	(7,0)	484	(7,5)	160	(8,6)
X	Doenças do aparelho respiratório	41	(0,9)	53	(0,8)	67	(0,9)	53	(0,8)	13	(0,7)
XI	Doenças do aparelho digestivo	403	(8,8)	659	(9,7)	720	(9,7)	633	(9,8)	194	(10,5)
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	41	(0,9)	71	(1,0)	75	(1,0)	63	(1,0)	17	(0,9)
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	846	(18,5)	1170	(17,3)	1451	(19,6)	1273	(19,7)	362	(19,5)
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	160	(3,5)	238	(3,5)	275	(3,7)	225	(3,5)	69	(3,7)

Tabela 6. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre as mulheres nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Conclusão)

Afastamento segundo cap. CID 10 para gênero feminino	Descrição	Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
XV	Gravidez, parto e puerpério	230	(5,0)	306	(4,5)	253	(3,4)	205	(3,2)	49	(2,6)
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	2	(0,0)	2	(0,0)	3	(0,0)	3	(0,0)	0	(0,0)
XVII	Malformações congênitas, deformadas e anomalias cromossômicas	10	(0,2)	31	(0,5)	22	(0,3)	16	(0,2)	2	(0,1)
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	121	(2,6)	171	(2,5)	220	(3,0)	172	(2,7)	40	(2,2)
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1082	(23,7)	1542	(22,8)	1650	(22,3)	1526	(23,6)	443	(23,9)
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	4	(0,1)	15	(0,2)	12	(0,2)	13	(0,2)	1	(0,1)
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	40	(0,9)	57	(0,8)	61	(0,8)	45	(0,7)	15	(0,8)

Fonte: Autoria própria

Tabela 7. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre os homens nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Continua)

Afastamento segundo cap. CID 10 para gênero masculino	Descrição	Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	73	(1,3)	78	(1,3)	77	(1,4)	61	(1,1)	26	(1,3)
Ign	CID não especificado ou inválido	50	(0,9)	42	(0,7)	51	(0,9)	44	(0,8)	23	(1,2)
II	Neoplasias [Tumores]	459	(8,1)	461	(7,8)	433	(7,6)	423	(8,0)	164	(8,5)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	6	(0,1)	9	(0,2)	14	(0,2)	9	(0,2)	5	(0,3)
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	141	(2,5)	127	(2,1)	130	(2,3)	141	(2,7)	55	(2,8)
V	Transtornos mentais e comportamentais	601	(10,6)	648	(10,9)	616	(10,9)	535	(10,1)	191	(9,9)
VI	Doenças do sistema nervoso	114	(2,0)	117	(2,0)	120	(2,1)	129	(2,4)	45	(2,3)
VII	Doenças do olho e anexos	81	(1,4)	84	(1,4)	91	(1,6)	98	(1,8)	27	(1,4)
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	8	(0,1)	13	(0,2)	14	(0,2)	7	(0,1)	3	(0,2)
IX	Doenças do aparelho circulatório	409	(7,2)	395	(6,6)	398	(7,0)	437	(8,2)	178	(9,2)
X	Doenças do aparelho respiratório	49	(0,9)	42	(0,7)	53	(0,9)	51	(1,0)	11	(0,6)
XI	Doenças do aparelho digestivo	518	(9,1)	564	(9,5)	548	(9,7)	526	(9,9)	194	(10,0)
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	72	(1,3)	62	(1,0)	51	(0,9)	53	(1,0)	19	(1,0)

Tabela 7. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com as faixas etárias e o capítulo da CID mais frequente entre os homens nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Conclusão)

Afastamento segundo cap. CID 10 para gênero masculino	Descrição	Até 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		Acima de 60 anos	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1034	(18,2)	1130	(19,0)	1112	(19,6)	1029	(19,4)	363	(18,8)
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	197	(3,5)	206	(3,5)	208	(3,7)	178	(3,4)	65	(3,4)
XV	Gravidez, parto e puerpério	190	(3,3)	195	(3,3)	175	(3,1)	169	(3,2)	64	(3,3)
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	3	(0,1)	5	(0,1)	1	(0,0)	1	(0,0)	3	(0,2)
XVII	Malformações congênitas, deformadas e anomalias cromossômicas	27	(0,5)	17	(0,3)	19	(0,3)	18	(0,3)	5	(0,3)
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	167	(2,9)	171	(2,9)	139	(2,5)	146	(2,8)	51	(2,6)
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1427	(25,1)	1518	(25,5)	1359	(24,0)	1206	(22,7)	417	(21,5)
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	16	(0,3)	10	(0,2)	8	(0,1)	9	(0,2)	4	(0,2)
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	41	(0,7)	49	(0,8)	49	(0,9)	38	(0,7)	23	(1,2)

Fonte: Autoria própria.

As características da duração do benefício e custo total do afastamento de acordo com o gênero estão apresentadas nas Tabelas 8. Em média, o benefício teve duração de 72 dias nas mulheres e 74 dias nos homens. O custo total médio do afastamento nas mulheres foi de R$2.918,32 e foi estatisticamente menor do que o custo médio nos homens, que foi de R$3.005,06 (p<0,001) (Tabela 8).

Tabela 8. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, de acordo com o gênero, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e o custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Gênero	Total de afastamentos n (%)		Duração do benefício (dias)		Custo Total Afastamento (R$)		p-valor
			Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
Feminino	27114	(52,4)	72,87	71,24	2918,32	3636,40	0,001
Masculino	24638	(47,6)	74,35	76,52	3005,06	3641,69	

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 9 indica o número de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o gênero e o município avaliado. Observou-se que a frequência de afastamentos de mulheres foi maior em todos os municípios estudados, exceto Colombo e São José dos Pinhais (Tabela 9).

A avaliação dos segurados quanto ao ramo de atividade está apresentada nas tabelas 10 e 11, sendo o total de afastamentos, a duração do benefício (dias) e o custo total do afastamento (R$), na tabela 10 e, o total de afastamentos, segundo o município, na tabela 11. A duração média do afastamento de trabalhadores com transportes e cargas foi de 83 dias, o maior entre os ramos de atividade avaliados. Em relação ao custo total dos afastamentos, não houve variabilidade nos custos, segundo o ramo variando de, em média, R$2.665,86 para ramos irrelevantes[2] a R$2.960,42 para comerciários. O custo total médio dos afastamentos não configurou diferenças estatisticamente significantes (p=0,921). Isso pode ser devido ao fato de que o afastamento mais frequente em todos os municípios estudados foi no ramo de comércio (Tabela 11).

[2] De acordo com a previdência Social, ramo de atividade “irrelevante” corresponde a campo do formulário não preenchido. Disponível em< https://www.inss.gov.br/orientacoes/tipos-de-filiacao/ >. Acesso em 30/01/2019.

Tabela 9. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016.

Gênero	Cascavel		Colombo		Curitiba		Foz do Iguaçu		Londrina		Maringá		Ponta Grossa		São José dos Pinhais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	2778	(54,9)	1365	(48,0)	8981	(51,1)	2238	(55,3)	4584	(55,6)	3375	(53,7)	2089	(50,6)	1704	(47,6)
Masculino	2279	(45,1)	1481	(52,0)	8578	(48,9)	1808	(44,7)	3666	(44,4)	2909	(46,3)	2040	(49,4)	1877	(52,4)
Total	5057	(100,0)	2846	(100,0)	17559	(100,0)	4046	(100,0)	8250	(100,0)	6284	(100,)	4129	(100,0)	3581	(100,0)

Fonte: Autoria própria.

Tabela 10. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, média e desvio- padrão da duração do benefício (dias) e do custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário, segundo o ramo de atividade do segurado nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Ramo Atividade	Total de afastamentos		Duração do benefício (dias)		Custo Total do Afastamento (R$)		
	n	(%)	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	p-valor
Comerciário	51103	(98,7)	73,60	73,87	2.960,42	3.635,09	0,921
Irrelevante	13	(0,0)	69,75	42,16	2.665,86	1.685,15	
Rural	577	(1,2)	70,59	68,13	2.901,48	4.078,46	
Transportes e carga	59	(0,1)	83,05	74,32	2.890,44	2.843,68	

Fonte: Autoria própria.

Tabela 11. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, de acordo com o município avaliado e o ramo de atividade nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Ramo de atividade	Cascavel		Colombo		Curitiba		Foz do Iguaçu		Londrina		Maringá		Ponta Grossa		São José dos Pinhais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comerciário	4878	(96,5)	2819	(99,1)	17453	(99,4)	4004	(99,0)	8111	(98,3)	6219	(99,0)	4093	(99,1)	3526	(98,5)
Irrelevante	0	(0,0)	1	(0,0)	2	(0,0)	1	(0,0)	6	(0,1)	2	(0,0)	1	(0,0)	0	(0,0)
Rural	176	(3,5)	26	(0,9)	97	(0,6)	39	(1,0)	118	(1,4)	48	(0,8)	21	(0,5)	52	(1,5)
Transportes e Carga	3	(0,1)	0	(0,0)	7	(0,0)	2	(0,0)	15	(0,2)	15	(0,2)	14	(0,3)	3	(0,1)
Total	5057	(100,0)	2846	(100,0)	17559	(100,0)	4046	(100,0)	8250	(100,0)	6284	(100,0)	4129	(100,0)	3581	(100,0)

Fonte: Autoria própria.

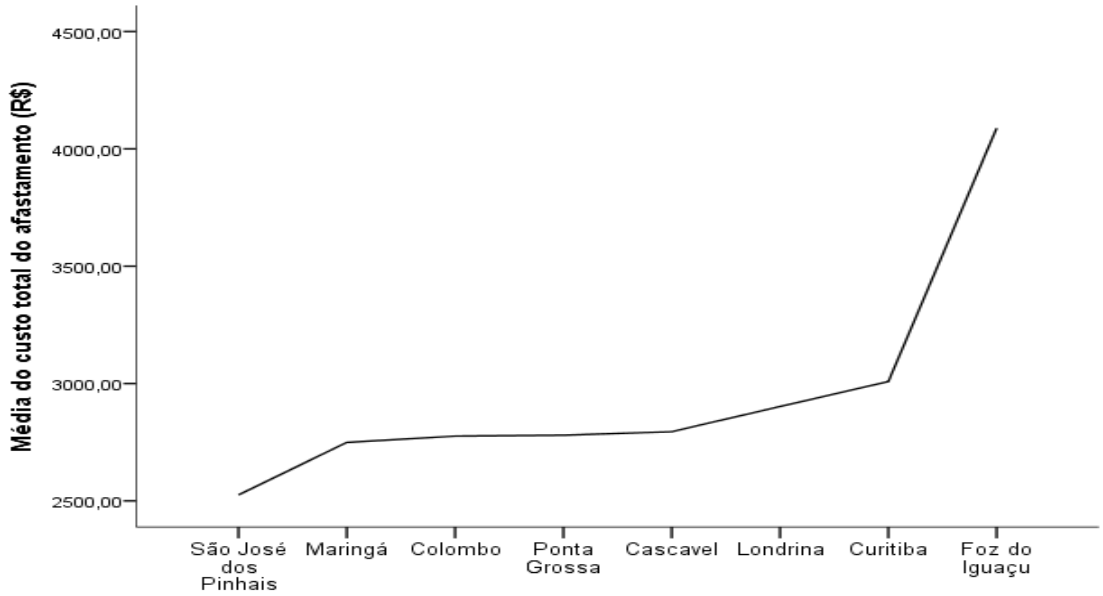
A duração do benefício e o custo total do afastamento, segundo os municípios estudados, estão apresentados na Tabela 12 e na Figura 5. O município com maior tempo de duração médio (101,33 dias) e maior custo médio total (R$4.088,40) foi Foz do Iguaçu. O município com menor tempo de duração médio (62,88 dias) e menor custo médio total (R$2.525,65) foi São José dos Pinhais (Tabela 12).

Tabela 12. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, de acordo com o município, média e desvio-padrão da duração do benefício (dias) e custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Local	Duração do benefício (dias)		Custo Total do Afastamento (R$)	
	Média	**Desvio-Padrão**	**Média**	**Desvio-Padrão**
Cascavel	80,74	97,05	2794,82	3641,39
Colombo	75,57	71,34	2776,12	3475,72
Curitiba	72,33	65,27	3008,43	3827,04
Foz do Iguaçu	101,33	91,01	4088,40	3976,61
Londrina	69,26	69,71	2902,43	3274,24
Maringá	63,52	77,47	2749,40	3747,20
Ponta Grossa	74,76	68,35	2780,11	3394,28
São José dos Pinhais	62,88	51,96	2525,65	2984,18

Fonte: Autoria própria.

Figura 5. Média do custo total dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná em, 2016.



Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 13, estão apresentados os custos dos afastamentos segundo gênero e município avaliado. Nesta avaliação, observou-se que em cinco dos oito municípios estudados, o custo médio total foi superior nos homens do que nas mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa em Ponta Grossa com o custo médio dos afastamentos para homens de R$3.244,19 e para mulheres de R$2.327.20 (p<0,001) (Tabela 13).

Tabela 13. Média e desvio-padrão do custo dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado e gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016.

(Continua)

	Gênero				
	Feminino		Masculino		
	Custo do afastamento		Custo do afastamento		
Município	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	p-valor
Cascavel	2707,45	3595,39	2901,32	3694,70	0,212
Colombo	2810,65	3271,82	2744,29	3654,40	0,319
Curitiba	2984,14	3788,74	3033,86	3866,79	0,096
Foz do Iguaçu	4101,66	4051,92	4071,99	3882,42	0,970
Londrina	2893,82	3245,69	2913,19	3310,01	0,727

Tabela 13. Média e desvio-padrão do custo dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado e gênero nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016

(Conclusão)

	Gênero				
	Feminino		Masculino		
	Custo do afastamento		Custo do afastamento		
Município	**Média**	**Desvio-padrão**	**Média**	**Desvio-padrão**	**p-valor**
Maringá	2795,31	4077,45	2696,14	3323,08	0,652
Ponta Grossa	2327,20	2844,33	3244,19	3823,20	<0,001*
São José dos Pinhais	2462,85	3105,26	2582,66	2869,48	0,096

*estatisticamente significativo.

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 14, mostra a média e desvio-padrão do custo do afastamento, segundo o município e o ramo de atividade. Houve alta variabilidade do custo médio dos afastamentos em todos os municípios e ramos de atividade, com desvio-padrão de até R$4.443,51. Quando comparados os custos de acordo com o ramo de atividade dentro de cada município, houve diferença significativa em Maringá com o maior custo médio no ramo de transportes e cargas, R$4.160,68 (p=0,029), representado por 15 (0,2%) afastamentos do município, considera-se uma porcentagem pequena sendo que o total de afastados foi de 6.284 (100%) para o ano de 2016, em Maringá, terceiro município com mais afastamentos, sendo proporcional ao porte populacional (Tabela 14).

Tabela 14. Média e desvio-padrão do custo dos afastamentos (R$) por auxílio-doença previdenciário dos segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, segundo o município avaliado e ramo de atividade nos municípios acima de 200.000 habitantes no estado do Paraná, em 2016.

	Ramo de Atividade								
	Comerciário		Irrelevante		Rural		Transportes e Carga		p-valor
	Custo do afastamento		Custo do afastamento		Custo do afastamento		Custo do afastamento		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Cascavel	2787,87	3589,11	-	-	2994,00	4902,36	2414,98	1387,47	0,899
Colombo	2771,34	3475,25	389,20	-	3386,23	3577,02	-	-	0,510
Curitiba	3011,58	3833,98	2630,47	2954,48	2522,44	2414,67	2001,40	2095,95	0,848
Foz do Iguaçu	4089,63	3975,99	2274,07	-	4046,34	4225,51	3359,53	997,21	0,898
Londrina	2909,83	3291,09	3186,28	1704,83	2520,75	2116,13	1788,78	1131,88	0,371
Maringá	2735,82	3697,31	2474,20	968,55	4079,02	7757,34	4160,68	4443,51	0,029*
Ponta Grossa	2780,33	3402,30	-	-	2245,43	2026,93	3535,33	2447,01	0,269
São José dos Pinhais	2530,98	2998,27	-	-	2223,74	1886,27	1490,29	1258,14	0,854

*estatisticamente significativo.

Fonte: Autoria própria.

Na Tabela 15, estão o total de afastamentos, média e desvio-padrão da duração do benefício e custo total do afastamento, segundo o capítulo da CID. Verificou-se que o capítulo de maior incidência foi o XIX que trata das lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas, com 23,6% dos afastamentos. O capítulo com maior média de duração do afastamento foi o capítulo II correspondente as neoplasias com 106 dias de afastamento. A menor média de duração foi o capítulo XV referente a gravidez, parto e puerpério (gravidez que termina em aborto, outros transtornos maternos relacionados, predominantemente, com a gravidez e/ou puerpério), com afastamentos de, em média, 48 dias. Já em relação ao custo médio, o capítulo de maior custo foi o II, com custo médio de R$4.156,93 reais (Tabela 15).

Cabe ressaltar que o capítulo da CID 10 que trata de supervisão de gravidez normal com licença-maternidade de 120 dias, é o capítulo XXI, relacionado a fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Tabela 15. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, média e desvio- padrão da duração do benefício (dias) e do custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário, segundo o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Continua)

Cap. CID 10	Descrição	Total de afastamentos		Duração do benefício (dias)		Custo Total do Afastamento (R$)	
		n	%	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	640	(1,2)	95,44	79,77	3378,99	3217,76
Ign	CID não especificado ou inválido	444	(0,9)	319,61	337,96	10483,24	13940,19
II	Neoplasias [Tumores]	4271	(8,3)	106,98	94,60	4156,93	5389,64
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	79	(0,2)	88,13	76,59	4128,69	4866,05
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1299	(2,5)	60,82	45,40	2259,65	2194,17
V	Transtornos mentais e comportamentais	5456	(10,5)	66,61	56,39	2847,38	3091,76
VI	Doenças do sistema nervoso	1119	(2,2)	84,11	64,77	3507,39	3770,09
VII	Doenças do olho e anexos	784	(1,5)	62,64	66,58	2375,83	2966,01
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	90	(0,2)	57,88	66,22	2256,22	2375,16
IX	Doenças do aparelho circulatório	3855	(7,4)	75,18	68,96	3017,23	3856,71
X	Doenças do aparelho respiratório	435	(0,8)	67,36	68,54	2527,95	3006,12
XI	Doenças do aparelho digestivo	4971	(9,6)	51,25	41,90	1910,50	2097,30
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	524	(1,0)	56,60	47,15	2071,77	2074,31

Tabela 15. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, média e desvio- padrão da duração do benefício (dias) e do custo total do afastamento (R$) por auxílio-doença previdenciário, segundo o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Conclusão)

Cap. CID 10	Descrição	Total de afastamentos		Duração do benefício (dias)		Custo Total do Afastamento (R$)	
		n	%	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	9797	(18,9)	77,77	70,90	3258,71	3361,89
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	1824	(3,5)	55,91	59,47	2149,08	3079,86
XV	Gravidez, parto e puerpério	1842	(3,6)	48,77	42,29	2031,68	2570,97
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	23	(0,0)	76,78	59,97	3586,60	4212,62
XVII	Malformações congênitas, deformadas e anomalias cromossômicas	167	(0,3)	64,74	53,23	2797,86	2896,37
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1406	(2,7)	66,08	51,01	2550,18	2618,57
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	12214	(23,6)	71,27	54,31	2920,78	2773,46
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	93	(0,2)	75,92	67,22	2938,85	3010,33
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	419	(0,8)	65,47	107,98	3276,68	8172,15

Fonte: Autoria própria.

Na tabela 16, estão apontadas as maiores incidências de afastamentos de acordo com os capítulos da CID em cada município estudado e, a Figura 6 ilustra as distribuições das frequências dos capítulos da CID 10 em cada município, evidenciando também, as frequências descritas na tabela 16.

O capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas), assim como na análise geral, foi o mais frequente na maioria dos municípios, sendo 25,8% em Cascavel; 24,3% em Curitiba; 22,9% em Foz do Iguaçu; 26,5% em Londrina; 29,0% em Maringá; 18,8% em Ponta Grossa; e, 26,1% em São José dos Pinhais. Apenas em Colombo, o capítulo mais incidente foi XVIII correspondente aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (causa mal definida), com 31,1% dos afastamentos (Tabela 16).

Tabela 16. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Continua)

Cap. CID 10	Descrição	Cascavel	Colombo	Curitiba	Foz do Iguaçu	Londrina	Maringá	Ponta Grossa	São José dos Pinhais
		n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	53 (1,00)	33 (1,20)	226 (1,30)	78 (1,90)	86 (1,00)	57 (0,90)	47 (1,10)	60 (1,70)
II	Neoplasias [Tumores]	399 (7,90)	228 (8,00)	1524 (8,70)	306 (7,60)	670 (8,10)	518 (8,20)	334 (8,10)	292 (8,20)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	4 (0,10)	0 (0,00)	41 (0,20)	3 (0,10)	11 (0,10)	8 (0,10)	9 (0,20)	3 (0,10)
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	97 (1,90)	103 (3,60)	534 (3,00)	72 (1,80)	217 (2,60)	99 (1,60)	68 (1,60)	109 (3,00)
V	Transtornos mentais e comportamentais	443 (8,80)	283 (9,90)	2420 (13,80)	375 (9,30)	751 (9,10)	362 (5,80)	441 (10,70)	381 (10,60)
VI	Doenças do sistema nervoso	88 (1,70)	52 (1,80)	403 (2,30)	66 (1,60)	200 (2,40)	117 (1,90)	102 (2,50)	91 (2,50)
VII	Doenças do olho e anexos	85 (1,70)	24 (0,80)	193 (1,10)	51 (1,30)	196 (2,40)	135 (2,10)	51 (1,20)	49 (1,40)
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	14 (0,30)	3 (0,10)	34 (0,20)	3 (0,10)	8 (0,10)	7 (0,10)	7 (0,20)	14 (0,40)

Tabela 16. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

Cap. CID 10	Descrição	Cascavel	Colombo	Curitiba	Foz do Iguaçu	Londrina	Maringá	Ponta Grossa	São José dos Pinhais
		n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
									(Continua)
IX	Doenças do aparelho circulatório	386 (7,60)	208 (7,30)	1213 (6,90)	211 (5,20)	653 (7,90)	568 (9,00)	327 (7,90)	289 (8,10)
X	Doenças do aparelho respiratório	51 (1,00)	22 (0,80)	139 (0,80)	45 (1,10)	50 (0,60)	58 (0,90)	44 (1,10)	26 (0,70)
XI	Doenças do aparelho digestivo	467 (9,20)	298 (10,50)	1671 (9,50)	413 (10,20)	597 (7,20)	617 (9,80)	581 (14,10)	327 (9,10)
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	46 (0,90)	20 (0,70)	166 (0,90)	48 (1,20)	89 (1,10)	58 (0,90)	54 (1,30)	43 (1,20)
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	980 (19,40)	455 (16,00)	3178 (18,10)	919 (22,70)	1735 (21,00)	1130 (18,00)	764 (18,50)	636 (17,80)
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	225 (4,40)	64 (2,20)	516 (2,90)	224 (5,50)	316 (3,80)	262 (4,20)	116 (2,80)	101 (2,80)
XV	Gravidez, parto e puerpério	252 (5,00)	86 (3,00)	544 (3,10)	125 (3,10)	236 (2,90)	278 (4,40)	185 (4,50)	136 (3,80)
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	1 (0,00)	11 (0,40)	6 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,00)	1 (0,00)	2 (0,00)	1 (0,00)

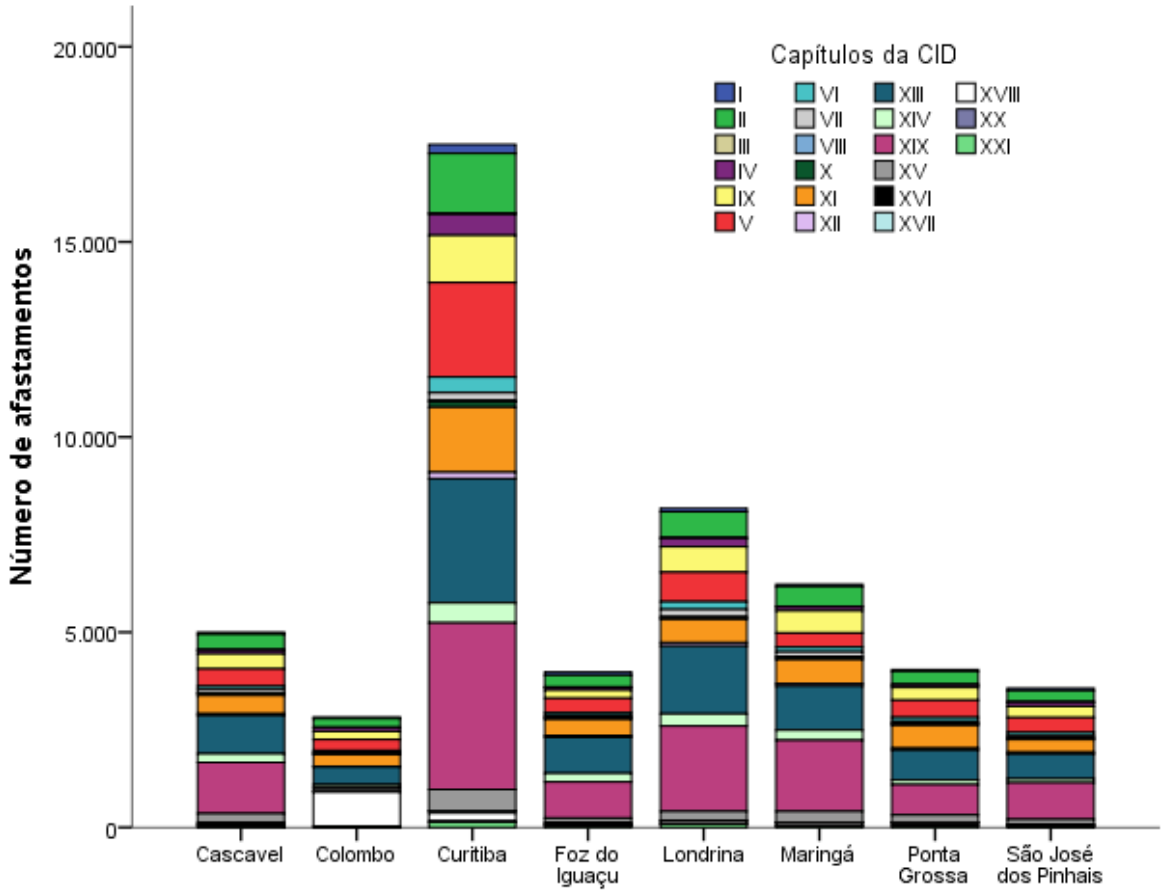
Tabela 16. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.

(Conclusão)

Cap. CID 10	Descrição	Cascavel	Colombo	Curitiba	Foz do Iguaçu	Londrina	Maringá	Ponta Grossa	São José dos Pinhais
		n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
XVII	Malformações congênitas, deformadas e anomalias cromossômicas	12 (0,20)	27 (0,90)	60 (0,30)	10 (0,20)	16 (0,20)	16 (0,30)	16 (0,40)	10 (0,30)
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	55 (1,10)	885 (31,10)	204 (1,20)	40 (1,00)	63 (0,80)	67 (1,10)	59 (1,40)	33 (0,90)
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1304 (25,80)	0 (0,00)	4261 (24,30)	927 (22,90)	2186 (26,50)	1823 (29,00)	777 (18,80)	936 (26,10)
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	12 (0,20)	6 (0,20)	26 (0,10)	15 (0,40)	10 (0,10)	13 (0,20)	10 (0,20)	1 (0,00)
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	26 (0,50)	15 (0,50)	136 (0,80)	48 (1,20)	83 (1,00)	34 (0,50)	49 (1,20)	28 (0,80)
Ign	CID não especificado ou inválido	57 (1,10)	23 (0,80)	64 (0,40)	67 (1,70)	76 (0,90)	56 (0,90)	86 (2,10)	15 (0,40)
Total		5057 (100,00)	2846 (100,00)	17559 (100,00)	4046 (100,00)	8250 (100,00)	6284 (100,00)	4129 (100,00)	3581 (100,00)

Fonte: Autoria própria

Figura 6. Total de segurados do INSS afastados do mercado de trabalho, por auxílio-doença previdenciário, segundo o município e o capítulo da CID nos municípios acima de 200.000 habitantes do estado do Paraná, em 2016.



Fonte: Autoria própria.

Tendo em vista, que as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (capítulo XIX) foi o mais incidente, verifica-se a necessidade de estimular o autocuidado em saúde dos segurados, a fim de reduzir custos sociais e melhorar a qualidade de vida, por meio de ações interdisciplinares à proteção e educação para a saúde.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo, será abordado o assunto, baseando-se nos resultados obtidos, em torno de quatro eixos: 1) principais morbidades que levam ao afastamento do mercado de trabalho; 2) Características demográficas; 3) Tempo e o custo médio de afastamento para as morbidades de maior incidência; 4) Perspectiva interdisciplinar.

7.1 PRINCIPAIS MORBIDADES QUE LEVAM AO AFASTAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO

Segundo o IBGE (2016, p. 10), “o Brasil atravessa, atualmente, um período de transição epidemiológica, com uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença, que interagem com fatores demográficos, nutricionais, econômicos, sociais, culturais e ambientais”. Estima-se que no Brasil, até 2030, as perdas totalizem 8,7% do Produto Interno Bruto (PIB), por conta de casos de absenteísmo e aposentadoria precoces causados por doenças crônicas (MALTA, 2017), “gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde” (SCHMIDT et al., 2011, apud de IBGE 2014, p. 10).

Pode-se afirmar que a lista de causas da Carga Global de Doença (GBD) “é a estrutura organizadora crucial para a análise das causas de morte e de mortalidade prematura, assim como para a análise de incidência e prevalência de doenças e anos vividos com incapacidade” (GBD, 2016, p.5). A lista é organizada hierarquicamente, sendo que no primeiro nível, há três grandes grupos: I. Doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais; II. DCNTs e III. Causas externas (GBD, 2016).

Conforme Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 45,1% dos entrevistados no Brasil referiram ter pelo menos uma DCNT. A região com maior prevalência de DCNT foi a Sul com 52,1% (IBGE, 2014). Nos dados referentes aos segurados do INSS para os municípios pesquisados nesse trabalho, o capítulo da CID 10 de maior ocorrência de afastamento do mercado de trabalho, foi o capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) com 23,6% do total dos afastamentos.

No Brasil, em 2011, dados do Ministério da Saúde mostraram que as causas externas vitimaram cerca de “[...] 145 mil pessoas, correspondendo à terceira maior causa de morte no país (12% do total), e foram responsáveis por cerca de um milhão de internações (aproximadamente 9% do total), sendo a quinta causa de internações no SUS” (CAMPOS et al., 2015, p.2). Em 2016, no Brasil, as mortes por causas externas representaram mais de 10% das mortes de ao menos em 3.200 cidades. Causas externas envolvem acidentes de trânsito, homicídios, quedas, afogamentos, indeterminadas (incluindo várias das categorias anteriores, mas é utilizado quando as circunstâncias não são determinadas, quando não é claro, por exemplo, tratar-se de homicídio, suicídio, acidente, etc.) e outras, que incluem diversas categorias como acidentes hospitalares, acidentes de trabalho, entre demais causas (BRASIL, 2018b).

Campos et al. (2015, p.2) afirmam que “grande proporção dos que sobrevivem às lesões decorrentes desse conjunto de agravos sofre com deficiências temporárias ou permanentes, causando, muitas vezes, perda da capacidade laborativa e da qualidade de vida”. Como observado em algumas publicações, as causas externas têm grande impacto na economia e nas condições de saúde da população, já que seus efeitos incidem na cultura e no modo de viver das pessoas.

No estudo realizado por Mendes; Lima e Pereira (2018) teve como objetivo principal analisar o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do RGPS do Brasil, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas foram apontadas pelos autores como a segunda maior causa de afastamentos, e as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram a maior causa.

Conforme resultados aqui encontrados, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) com total de 18,9%, foram a segunda maior incidência de afastamentos. Algumas das doenças do capítulo XIII que causam afastamento do mercado de trabalho são: artropatias, artroses, transtornos articulares, doenças sistêmicas do tecido conjuntivo, dorsopatias e condropatias (BRASIL, 2018c). Colaborando com os dados encontrados na presente pesquisa, Pires; Vasconcellos e Bonfatti (2017), destacaram os cinco capítulos da CID com maior frequência de afastamento entre bombeiros militares do município do Rio de Janeiro, em 2015; o primeiro foi o capítulo XIII; em segundo lugar com maiores

índices de afastamentos ficaram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; em terceiro, o capítulo V correspondente aos transtornos mentais e comportamentais (TMC); em quarto, as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX); e, na quinta posição, ficaram as doenças do aparelho digestivo (capítulo XI). Os autores concluem que os afastamentos registrados neste caso, possivelmente estão relacionados com a atividade laboral, porém a CF de 1988, segundo o artigo 7º, inciso XXII, apresenta como um dos direitos do trabalhador, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene ocupacional e segurança.

No estudo realizado por Capoani e Motta (2015), houve semelhança aos achados por Pires; Vasconcellos e Bonfatti (2017). Os autores analisaram o perfil de morbidade dos beneficiários do auxílio-doença na cidade de Erechim e as doenças mais frequentes encontradas de acordo com os capítulos da CID 10 foram do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII), seguidas de lesões por trauma (capítulo XIX) e transtornos mentais e comportamentais (capítulo V), igualmente relatado no estudo de Mendes; Lima e Pereira (2018). O que coincide com os dados aqui analisados, pois o terceiro colocado também foi o capítulo V, com 10,5% do total dos afastamentos.

Para corroborar com os dados encontrados na presente pesquisa, o estudo realizado por Macedo e Silva (2018), a partir de dados secundários extraídos do SUIBE do INSS no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2016, mostram para o período analisado o benefício mais concedido foi o auxílio-doença e os TMC da mesma forma aparecem como a terceira maior causa de afastamentos do trabalho no Brasil. O número de benefícios relacionados à TMC concedidos no período foi de 2.181.883 e 48,32% deste total está relacionado aos transtornos de humor (CID F30-F39). Os TMCs são mais comuns após os 40 anos. Os autores concluem que “é necessária uma ação conjunta entre os agentes públicos e privados na promoção de medidas voltadas para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos trabalhadores brasileiros” (MACEDO; SILVA, 2018, p. 47). Portanto, pode-se afirmar que os TMC são causas de absenteísmo e afastamentos do trabalho para tratamento de saúde e estão cada vez mais frequentes, incapacitantes, recorrentes e reduzem a produtividade do trabalhador. Ponta Grossa por exemplo apresenta no plano municipal de saúde 2018-2021, instituir a Política Municipal de Saúde Mental, em consonância com as Políticas Nacional e Estadual (PONTA GROSSA, 2017).

O quarto capítulo de maior acontecimento na análise dos segurados aqui pesquisados, foi o capítulo XI que corresponde a doenças do aparelho digestivo com 9,6% do total de afastamentos. A incapacidade para o trabalho possui implicações sociais, econômicas e para a saúde pública. De acordo com a literatura pesquisada, a transição epidemiológica não é um fenômeno isolado, pois decorre de outros fatores como a urbanização, o acesso a serviços e equipamentos de saúde e mudanças culturais expressivas ocorridas nas últimas décadas, como a "transição nutricional" que se observa pelo aumento progressivo do sobrepeso e obesidade, decorre das mudanças do padrão alimentar e sedentarismo, o que aumenta a propensão de desenvolvimento de doenças do aparelho digestivo. São algumas delas: "doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares, do esôfago, do estômago e do duodeno, doenças do apêndice, hérnias e outras doenças dos intestinos" (BRASIL, 2018b).

Enfim, as neoplasias (tumores) com 8,3% do total de afastamentos aparecem como quinto capítulo mais frequente (capítulo II) para os municípios aqui pesquisados. O município de Colombo, por exemplo, apresenta índice de afastamento de 8%, porém quando analisada a taxa de mortalidade do município, esse índice sobe para 17% (BRASIL, 2018b). O que indica que os custos gerais para a sociedade possivelmente são ainda maiores do que os resultados encontrados.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), citado por Bomfim e Cascaes (2018, p. 2), foram estimados para o ano de 2016, 15.490 novos casos de câncer bucal na população. O estudo da tendência dos benefícios previdenciários pode auxiliar a refletir o impacto econômico que esse agravo gera e apoiar no planejamento de políticas públicas.

Na presente pesquisa, os cinco capítulos mais frequentes representam mais de 70% do total de afastamentos e não possuem nexo de causalidade com a atividade exercida (previdenciária), porém inviabilizam que o trabalhador se mantenha "ativo" no mercado de trabalho. No ano de 2016, a distribuição de concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez de naturezas previdenciária e acidentária no Brasil foi de 450.026 mil benefícios, o capítulo XIX da CID 10 (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas), teve representatividade de 31,04%. Para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) foram concedidos 266.505 mil

benefícios (19,18%) e para os transtornos mentais e comportamentais (capítulo V) foram concedidos 127.562 mil benefícios, tendo 8,97% de representatividade (OGATA et al., 2017). Em 2017, a OMS publicou um documento sobre a depressão e outros transtornos mentais comuns. O Brasil, apresenta o maior percentual de prevalência de transtornos de ansiedade do mundo: 9,3% da população. Com relação à depressão, ocupa o 6º lugar nos índices mundiais, com 5,8%.

Enfim, diante do encontrado, pode-se afirmar que há possibilidade de reduzir o número e tempo de afastamentos por meio de ações interdisciplinares atuando na prevenção de doenças, proteção e educação para a saúde, tais como: diagnósticos precoces e mais baratos, prevenção de doenças crônicas e ao uso de álcool e outras drogas, estímulo à prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável e iniciativas para a saúde mental, a fim de reduzir o estresse e manter o bem-estar geral e qualidade de vida dos trabalhadores.

7.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Baseado no último Censo (2010), podemos afirmar que o Brasil tem uma população urbana jovem, com predominância de pessoas do sexo feminino existindo aproximadamente 96 homens para cada 100 mulheres no país. O IBGE (2016) estima que 84% da população brasileira residem em áreas urbanas, é um país que está envelhecendo rapidamente, a expectativa de vida é 75,8 anos e cresce ano a ano. Esse processo de envelhecimento também é evidenciado com a redução da taxa de crescimento, a queda na fecundidade que iniciou na segunda metade dos anos 60 e tem ocorrido de forma cada vez mais rápida, essa transição apresentará uma população superenvelhecida, reproduzindo a experiência de vários países da Europa Ocidental, da Rússia, do Japão e mesmo em países vizinhos como a Argentina e o Uruguai (BRASIL, 2011; REICHERT; MARION FILHO, 2015).

> Nesse conjunto de perspectivas, assume especial relevância o incremento acelerado do processo de envelhecimento da população paranaense, traduzido pela redução continuada do peso dos segmentos etários, infantil e jovem e, concomitante aumento das proporções de população adulta e idosa. Tais transformações causam impactos diretos e de significativa monta sobre distintas esferas de funcionamento da economia e da sociedade, tais como mercado de trabalho, perfil dos segmentos

> consumidores, sistemas previdenciários, educacionais e de saúde, tanto públicos como privados (MAGALHÃES; CINTRA, 2010, p.17).

Ainda segundo dados do censo de 2010, o Estado do Paraná possuía 10.444.526 habitantes, a população estimada em 2018 é de 11.348.937, sendo o sexto Estado mais populoso do Brasil. Segundo o mesmo censo, 5.130.994 pessoas eram homens e 5.313.532 pessoas eram mulheres, e 8.912.692 habitantes viviam na zona urbana e 1.533.159 na zona rural (BRASIL, 2018a). As características demográficas dos municípios pesquisados seguem a mesma tendência apresentada para o todo Estado do Paraná.

Ao analisar os segurados afastados do mercado de trabalho dos munícipios pesquisados, nota-se que as mulheres apresentam maior percentual total de afastamento, sendo de 52,4% (27.114). Quando a análise é realizada por município, Ponta Grossa apresentou a menor diferença entre gêneros, 2040 afastamentos para gênero masculino (49,4%) e 2089 afastamentos para gênero feminino (50,6%), a mesma possui cerca de 150 mil pessoas em idade economicamente ativa (PEA), sendo 57,37% do gênero masculino, isto indica de os homens são maioria no mercado de trabalho e que as mulheres proporcionalmente afastam-se mais.

Somente Colombo (52%) e São José dos Pinhais (52,4%) apresentam percentual maior de afastamento para o gênero masculino, Colombo apesar de seguir a tendência de envelhecimento mundial, em 2016 apresentou número expressivo de pessoas do gênero masculino com menos de 30 anos (IPARDES, 2018). Sendo, possivelmente, a explicação para a frequência encontrada. A mesma tendência pode ser verificada em São José dos Pinhais, porém com maior índice de afastamento entre 31 e 40 anos. O que está diretamente ligado a PEA, pois está afastando pessoas em idade produtiva do mercado de trabalho, os números de PEA são maiores para o gênero masculino em todos os municípios.

Pode-se então afirmar que as mulheres são em menor número em relação a pessoas com idade e condições físicas para exercer algum ofício no mercado de trabalho, porém em maior número de afastamentos totais. Pesquisas apontam que a dupla jornada afasta muitas mulheres do mercado de trabalho, apesar de elas serem responsáveis pelo sustento de quatro em cada dez casas (SILVEIRA; FLECK, 2017). No Brasil, boa parte delas interrompe os estudos e para de trabalhar

para cuidar da casa. Entre o total de mulheres, 21,1% não trabalha nem estuda, contra 7,8% dos homens (IBGE, 2016; ANDRADE, 2016; SILVEIRA; FLECK, 2017; SANTOS et al., 2017a).

Quando se compara a incidência total de afastamentos para os segurados pesquisados, o número de afastamentos para o gênero masculino só é maior até os 30 anos e acima de 60 anos, para as demais faixas etárias, ou seja, dos 31 aos 60 anos a incidência de afastamentos é do gênero feminino. Ainda, verifica-se que entre as mulheres, o maior percentual de afastamentos está entre os 41 a 50 anos, 27,4% em média para todos os municípios pesquisados, enquanto para os homens os percentuais variam de município e a faixa etária, coincidindo com a média de idade de prevalência de afastamentos para o gênero feminino somente Foz do Iguaçu e Ponta Grossa. Para homens, o maior percentual foi de 26,5% entre 31 e 40 anos para a cidade de São José dos Pinhais, que [...] possui uma economia influenciada pela presença do Aeroporto Internacional Afonso Pena, e de grandes fábricas de autopeças (é o terceiro polo automotivo do Brasil) (IBGE, 2018).

Além disso, em quatro (Cascavel, Colombo, Londrina e Maringá) dos oito munícipios pesquisados para o gênero masculino a prevalência de afastamentos foi até 30 anos. Sendo assim, é possível relatar que para os municípios estudados, as mulheres têm frequência maior no número total de afastamentos do mercado de trabalho, porém mais tardio quando comparado à faixa etária de maior afastamento entre os homens.

Segundo os dados apresentados no Boletim Estatístico da Previdência Social, a média de idade na concessão do benefício de auxílio-doença, no ano de 2016, nível Brasil, foi de 40,56 anos para homens e 41,39 anos para mulheres na zona urbana e, na zona rural, a média de idade foi de 45,13 anos para homens e 42,71 anos para mulheres (BRASIL, 2017). Diante disto, identifica-se que é afastada do mercado de trabalho, por ocasião de auxílio-doença previdenciário (B31), uma parcela da população considerada em idade produtiva, corroborando para o agravamento no requerimento prolongado de recursos financeiros governamentais para sobreviver.

Enquanto os jovens de 15 a 24 anos de idade reduziram sua taxa de ocupação (pessoas em idade de trabalhar) ao longo dos últimos 20 anos, os adultos de 25 a 49 anos a ampliaram (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013). “Estas tendências na taxa de ocupação levaram à diminuição da parcela de jovens e ao

aumento da proporção dos adultos mais velhos no mercado de trabalho” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013, p. 9)

> Esse envelhecimento traz consigo desafios para o Estado, sobretudo no que tange às demandas para os sistemas de saúde e de seguridade social. A presença de enfermidade não é exclusiva das idades mais avançadas, o envelhecimento pode ser saudável se, associadas a ele, forem realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças durante toda a vida da população. Essas intervenções são fundamentais para reduzir esses desafios que são atuais, mas também futuros (MIRANDA, MENDES; SILVA, 2017, p. 312).

Já que o envelhecimento da força de trabalho trará consequências que exigem reflexão sobre as ações a serem desenvolvidas, pois certamente acontecerão impactos sociais, políticos e econômicos para toda a sociedade, os fatores de risco, tanto ambientais como comportamentais, precisam ser reduzidos, simultaneamente, os fatores de proteção precisam aumentar para garantir que as doenças crônicas e o declínio funcional possam ser prevenidos ou adiados.

As perspectivas demográficas de envelhecimento trazem consigo impactos significativos para as políticas públicas. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), “o processo de envelhecimento é frequentemente associado a maiores despesas com previdência social, saúde e cuidados de longa duração, à estagnação da produtividade e redução do crescimento econômico potencial”. De acordo com Miranda, Mendes e Silva (2017, p. 310), “Neste momento de transição demográfica e epidemiológica, é preciso investir no sistema de saúde, compreendendo o seu papel no desenvolvimento econômico e, sobretudo, enquanto resposta às novas necessidades emergentes”.

7.3 TEMPO E O CUSTO MÉDIO DE AFASTAMENTO PARA AS MORBIDADES DE MAIOR INCIDÊNCIA

Para Miranda, Mendes e Silva (2017, p. 310), “uma população com maior expectativa de vida e menores taxas de fecundidade, favorecem o aumento da população em idade economicamente ativa e reduz a razão de dependência demográfica”. Segundo os autores, isso caracteriza bônus demográfico. Entretanto, essa transição demográfica pode influenciar no futuro da sociedade brasileira, com reflexos positivos ou não, dependendo dos investimentos realizados em políticas

públicas (MAGALHÃES; CINTRA, 2010; REICHERT; MARION FILHO, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

De acordo com Capoani e Motta (2015, p. 85), “a reforma na previdência social brasileira é tema que há muito se discute frente à incapacidade do sistema atual em manter-se economicamente sustentável com o crescente número de segurados e o envelhecimento da população”. No mês de dezembro de 2016, foram 33,8 milhões de benefícios emitidos para pagamento, no valor total de R$ 37,9 bilhões. No mesmo mês, a arrecadação líquida do INSS (que corresponde aos recebimentos próprios deduzindo-se as transferências a terceiros) foi de R$ 46,8 bilhões e a despesa com benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) foi da ordem de R$ 54,5 bilhões. Em dezembro de 2016, foram requeridos 658,8 mil benefícios e indeferidos 282,5 mil benefícios (BRASIL, Ministério da Fazenda, 2016).

Segundo Ogata et al. (2017), a concessão de auxílio-doença de natureza previdenciária, isto é, não relacionadas ao trabalho, representam mais de 80% das concessões, custo de R$ 47.622.745.472,88, duração média de 160 dias e valor médio por benefício de R$ 7.948,91, enquanto o benefício de natureza acidentária responde por quase 16% das concessões, custo de R$ 10.666.821.046,75, duração média de 183 dias e valor médio por benefício de R$ 9.059,23.

Nos dados encontrados na presente pesquisa, a duração média total do auxílio-doença para o gênero feminino foi de 72,87 dias com custo médio total de R$ 2.918,32 e para o gênero masculino foi de 74,35 dias com custo médio total de R$ 3.005,06. Houve diferença estatisticamente significativa entre o custo médio total do benefício, sendo menor para o gênero feminino. Supõe-se que essa diferença se deva a “mulher” receber salários menores e, consequentemente, sua contribuição previdenciária também ser menor e por isso, o benefício de auxílio-doença também possui menor valor financeiro.

No artigo de Assis e Alves (2014), foram analisadas as diferenças salariais constatadas entre homens e mulheres brasileiras segundo condição de migração, e entre tipos de migrantes segundo gênero, verificou-se que a região que apresenta maior diferença salarial entre homens e mulheres não migrantes é a Região Sul (2,44), vindo em segundo lugar a Sudeste. Os autores concluem que há possíveis indícios de discriminação no mercado de trabalho brasileiro, os resultados

mostraram que grande parte das diferenças salariais existentes entre homens e mulheres, independente da sua condição migratória.

No estudo de Cantante (2014), houve semelhança no que diz respeito à desigualdade salarial entre gêneros. A pesquisa demonstrou que existe em Portugal uma desigualdade de gênero bastante acentuada no acesso aos quantis do topo da distribuição dos ganhos salariais. Constatou que existe uma clara desigualdade no acesso às profissões de direção das empresas, as quais são desproporcionalmente exercidas por homens.

Quando analisado os custos dos afastamentos segundo gênero e município avaliado nesta pesquisa, observou-se que em cinco dos oito municípios estudados, o custo médio total foi superior nos homens do que nas mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa em Ponta Grossa com o custo médio dos afastamentos para homens de R$3.244,19 e para mulheres de R$2.327.20 ($p<0,001$). Apesar desta diferença, o município aponta no plano municipal de saúde 2018-2021 como referência em gestão a atenção a competência, o comprometimento, a ética, o senso democrático, a transparência e a valorização profissional (PONTA GROSSA, 2017, p.43).

De acordo com Santos et al., (2017b, p. 454)

> A inserção da mulher no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que avança se retrai quando se contrasta com certos atrasos sociais. Como exemplo observa-se que, apesar de a mulher estar conquistando uma formação educacional superior à do homem, pode-se constatar que há desproporção nos níveis salariais entre homens e mulheres. Contudo, a evolução profissional da mulher não tem sido acompanhada por mudanças sociais, nem no Brasil, nem em países considerados desenvolvidos.

Segundo Ipea (2013); Cantante (2014); Silveira e Fleck (2017), nota-se que a diferença de rendimentos entre homens e mulheres vem diminuindo ao longo da última década. Tal tendência acentua-se de 2009 a 2011 e mantém-se entre 2011 e 2012. Não obstante, este diferencial continua a ser alto, pois em 2012 mulheres ainda recebiam, em média, um salário 27,5% inferior a homens que possuem as mesmas características produtivas observáveis (IPEA, 2013).

Porém, conforme divulgado pela organização não governamental Oxfam Brasil (2018), com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

(PNAD) contínua de 2016 e 2017, do IBGE, as desigualdades entre rendimentos de mulheres e homens aumentaram nos últimos dois anos. As mulheres ganhavam cerca de 72% do que ganhavam os homens em 2016, proporção que caiu para 70%, em 2017.

De acordo com a literatura pesquisada deveria ser indiferente para as organizações o sexo do funcionário. Tratamento e salário deveriam ser iguais para ambos, considerando apenas seus conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de suas funções dentro das organizações, não havendo diferenças entre classes (ANDRADE, 2016; MATIJASCIC, 2016; SILVEIRA; FLECK, 2017).

Em relação à duração e custo médio total do afastamento, apontou-se que os municípios com maior custo de afastamento foram: Curitiba com 17.559 afastados e custo de R$ 52.825.022,37; Londrina 8.250 afastados e custo médio R$ 23.945.047,50; e, Maringá com R$ 17.277.229,60 de custo médio e 6.284 afastados do mercado de trabalho. Sendo eles, os três municípios pesquisados mais populosos. O custo total dos afastamentos de B31 (auxílio-doença previdenciário) para os municípios pesquisados em 2016 chegou, em média, a R$ 153.146.634,97. Isto evidencia que há um custo elevado com afastamentos para os quais o diagnóstico precoce e intervenções interdisciplinares de prevenção e educação para saúde poderiam contribuir para a redução destes custos.

O art 8º da portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) em parágrafo único prevê que a realização da articulação requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. Ainda o art 8º, trata da identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território e tem por objetivo promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis (BRASIL, 2012).

Art. 9º explana sobre as estratégias da PNSTT, visa a produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas (BRASIL, 2012).

Uma das morbidades que pode se tornar mais branda com intervenções interdisciplinares por meio de conscientização em relação ao diagnóstico precoce e ao controle da doença, aumentando assim as chances de recuperação são alguns tipos de neoplasia (tumor) capítulo II. Isso porque o risco de desenvolvimento do câncer é, em sua maioria, determinado por fatores externos, e está relacionado com uma combinação de fatores genéticos, ambientais e, principalmente, estilo de vida. Por isso, a prevenção da doença por meio de orientação, mudanças de hábitos e da realização de exames clínicos periódicos, que podem interferir no prognóstico positivamente (SESI, 2016; BRASIL, 2018c). Este foi o capítulo da CID 10 de maior duração média (106,98 dias) e maior custo médio total (R$ 4.156,93), com 8,3% do total dos afastamentos para os municípios pesquisados. O número de casos de neoplasias vem crescendo anualmente, representando a segunda causa de morte no Brasil e no mundo (BRASIL, 2018c).

O câncer tem seu crescimento progressivo em todas as faixas etárias e gera incapacidades de toda ordem. Segundo Mendes e Vasconcellos (2015, p. 882), “a carga das neoplasias continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem aplicadas”. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens são pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres (INCA, 2014).

Segundo a pesquisa de Nascimento et al. (2015), o câncer de mama ocupou o primeiro lugar para aposentadorias precoces, destacando-se com 50,0% dos casos entre os diversos tipos de neoplasias malignas diagnosticadas no serviço de perícia médica do município de São Luís - MA.

No estudo realizado por Bomfim e Cascaes (2018), os autores analisaram as tendências de concessão de auxílios-doença previdenciários (B31) por câncer bucal e de orofaringe no período de 2006 a 2013, no Brasil. Concluíram que os benefícios previdenciários por câncer de boca e de orofaringe mostraram tendência crescente, benefícios para outras partes da boca, nasofaringe, orofaringe, assoalho da boca e palato mostraram aumento significativo; comércio (5,5%) e indústrias de transformação (5,2%) foram os ramos de atividades mais prevalentes.

Na presente pesquisa, o ramo de atividade de maior incidência foi o ramo do comércio com 98,7%, este ramo faz parte da principal atividade econômica dos oito

municípios pesquisados. Na forma de filiação[3] do ramo do comércio, encontramos os segurados desempregados, empregados, trabalhador avulso, empresário, empregado doméstico, facultativo, equiparado a autônomo e contribuinte individual (Brasil, 2015).

Na análise referente ao município com maior tempo médio de duração e maior custo médio total do afastamento, Foz do Iguaçu apresentou a duração e custo médio total com 101,3 dias e R$ 4.088,40, respectivamente. Este é um município situado na fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina, é considerada a cidade mais importante da região da tríplice fronteira (PEITER, 2005; LIMA; TOSO, 2018). Para os munícipes de Foz do Iguaçu, portanto, essa fronteira nunca existiu.

> [...] esse espaço passou a contar com um alto índice de indivíduos binacionais ou transfronteiriços, em que os binacionais são aqueles cujo domicílio está situado de um lado da fronteira, mas que, por motivos diversos, transitam permanentemente entre fronteiras. Já os transfronteiriços são cidadãos ou famílias da mesma nacionalidade, mas que vivem de lados diferentes da fronteira (ASTORGA, 2002, p.29 apud SILVA; RIQUELME, 2011).

Pode-se então classificar essa fronteira, como uma “fronteira viva” (SILVA; RIQUELME, 2011). A convivência cotidiana entre os sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, comércio, as áreas de lazer e também nos serviços de saúde, são geradores de contradições entre as realidades local, regional e do conjunto de normas e práticas dos países (SILVA; RIQUELME, 2011; LIMA; TOSO, 2018).

Em relação à análise do coeficiente das principais causas de mortalidade em Foz do Iguaçu nos últimos sete anos, constata-se que as doenças do aparelho circulatório são responsáveis, historicamente, como a principal causa de mortalidade da população iguaçuense (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

A segunda causa de mortalidade do ano de 2010 a 2012 foram causas externas, com coeficientes de (12,69%), (11,25%) e (12,65%). Estas tiveram uma queda significativa nos anos seguintes, porém continuam sendo a maior causa de

[3] De acordo com a legislação, filiação é o vínculo jurídico que se estabelece entre a Previdência Social e as pessoas que fazem contribuições a ela, podendo se dar de forma obrigatória ou facultativa. Uma vez criado este vínculo jurídico, os cidadãos passam a ter direitos (em forma de benefícios e serviços). Disponível em< https://www.inss.gov.br/orientacoes/tipos-de-filiacao/ >. Acesso em 30/01/2019.

afastamento do mercado de trabalho por auxílio-doença, sendo substituída como a segunda causa de mortalidade pelas neoplasias. Por fim, as doenças do aparelho respiratório ocupam a quarta causa de mortalidade no município (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

Foz do Iguaçu apresenta no plano municipal de saúde 2018-2021, como um dos pilares estratégicos para a reorganização da rede assistencial em saúde na ótica da gestão em saúde coletiva, o enfrentamento de mortalidade e morbidade por causas externas, por meio da promoção e adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, mediante realização de campanhas de mobilização social para prevenção das violências e acidentes em todos os segmentos sociais, implantação da integração e relacionamento da base de dados de acidentes e violências entre os serviços responsáveis e redução em 3% da morbimortalidade por acidentes e violência (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

Da mesma forma o plano municipal de saúde 2018-2021 do município de Ponta Grossa como marco de gestão, reduzir a mortalidade materno-infantil por causas evitáveis; reduzir a mortalidade por causas externas, reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas e reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentas e do uso abusivo de álcool e outras drogas (PONTA GROSSA, 2017).

O município com menor tempo de duração médio e menor custo médio total foi São José dos Pinhais com 62,88 dias e R$2.525,65, respectivamente. Em 2016, o salário médio mensal era de 3,4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 33,7% (IBGE, 2018).

São José dos Pinhais apresenta no plano municipal de saúde 2018-2021, como um dos pilares estratégicos para o fortalecimento da vigilância em saúde, ambiental, epidemiológica, sanitária, segurança e saúde do trabalhador, a realização de campanhas de prevenção e promoção à saúde com a parceria da atenção primária à saúde (SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2017).

Desta forma, “o investimento na saúde do trabalhador justifica-se pelo potencial com que as doenças afetam os índices de produtividade, contribuindo para o aumento dos níveis de afastamentos e de absenteísmos” (OGATA, 2017, p. 131). Isso tem gerado custos diretos e indiretos para a sociedade, além dos custos sociais para o trabalhador, sendo dessa forma, cada vez mais necessário o

desenvolvimento de métodos que possam contribuir para a melhoria da QV e a uma longevidade produtiva saudável.

7.4 PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

De acordo com Velloso et al. (2016); Toassi e Lewgoy (2016), a interdisciplinaridade é a articulação dos diferentes saberes, o que produzirá um novo conhecimento, " visa à recuperação da unidade humana pela passagem de uma subjetividade para uma intersubjetividade e, assim sendo, recupera a ideia [...] e o papel do homem (agente das mudanças do mundo) " Toassi e Lewgoy (2016, p. 451), como caminhos metodológicos inovadores na produção de novos conhecimentos e re (ligação) de saberes (MORIN, 2004).

Para Carvalho e Ceccim (2006, p. 138), na base da perspectiva interdisciplinar "não há limites rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde". Então, Toassi e Lewgoy (2016) apontam que a nova concepção estabelecida na Constituição Federal de 1988, fundamenta a saúde coletiva como um campo de produção de conhecimento e intervenção interdisciplinar.

Diante das evidências apresentadas na presente pesquisa, pode-se afirmar que o afastamento do trabalhador do mercado de trabalho tem um custo social elevado para a sociedade, podendo se agravar com o envelhecimento da força de trabalho. Apesar de estar na legislação, é possível perceber que o SUS precisa de subsídios, pois o Brasil é um país que está envelhecendo. Estima-se que em 2040, aproximadamente 57% da população brasileira em idade ativa será composta por pessoas com mais de 45 anos (IPEA, 2010b).

Neste sentido, é necessário tomar atitudes e desenvolver ações para minimizar o custo social e reter esses profissionais no mercado de trabalho, "não apenas por questões relacionadas ao equilíbrio das contas da previdência social, mas como alternativa para a escassez de mão de obra especializada e à sustentação do crescimento econômico" (FLEURY, 2013, p. 3).

Sendo assim, a OPAS/OMS (2018, p.11) indicam que "há necessidade de mudanças na formação profissional para reorientar o modelo de atenção à saúde e fomentar a organização do trabalho em equipes multidisciplinares". Isso demanda

atualizar políticas e revisar as estratégias para o treinamento de profissionais de saúde para o SUS.

Na pesquisa realizada por Toassi e Lewgoy (2016), com o objetivo de analisar os processos de ensino-aprendizagem no contexto interdisciplinar e multiprofissional, os autores afirmam que a proposta tem possibilitado o convívio entre estudantes e professores de diferentes cursos de graduação, aproximando-os dos trabalhadores do SUS e transformando currículos. Resultados positivos da prática interdisciplinar, também foram encontrados na pesquisa realizada por Velloso et al. (2016).

Segundo achados dos autores Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016), os profissionais apontam potencialidades na integração ensino-serviço-comunidade no que diz respeito a mudanças das práticas, que permitem mudar a forma de se relacionar e perceber os problemas dos usuários, de repensar a concepção de saúde.

Silva et al. (2014), revelam que as ações de cuidado dos trabalhadores são pontuais e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos da PNSTT. “Na especificidade e na complexidade da área da saúde coletiva, a interdisciplinaridade é comumente utilizada como sinônimo de trabalho em equipe” (ROQUETE et al., 2012, p. 470). Precisa-se romper a ideia de setorização da saúde, pois conforme já discutido, a realidade é multifacetada.

Então, intervenções interdisciplinares visam contribuir para a redução da incidência de acidentes, das ocorrências de situação de risco, dos índices de absenteísmo e licenças por doenças a partir da educação e promoção da saúde, entre outros. Ações voltadas aos hábitos de vida dos trabalhadores, como por exemplo: Prevenção ao Uso de Álcool e outras Drogas, Alimentação Saudável, Prevenção do Câncer, Prevenção de Acidentes de Trabalho, Saúde Mental, Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Prevenção de Doenças Crônicas e Estímulo a Atividades Físicas (BRASIL, 2013; SESI, 2016).

Dessa forma, “trabalhadores saudáveis, podem contribuir para o desenvolvimento das instituições de modo a proporcionar ganhos de produtividade, sem perder de vista os cuidados com a saúde” (SOUSA, 2013 p.48).

A saúde e a qualidade de vida da população de um país são componentes essenciais e complexos, que dependem do ambiente econômico, estando,

portanto, intimamente ligados a variáveis como educação, trabalho e seguridade social (MORIN, 2004; ROQUETE et al., 2012).

As experiências multi, inter e transdisciplinares apresentam como principal característica comum, a aproximação de diferentes saberes para a solução de problemas específicos, como é o caso da saúde coletiva (ROQUETE et al., 2012; SILVA et al., 2014; VELLOSO, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016). “Extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários” (ARAÚJO et al., 2017, p. 602).

Neste sentido, por meio dos resultados encontrados na presente pesquisa, considera-se que morbidades “evitáveis” como, luxações, entorses, distensão das articulações, transtornos mentais e comportamentais, trazem agravamento no requerimento prolongado de recursos financeiros governamentais para sobreviver. Assim, afirma-se que há a necessidade de potencializar as metodologias interdisciplinares com vistas na redução da incidência de absenteísmo por morbidades, afim de prover a atenção à saúde dos trabalhadores.

Este estudo apresentou algumas limitações de modo que não estavam preenchidos todos os campos dos formulários do INSS, tal como, nível de escolaridade, ramo de atividade, data de nascimento e, até mesmo, a não especificação do número da CID referente ao auxílio-doença recebido. Isso dificultou a análise mais circundante de algumas variáveis.

8 CONCLUSÕES

O conjunto de evidências estabelecido neste trabalho pode contribuir para o planejamento de políticas públicas em promoção e reabilitação da saúde por meio da análise das causas, necessidades e perfil de usuários segurados que recebem auxílio-doença pela previdência social. Diante da necessidade de compreender os problemas globais e de atuar localmente, é certo que iniciativas que promovam a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e dos seus dependentes têm impacto transformador no ambiente coletivo e vice-versa.

É preciso estimular a apropriação do ser humano como protagonista das suas atitudes, conscientizar e mostrar ao trabalhador que a saúde está em suas mãos. Tornando evidente, a necessidade de fomentar metodologias interdisciplinares, para prover a atenção à saúde dos trabalhadores.

Então, a construção coletiva da cultura e da responsabilização social, na transformação no cotidiano do fazer/pensar saúde, orientar, planejar e executar práticas interdisciplinares, proporciona assim, um possível retorno das pessoas afastadas do mercado de trabalho por problemas de saúde com foco na redução de custos sociais e melhoria da qualidade de vida.

Evidenciou-se, a escassez de pesquisas científicas sobre o tema, o que dificulta a análise dos dados encontrados. Sugere-se que os dados encontrados nesta pesquisa podem ser utilizados como subsídio para outras pesquisas neste viés, com foco na redução do custo social. Certamente seria menos oneroso se fossem realizados diagnósticos precoces efetivos e intervenções interdisciplinares cada vez mais integradas para ações de prevenção de doenças e lesões, proteção e educação para a saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, D.S.; GATTÁS, M.L.B. **Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde.** Medicina, Ribeirão Preto, 40 (1): 82-84, jan./mar. 2007.

ANDRADE, T. **Mulheres no mercado de trabalho: onde nasce a desigualdade?** Consultora Legislativa da Área V Direito do Trabalho e Processual do Trabalho. 2016.

ARAÚJO, F.C.S. **Seguridade social. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1272, 25 dez. 2006.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/9311/seguridade-social>. Acesso 16 de junho 2018.

ARAÚJO, T.A.M. et al., **Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores.** Interface (Botucatu). 2017; 21(62):601-13.

ASSIS, R.S.; ALVES, J.S. **Hiato salarial entre homens e mulheres no Brasil segundo condição migratória: o mercado de trabalho é segregado ou discrimina?** Rev. Econ. NE, Fortaleza, v. 45, n.1, p. 120-135, jan./mar. 2014.

BANKOFF, A.D.P.; ZAMAI, C. A. **Doenças Crônicas não transmissíveis.** IN: BANKOFF, A.D.P.; JURADO, S.R., SOUSA, M.A.B. Saúde e Meio Ambiente. UFMS, 2013.

BELASCO, A.G.S., SESSO, R.C.C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ DP, SCHOR N. (org). **Guia de qualidade de vida.** São Paulo: Manole; 2006. p. 1-10.

BOMFIM, R.A.; CASCAES, A.M.; **Tendências dos benefícios previdenciários por câncer bucal e de orofaringe de 2006 a 2013 no Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 27(1):e20171416, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

BRASIL. **Conselho Nacional do Trabalho**. Diário da justiça, 8 nov. 1943, p. 7808-7810. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/13600>. Acesso em: 13 junho 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923.** Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 22 junho 2018.

BRASIL**. Decreto nº 48.959-A, de 19 de setembro de 1960**. Aprova o Regulamento Geral da Previdência Social. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Decreto nº 53.264, de 13 de dezembro de 1963.** Dispõe sobre a Reabilitação Profissional na Previdência Social. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 13 junho 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 16 junho 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). **Auxílio-doença: comum ou acidente de trabalho?** Disponível em: < https://www.inss.gov.br>. Acesso em: 24 junho 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). **Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional**. Vol I. Brasília, 2016.

BRASIL**. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>. Acesso em 22 junho 2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 16 de junho 2018.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **Informe de Previdência Social: Evolução recente na cobertura previdenciária e seus impactos sobre o nível de pobreza.** Nov/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002b.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13614.htmll>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html> . Acesso em 18 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022-série B.** Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, Diário Oficial da União 2012; 23 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).** Disponível em: < http://www.oestadoce.com.br/editorias/viver/quais-as-doencas-que-mais-matam-o-brasileiro-conheca-10-principais-causas >. Acesso em: 01 de outubro 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> . Acesso em 27 de dezembro 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: < http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude >. Acesso em: 25 de junho 2018c.

BRASIL. Previdência Social (PS). **Reabilitação Profissional: Articulando Ações em Saúde do Trabalhador e Construindo a Reabilitação Integral.** 2013.

BRASIL. Previdência Social (PS). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise.** BPS. n. 23. Ipea 2015.

BRASIL. Previdência Social (PS). **Boletim Estatístico da Previdência Social - Vol. 21 Nº 12.** Dezembro 2016.

BRASIL. Previdência Social (PS). **Boletim Estatístico da Previdência Social - Vol. 22 Nº 01.** Janeiro 2017.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 1ª ed. HUCITEC:2006.

CAMPOS, M.R. et al. **Carga de doença por causas externas no Brasil – 2008.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):1-17, jan, 2015.

CANTANTE, F**. Desigualdades de gênero no topo dos ganhos salariais em Portugal**. Observatório das Desigualdades e-Working Paper nº 1/2014.

CAPOANI, M.R; MOTTA, M.V. **Perfil de morbidade dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS.** Saúde, Ética & Justiça. 2015;20(2):84-92.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva.** In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 137-70.

COSTA, A.J.L.; KALE, P.L. **Medidas de frequência de doença.** In: VERMELHO, L. L. (Org.). Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 13-30.

COUTO, H. A. **Absentismo. Uma visão bem maior que a simples doença.** Ergo n.2.jul. 1982.

DIAS, M. **Absenteísmo em Contact Center: Estudo de Caso com Preditores Micro e Macro Organizacionais**. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia]. Uberlândia/MG: UFU, 2005.

FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus, 2003.

FENAVIST. Federação Nacional das Empresas de Segurança e Transportes de Valores. **Informações sobre Auxílio-Doença Previdenciário e Acidentário.** Brasília – DF. Abril/2015.

FLECK, M.P.A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M.P.A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Política de saúde: uma política social.** Políticas e sistema de saúde no Brasil, 2008.

FLEURY, M.T. **Envelhecimento da força de trabalho.** PwC Brasil. Mar. 2013.

FONTELLES, M.J. et al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Revista Paraense de Medicina, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021.** Conselho Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu (COMUS), 2017.

Global Burden of Disease Study. **Mortality and Causes of Death Collaborators. Global**, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the 2015. Lancet 2016; 388(10053): 1459-544.

GONÇALVES, M. A. **Organização e funcionamento do SUS** / Márcio Augusto Gonçalves – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 132p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho: Brasil e grandes regiões.** Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 66 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil demográfico**. Disponível em: < https://cidades.ibge.gov.br/ >. Acesso em 29 de dezembro 2018.

IBM Corp. Released 2011. **IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0.** Armonk, NY: IBM Corp.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Disponível em: < http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 13 de dezembro 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Comunicados do IPEA: Tendências demográficas.** N.64, 2010a.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro. **Proteção Social, Garantia de Direitos e Geração de Oportunidades**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2010b.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Um retrato de duas décadas do mercado de trabalho brasileiro utilizando a Pnad.** N.160, outubro 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/ >. Acesso em 13 dezembro 2018.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LIMA, L.T.P.; TOSO, B.R.G.O. **Resolutividade dos cuidados à saúde em região de fronteira para brasileiros não residentes.** Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, Volume 4 – Número 2 – Segundo Semestre de 2018.

MACEDO, J.W.L.; SILVA, A.B. **Afastamentos do Trabalho no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC): o que revelam os números da Previdência Social?** Métodos e Pesquisa em Administração, v. 3, n. 1, p. 39-49, 2018.

MAGALHÃES, M.V.; CINTRA, A.P.U. **Dinâmica Demográfica do Paraná: tendências recentes, perspectivas e desafios.** Nota Técnica Ipardes, Curitiba, n.14, nov. 2010.

MAHAYRI, N. **Desafios da reabilitação profissional para o século XXI; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para programa de reabilitação profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas, SP.** / Nazira Mahayri. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

MALTA, D.C. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Rev. Saúde Pública. 2017; 51 Supl 1:4s.

MATIJASCIC, M. **Previdência para as Mulheres no Brasil: reflexos da inserção no mercado de trabalho.** Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea , 2016.

MATTOS, M.G.; JÚNIOR, A.J.R.; BLECHER, S. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física**: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação. 2ª ed. São Paulo: Phorte, 2008.

MENDES, J.M.R. et al. **Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde.** Argumentum. Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, p. 881-892, Jul-Set 2015.

MENDES, N.C.F.; LIMA, D.V.; PEREIRA, J.M. **O impacto do absenteísmo-doença nas despesas do Regime Geral de Previdência Social do Brasil.** Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.11, Edição Especial 1, Abril 2018.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. **Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil.** Interface (Botucatu). 2017; 21(61): 309-20.

MORAES, M.C. **O paradigma educacional emergente.** São Paulo: Papirus, 2002.

MORIN, E. **Os desafios da complexidade**. In. JORNADAS TEMÁTICAS. A religação dos saberes: o desafio do século XXI – idealizadas e dirigidas por Edgar Morin. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004, p. 559-567.

MOTA, A.E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NASCIMENTO, M.D.S.B. et al., **Repercussão do câncer de mama na concessão de aposentadoria por invalidez em servidores públicos de um município brasileiro**. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Vol. 11, nº 39. 2015.

NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade.** São Paulo: Triom, 1999.

OGATA, A.J.; SIMURRO, S. **Guia prático de qualidade de vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OGATA, A.J.N. et al. **Temas avançados em qualidade de vida.** V6. Londrina: Midiograf, 2017. 288p.:il.

OLIVEIRA, J. A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, 356p.

OPAS – **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <www.opas.org.br> Acesso em 13 de junho 2018.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

OXFAM, B. **País Estagnado: Um Retrato das Desigualdades Brasileiras 2018.** São Paulo: 2018.

PEDROSO, B. **Guia de avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho**. Bruno Pedroso e Luiz Alberto Pilatti. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012.

PEITER, P.C. **Geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. 2005. 308p. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós- Graduação em Geografia - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, C.A.R.; BARATA, M.M.L. **Custo social de doenças e método proposto para sua estimação.** J Bras Econ Saúde 2014.

PHILIPPI, A. Jr.; FERNANDES, V. **Práticas da interdisciplinaridade no ensino e pesquisa.** Barueri (SP): Manole, 2015.

PIRES, L. A. A.; VASCONCELLOS, L.C.F.; BONFATTI, R.J. **Bombeiros militares do Rio de Janeiro: uma análise dos impactos das suas atividades de trabalho sobre sua saúde.** Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 41, N. 113, p. 577-590, ABR-JUN 2017.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021.** Conselho Municipal da Saúde de Ponta Grossa (COMUS), 2017.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale (2013).

PUCCI, A.S. **O Estatuto da Fronteira Brasil-Uruguai**. Brasília: FUNAG, 2010. 332p.: il; color.

REICHERT, H.; MARION FILHO, P. J. **O Brasil no bônus demográfico: uma janela de oportunidades e desafios.** Revista Econômica do Nordeste, v. 46, n. 3, p. 171–184, 2015.

ROQUETE, F.F. et al., **Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva.** R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 set/dez; 2(3):463-474.

SANTOS, G.J. et al. **Empreendedorismo feminino no mercado de trabalho: uma análise de seu crescimento.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 3, n. esp, p. 450-464, dez. 2017a.

SANTOS, N.C. et al. **Tecnologias aplicadas à promoção da saúde do trabalhador: uma revisão sistemática.** Rev Bras Med Trab. 2017b;15(1):113-22.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021.** Conselho Municipal da Saúde de São José dos Pinhais (COMUS), 2017.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. Departamento Nacional. **Modelo de Atuação SESI em Soluções Integradas** / Serviço Social da Indústria; Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial; Instituto Euvaldo Lodi. - Brasília: SESI, 2016. 124 p.: il.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** UFSC/PPGEP/LED, 4ª ed. Florianópolis, 2005.

SILVA, T. L. et al., **Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família.** (Botucatu). 2014; 18(49):273-87.

SILVA, N. M. **Seguridade social: Breve resumo de sua evolução no mundo e no Brasil.** Revista Direito & Dialogicidade - Crato, CE, vol. 06, n. 02, jul/dez. 2015.

SILVA, M.G.; RIQUELME, J.M. **Brasiguaios: dilemas e perspectiva na busca de proteção à saúde na fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai.** ISBN 978-85-7590-139-7. Pelotas - RS – Brasil, 2011.

SILVEIRA, J.C.; FLECK, C.F. **Forte como... UMA MULHER: uma análise dos desafios enfrentados pelas mulheres no mercado de trabalho.** Trabalho de conclusão de curso (Administração) - Universidade Federal do Pampa, Santana do livramento, RS, 2017.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA F. **Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde**. Rev Bras Med Trab.2013;11(1):43-9.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

THIESEN, J.S. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem.** Revista Brasileira de Educação v. 13 n. 39 set./dez. 2008.

TOASSI, R.F.C.; LEWGOY, A.M.B. **Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar.** Interface (Botucatu). 2016; 20(57):449-61.

UNFPA. **Demografia Econômica e Envelhecimento Populacional no Brasil: Desafios e perspectivas para políticas públicas.** Disponível em <http://www.unfpa.org.br>. Acesso em: 29 de outubro 2018.

VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. **Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde**. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):147-58.

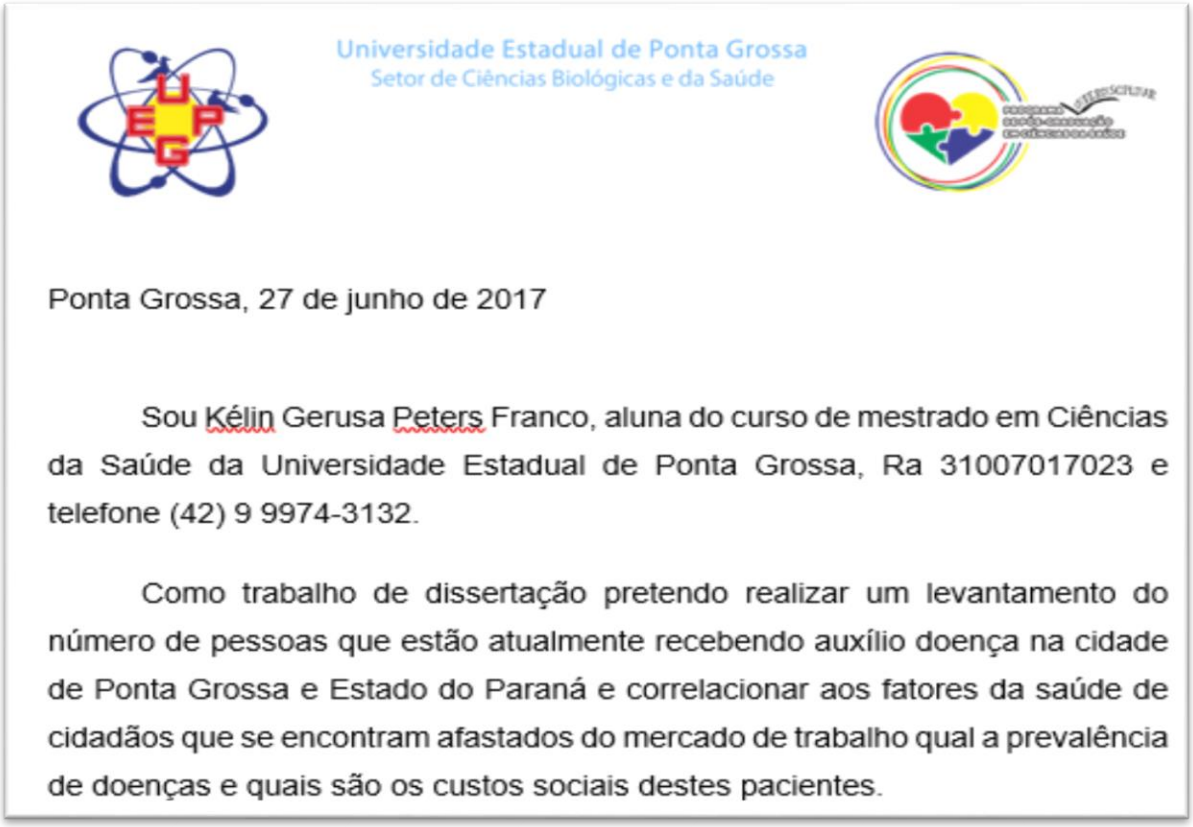
VELLOSO, M.P. et al. **Interdisciplinaridade e formação na área de Saúde Coletiva.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 257-271, jan./abr. 2016.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto;

11(4):525-31.

World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: WHO; 2011.** Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em 19 outubro 2018.

APÊNDICE A - Solicitação Previdência Social para fornecimento de dados



Universidade Estadual de Ponta Grossa
Setor de Ciências Biológicas e da Saúde

Ponta Grossa, 27 de junho de 2017

Sou Kélin Gerusa Peters Franco, aluna do curso de mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ra 31007017023 e telefone (42) 9 9974-3132.

Como trabalho de dissertação pretendo realizar um levantamento do número de pessoas que estão atualmente recebendo auxílio doença na cidade de Ponta Grossa e Estado do Paraná e correlacionar aos fatores da saúde de cidadãos que se encontram afastados do mercado de trabalho qual a prevalência de doenças e quais são os custos sociais destes pacientes.

Como norma do Comitê de Ética na Pesquisa (CEP), o projeto de trabalho só poderá ser aceito mediante comprovação de que a Previdência Social Ponta Grossa autoriza a utilização dos dados armazenados no sistema de informações.

Solicito as seguintes informações:

Dados sociodemográficos: gênero, idade, data nascimento, escolaridade, ocupação, renda, estado civil, Zona - Urbana ou rural

Quanto tempo está em licença (auxílio doença)

Quantas vezes renovou o benefício

Qual motivo (CID) - Causa principal para receber o benefício

Valor médio do benefício

Pretendo trabalhar com os dados Brasil do ano todo de 2016, realizando um mapeamento de prevalências de afastamentos por motivo de saúde em todas

as regiões do Brasil, detalhando o estado do Paraná e a Cidade de Ponta Grossa, com a possibilidade de uma análise qualitativa de um ou dois casos (após análise de prevalência), e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

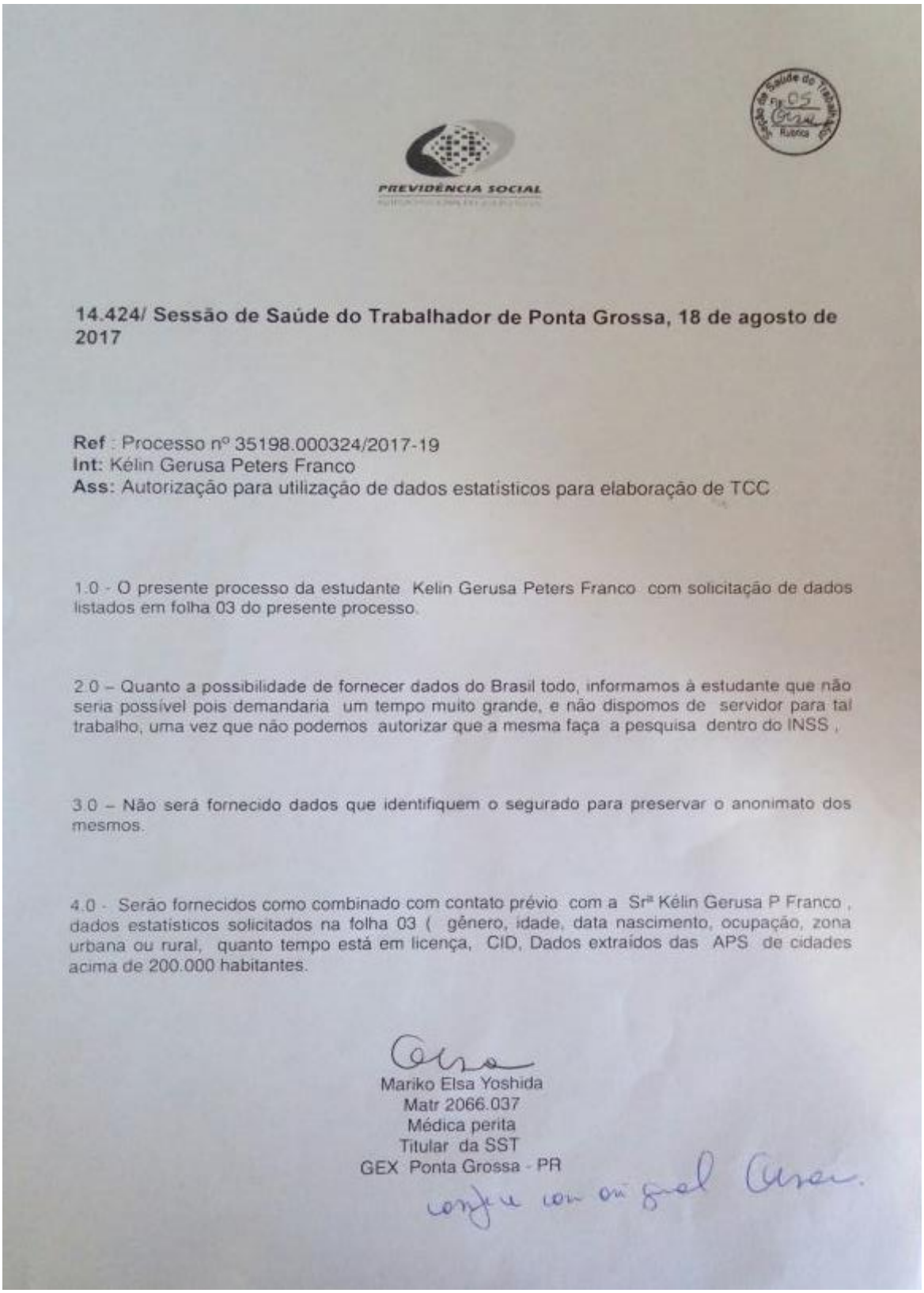
Dessa forma, solicito autorização para desenvolver o referido trabalho junto a esta organização. Coloco-me à disposição para maiores informações que se fizerem necessárias. E certa de contar com cordial colaboração aguardo resposta através do e-mail gerusafranco2014@gmail.com

Atenciosamente

Discente: Kélin Gerusa Peters Franco

Orientadora: Marcia Carletto

ANEXO A - Autorização Previdência Social para fornecimento de



PREVIDÊNCIA SOCIAL

14.424/ Sessão de Saúde do Trabalhador de Ponta Grossa, 18 de agosto de 2017

Ref : Processo nº 35198.000324/2017-19
Int: Kélin Gerusa Peters Franco
Ass: Autorização para utilização de dados estatísticos para elaboração de TCC

1.0 - O presente processo da estudante Kelin Gerusa Peters Franco com solicitação de dados listados em folha 03 do presente processo.

2.0 – Quanto a possibilidade de fornecer dados do Brasil todo, informamos à estudante que não seria possível pois demandaria um tempo muito grande, e não dispomos de servidor para tal trabalho, uma vez que não podemos autorizar que a mesma faça a pesquisa dentro do INSS ,

3.0 – Não será fornecido dados que identifiquem o segurado para preservar o anonimato dos mesmos.

4.0 - Serão fornecidos como combinado com contato prévio com a Srª Kélin Gerusa P Franco , dados estatísticos solicitados na folha 03 (gênero, idade, data nascimento, ocupação, zona urbana ou rural, quanto tempo está em licença, CID, Dados extraídos das APS de cidades acima de 200.000 habitantes.

Mariko Elsa Yoshida
Matr 2066.037
Médica perita
Titular da SST
GEX Ponta Grossa - PR

confere com original

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da prevalência de doenças e custo, em usuários segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social na cidade de Ponta Grossa do estado do Paraná: uma proposta de intervenção interdisciplinar.

Pesquisador: KELIN GERUSA PETERS FRANCO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81277917.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.455.716

Apresentação do Projeto:

Avaliação da prevalência de doenças e custo, em usuários segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social na cidade de Ponta Grossa do estado
do Paraná: uma proposta de intervenção interdisciplinar. Estudo misto qualitativo e quantitativo com recorte transversal

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:
Identificar a causa prevalente que tem gerado afastamentos do mercado de trabalho de acordo com o Classificação Estatística Internacional de
Doenças (CID), tempo de afastamento e custo social no município de PG PR.
Objetivo Secundário:
Levantar o perfil sócio demográfico dos segurados pelo INSS.- Identificar o tempo médio de afastamento para os casos mais prevalentes.- Verificar
as causas, necessidades e perfil de pacientes que buscam afastamento por sintomas compatíveis com a doença mais prevalente na região
pesquisada.- Elaborar uma proposta de intervenção interdisciplinar, com vistas a reabilitação de usuários para retorno ao mercado de trabalho.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não trará riscos pois trata-se de uma análise de dados secundários.

Não haverá qualquer tipo de ônus para a UEPG e para o SUS com a realização do projeto.

Benefícios:

Planejamento de políticas públicas para promoção e reabilitação da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Maior prevalência de afastamento será a segurados portadores de derivadas de doenças degenerativas, e seu custo social poderá ser minimizado

por atendimento de equipe interdisciplinar com vistas a reabilitação e reintegração ao mercado de trabalho.A convergência dos processos de transição demográfica e epidemiológica amplia os gastos atuais com redes de atenção à saúde, sobrecarregando

o sistema financeiro e social, com o comprometimento sua sustentabilidade. Em março de 2016, a quantidade de benefícios emitidos foi de 33,0

milhões de reais, registrando aumento de 2,4% (+787,7 mil benefícios) diante do mesmo mês de 2015 (BRASIL, 2016). Observa-se que o aumento

da prevalência de morbidades que atingem a população em idade produtiva, além da redução na qualidade de vida, tem também, contribuído para o

aumento do número de afastamentos do trabalho e da necessidade de auxílio doença, fato que gera a necessidade de investimento prolongado de

recursos públicos em pessoas que deveriam estar ativas e dando a sua contribuição para a construção de uma sociedade mais justa e equilibrada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

EM ANEXO E DE ACORDO COM A EXIGÊNCIAS DA NORMA 466

Recomendações:

SOLICITA-SE QUE AO FINAL DO PROJETO DE PESQUISA SEDJA ENVIADO O RELATÓRIO FINAL VIA ON-LINE PELA PLATAFORMA BRASIL POR NOTIFICAÇÃO PARA EVITAR PENDÊNCIAS COM A PROPESP OU COM O COMITÊ DE ÉTICA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 2.455.716

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1048011.pdf	18/12/2017 20:31:00		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	18/12/2017 20:29:25	KELIN GERUSA PETERS FRANCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Dissertacao_Gerusa_atualizado.doc	18/12/2017 20:24:45	KELIN GERUSA PETERS FRANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_Previdencia_Social.pdf	18/12/2017 20:21:37	KELIN GERUSA PETERS FRANCO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	18/12/2017 20:18:41	KELIN GERUSA PETERS FRANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/12/2017 20:09:53	KELIN GERUSA PETERS FRANCO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PONTA GROSSA, 22 de Dezembro de 2017

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br