

SP 020**RODINEI CÁSSIO BRICKI TENÓRIO**

**REVISÃO DOS BENEFÍCIOS DE LONGA
PERMANÊNCIA NAS AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA
SOCIAL DO INSS, FLORIANÓPOLIS, SC, 1999:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

RODINEI CÁSSIO BRICKI TENÓRIO

**REVISÃO DOS BENEFÍCIOS DE LONGA
PERMANÊNCIA NAS AGÊNCIAS DA PREVIDÊNCIA
SOCIAL DO INSS, FLORIANÓPOLIS, SC, 1999:
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientadores: Eleonor Minho Conill

Antônio Carlos Marasciulo

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

“Desconfie dos que dizem que só sabem Medicina, pois estes nem Medicina sabem.”

José Letamendi Manjarrés

(1828-1897)

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores e especialmente ao Dr. Antônio Carlos Marasciulo pela amizade com que me privilegiou. Também pela paciência, pelos ensinamentos e orientações, sem os quais este trabalho não existiria.

Pelo cuidado no preenchimento dos prontuários no momento da revisão médica do “Projeto Ax Longo”, pela ética e zelo na avaliação de cada segurado e pela cordial acolhida agradeço aos Supervisores Médico Periciais da gerência do INSS em Florianópolis: Dra. Dolores Cunha de Amorim, Dr. José Cândido Ribeiro Jr., Dr. José da Rocha Coutinho Neto e Dr. Luís Carlos Veppo.

Pela colaboração fundamental durante a revisão médica do “Projeto Ax Longo” e na coleta de dados, agradeço a Fernando José dos Passos, Margot Elizabeth Stolt da Silva e Luciana da Silva Wagner (funcionários da Agência da Previdência Social Estreito), e à Mônica Pinheiro Nascimento, Cristina Pizzani Suenaga e Ana Maria Braga Colossi (funcionárias da Agência da Previdência Social Esteves Júnior).

À Francisca Maria Bricki, minha mãe, que enfrentou com coragem todas as vicissitudes da vida para me possibilitar chegar até este momento.

A Edson Edson Yoshimi Yanaga, meu colega e dupla de internato, pela amizade e colaboração durante todo o último ano do curso médico.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	16
3. MÉTODO.....	17
4. RESULTADOS.....	22
5. DISCUSSÃO.....	31
6. CONCLUSÕES.....	40
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
RESUMO.....	45
SUMMARY.....	46

1. INTRODUÇÃO

1.1 As relações entre trabalho e doença

O trabalho foi essencial para o desenvolvimento da espécie humana. Após milhares de anos transformando a natureza, o homem foi capaz de criar uma sociedade onde vivem, em níveis diferenciados, mais de seis bilhões de pessoas¹. Além disso, o trabalho teve papel fundamental na formação da identidade do homem e na construção de sua subjetividade.² Segundo Engels, citado por Palermo³ (p.105), *“o trabalho é condição básica e fundamental de toda a vida humana. E é em um grau tal que podemos dizer que o trabalho criou o próprio homem.”*

Embora as primeiras citações datem da Antiguidade, foi no século XV que foram descritas as primeiras enfermidades profissionais e apenas a partir do século XVIII que o trabalho passou efetivamente a ser considerado como influenciador da maneira de viver e adoecer do homem. Naquela época, Bernardino Ramazzini, pai da Medicina do Trabalho, publicou de *“De morbis artificum diatriba”*, concluindo que os trabalhadores da época ficavam doentes devido às péssimas condições em que desenvolviam seu trabalho e à extrema pobreza em que viviam.⁴ A partir daquele momento as relações entre trabalho e saúde passam a ser percebidas de uma forma direta, extrapolando os limites da biologia e da medicina para ganhar uma esfera muito mais ampla: a social.^{2,4}

Desde o aparecimento do homem até aproximadamente dez mil anos antes de Cristo as sociedades primitivas estavam baseadas em trabalho coletivo e na inexistência de propriedade privada ou de classes sociais. Em comunidades pequenas e igualitárias a caça e a fabricação de rudimentares instrumentos de

pedra eram realizadas pelos homens, enquanto as mulheres recolhiam frutos, cuidavam dos filhos e do fogo.⁴

O surgimento da agricultura e da pecuária constituiu-se na primeira grande divisão social do trabalho.⁵ O homem domesticou os animais, surgiram as primeiras tribos pastoris e aumentou o número e a qualidade das ferramentas para trabalhos manuais. A maior produção possibilitou o acúmulo de excedente para troca. Surgiu então a propriedade privada. A necessidade de mais mão-de-obra fez com que os prisioneiros conquistados nas guerras não fossem mais mortos e sim obrigados a trabalhar, constituindo-se nos escravos.⁴ Para Engels⁵ (p.215): *“Da primeira grande divisão social do trabalho, nasceu a primeira grande divisão da sociedade em duas classes: senhores e escravos, exploradores e explorados”*.

A segunda grande divisão social do trabalho aconteceu quando separaram-se os trabalhadores responsáveis pela produção dos meios básicos de subsistência (camponeses) daqueles que produziam os instrumentos para o trabalho (artesãos) e intensificou-se a troca de mercadorias entre eles. Nesta sociedade dividida entre escravos, trabalhadores (camponeses e artesãos) e “elite”, esta última classe criou uma nova instituição regulamentadora e fiscalizadora - O Estado. Este modelo de sociedade escravista floresceu no Oriente entre os séculos IV e II a.C. e encontrou seu ponto culminante de desenvolvimento em Roma nos séculos II e III d.C.^{3,4,5}

Em meados do século XVI a Europa começou a saída da “Idade das Trevas”, onde a relação de trabalho vigente era a feudal, entre servos e senhores. Iniciou-se o processo chamado Revolução Comercial, embora outros povos, como os assírios, já realizassem práticas comerciais há mais tempo que a Europa.⁶ Surgiu a terceira divisão social do trabalho: apareceram os comerciantes, que não se ocupavam da produção, responsáveis pelas trocas

comerciais de produtos.⁵ Neste período foi dado um passo fundamental para a consolidação futura do capitalismo: a acumulação prévia do capital comercial foi fundamental para construção do capital industrial.⁶ A nova classe social, a burguesia, necessitava de uma ciência que desenvolvesse o artesanato possibilitando o aumento da produção, a busca de novos mercados e novas formas de comunicação. O Renascimento Cultural possibilitou o desenvolvimento da física, matemática, mecânica, astronomia, anatomia, fisiologia e da medicina. Em 1222 criou-se a primeira universidade no norte da Itália (Universidade de Pádua). Em 1575 estudantes de toda a Europa iam para a Universidade de Leyden, centro cultural mais avançado da Europa. Entre as inovações surgidas após o Renascimento fundamentais para a Revolução Industrial que aconteceu posteriormente na Inglaterra, está a invenção da máquina a vapor que possibilitou o aumento da produção, o trabalho de pessoas mais desprovidas fisicamente e a organização dos trabalhadores nas fábricas.^{3,7}

Com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em 1850, o homem que era “servo” passou a ser “trabalhador livre”. As cidades cresceram rapidamente e as condições de vida e trabalho pioraram enormemente: jornadas de trabalho de dezoito a vinte horas por dia, exploração de crianças e mulheres, baixos salários, cidades e fábricas insalubres, esgoto e imundície, aumento da doença, invalidez e morte. De Manchester, a primeira cidade industrial, Thomas Percival denunciou a péssima situação dos trabalhadores. Em 1802 promulgou-se a primeira lei do trabalho do Mundo: a Lei da Saúde e Moral dos Aprendizes, que limitava a doze horas diárias a jornada de trabalho das crianças, porém nunca cumprida. Os trabalhos de Vilhermé (França), Thackrah (Inglaterra), Puccinotti (Itália), McCready (EUA) precederam em alguns anos a publicação em 1842 do relatório de Edwin Chadwick: *“As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”*. O relato de Chadwick culminou com a

promulgação em 1848 de uma lei que propunha medidas de saúde pública e recrutamento de médicos sanitarista, conhecida como “*Poor Law*” (Lei dos Pobres).^{3,8}

Embora seja possível afirmar que a primeira forma de previdência apareceu quando o homem pré-histórico, preocupando-se com um futuro incerto, guardou um pouco de seu alimento, foi na Europa miserável e revolucionária do século XIX que sugeriram os primeiros programas oficiais de proteção social.³

O primeiro sistema previdenciário moderno surgiu na Alemanha. O chanceler Otto Von Bismarck através da sanção da lei dos Seguros de Doenças (1883), seguida pela Lei dos Seguros de Acidentes (1884) e Invalidez (1889) criou um sistema previdenciário que contava com três fontes financeiras: empresários, operários e Estado.⁸ Para alguns a previdência social surgiu com o objetivo de apaziguar o descontentamento dos operários e possibilitar trabalhadores mais saudáveis e lucrativos.^{3,8,9} Para outros a finalidade principal foi a de possibilitar justiça e progresso sociais.¹⁰

Após a Segunda Guerra Mundial o povo inglês passou a contar com um amplo sistema de proteção social, do nascimento até a morte, o *Welfare System*, criado por William Beveridge: assistência médica, pensões e aposentadoria eram agora direito adquirido dos trabalhadores britânicos.⁸

No campo da pesquisa epidemiológica, passaram a ser desenvolvidos estudos sobre exposição a agentes relacionados ao trabalho ou ao processo produtivo e o aparecimento de doenças nos trabalhadores. Merecem destaque as pesquisas de Doll (1955) que mostraram a relação entre câncer de pulmão e trabalho com asbesto; Vigliani & Saita (1974) sobre a mortalidade por leucemia em trabalhadores expostos a benzeno; Tolonen et. al (1985) estudaram os efeitos da exposição a sulfeto de carbono sobre a mortalidade geral e por doença cardiovascular nos trabalhadores, levando a reduções drásticas na

exposição dos trabalhadores suecos, ingleses e italianos a esta substância; Hanninen et al revolucionaram os conceitos de limite de exposição, levando vários tipos de solventes a serem retirados do mercado e níveis de exposição a substâncias considerados seguros até então foram reduzidos; Karasek et al. (1991) demonstraram objetivamente o impacto da organização do trabalho na gênese da doença cardiovascular, abrindo perspectivas na direção do “trabalho saudável”.²

1.2 A previdência Social no Brasil

A previdência social constitui no Brasil a maior fronteira entre Estado e Sociedade.¹¹ A evolução deste sistema desde os primórdios até os dias atuais foi resultado tanto de conquistas políticas dos trabalhadores quanto de ações paternalistas dos governos constituídos.⁹

A previdência social surgiu no Brasil entre os anos de 1872 e 1900 , quando foram criadas em São Paulo aproximadamente dezenove associações mutuárias, forma primitiva e restrita de organização de operários que gerenciavam planos de previdência ou de prestação de serviços médicos e funerários.⁹

A violenta expansão da economia agro-exportadora cafeeira a partir de 1918 com conseqüente fluxo migratório e imigratório de trabalhadores fez aparecerem problemas sérios de saúde pública e higiene do trabalhador. Foram promulgadas nessa época as primeiras medidas oficiais de controle e regulamentação do mercado de trabalho.¹² Em 1917 foi instituída a obrigatoriedade da autorização dos pais para o emprego de menores de 18 anos; em 1919 foi criada a lei que obrigava empresas a indenizarem vítimas de acidentes de trabalho nas empresas de transporte, construção e nas fábricas.¹²

A Lei Eloy Chaves (Decreto Lei 4682 de 24/01/1923) foi o marco inicial da previdência social no Brasil. As Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP),

inicialmente criadas para os empregados em construção de estradas de ferro, eram vinculadas às empresas, estruturalmente frágeis e muitas vezes possuíam o número mínimo de segurados para o seu funcionamento. Em 1937 chegaram a existir 183 caixas de aposentadoria e pensão que já apresentavam duas características universais: o limite de idade de cinquenta anos para aposentadoria e o tríplice caráter contributivo (do trabalhador, empregador e do Estado).^{9,13}

A partir de 1930 as classes assalariadas urbanas passaram a ter maior importância no contexto político-econômico do país. Foi criado o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio e após a suspensão por Getúlio Vargas de todas as aposentadorias em vigor, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) que compreendiam todas as empresas de um mesmo ramo ou as profissões correlatas existentes no Brasil. O Estado, que tinha mantido-se afastado da administração das CAP, assumiu completamente a gestão das novas instituições. Em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marinheiros (IAPM), seguido do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos (IAPETEC) e, finalmente em 1938, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Aqueles institutos que possuíam maior número de associados recebiam maior volume de recursos.^{9,14}

Em 1945 iniciou-se a tentativa de unificar todos os Institutos existentes num único órgão, o Instituto de Seguro Social do Brasil (ISSB), que nunca foi implantado.^{9,10}

A criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 uniformizou as contribuições dos segurados e os planos de benefícios dos diversos institutos.¹⁴

A unificação institucional aconteceu em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), que agrupou os seis grandes institutos existentes. Em 1971 aconteceu a extensão dos benefícios previdenciários ao homem do campo com a criação do FUNRURAL. A partir de 1974 houve a divisão do MTPS em Ministério do Trabalho (MT) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1977, com o estabelecimento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), órgão vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cada função do sistema transferiu-se para um gestor específico. Assim: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era responsável pela concessão e manutenção dos benefícios; o Instituto de Atendimento Médico da Previdência Social (INAMPS) gerenciava a assistência médica; o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) tinha a finalidade específica de promover a gestão administrativa e financeira do sistema. Também faziam parte do SINPAS: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Central de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME).^{6,9,12,13}

Ente 1964 e o início dos anos oitenta são marcantes as características das políticas sociais: a expansão seletiva de alguns programas sociais como as campanhas de vacinação; o favorecimento ao setor privado nas áreas de saúde, previdência e educação; a centralização político-administrativa e a diminuição do controle dos trabalhadores sobre os sistemas existentes.¹⁵ O período compreendido entre 1964 a 1974, o “Milagre Econômico Brasileiro” é marcado por um grande crescimento industrial associado ao capital estrangeiro, uma forte concentração de renda, um controle intenso sobre o movimento sindical e a realização de obras vultosas.¹⁶ Nesse período acentuam-se os problemas financeiros da previdência social brasileira. Para alguns autores o desequilíbrio

nas contas deve-se à manutenção de uma situação vigente desde a criação dos primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP): a União não pagava a sua parcela no sistema de tríplice contribuição, a dívida dos empregadores aumentava cada vez mais e os empregados continuavam sendo os provedores principais da arrecadação.¹⁶ Concordando com Nunes¹⁷, Possas⁹ acrescenta (p.228): *“A expansão da medicina capitalista no país deu-se principalmente pela transferência de recursos da previdência social ao setor privado, uma vez que o reduzido poder de compra dos assalariados brasileiros impedia, e ainda impede, que ela expandisse espontaneamente como mercado”* A mesma autora⁹ destaca como causa do déficit previdenciário o fato de a previdência ter se tornado um grande sorvedouro de recursos públicos, utilizados para os mais diversos fins, inclusive para a realização das obras que visavam mostrar a imagem de um “Brasil grande”. Braga & Paula⁶ atribuíram o aumento dos custos da previdência também à mudança do ato médico, que passou a ser diversificado em inúmeras especialidades, centralizado no hospital, utilizador de maior número de medicamentos e extremamente dependente de exames complementares para o diagnóstico. Os custos cresceram rapidamente porém isso não significou um retorno na forma de melhor qualidade de vida para a maioria da população. Laurell¹⁸ defende que o argumento oficial baseado nos fenômenos demográficos e de transição epidemiológica associado à utilização ineficiente de recursos não se sustenta, pois as principais causas do declínio dos fundos de seguridade social tem sido a contínua redução dos salários e a prolongada estagnação da criação de empregos formais, ambas inerentes aos programas de ajustes estruturais de orientação neo-liberal. Para a autora¹⁸ (p.375): *“Com salários em declínio e crescente desemprego, nenhum esquema de seguro ou seguridade social, seja público, privado ou misto, pode ser sustentado, muito menos estendido, uma vez que todos os esquemas são*

fundados em salários de trabalhadores empregados através de descontos em folha de pagamento ou sobre prêmios”

As mudanças na estrutura administrativa da previdência social no Brasil foram numerosas nos anos 90. Em 1990 o Decreto 99.350 fundiu o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e criou o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); a Lei 8.029 aboliu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e restabeleceu o MTPS. Em 1993, pela Lei 8.689, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a assistência médica passou a ser responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) vinculado ao Ministério da Saúde (MS). Atualmente trabalho e previdência social estão novamente em dois ministérios distintos: Ministério do Trabalho (MT) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Decreto 1644 de 25/09/1995.¹⁹

Na década passada os problemas orçamentários tornaram-se críticos.²⁰

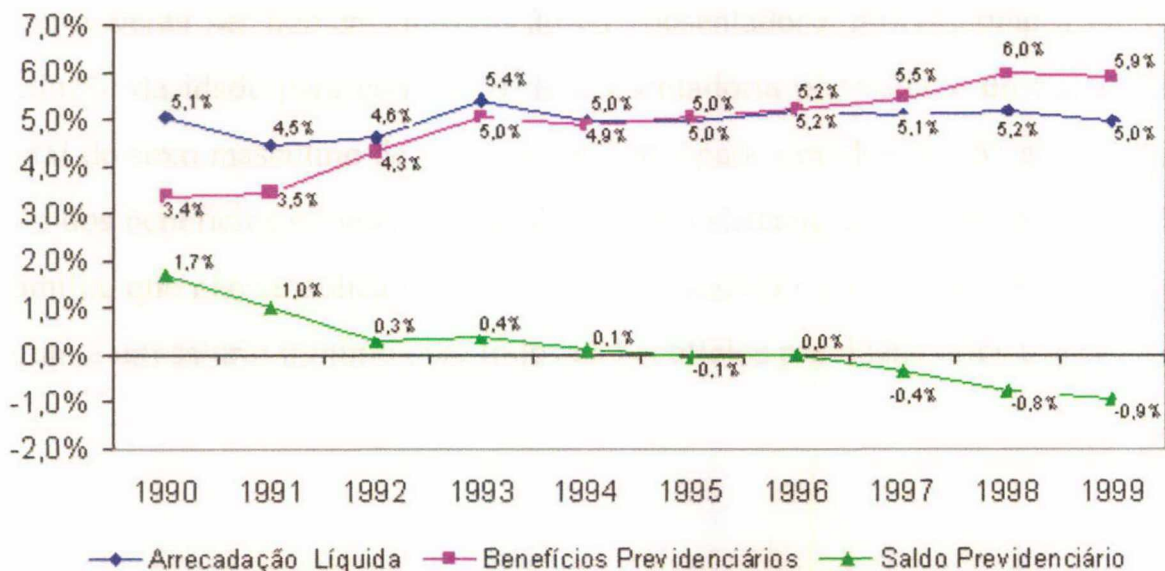


Gráfico 1: Relação % Entre a Arrecadação Líquida e a Despesa com Benefícios Previdenciários em Relação ao PIB. Fonte: INSS/MPAS¹⁹

Em 1997 o INSS contava oficialmente com uma população de 22.336.119 segurados/contribuintes. Em setembro de 1999 acusou recebimento total de R\$ 5.339.372.00,00, acumulando uma receita no ano de R\$ 46.702.976.000,00. No mesmo período (janeiro-setembro/99) pagou R\$ 46.563.596.000,00 em benefícios.²⁰

Para o governo²¹ são causas do desequilíbrio entre os gastos e a receita previdenciários:

- questões demográficas: decréscimo da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população;
- a instituição do Regime Jurídico Único no âmbito do setor público: milhares de empregados que contribuía para o regime geral e que se aposentariam pelas regras do INSS passaram, subitamente, a aposentarem-se à conta da União, dos Estados ou dos municípios;
- o aumento do número de benefícios sem uma contrapartida de aumento da arrecadação: ampliação dos benefícios para os trabalhadores rurais, que se elevou de meio para um salário mínimo; concessão de pensão por morte no caso do sobrevivente ser homem; introdução da aposentadoria proporcional à mulher; redução da idade para concessão de aposentadoria por velhice do trabalhador rural do sexo masculino de 65 anos para 60 e para a mulher aos 55 anos; extensão dos benefícios a todos os contribuintes do sistema, com exceção do salário-família, que não se aplica ao trabalhador doméstico e ao avulso; piso unificado igual a um salário mínimo para todos os benefícios previdenciários e assistenciais.

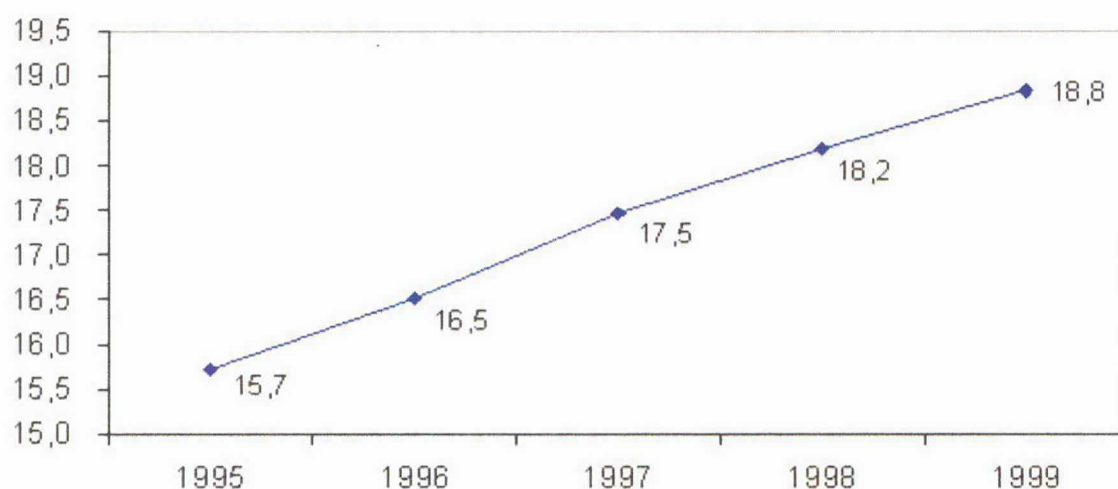


Gráfico 2: Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social (1995-1999). Posição em dezembro de cada ano. Em milhares. Fonte: INSS/MPAS.¹⁹

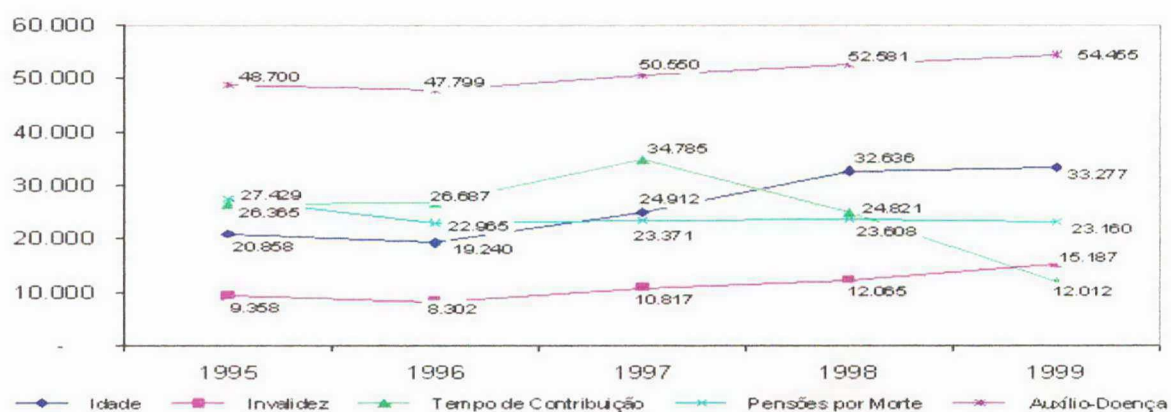


Gráfico 3: Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos. (1995-1999). Média de Janeiro a Dezembro. Fonte: MPAS/INSS.¹⁹

As publicações oficiais atribuem à Reforma da Previdência Social a tentativa de alcançar o equilíbrio orçamentário, através de algumas medidas, listadas a seguir:²¹

- Aposentadoria por tempo de contribuição: aposentadoria aos 30 anos de contribuição para mulheres e aos 35 anos de contribuição para homens, com proventos integrais;

- Fim da aposentadoria especial para professores universitários, aeronautas, entre outros: aposentadoria aos 55 anos de idade para as mulheres destas cate-

gorias, aos 60 anos de idade para os homens e fim da aposentadoria proporcional;

- Estabelecimento de limite máximo para benefícios de legislação especial: até o presente o limite é de R\$ 8.000,00, aguardando o subsídio máximo nos três poderes;

- Reforma da previdência especial para o setor público: caráter contributivo e exigência de equilíbrio financeiro e atuarial; regime exclusivo para ocupantes de cargo efetivo; limite de idade para aposentadoria por tempo de contribuição; fim da aposentadoria especial para professores universitários; estabelecimento de limite de idade para a aposentadoria do professor do ensino fundamental e médio; vedação de aposentadorias com valor superior ao salário da atividade; proibição de acumulação entre aposentadorias e salários.

1.3 Definições

A Medicina do Trabalho visa proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.²²

A resolução do Conselho Federal de Medicina número 1.488/98²² regulamenta a prática da Medicina do Trabalho neste país. Destaca-se:

“Art. 1º. – Aos médicos que prestram assistência médica ao trabalhador independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I – assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II – fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III – fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar

encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento.”

A perícia médica, no caso da previdência social, é um ato tipicamente médico e deve ser realizado por quem se formou em Medicina, em estabelecimento oficial ou legalmente reconhecido. Embora alguns desses atos possam ser compartilhados com agentes de outras profissões, nenhum deles pode ser negado ao médico.²³

A atividade do médico-perito da previdência social é mais complexa que aquela do médico-assistencial. O médico-perito deve conhecer clínica solidamente para chegar a uma conclusão diagnóstica e, em muitos casos, sem contar com a colaboração do examinado. Deve conhecer as repercussões das doenças no desempenho de atividade profissionais. Deve ser sereno, firme e um conhecedor da legislação trabalhista vigente no país.²²

Embora o examinado não seja paciente do perito, visto que não há atendimento assistencial ao mesmo, o exercício da função não absolve o profissional das obrigações, direitos e deveres que possui por ser médico. Com o crescente avanço da ciência, cabe somente ao médico indicar o caminho para o alcance do bem estar do trabalhador e para que seja feita a justiça.²⁴

Alguns termos próprios da perícia médica devem ser definidos²²:

- Auxílio-doença: conhecido como Benefício 31 (B31), é aquela remuneração devida ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido na lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos;

- Auxílio-acidente: conhecido como Benefício 91 (B91), será concedido como indenização ao segurado quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar sequelas que impliquem

redução da capacidade funcional;

- Período de carência: número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício. Para o auxílio-doença e aposentadoria por invalidez o período de carência é de 12 contribuições mensais; para a aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de serviço e aposentadorias especiais, o período de carência é de 180 contribuições mensais.

- Incapacidade laborativa: é a impossibilidade de desempenho de funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O conceito de incapacidade deve ainda ser analisado quanto ao grau (parcial ou total), duração (parcial ou permanente) e profissão (uniprofissional, multiprofissional ou omni-profissional). Assim, invalidez é um tipo especial de incapacidade laborativa classificada como total, permanente e multiprofissional.

- Aposentadoria por invalidez: a previdência social entende aposentadoria por invalidez como o benefício que tem direito o segurado que, esteja ou não recebendo auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e não sujeito à reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta subsistência e auxílio doença como o benefício que tem direito o segurado que perder ou tiver redução da capacidade de trabalho (mesmo que temporariamente), por doença ou por acidente de trabalho, e é a Perícia Médica do INSS que comprova a incapacidade para o trabalho.

- Benefícios de auxílio doença de longa permanência: consistem naqueles benefícios por incapacidade laborativas concedidos pela perícia médica da previdência social, que devido a razões de ordem médica, assistencial ou organizacional, permanecem sem definição médica (alta, reabilitação profissional ou aposentadoria por invalidez) durante mais de dois anos. Tratam-

se de casos de resolução mais complexa, pois quanto maior o tempo de permanência em benefício mais difícil é a definição tanto por parte dos profissionais de saúde envolvidos, como por parte do segurado, este muitas vezes já “acostumado” com o benefício. Neste âmbito, emergem implicações de ordem social (aposentadorias em indivíduos jovens, alta por ausência de incapacidade laborativa em indivíduos desempregados), econômica, envolvendo um maior custo em perícias terceirizadas, organizacional, com o represamento de perícias de longa duração nas agências da Previdência Social e de ordem técnica, influenciando na qualidade da perícia médica como um todo.

- Projeto Ax Longo: projeto de revisão dos benefícios de longa duração nas agências da Previdência Social no Estado de Santa Catarina. Este projeto vem sendo operacionalizado em municípios da região sul, planalto central, grande Florianópolis e litoral norte, por Supervisores Médico Periciais, os quais realizam exames periciais e definem imediatamente tais casos. Os casos examinados são devidamente registrados em mapas de atendimento diário.

1.4 Justificativa

A previdência social pode constituir-se numa importante fonte de informação para as questões de saúde.

Consideramos justificada a realização desta pesquisa, visto que a população estudada é representativa da população inserida no mercado formal de trabalho na cidade de Florianópolis – SC e é exposta a riscos econômicos e ocupacionais distintos, estes casos tendem a bem refletir o perfil de saúde-doença desta população. Podem também representar indiretamente a capacidade de resolutibilidade do sistema público de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

- Descrever o perfil epidemiológico dos segurados em Auxílio-doença (B31) ou Auxílio-doença Acidentário (B91), em benefício há mais de dois anos no município de Florianópolis - SC e que foram considerados incapazes para atividade laborativa por limite de tempo indefinido (aposentadoria por invalidez), durante trabalho de revisão de benefícios realizado no período de abril de 1999 a agosto de 1999.

2.2 Específicos

- Determinar a frequência de doenças incapacitantes nos segurados em benefício há mais de dois anos no município de Florianópolis - SC e considerados “incapazes” para atividades laborativas durante trabalho de revisão de benefícios realizado no período de abril de 1999 a agosto de 1999.

- Determinar o tempo médio durante o qual os segurados analisados contribuíram à Previdência Social.

- Determinar o valor médio dos benefícios pagos pela Previdência Social aos segurados da amostra analisada.

- Monitorar o número de avaliações médico-periciais até a decisão por afastamento definitivo das atividades laborativas.

- Monitorar o tempo médio de permanência em Auxílio-doença ou Auxílio-doença Acidentário dos segurados da amostra analisada.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, série de casos,²⁵ realizado durante o primeiro semestre de 2000, a partir da análise direta de 271 prontuários de segurados pertencentes à população de estudo e complementado através do acesso aos sistemas de informação da Previdência Social/DATAPREV (sistemas PRISMA, BMD, SISBEN, CONBASS). Este levantamento permitiu a criação de uma base de dados composta por 36 variáveis que compõem os “Laudos Médicos Periciais” e as “Conclusões de Perícias Médicas”, documentos que fazem parte do processo concessório de benefícios, cujo preenchimento da maioria dos campos é de responsabilidade médica (APÊNDICES I e II).

3.2 População Fonte

Segurados, obrigatórios ou facultativos do Regime Geral da Previdência Social brasileira, residentes no município de Florianópolis, Santa Catarina, que encontravam-se há mais de 2 anos em auxílio-doença previdenciário (B31) ou auxílio-doença acidentário (B91) durante a revisão médico-pericial desses benefícios, realizada no período de abril a agosto de 1999, atendidos nas Agências da Previdência Social Esteves Jr. (região insular) e Estreito (região continental), no município de Florianópolis – SC.

3.3 População de Estudo

Integrantes da população fonte e que receberam parecer favorável ao afastamento definitivo das atividades laborativas (“aposentadoria por

invalidez”).

3.4 Variáveis de Estudo: definição e operacionalização

O cálculo do tempo de benefício até a chamada “transformação de espécie” (transformação do benefício de “auxílio doença” para aposentadoria (ou no jargão previdenciário transformação de B31 ou B91 para B32 ou B92), indicador utilizado para a avaliação de desempenho das atividades médico-periciais da Previdência Social, foi realizado a partir da chamada “data do início da incapacidade” (DII), que refere-se à data de início do pagamento do benefício até a data da avaliação médica que decidiu por aposentadoria (DATLAUD). O tempo de contribuição ao sistema previdenciário por parte dos segurados estudados foi calculado a partir de busca em subsistemas de informação de bases de dados oficiais da DATAPREV, conhecidos como “CONBASS” e “SISBEN”, ambos pertencentes ao sistema “PRISMA”.

As demais variáveis estão listadas no quadro I, com suas definições formais e operacionais.

Quadro I: Definição formais e operacionais das variáveis utilizadas

Nome da variável (código)	Definição	Operacionalização
Número do benefício (NUMBEF) ^A	Variável-chave de identificação dos registros	Variável categórica: obtida a partir de campos numéricos aleatoriamente distribuídos pelo sistema PRISMA-SUB
Órgão local (OL) ^A	Agência da Previdência Social a qual pertence o benefício em estudo	Variável categórica: 20701004 (Esteves Jr.) 20701006 (Estreito)
Espécie (ESP) ^A	Espécie de benefício em questão	Variável categórica: 31 (Auxílio doença previdenciário) 91 (Auxílio acidente previdenciário)
Ordem (ORD) ^A	Número de avaliações médico-periciais realizadas pelo segurado	Variável numérica: desde o valor mínimo unitário até o valor máximo aberto
Sexo (SEXO) ^A	Sexo do segurado	Variável categórica: Masculino ou Feminino
Data de início do benefício/Data da entrada do requerimento (DIBDER) ^A	Datações administrativas que identificam quando iniciou a concessão do benefício ou quando o segurado solicitou o benefício	Variável tipo data europeia: preenchimento administrativo prévio já impresso no formulário "CPM"
Data de início da doença (DID) ^B	Declaração por parte do segurado	Variável tipo data europeia
Moléstia isenta do período de carência (ISENTPAR) ^B	Identifica grupos de morbidade previamente estabelecidos e que isentam de período de carência antes da concessão dos benefícios	Variável categórica: Sim ou Não
Data de início da incapacidade (DII) ^B	Registro documental (atestado médico, exame complementar que comprove início da incapacidade para o trabalho	Variável tipo data europeia
Acidente de trabalho (ACIDTRAB) ^B	A avaliação atual refere-se a acidente de trabalho?	Variável categórica: Sim ou Não
Conclusão (CONCL) ^B	Tipo de conclusão médico-pericial para o presente benefício	Variável categórica: 1 (Não há incapacidade) 2 (Alta do benefício) 4 (Manutenção do benefício até nova avaliação)
Transferência de espécie (TRANSF) ^B	A presente conclusão médico-pericial sugere alteração/transferência na espécie do benefício a ser concedido	Variável categórica: Sim ou Não
Tempo de contribuição (TMPCTRIB) ^B	Tempo (em anos) de contribuição à previdência social por parte do segurado	Variável numérica

Data limite (DATLIM) ^B	Data limite para inexistência de incapacidade laborativa, alta ou manutenção do benefício ou concessão de aposentadoria (Limite indefinido)	Variável tipo data europeia com duas outras características: 99/99/99: no caso de inexistência de incapacidade 88/88/88: no caso de limite indefinido
Acréscimo 25% (ACRESCIMO2) ^B	Situações que encontram-se listadas no Anexo I do Decreto no. 3.048 de 06/05/1999 em que o segurado faz jus a acréscimo de 15% no valor do benefício	Variável categórica: Sim ou Não
Data do laudo (DATLAUD) ^B	Data da realização da presente avaliação médico-pericial	Variável tipo data europeia
Data de nascimento (DATANASC) ^A	Data de nascimento do segurado	Variável tipo data europeia
Idade (IDADE) ^B	Idade do segurado por ocasião da avaliação médico-pericial	Variável numérica: IDADE = (DATLAUD - DATANASC)/325,25
Naturalidade (NATUR) ^B	Local de nascimento do segurado	Variável categórica
Profissão (PROF) ^B	Profissão do segurado conforme registro em carteira de trabalho	Variável categórica
Tipo de trabalho (TIPOTRAB) ^B	Descrição do tipo de trabalho realizado pelo segurado	Variável categórica
Tempo de profissão (TOTPROF) ^B	Tempo na profissão descrita, a partir do somatório de registros profissionais em carteira de trabalho	Variável numérica
Situação funcional (SITFUNC) ^B	Atual situação funcional do segurado	Variável categórica: empregado, desempregado, autônomo, rural
Benefício anterior (BENFANT) ^B	O segurado já recebeu benefício previdenciário no passado?	Variável categórica: sim ou não
Causa do afastamento do trabalho (CAUSAAFAST) ^B	Causa principal que levou à atual incapacidade laborativa (corresponde à “Queixa Principal” da anamnese médica)	Variável categórica: aberta
CID (CID1) ^B	Diagnóstico segundo CID-10	Variável categórica: códigos CID-10
CID (CID2) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: códigos CID-10
CID (CID3) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: códigos CID-10
CID (CID4) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: códigos CID-10
Descrição CID1 (DESCCID1) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: capítulos CID-10
Descrição CID2 (DESCCID2) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: capítulos CID-10
Descrição CID3 (DESCCID2) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: capítulos CID-10
Descrição CID4 (DESCCID4) ^B	Diagnóstico segundo CID-10 na presença de comorbidade	Variável categórica: capítulos CID-10
Descrição do trabalho (DESCTRAB) ^B	Classificação por principais categorias do processo produtivo	Variável categórica

Identificação (IDENT) ^A	Iniciais do nome do segurado	Variável categórica: 6 campos
Renda (RENDA) ^C	Corresponde a 100% do salário benefício, calculado pela média dos 36 últimos salários de contribuição do segurado anteriores ao mês de afastamento das atividades profissionais. Durante a pesquisa o salário mínimo vigente era de R\$ 136,00	Variável numérica

A = Variável cujo preenchimento original é de responsabilidade administrativa

B = Variável cujo preenchimento original é de responsabilidade médica

C = Variável obtida através do acesso ao subsistema "SISBEN" (Sistema de Informações sobre Benefícios, DATAPREV).

O quadro II mostra a categorização para a variável "PROF" (atividade profissional do segurado comprovada pela apresentação da carteira de trabalho).

Quadro II: Categorização das profissões declaradas pelos segurados

Categoria	Profissionais Integrantes
Administrativo	Bancários, auxiliares administrativos, telefonistas, digitadores, assistentes administrativos, auxiliares de escritório, secretários
Especial	Pescadores, agricultores, médicos-residentes
Especializado	Empresários (pequenos comerciantes), profissionais liberais, autônomos
Industriário	Supervisores industriários
Serviços-Gerais	Auxiliares de limpeza, serventes de limpeza, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de lavanderia, porteiros, vigilantes, carteiros, zeladores, auxiliares de produção, seguranças, garis, supervisores de segurança
Comércio	Vendedores, balconistas, representantes comerciais, vendedores ambulantes
	Pedreiros, serralheiros, carpinteiros, ajudantes de obra, pintores de parede, eletricitas
Técnico	Desenhistas, jornalistas, professores, contabilistas, mecânicos, eletrotécnicos, fisioterapeutas, enfermeiras, despachantes
Trabalho Doméstico	Cozinheiros, empregadas domésticas, babás, faxineiras, lavadeiras, costureiras, bordadeiras, do lar, copeiras, camareiras
Transportes	Motoristas, ajudantes de motorista, carregadores, auxiliares de carga e descarga

Fonte: modificado de Cornejo e Carpio³²

A análise dos dados deste inquérito foi feita utilizando-se o programa Epi-Inf7o 6.04®²⁶, disponível no Hospital Universitário da UFSC.

4. RESULTADOS

Os segurados foram atendidos nas Agência da Previdência Social de acordo com a seguinte distribuição: 106 (39,1%) foram atendidos na Agência da Previdência Social Esteves Júnior (Centro – Florianópolis – SC) e 165 (60,9%) foram atendidos na Agência da Previdência Social Estreito (Estreito – Florianópolis – SC), totalizando 271 segurados.

A tabela I mostra a distribuição quanto ao sexo dos segurados em cada uma das Agências da Previdência Social analisadas.

Tabela I: Distribuição em relação ao sexo dos segurados

Sexo	APS Esteves Jr.	APS Estreito	Total
Feminino	48	84	132 (48,7%)
Masculino	58	81	139 (51,3%)
Total	106	165	271 (100%)

APS = Agência da Previdência Social

A tabela II mostra o número de segurados em Auxílio-Doença (B31) e em Auxílio-doença Acidentário (B91) há mais de dois anos em benefício e que foram considerados incapazes para o trabalho em cada uma das Agências da Previdência Social analisadas durante o período da revisão médica.

Tabela II: Segurados em auxílio-doença (B31) e auxílio-doença acidentário (B91) nas Agências da Previdência Social de Florianópolis - SC

APS	B31	B91	Total
Esteves Júnior	101 (95,3%)	5 (4,7%)	106 (39,1%)
Estreito	159 (96,4%)	6 (3,6%)	165 (60,9%)
Total	260 (95,9%)	11 (4,1%)	271 (100%)

APS = Agência da Previdência Social

Em ambas agências é pequena a proporção de benefícios por acidentes de trabalho, não havendo diferenças entre as proporções (Teste Exato de Fischer bicaudal, $p=0,757$). Também não se observa diferença entre sexos quanto à distribuição dos auxílios-acidente ($\chi^2 = 0,06$; $p=0,8058$).

Embora todos os segurados da amostra em questão fossem residentes em Florianópolis, a tabela III mostra a distribuição dos segurados quanto ao Estado de nascimento.

Tabela III: Distribuição quanto ao Estado de nascimento dos segurados

Estado	Freqüência	%
Santa Catarina	230	84,9
Rio Grande do Sul	19	7,0
Paraná	8	2,9
São Paulo	7	2,6
Outros	7	2,6
Total	271	100

Outros = Mato Grosso, Bahia e Minas Gerais

A idade média verificada no grupo foi de 46,26 anos, com desvio-padrão de 10,45 anos, variando entre o mínimo de 20 anos ao máximo de 67 anos. Do total de segurados analisados, as mulheres foram aposentadas em média aos 47,57 anos, variando entre 22 e 67 anos, com desvio-padrão de 10,37 anos. No momento da aposentadoria os homens tinham em média 45 anos, variando entre 20 e 66 anos, com desvio-padrão de 10,41 anos (Estatística $F=4,164$; $p=0,0423$).

A existência de co-morbidade fez com que os resultados de morbidade descritos na Tabela IV ultrapassassem os 271 registros referentes aos benefícios estudados.

TABELA IV: Classificação de morbidade entre os segurados aposentados conforme capítulos da Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão

Capítulo CID-10	Frequência	%
Doenças do Aparelho Circulatório	100	23,4
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	94	22,0
Transtornos Mentais, Comportamentais	93	21,7
Doenças Infecciosas e Parasitárias	44	10,3
Lesões, envenenamentos, causas ext.	28	6,5
Doenças do Sistema Nervoso	13	3,0
Neoplasias (Tumores)	12	2,8
Doenças dos Olhos e Anexos	8	1,9
Doenças Endócrinas e Metabólicas	8	1,9
Doenças do Aparelho Respiratório	7	1,6
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	6	1,4
Doenças do Aparelho Genitourinário	6	1,4
Doenças do Aparelho Digestivo	5	1,2
Doenças do Ouvido	1	0,2
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos	1	0,2
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	1	0,2
Malformações Congênitas, Deformidades, Anomalias Cromossômicas	1	0,2
Total	428	100

Foram analisadas as médias de idade no momento da aposentadoria levando-se em conta as principais categorias de morbidade relacionadas ao diagnóstico principal (variável “CID1”) da amostra em questão, conforme a tabela V.

Tabela V: Médias de idade no momento da aposentadoria levando-se em conta as principais categorias de morbidade relacionadas ao diagnóstico principal (variável “CID1”)

Capítulo CID-10	Média	Desvio-Padrão
Aparelho Circulatório	51,65	7,884
Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	51,54	9,266
Transtornos mentais e Comportamentais	42,03	8,180
Doenças Infecciosas e Parasitárias	38,22	8,010
Lesões, Envenenamentos, algumas conseqüências de causas externas	45,10	12,607

Observou-se um tempo médio de contribuição previdenciária de 9,76 anos, com desvio-padrão de 7,11 anos, variando entre o mínimo de 0 (zero) anos de contribuição (caso de acidente, isento de carência) até o máximo de 30,14 anos de contribuição (segurado com 64 anos de idade).

Nos principais grupos de morbidade (cardiovascular, distúrbios psiquiátricos e transtornos osteomusculares) a média de contribuição à Previdência Social não ultrapassou 12 anos. Em outro grupo importante quanto à frequência de eventos observados (Ligados a causas externas – CID-10) o tempo médio de contribuição foi de 6,069 anos.

O valor médio dos benefícios pagos ao grupo de estudo ficou em R\$ 320,55; variando entre o mínimo de R\$130,00 e o máximo de R\$ 959,13. O valor pago ao maior número de segurados (moda) foi de R\$ 136,00. O valor do salário mínimo durante o período de estudo estava estipulado em R\$ 136,00 e o Dólar americano era cotado em 15 de julho de 1999 em R\$ 1,8281. Assim o salário mínimo vigente era de US\$ 74,34 e a média dos benefícios pagos pela Previdência Social para a amostra estudada encontrava-se em US\$ 175,35.

A tabela VI apresenta uma categorização das profissões declaradas pelos segurados, juntamente com o valor médio de benefício pago a cada categoria profissional.

Tabela VI: Distribuição das categorias profissionais dos segurados e valor médio dos benefícios pagos

Categ. Profissional	Frequência	%	Valor Médio (RS)
Serviços Gerais	84	31,0	261,89
Trabalho Doméstico	63	23,2	180,25
Administrativo	31	11,4	704,95
Construção Civil	30	11,1	228,25
Comércio	22	8,1	346,21
Transportes	16	5,9	352,84
Técnico	14	5,2	558,46
Especializado	5	1,8	391,63
Especial	7	2,6	234,50
Industriário	1	0,4	918,31
Total	271	100	

A tabela VII apresenta a frequência e o número médio de avaliações médicas a que foram submetidos os segurados analisados até o momento da aposentadoria em cada uma das Agências da Previdência Social analisadas. Não houve diferença estatística entre as agências (Estatística $F=0,129$; $p= 0,7195$).

Tabela VII: Distribuição de frequência, média, número máximo e mínimo de avaliações médicas até à aposentadoria por incapacidade

APS	Freq.	%	Média	Variância	Mínimo	Máximo
Esteves Jr.	106	39,1	13,76	20,24	4	36
Estreito	165	60,9	13,38	31,42	4	36
Total	271	100	-	-	-	-

APS = Agência da Previdência Social; Freq = Frequência; Estatística $F= 0,129$; $p= 0,7195$

Na amostra estudada, o tempo médio de benefício (B31 ou B91) até o início da aposentadoria foi de 3,75 anos, desvio-padrão de 1,70 anos, variando entre o mínimo de 9 meses ao máximo de 15.5 anos (vigilante de 52 anos afastado desde 1985 por "artrose de joelho"). A avaliação comparativa entre as duas agências estudadas, não mostrou diferenças entre as médias de tempo (estatística $F= 2,432$; $p= 0,120$). A tabela VIII apresenta valores descritivos da variável em estudo categorizada para os capítulos da CID-10. A análise de variância não detecta diferenças significativas entre os grupos (estatística $F= 0,583$; $p=0,8966$).

TABELA VIII: Estatística descritiva do tempo (em anos) em benefício até a definição por aposentadoria para cada capítulo da CID-10

CID-10	Média	DP	Mínimo	Máximo	Moda
Doenças					
Infecciosas e Parasitárias	4,04	1,548	2,11	8,42	2,69
Neoplasias	3,84	2,342	0,75	8,19	2,26
Hematopoiéticas	3,51	0,000	3,51	3,51	3,51
Endócrinas e Metabólicas	3,73	1,729	1,77	6,15	6,15
Circulatórias	3,72	1,500	1,62	9,66	3,19
Mentais e Comportamentais	3,87	1,408	1,62	8,91	4,34
Sistema Nervoso	3,77	2,245	1,84	10,23	4,17
Olhos e Anexos	3,42	0,567	2,78	4,07	2,78
Ouvido	2,28	0,000	2,28	2,28	2,28
Respiratórias	3,30	1,006	2,49	5,35	2,49
Digestivas	5,62	5,547	2,50	15,50	3,64
Pele e Tecido Subcutâneo	3,67	1,658	2,17	6,10	2,61
Osteomuscular e Tec.	4,01	2,220	1,49	15,50	2,17
Conjuntivo					
Genitourinárias	3,69	2,146	2,13	7,35	2,13
Lesões, Envenenamentos, Causas Externas	3,64	1,118	0,75	5,46	3,36
Malformações congênitas e deformidades	3,16	3,160	3,16	3,16	3,16
Fatores que influenciam o estado de saúde	3,80	3,800	3,80	3,80	3,80

DP = Desvio-Padrão

Entretanto deve-se atentar para o baixo número de observações em algumas categorias da CID-10.

5. DISCUSSÃO

Os benefícios concedidos pela Previdência Social podem ser fonte de informação para a construção de indicadores de morbidade, contudo tais registros são pouco trabalhados epidemiologicamente.²⁷ Em nosso Estado, o emprego mais recente desta base de dados para levantamentos nosológicos foi feito por Narciso²⁸ que, em 1991, publicou estudo dos casos de auxílio-doença (benefício 31 ou B31) na Agência da Previdência Social Blumenau (Blumenau – SC). Possas descreveu um perfil nosológico de perícias médicas na grande São Paulo, remetendo-se à pesquisa realizada por Finochiaro em 1976.²⁹ A mesma autora apresentou dados de padrão diagnóstico em auxílio-doença referentes ao ano de 1973 para benefícios em manutenção e 1986 para benefícios concedidos.³⁰ Além desses trabalhos descritivos, não encontramos em pesquisa bibliográfica outros trabalhos que utilizem esta rica base de dados, seja na área de saúde do trabalhador, seja na avaliação econômica da Previdência Social.

Zicker & Zicker²⁷ concluíram que seria necessária a uniformização quanto à codificação diagnóstica, registro e análise da base de dados a fim de que fosse possível sua utilização sistemática. Outra dificuldade existente é a pouca valorização desta base de dados tanto por parte dos profissionais responsáveis pelo preenchimento (médicos peritos e auxiliares administrativos responsáveis pela digitação do material) quanto por parte da instituição quando deixa de utilizá-las para o direcionamento de ações preventivas que impliquem na diminuição da prevalência de doenças incapacitantes geradoras de benefícios previdenciários. No entanto, este trabalho contou com particularidades favoráveis à validação de seus resultados. A equipe médica que realizou a revisão dos benefícios de longa duração era recém egressa de um processo de

treinamento e padronização de atividades após processo seletivo via concurso público nacional para uma recém criada carreira no âmbito da medicina previdenciária, chamados de Supervisores Médico-Periciais.

Os dados da Tabela II apontam para um número baixo de segurados em auxílio-acidente (B91) em comparação com os segurados em auxílio-doença (B31), nas duas Agências da Previdência Social analisadas, não havendo diferenças entre as proporções (Teste Exato de Fischer bicaudal, $p=0,757$). Também não se observou diferença entre sexos quanto à distribuição dos auxílios-acidente ($\chi^2 = 0,06$; $p= 0,8058$). Tal constatação era esperada, visto que Florianópolis caracteriza-se por ser uma cidade onde as principais atividades econômicas sitam-se no setor terciário e de prestação de serviços (Tabela IX). Sendo a cidade a sede político-administrativa do Estado, as atividades relacionadas ao funcionalismo público também têm muita importância, ao contrário do setor secundário que conta com uma expressividade pequena e do setor primário, praticamente inexistente.³¹

Tabela IX: Empresas por setor de atividade econômica em Florianópolis - 1999

Atividade	Número de contribuintes	%	Arrecadação ICMS (R\$)
Indústria	179	6,58	3.503.990,00
Comércio	1.681	61,81	256.270.286,00
Serviços	600	22,06	472.175.028,00
Outros	259	9,52	2.992.591,00
Total	2.719	100	743.734.380,00

Fonte: Sefaz / Sefin / Prefeitura Municipal de Florianópolis³¹

A idade média verificada no grupo foi de 46,26 anos. Este número é menor do que a média de idade de 49,90 anos encontrada por Cornejo & Carpio³²

quando avaliaram os aspectos médicos e sociais das aposentadorias por invalidez no Chile. Os mesmos autores³² ressaltam a dificuldade de se conseguir uma nova qualificação profissional nesta idade, fato que infelizmente também ocorre no Brasil. Lauro³³, analisando somente as aposentadorias por enfermidades cardiovasculares no Uruguai encontrou uma média de idade 55 anos no momento da aposentadoria.

É interessante analisar que existem diferenças significativas entre as idades em relação ao sexo no momento da aposentadoria: do total de segurados analisados aposentados, as mulheres foram aposentadas em média aos 47,57 anos. No momento da aposentadoria os homens tinham em média 45 anos, (estatística $F= 4,164$; $p= 0,0423$). Zicker & Zicker²⁷, analisando as causas de incapacidade laborativa temporária e permanente em Goiás no ano de 1977 com especial atenção à doença de Chagas, também encontraram diferença estatística entre as médias de idade dos segurados: mulheres com média de 43,70 anos e homens com média de 41,2 anos ($p < 0,05$). A diferença relevante encontrada no presente estudo poderia ser explicada por diferenças no perfil de morbidade, sendo os homens portadores de moléstias com maior gravidade ou submetidos a maior desgaste físico e psicológico durante a atividade profissional, porém, isto não pode ser comprovado.

As morbidades encontradas foram causas de aposentadoria na população estudada e refletem o perfil de saúde-doença desta população, embora não tenha sido possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre o tipo de trabalho realizado e a doença que levou à incapacidade. Devido à existência de trabalhadores não vinculados ao regime da Previdência Social (por exemplo: servidores públicos, magistrados, militares, etc.) e ao crescente número de trabalhadores na chamada “economia informal” (sem registro em Carteira de Trabalho)²⁰ não é possível afirmar que este seja o perfil de saúde-doença da população de Florianópolis. As doenças do aparelho circulatório foram

responsáveis por 23,4% dos diagnósticos, seguidos pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (22%), transtornos mentais e comportamentais (21,7%) e doenças infecciosas e parasitárias (10,3%). Possas²⁹ remete-se ao estudo de Finocchiaro, que revisou 5000 perícias médicas em geral na cidade de São Paulo em 1976 e encontrou as espondilopatias sendo responsáveis por 60,3% dessas perícias. O mesmo levantamento²⁹ mostra a tuberculose como terceira doença diagnosticada naquelas perícias médicas e o grupo de moléstias cardiovasculares ocupando apenas o oitavo lugar na frequência das doenças diagnosticadas. Em nosso estudo, que revisou apenas os benefícios mais complicados, de segurados que foram aposentados, o capítulo de doenças do aparelho circulatório ocupou o primeiro lugar no número de observações. Deve-se salientar que no capítulo “Doenças Infecciosas e Parasitárias”, 90,9% das observações foram devidas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a tuberculose não apareceu em nenhum registro. Devido à existência de co-morbidade, as observações referentes à SIDA correspondem à 35 pacientes portadores de manifestações clínicas da SIDA: 12,92% dos 271 segurados da amostra, com idade média de 37,5 anos, variando entre 23 e 45 anos. É possível afirmar, para a população estudada, que a SIDA ocupa uma posição preocupante, seja em relação ao número de casos, idade dos portadores e impacto econômico da doença. Até junho de 2000 Santa Catarina contava com 7.388 casos notificados de SIDA, o que representa um coeficiente de incidência de de 170,1 casos/100.000 habitantes, o sexto Estado do Brasil em número de pessoas contaminadas e o terceiro levando-se em conta o coeficiente de incidência, superado por São Paulo (91.319 casos – 283,5/100.00 hab.), Rio de Janeiro (28.219 casos – 208,2 /100.000 hab.), Rio Grande do Sul (13.204 casos – 148,9/100.000 hab.), Minas Gerais (11.800 casos – 77,4/100.000 hab.) e Paraná (7607 casos – 91,5/100.00 hab.).³⁴

Possas encontrou num estudo de amostragem em 1973 nos pareceres favoráveis à manutenção de auxílio-doença (B31) uma tendência análoga à observada para a morbidade na mesma época: doenças mentais (12,3%), osteoartrite (8,8%), hipertensão arterial (8,8%), epilepsia (5,7%), esquizofrenia (5,0%), tuberculose pulmonar (4,7%).³⁰ Em 1986 a mesma autora revisou o padrão diagnóstico das causas de incapacidade temporária (B31) para benefícios concedidos pelo então INPS e observou a expressiva participação das doenças mentais nessa categoria de benefício, chegando a 12% dos benefícios considerados. A esta categoria seguiram-se as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.³⁰

Zicker & Zicker²⁷ encontraram a seguinte distribuição das causas de aposentadoria por invalidez em Goiás no ano de 1977 (tabela X). Naquele ano as doenças do sistema circulatório e osteomuscular foram as principais causas de aposentadoria, assim como em nosso estudo. Importância semelhante tiveram as doenças infecciosas e parasitárias e os transtornos mentais e comportamentais.

TABELA X: INPS: Aposentadorias por Invalidez, Goiás, 1977. Diagnósticos segundo a Classificação Internacional de Doenças.

Categorias	Freqüência	%
Circulatórias	960	29,8
Osteomuscular	874	27,1
Infecciosas e Parasitárias	440	13,7
Doenças do Sistema Nervoso	385	11,9
Transtornos Mentais	238	7,4
Lesões, envenenamentos, causas ext.	114	3,5
Neoplasias	101	3,1
Aparelho Respiratório	49	1,5
Pele	11	0,3
Aparelho Genitourinário	10	0,3
Malformações Congênitas	9	0,3
Endócrinas e Metabólicas	8	0,2
Mal Definidas	8	0,4
Aparelho Digestivo	6	0,2
Sangue	5	0,2
Classificação Suplementar	4	0,1
Total	3.222	100

Fonte: DATAPREV, 1978²⁷

No grupo estudado observou-se um tempo médio de contribuição previdenciária de 9,76 anos. Nos principais grupos de morbidade a média de contribuição à Previdência Social não ultrapassou 12 anos. Este baixo tempo de contribuição aliado à aposentadoria precoce em virtude de moléstias incapacitantes remete-nos ao custo da doença para a sociedade como um todo, ou seja, a incapacidade para o trabalho e as aposentadorias precoces por ela

geradas poderiam ser abordadas como medidas de impacto econômico da doença, sendo avaliadas através da relação entre o valor das concessões e a expectativa de vida desse grupo especial da população medidos por custos diretos, indiretos e intangíveis nesta relação. Chirikos³⁵ estimou em 170 bilhões de dólares o custo total com a incapacidade nos Estados Unidos (incluindo seguros sociais, cuidados médicos e dias de trabalho perdidos) e ainda afirmou que a prevalência da incapacidade naquele país podia estar subestimada. Para Snook & Webster³⁶, nos Estados Unidos estima-se que 16,5% da população adulta seja incapaz para o trabalho e mais da metade dessas incapacidades impossibilitam totalmente as atividades laborativas regulares. Estes autores³⁶ estimam em 40 bilhões de dólares anuais o custo somente em seguros sociais com essas pessoas e afirma que embora a incapacidade não possa ser eliminada, seus custos podem ser substancialmente diminuídos se programas efetivos de tratamento, reabilitação física/vocacional e educação forem implementados. Em nosso país tais medidas ainda estão longe de serem efetivamente implantadas.

O valor médio dos benefícios pagos ao grupo de estudo ficou em R\$ 320,55, variando entre o mínimo de R\$130,00 e o máximo de R\$ 959,13. Os benefícios pagos pela Previdência Social não podem ser inferiores a 01 (um) salário-mínimo²¹, embora tenhamos encontrado salários com valor de R\$ 130,00 (9,6%). Esta variável foi retirada diretamente do banco de dados oficial da DATAPREV (CONBASS – SISBEN - Sistema PRISMA), fato que nos impossibilita de versarmos sobre o motivo de valores inferiores ao mínimo terem sido encontrados. Ainda com relação à renda dos segurados da amostra, cabe salientar que a média de R\$ 320,55 é muito superior a grande maioria dos benefícios pagos pela Previdência Social naquele momento²⁰. Isto poderia criar a falsa impressão de que se trata de uma população privilegiada dentro do contexto do país. Porém esta afirmação seria uma inverdade, pois a moda para a variável renda foi de R\$ 136,00 e 35,58% destes segurados recebiam

mensalmente menos que R\$ 140,00. Por outro lado, 13,65% dos segurados recebiam mensalmente mais de R\$ 700,00 (média de R\$ 867,13), fato que “elevou” o valor médio dos benefícios pagos. Conclui-se então que o baixo valor dos benefícios concedidos em relação aos gastos reais que o indivíduo tem em função de sua doença incapacitante (gastos que necessitam melhores estudos) mostra o óbvio, ou seja, os benefícios previdenciários e/ou acidentários não cobrem os custos da doença que gerou incapacidade laborativa, fato este gerador de mais dificuldades e angústia para o segurado.

A categorização das profissões declaradas pelos segurados foi baseada numa classificação proposta por Cornejo & Carpio.³² Tal classificação está longe de ser considerada ideal, visto que, por exemplo, muitas profissões poderiam estar em duas categorizações. Outro problema encontrado foi a inclusão de profissões distintas em uma mesma classificação muito “genérica” (por exemplo, “autônomos”, “pescadores”, “motoristas”). Esta generalização excessiva pode levar-nos a equívocos, visto que englobando em uma mesma classificação diferentes tipos de trabalho, estamos tratando igualmente trabalhadores sob riscos ocupacionais totalmente diferentes. Acreditamos que uma melhor categorização e um preenchimento mais detalhado desta variável são fundamentais.

Não houve diferença estatística entre as agências com relação ao número médio de avaliações médicas até a decisão por aposentadoria (Estatística $F=0,129$; $p= 0,7195$). Levando-se em conta que todos os segurados da presente amostra foram aposentados (considerados incapazes para atividade laborativa por limite de tempo indefinido) pode-se inferir, apesar de não haver comparativo na literatura pesquisada, que o número de perícias médicas até a definição por aposentadoria é alto, principalmente se levarmos em conta que se demorou o tempo médio de 3,75 anos, desvio-padrão de 1,70 anos, variando entre o mínimo de nove meses ao máximo de 15,5 anos para se decidir sobre a

incapacidade laborativa. Esta “demora” implica em problemas de ordem econômica, envolvendo um maior custo em perícias terceirizadas, organizacional, com o represamento de perícias de longa duração nos posto de seguro social e de ordem técnica, influenciando na qualidade da perícia médica como um todo. Não é possível afirmar que este seja um problema originado puramente na ineficiência do ato médico pericial, visto que coexistem outras dificuldades como problemas sociais do país (suspender o benefício de um desempregado, por exemplo) e até pressões por parte dos segurados. Islas et al³⁷ concluíram que as incapacidades laborativas prolongadas são um problema do médico, do segurado e dos serviços de previdência. Destacaram³⁷ que muitas vezes o segurado, consciente ou inconscientemente, induz o médico a mantê-lo em benefício. Este não é o caso dos segurados da amostra em questão, pois foram realmente considerados incapazes.

Observou-se que os grupos de doenças segundo a CID-10 que foram as principais causas de aposentadoria na amostra estudada também têm as maiores médias relativas ao tempo em benefício (tempo até a definição por aposentadoria). Indiretamente estes dados mostraram a incapacidade do sistema público de saúde em resolver as doenças mais frequentes da população estudada.

Chamou atenção o fato de existirem segurados pertencentes à amostra em auxílio-doença (B31) ou auxílio-acidente (B91) há menos de dois anos, visto que, por definição, os segurados devem estar em benefício há mais de dois anos. Tal fato pode ser explicado por falha administrativa na seleção e agendamento dos segurados para a revisão desses benefícios. Uma vez agendados, os segurados não puderam deixar de ser periciados.

6. CONCLUSÕES

1. Os benefícios concedidos pela Previdência Social podem ser fonte de informação para a construção de indicadores de morbidade, embora sejam pouco utilizados. Uma melhor sistematização desta base de dados deve ser implementada.

2. O grupo estudado possui curto tempo médio de contribuição previdenciária associado a um longo tempo em benefício, já antes da definição por incapacidade laborativa definitiva.

3. As principais categorias diagnósticas segundo a CID-10 foram responsáveis pelo afastamento do trabalho de indivíduos jovens. Tal fato indiretamente permite-nos inferir a incapacidade do sistema público de saúde em resolver os principais problemas de saúde desta população estudada e os custos econômicos elevados para a sociedade com um todo.

4. Para a amostra estudada a SIDA foi importante causa de incapacidade laborativa definitiva em paciente jovens.

5. Futuros estudos envolvendo o impacto econômico das doenças devem ser realizados visando o gerenciamento do problema da incapacidade de uma forma apropriada e também um melhor uso dos recursos previdenciários e das políticas sociais.

6. O baixo valor dos benefícios concedidos em relação aos gastos reais que o indivíduo tem em função de sua doença incapacitante (gastos que necessitam melhores estudos) mostra que os benefícios previdenciários e/ou acidentários não cobrem os custos da doença que gerou a incapacidade laborativa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigotto RM. O homem e o trabalho. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994.p.25-31.
2. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.p.431-56.
3. Palermo E. Condiciones de vida y de trabajo y salud-enfermedad – la revolucion industrial. In: Palermo E. Salud-enfermed y la estructura social. Buenos Aires: Editorial Cartago; 1986.p.67-122.
4. Palermo E. El trabajo como causa de enfermedad. In: Palermo E. Salud-enfermed y la estructura social. Buenos Aires: Editorial Cartago; 1986.p.47-66.
5. Engels F. A estrutura social. In: Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira SA; 1974.p. 215-18.
6. Braga JCS, Paula SG. Capitalismo e pensamento econômico: a questão da saúde. In: Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro: Cebes-Hucitec; 1981.p. 1-39.
7. Hobsbawn E. A crise geral da economia europeia no século XVII. In: Hobsbawn E. Os origens da revolução industrial. São Paulo: Parma; 1974.p.7-74.
8. Scliar M. O olhar social. In: Scliar M. Do mágico ao social. 5. Poa: LPM; 1996.p.72-99.

9. Possas C. Políticas e instituições de saúde: um breve histórico. In: Possas C. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. 2ª. São Paulo: Hucitec; 1981.p.183-232.
10. Leite CB. Breve Histórico. In: Leite CB. Um século de previdência social: perspectivas no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Zahar; 1983.p.182-229.
11. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Livro Branco da Previdência Social [publicação on line] 01 Ago 1998 [capturado em 23 Ago 2000]. Disponível em http://www.mpas.gov.br/07_02.htm.
12. Braga JCS, Paula SG. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro: Cebes-Hucitec; 1981.p. 41-86.
13. Malloy JM. Histórico. In: Malloy JM. Política da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Itaca; 1979.p.1-25.
14. Conferência Interamericana de Seguridad Social (CISS). Evolucion historica y diagnostico de la seguridad social. In: CISS. La seguridad social em Brasil. Cidade do Mexico: CISS; 1995.p.1-42.
15. Dias EC. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994.p.138-56.
16. Rocha LE. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento sindical. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994.p. 122-38.
17. Nunes ED, Rocha LE. A intervenção do estado nas relações de trabalho. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994.p. 97-108.
18. Laurell AC. The mexican social security counterr reform: Pensions for Profit. *International Journal of Health Services* 1999;29(2):371-391.

19. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Uma fase de transição [publicação on line] 01 Mai 1999 [capturado em 23 Ago 2000]. Disponível em http://www.mpas.gov.br/07_08.htm
20. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Boletim Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPAS; 1999.
21. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Previdência ao alcance de todos [publicação on line] 3 ed. 12 Ago 1999 [capturado em 23 Ago 2000]. Disponível em http://www.mpas.gov.br/07_01.htm.
22. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Manual do médico-perito da previdência social. 3 ed. Brasília: MPAS; 1999.
23. Júnior LSMS. Atos profissionais e atos médicos. Medicina – Conselho Federal de Medicina 2000;11:8-9.
24. Fabro L. O médico perito. Medicina – Conselho Federal de Medicina 1998;11:28.
25. Hennekens CH., Buring JE. Epidemiology in medicine. In: Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in medicine. Boston/Toronto: Little Brown & Co.; 1987.p.106-8.
26. Dean A., Dean J. et al. Epi-Info, Version 6: a world processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: 1994.
27. Zicker F., Zicker EMS. Benefícios previdenciários por incapacidade como indicador de morbidade - Estudo da Doença de Chagas em Goiás. Rev. Goiana Med 1985;31:125-36.
28. Narciso HR. Perícia Médica em Blumenau. Arquivos Catarinenses de Medicina 1991;20(1):37-38.
29. Possas C. Saúde e produção. In: Possas C. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1981.p.85-180.
30. Possas C. A especificidade do quadro sanitário no Brasil. In: Possas C.

Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: Hucitec; 1989.p.19-115.

31. Prefeitura Municipal de Florianópolis (<http://www.pmf.org.br>)
32. Cornejo E., Carpio MG. Aspectos medicos sociales de las invalideces por diversas patologias em pacientes afiliados a las AFP. Rev. Med. Chile 1986;114:1188-94.
33. Lauro RF. La repercusión de las enfermedades cardiovasculares em la seguridad social. Bol. A . N. de Medicina 1998;76:551-9.
34. Ministério da Saúde (BR). AIDS – Boletim Epidemiologico – 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
35. Chiriko TN. Aggregate economic losses from disability in the USA: a preliminary assay. USF Public Health 1989;67(Suppl 2):59-91.
36. Snook SH., Webster BS. The cost of disability. Clin Orthop 1987;221:77-84.
37. Islas GM. et al. Incapacidades prolongadas inadecuadas, un problema del asegurado, del medico o de los servicios de salud?. Rev. Med. IMSS (Mex) 1996;34(5):379-84.

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico, média do valor dos benefícios pagos, número de perícias médicas realizadas e tempo (em anos) de contribuição à Previdência Social dos segurados em Auxílio-doença ou Auxílio-doença Acidentário, em benefício há mais de dois anos e que foram aposentados por invalidez, durante trabalho de revisão realizado entre abril e agosto de 1999 na Agência da Previdência Social (APS) Estreito e APS Esteves Jr. **Método:** Estudo descritivo, série de casos, a partir da análise direta de 271 prontuários dos segurados pertencentes à população de estudo e complementado através do acesso aos sistemas de informação da Previdência Social. **Resultados:** 132 (48,7%) dos segurados eram do sexo feminino e 139 (51,3%) do sexo masculino. Em ambas agências é pequena a proporção de benefícios por acidentes de trabalho, não havendo diferenças entre as proporções. As mulheres foram aposentadas em média aos 47,57 anos, os homens tinham em média 45 anos. Causas de aposentadoria: ap. circulatório (23,4%), sist. osteomuscular/tec. conjuntivo (22%), transtornos mentais (21,7%) e causas externas (6,5%). O valor médio pago foi R\$ 320,55 (moda=R\$ 136,00). O tempo médio de contribuição previdenciária foi 9,76 anos. Num tempo médio de benefício de 3,75 anos os segurados foram submetidos a uma média de 13,57 perícias médicas. **Conclusões:** o grupo estudado possui curto tempo médio de contribuição previdenciária, longo tempo em benefício antes da aposentadoria e recebe da previdência social renda mensal insuficiente. Indiretamente os dados mostraram a incapacidade do sistema público de saúde de resolver as doenças mais frequentes da população estudada.

SUMMARY

Objectives: To describe an epidemiologic profile, average of payed benefits, performed medical evaluations and time (years) of contribution to the National Institute of Social Security by insured persons enjoying disease-aid or work accident/labour disease aid benefits for more than two years who were finally retired by disability during a revision of benefits performed between april-august/1999 in the two social security units in Florianópolis, SC, Brazil.

Methods: Descriptive (case-series) study from the analysis of 271 records of insured persons registered in those units and participated in such medical revision of benefits complemented by the access of Social Security's information systems. **Results:** 132 (48%) of the insured persons were female and 139 (51.3%) were male. There's a small proportion of work accident/labour disease aid benefits in both agencies. Females were retired with na average of 47.57 years old and males were in the average of 45.0 years old. Causes of disability retirements (ICD 10): Circulatory system (23.4%); Osteomuscular/conjunctive system (22.0%); Mental disorders (21.7%) and External causes (6.5%). The average of payed benefits were US\$ 175.35 (Mode: US\$ 74.39). The average time of contributions to the Social Security System until getting disabled was 9.76 years. During 3.75 years of average time of disease aid benefit, there were performed an average of 13.57 medical evaluations to the insured persons.

Conclusions: the studied sample had a short mean time of contribution to the Brazilian Social Security System, long time in disease aid benefits before retirement and earn insuficcient pensions from the social security system. **Key words:** Social security, disability, descriptive studies, Brazil.

APÊNDICE

Apêndice I: Conclusão de Perícia Médica (CPM)

CONCLUSAO DE PERICIA MEDICA

NUMERO DO BENEFICIO: _____ ORGAO LOCAL: _____

ESPECIE: __ ORDEM: __ IDENTIFICACAO: _____ SEXO: __

DIB/DER: _____

MOLESTIA ISENTA DE PERIODO DE CARENCA: <A>

DID: _____ DII: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: __ RA: __ NEXO: __ AUXILIO ACIDENTE: __

CONCLUSAO: __ DATA LIMITE: _____

ACRESCIMO 25%: __ CID1: _____ CID2: _____

TRANSFERENCIA DE ESPECIE: __ FASE: __

TEMPO DE CONTRIBUICAO: ANOS: __ MESES: __ DIAS: __

TMPCTRIB: __ ANOS

Apêndice II: Laudo Médico Pericial

LAUDO MEDICO PERICIAL

DATA DO LAUDO: _____ NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

NATURALIDADE: _____ DAT: _____

PROFISSAO: _____

TIPO DE TRABALHO: _____

TEMPO PROF.: _____ MESES: _____ TOTAL DE PROF: _____ anos

SITUACAO FUNCIONARIO: _____ BENEFICIO ANTERIOR: _____

CAUSA DO AFASTAMENTO: _____

RENDA: _____ CID3: _____ CID4: _____

DESCCID1: _____

DESCCID2: _____

DESCCID3: _____

DESCCID4: _____

DESCTRAB: _____

NSS

NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

MPAS
Ministério da Previdência e Assistência Social

Fls. nº 09
Proc. DG nº _____
Proc. SE nº _____
Rubrica _____

20.300.221 - EQUIPE DE COMUNICAÇÕES
pedido e Protocolado em 20/08/99
foi constituído este processo inicialmente
009 folhas, incluindo a folha de
sacat.
20.700.01
e os procedimentos cabíveis.

[Assinatura]
SERVIDOR/MATRÍCULA

RECEBIDO EM 23/08/99
[Assinatura] 930168

20.700.2 (SAP) Em 23/08/99
RECEBIDO NESTA DATA
[Assinatura]
ANS. MATR.



PREVIDENCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM SANTA CATARINA
DIVISÃO DO SEGURO SOCIAL
SERVIÇO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS - 20.700.2

Em: 23/08/99

REF.: PT Nº 35346.000942/99-10
INT.: ANTÔNIO CARLOS MARASCIULO
ASS.: PROJETO DE PESQUISA

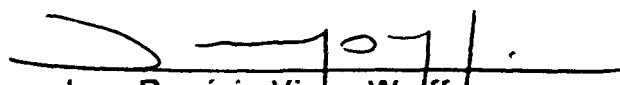
1- Visto.

2- Descrever o perfil epidemiológico dos segurados em auxílio-doença previdenciário / acidentário dos benefícios em longa duração e determinar a prevalência de doenças incapacitantes nesse grupo de beneficiários, bem como, determinar o custo médio dos benefícios em questão, avaliar a demanda de encaminhamentos a reabilitação profissional (e, acrescente-se, avaliar os resultados) entre outros objetivos, justificam o trabalho proposto pelos autores, entre o INSS e Universidade Federal de Santa Catarina.

3- Cabe recomendar e delegar responsabilidades às chefias dos Postos do Seguro Social e as Unidades Executivas de Perícia Médica, quanto ao resguardo do sigilo no manuseio dos Antecedentes Médico-Periciais, definido na Circular nº 20.005.3/935/77.

4- Recomendamos, ainda, consultar a Divisão de Administração (20.300.0) quanto ao trânsito de pessoas que, ainda que sob a responsabilidade do Supervisor Antônio Carlos Marasciulo, deverão estar devidamente credenciadas pela autoridade competente para transitar nas dependências do INSS.

4- À Divisão do Seguro Social (20.700.0) para análise e providências que julgar necessárias.


Jany Rogério Vieira Wolff
CHEFE DO SERVIÇO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS
INSS/SC

JRVW/lgi*

20.700.01 Em 21.08.99.
REC... TA DATA



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Superintendência Estadual em Santa Catarina

SERVIÇO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS – 20-700.0 , em 9 de Setembro de 1999

Ref.: Processo nº 35346.000942/99-10

Int.: Dr. Antonio Carlos Marasciulo

Ass.: Projeto de Pesquisa

- 1) Ciente e de acordo.
- 2) À Divisão de Administração Patrimonial – 20-300.0, solicitando manifestação, considerando o item 4. do despacho retro.

Káthia Maria Moreira Braga Ribeiro
Chefe Divisão do Seguro Social

20.300.01. EM. 09/09/99
1 - RECEBIDO NESTA DATA
2 - A 20.300.0

KV/rmm.

Gláucia Balsa de Brito
AGENTE ADMINISTRATIVO

20.300.0 /Divisão de Administração, em 10.09.99.

Ref.: Processo nº 35346.000942/99-10.
Int.: Dr. Antônio Carlos Marasciulo.
Ass.: Projeto de Pesquisa.

Quanto ao proposto no item 4 do pronunciamento de folhas 10, inexistente óbice por parte da Divisão de Administração, desde que os participantes do projeto sejam previamente identificados, trabalhem em horário compatível com o expediente do INSS e seja comunicado as respectivas Chefias dos Postos.

À 20-700.0.

Paulo Cesar Rios
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO
CHEFE

PR/mb

20.300.01, em 13/02/99
1-RECEBIDO NESTA DATA
2-A 20.700.0
1928704

RECEBIDO em 13/09/99
Arlete Silva
Assinatura e Matrícula
Arlete Silva
13/09/99

FOLHA DE INFORMAÇÃO OU DESPACHO



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Superintendência Estadual em Santa Catarina

ATO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS – 20-700.0, em 14 de Setembro de 1999

Ref.: Processo nº 35346.000942/99-10
Int.: Dr. Antônio Carlos Marasciulo
Ass: Projeto de Pesquisa.

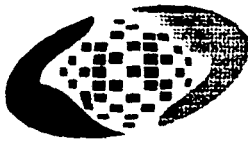
- 1) Ciente.
- 2) Ao Serviço de Atividades Previdenciárias – 20-700.2, para as providências pertinentes.

Káthia Maria Moreira Braga Ribeiro
Chefe Divisão do Seguro Social

20.700.01 em 14/09/99
RECEBIDO NESTA DATA
ASS. MATR.

KV/rmm.

20.700.01 (SAP) em 15/09/99
RECEBIDO NESTA DATA
ASS. MATR.



PREVIDÊNCIA SOCIAL

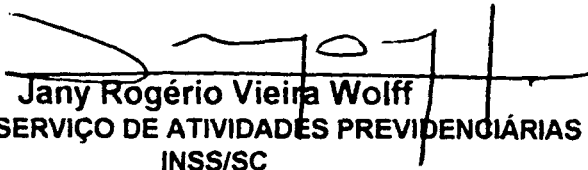
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL EM SANTA CATARINA
DIVISÃO DO SEGURO SOCIAL
SERVIÇO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS - 20.700.2

Em: 16/09/99

REF.: PT Nº 35346.000942/99-10
INT.: ANTÔNIO CARLOS MARASCIULO
ASS.: PROJETO DE PESQUISA

1- Ciente.

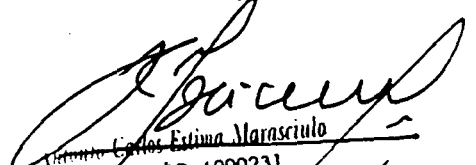
2- À Perícia Médica para ciência do servidor interessado, após prosseguimento aos Postos do Seguro Social de Fpolis-Centro e Estreito.


Jany Rogério Vieira Wolff
CHEFE DO SERVIÇO DE ATIVIDADES PREVIDENCIÁRIAS
INSS/SC

JRVW/igi*

Ciente.

Ao chefe do posto do Seguro Social para
conhecimento e providências. Após, encaminhar ao
posto do Estreito para ciência e providências.
20701004


Carlos Estima Marasciulo
SMP - COD. 6000231
MATRÍCULA SIAPE: 1160488
CREMESC Nº. 6477

NSS

ACIONAL DO SEGURO SOCIAL

MPAS

Ministério da Previdência e Assistência Social

Fls. nº 15

Proc. DG nº _____

Proc. SE nº _____

Rubrica *[assinatura]*

POSTO DO SEGURO SOCIAL DE FLORIANÓPOLIS - SC
20-701.004 EM 04/10/99

1. Ciente e de acordo com o proposto às fls. 12.
2. Encaminhe-se a 20-70. 006 para conhecimento e adoção de medidas decorrentes.

Mônica Pichete Nascimento
CHEFE DO POSTO DO SEGURO SOCIAL
MATRÍCULA 0930152

UNIDADE EXECUTIVA DE PERICIA MEDICA
0.701.006. Em 08 FEV/2000

1. Ciente e de acordo com o proposto às fls. 12.
2. Ao setor competente, p/ seguimento

Luís Daniel Grubert
Supervisor de Equipe
Cód 200194.2
Matrícula SIAPE 0927804
CREMESC 006647

**TCC
UFSC
SP
0020**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0020

Autor: Tenório, Rodinei C

Título: Revisão dos benefícios de longa



972808856

Ac. 254098

Ex.1 UFSC BSCCSM