



**CUSTOS E IMPACTO SOBRE A PRODUTIVIDADE NA
INDÚSTRIA NO BRASIL**

**Afastamentos do Trabalho por Acidentes e Doenças
Relacionados ao Trabalho**

**Vilma Sousa Santana
Mariana Sousa Santana**

**Brasília
2011**

**CUSTOS E IMPACTO SOBRE A PRODUTIVIDADE NA
INDÚSTRIA NO BRASIL**

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA - CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI

Conselho Nacional

Jair Meneguelli
Presidente

SESI - Departamento Nacional

Robson Braga de Andrade
Diretor

Carlos Henrique Ramos Fonseca
Diretor Superintendente



*Serviço Social da Indústria
Departamento Nacional*

CUSTOS E IMPACTO SOBRE A PRODUTIVIDADE NA INDÚSTRIA NO BRASIL

Afastamentos do Trabalho por Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho

**Vilma Sousa Santana
Mariana Sousa Santana**

**Brasília
2011**

© 2011. **SESI – Departamento Nacional**

Qualquer parte desta obra poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte. Estudo encomendado pelo SESI/DN.

SESI/DN

**Unidade de Saúde e Segurança do Trabalho – UniSaúde
Unidade de Tendências e Prospecção - UNITEP**

FICHA CATALOGRÁFICA

S232c

Santana, Vilma Sousa

Custo e impacto sobre a produtividade na indústria no Brasil: afastamentos de trabalho por acidentes e doenças relacionados ao trabalho / Vilma Sousa Santana, Mariana Sousa Santana. – Brasília: SESI, 2011.
86p.: il.

1. Segurança e Saúde no Trabalho 2. Riscos no Trabalho 3. Transtornos Psicossociais I. Santana, Mariana Sousa II. Título III. Título: Afastamentos de trabalho por acidentes e doenças relacionados ao trabalho

CDU 613.6:67(81)

SESI

*Serviço Social da Indústria
Departamento Nacional*

Sede

*Setor Bancário Norte
Quadra 1 – Bloco C – 8º andar
Edifício Roberto Simonsen
70040-903 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3317-9754
Fax: (61) 3317-9190
<http://www.sesi.org.br>*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de BS pagos pela Previdência Social, da indústria e de todos os ramos de atividade, de acordo com a unidade da federação e região. Brasil, 2006	63
Tabela 2 - Número e percentual de BS de trabalhadores da indústria, de acordo com sub-ramo de atividade econômica, entre os homens (N=256.471). Brasil, 2006	64
Tabela 3 - Número e percentual de BS, de trabalhadores da indústria de acordo com o sub-ramo de atividade econômica, entre as mulheres (N=77.434). Brasil, 2006	65
Tabela 4 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria de acordo com o tipo do benefício, entre os homens. Brasil, 2006	66
Tabela 5 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria de acordo com o tipo (ocupacional ou	67
Tabela 6 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria, por grupos de doenças e agravos mais comuns,	68
Tabela 7 - Número e percentual de BS de trabalhadores da indústria, por grupos de doenças e agravos mais comuns, entre	70
Tabela 8 - Distribuição dos dias perdidos de trabalho, DPT, para os trabalhadores da indústria,	72
Tabela 9 - Distribuição dos dias perdidos de trabalho, DPT, para os trabalhadores da indústria, de acordo	73
Tabela 10 - Número, percentual, média e desvio padrão de dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, de trabalhadores da indústria	74
Tabela 11 - Número, percentual, média e desvio padrão de dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, de	75
Tabela 12 - Número, percentual, média e desvio padrão de Dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, entre os	76
Tabela 13 - Razão Dias perdidos de trabalho x número de trabalhadores da indústria, de acordo com o ramo de atividade	77
Tabela 14 - Despesas totais e médias em Reais (R\$) com BS temporários entre trabalhadores da	79
Tabela 15 - Despesas totais e médias em Reais (R\$) com BS de trabalhadoras da indústria, entre	80
Tabela 16 - Custos totais, médios por BS temporários, em Reais (R\$), entre os trabalhadores da indústria, de acordo com o	81
Tabela 17 - Despesas totais, médios e desvio padrão de BS, em Reais (R\$) entre os trabalhadores da	82

Tabela 18 - Despesas totais e médios em Reais (R\$) entre os trabalhadores da indústria de acordo com o sexo e	83
Tabela 19 - Grupos de doenças/agrivos (Capítulos da CID-10) e doenças mais comuns dos BS, na indústria, por ramo de atividade, em homens. Brasil, 2006	84
Tabela 20 - Grupos de doenças/agrivos (Capítulos da CID-10) e doenças mais comuns entre os BS, na indústria, por ramo de atividade, em mulheres. Brasil, 2006	86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Os Custos com Saúde no Contexto da Saúde do Trabalhador	15
2.2 Custos com Acidentes de Trabalho	20
2.3 Doenças Ósteo-Musculares	23
2.4 Enfermidades que mais Contribuem para os Custos de Compensação	24
3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	27
4 MÉTODOS	29
5 FONTES DE DADOS	31
6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
8 RESULTADOS	37
8.1 A Indústria e o Total de Benefícios Relacionados à Saúde.....	37
8.2 Benefícios Relacionados à Saúde Concedidos a Trabalhadores da Indústria	38
8.2.1 1ª Dimensão dos custos – número de BS e sua distribuição.....	38
8.2.2 2ª Dimensão dos custos – impacto sobre a produtividade (número de dias perdidos de trabalho).....	40
8.2.3 3ª Dimensão dos custos - despesas com os BS temporários para trabalhadores da indústria.....	44
9 DISCUSSÃO	49
9.1 Caracterização dos BS entre os Homens	50
9.2 Perfil dos BS entre as Mulheres	52
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES.....	61
Apêndice A – 1ª Dimensão dos custos - número de benefícios	62
Apêndice B – 2ª Dimensão dos custos - impacto sobre a produtividade (número de dias perdidos de trabalho).....	71
Apêndice C – 3ª Dimensão dos custos - despesas com benefícios temporários relacionados à saúde	78

1 INTRODUÇÃO

Doenças e acidentes causam sofrimento aos trabalhadores e suas famílias, mas também afetam os aparatos produtivos, onerando os trabalhadores, empresas, impactando na produção de riquezas e no bem estar social. Problemas de saúde também representam despesas para entes públicos e privados responsáveis pelo atendimento à saúde, pela assistência e seguridade social. Assim, além dos aspectos humanos a saúde dos trabalhadores é importante para a sociedade e para a sua produção econômica.

No âmbito da Saúde Coletiva, alguns indicadores epidemiológicos permitem revelar a extensão dos problemas de saúde, o que dá uma dimensão da repercussão nos gastos com saúde. A incidência cumulativa, proporção de casos novos em um determinado período de tempo, e a prevalência, proporção de casos existentes em um momento de tempo, ou mesmo, simplesmente, o número de casos são medidas comuns e de fácil compreensão da magnitude dos problemas de saúde. A letalidade, proporção de óbitos dentre os casos, e a mortalidade permitem entender a dimensão da gravidade, além dos níveis de incapacidade associados às doenças e agravos. Esses indicadores são limitados para o conhecimento sobre o impacto econômico das doenças e acidentes. Por isso foram criadas as chamadas medidas epidemiológicas que tentam quantificar o impacto econômico do adoecer, da incapacidade ou morte, que vem progressivamente sendo mais utilizadas recentemente. São elas: o número de anos potenciais de vida perdidos, diferença entre a idade correspondente à expectativa de vida e a da ocorrência da morte; os anos de vida vividos com incapacidade; e a chamada carga da doença, que congrega os anos potenciais de vida perdidos, APVP, com os anos potenciais de vida vividos com incapacidade, APVI, denominada DALY (disability adjusted life years) (LOPEZ et al., 2006). Em todo o mundo, em 2000, foram identificados 312.000 acidentes de trabalho fatais. Juntando-se esses aos não-fatais calcularam-se 10,5 milhões de DALY, que corresponde a cerca de 3,5 anos de vida com incapacidade por 1.000 trabalhadores por ano (CONCHA-BARRIENTOS et al., 2005). Embora estudos sobre a carga da doença venham se tornando populares, são poucos os estudos nessa temática no Brasil devido a falta de dados que permitam a sua estimativa.

No âmbito dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o absenteísmo ou faltas ao trabalho quando motivado por doenças ou acidentes, se constitui em um indicador tradicional de impacto na produtividade. Mas a avaliação econômica vai além de medidas de dias perdidos de trabalho. Por exemplo, a perspectiva das despesas futuras com saúde, considerando-se o avanço da tecnologia médica, e a elevação dos custos com assistência, vêm sendo muito valorizada, seja pelo governo ou empresas privadas. No Brasil esses estudos são incipientes, com alguns poucos inquéritos conduzidos pelo IBGE, e alguns grupos de pesquisa no País. Comumente na economia da saúde, os custos e benefícios futuros são descontados, ou seja, os valores de custos e benefícios são projetados em declínio gradual no futuro. De acordo com o guia da WHO para análise de custo-efetividade a lógica subjacente ao desconto é a conversão de valores futuros, por exemplo, custos dos efeitos da saúde para valores atuais. Isto reflete a crença de que a sociedade prefere receber benefícios mais cedo do que mais à frente, e pagar pelos custos mais tarde (Edejer et al. 2003). Ou seja, uma política que proporciona benefícios de curto prazo, mas que impõe custos maiores de longo prazo, será mais positivamente valorizada do que as que se sustentam em custos maiores iniciais e benefícios de mais longo prazo. A abordagem padrão empregada atualmente busca minimizar os custos imediatos e maximizar benefícios também de curto prazo, o que pode aumentar o risco de atraso ou de criação de barreiras às intervenções a um ponto que problemas de saúde não possam mais ser prevenidos (GRAHAM, 2010).

No Brasil, os gastos com doenças e acidentes entre os trabalhadores ou dos relacionados ao trabalho são comumente estimados apenas pela Previdência Social. Não existem dados específicos do SUS, salvo algumas poucas estimativas feitas com dados de hospitalizações (SERAFIM, 2000), com base populacional (SANTANA et al., 2009) ou de empresas privadas prestadoras de cuidado à saúde. Entre as empresas, embora sejam obrigatórios os registros sobre o fluxo da força de trabalho, contribuições para a Previdência, dentre outros, que resultam em dados para os sistemas de informação oficiais, não se conhecem registros de gastos, de faltas ao trabalho, ou perda de produtividade com doenças e acidentes, em geral ou relacionados ao trabalho. Sem o conhecimento do montante de perdas é difícil imaginar que motivações para o investimento em prevenção dos problemas de saúde possam ser fortalecidas.

É reconhecida modernização do empresariado industrial brasileiro, sua abertura para o mercado externo, e o crescimento de exportações de produtos manufaturados, a expansão de empresas de construção, e a reputação da qualidade desses produtos em todo o mundo. Empresários vem pressionando para otimização dos investimentos em saúde, e um melhor conhecimento de como doenças e acidentes de trabalho impactam os gastos de suas empresas com saúde. Mas sem fontes de dados, não é surpresa que sejam tão poucos os estudos e informações que possam basilar decisões dos gestores. Neste texto, pretende-se contribuir para o conhecimento dos custos com doenças e acidentes relacionados ou não-relacionados ao trabalho na indústria. Analisam-se três dimensões: 1) o número de benefícios concedidos por problemas de saúde entre trabalhadores da indústria; 2) o número de dias perdidos de trabalho; e 3) os custos da Previdência Social com o pagamento desses benefícios. Analisam-se essas dimensões específicas por sexo, e de acordo com a unidade da federação, regiões, os sub-ramos da atividade econômica da indústria, relação com o trabalho, se o benefício é previdenciário ou “acidentário”, e também os três mais importantes grupos de causas de incapacidade, os acidentes, as doenças músculoesqueléticas, e as doenças mentais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Os Custos com Saúde no Contexto da Saúde do Trabalhador

No Brasil, quando se pensa em gastos com a saúde de parte de empresas, a idéia mais geral é que representam os gastos com o pagamento dos planos de saúde para os trabalhadores. No entanto, o escopo das despesas é bem mais amplo. Envolve os gastos com a Seguridade Social e o Seguro Acidentes de Trabalho, SAT, para o Ministério da Previdência Social, Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, que eram fixos, mas que após a aplicação do NTEP/FAP, passaram a ser variáveis, dependente do número relativo de casos em relação a outras empresas do mesmo sub-ramo de atividades econômicas, ressaltando a importância das medidas de prevenção. Ou seja, é possível que alíquotas de contribuição para a Previdência se ampliem caso os empresários não se engajem efetivamente na promoção da saúde do trabalhador e na prevenção dos riscos e situações de risco nos ambientes de trabalho.

Para a empresa ainda se relatam custos com ajudas informais ao trabalhador, com despesas médicas, assistência médica, de enfermagem, reabilitação, transporte, além do trabalho burocrático administrativo que são requeridos nesses casos. Menos claros, são os custos indiretos, que refletem entre outros, desgaste de imagem da empresa, ou a perda da produtividade decorrente de faltas ao trabalho, com treinamento de substitutos, dentre outros (DORMAN, 2000).

As despesas com a saúde se classificam em diretas e indiretas. Diretas compreendem as despesas que emergem do cuidado com a saúde, seja médico ou com outras providências não médicas, a exemplo das relativas ao recebimento do seguro. Essas despesas relacionam-se ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a exemplo dos custos com exames e demais procedimentos diagnósticos, consultas com pessoal da saúde, internações, acompanhamento ambulatorial, reabilitação, fisioterapia, ou psicólogos, dentre outros. Os custos com transporte e locomoção para essas atividades, ou com dietas especiais requeridas, são elementos que compõem os

custos diretos não-médicos. Incluem serviços médicos e de enfermagem, taxas hospitalares, custos com medicamentos, despesas com ambulâncias e pagamentos com aluguel de equipamentos médicos e outros suprimentos. Enquanto que os custos de compensação, embora não incluindo diretamente os benefícios, abrangem os custos associados à administração do Seguro Social relativo às indenizações aos trabalhadores e suas famílias. As despesas com a re-inserção do trabalhador na sua empresa original ou no mercado de trabalho, com ou sem desvio de sua função também são considerados custos diretos. Os custos não-médicos comumente recaem sobre terceiros, como parentes e acompanhantes (DORMAN, 2000; IUNES, 2001; GOETZEL et al., 2003).

Vale lembrar que os custos econômicos são os que são passíveis de mensuração econômica, e podem ser calculados, como os efetivamente pagos ou previstos por obrigações legais, e os que representam despesas potenciais ou eventuais. Todavia, existem custos de saúde que são incomensuráveis. Não se dispõe de uma métrica ou de um sistema de quantificação aceitável amplamente, como o valor de uma vida perdida ou da capacidade para o trabalho. Para muitos, não existiria recompensa monetária suficiente correspondente. Esses custos não-econômicos chamados de custos humanos e representam, comumente, a dor, os desconfortos físicos ou emocionais sejam imediatos, agudos ou crônicos. São, particularmente, inaceitáveis quando resultam de situações de injustiça, do não cumprimento de uma legislação existente, ou quando poderiam ser evitados (DORMAN, 2000).

Os custos indiretos das empresas expressam as perdas da produção, retardo ou não cumprimento de prazos, pagamento de benefícios adicionais, multas, e as vezes compensações informais, que são as vezes pagas ao empregado. Tradicionalmente referem-se à perda de produção e produtividade ocasionadas pela doença ou problema de saúde, como a perda de dias de trabalho, e a menor produtividade gerada por limitações físicas ou psicológicas.

Em relação ao trabalhador, em particular, os custos diretos podem ser causados por morbidade e mortalidade, sendo que nos casos de incapacidade permanente ou mortalidade, consideram-se todos os anos (ou dias) de vida e de trabalho potencialmente perdidos (LEIGH et al, 1997). Quanto aos custos indiretos, estes são vinculados ao paciente, mas também a sua família; pode significar perda grave de recursos financeiros e outros benefícios, desarranjos da sua vida familiar, com a

sobrecarga de responsabilidades para os seus parentes próximos. Por exemplo, após uma enfermidade ou acidentes sofridos por um pai ou mãe, é possível que filhos interrompam estudos para se dedicarem ao cuidado dos genitores. Isso pode ser ainda pior se os envolvidos são pobres ou com escassos recursos para dar conta dessas adversidades. Efeitos psicológicos são comuns entre os afetados, e podem comprometer o desempenho de atividades cotidianas em geral, a auto-estima, e limitar totalmente a capacidade de trabalho (WEIL, 2001).

O custo pode ser privado quando incorre em despesas individuais do trabalhador, ou para as empresas, e esses são os que têm maior importância para os gestores de empresas (RIKHARDSSON, 2004). Para os empresários, a maior parte dos custos com saúde é variável. Por exemplo, os custos com a previdência social eram fixos e se tornaram variáveis, como já foi mencionado, com a implementação do NTEP/FAP. Antes dessas medidas, não havia incentivo para que os empresários reduzissem a ocorrência de problemas de saúde, sejam causados pelo trabalho ou não, mas isso se modificou radicalmente. Após o NTEP/FAP o empregador que investir em medidas de prevenção, mesmo as que já são obrigatórias, pode haver redução da proporção de agravos a saúde e declínio na queda de despesas das empresas (OLIVEIRA, 2010). Um outro ponto a considerar, é que recentemente, vem sendo realizadas as ações regressivas, i.e., quando os gastos da Previdência Social superam um certo nível, empresas podem ser obrigadas a ressarcirem os cofres da Previdência. Isso vem ocorrendo, com aprovação em grande parte dos processos iniciados.

Para o trabalhador, o mais importante é a perda da vida, mas quando se sobrevive ao acidente ou doença, são os salários perdidos o que potencialmente mais impacta o seu cotidiano, e sua vida financeira (LEIGH et al., 1997). Nos países com sistema de seguridade social, salários são repostos enquanto durar a incapacidade para o trabalho. Reconhece-se, no entanto, que acidentes ou doenças podem afetar a carreira do trabalhador, reduzindo os salários futuros, progressão na carreira, promoções, a permanência na função anterior, e também a reentrada no mercado de trabalho caso venha a perder o emprego (WEIL, 2001).

Um outro importante aspecto dos custos dos acidentes de trabalho são as despesas com o tratamento médico, atenção durante o período de incapacidade e o de reabilitação. Estes são os custos chamados diretos. Em países com sistemas públicos de saúde, é relativamente fácil a mensuração desses custos, mas no Brasil, em que

pese o avanço no desenvolvimento do SUS, ainda são precários os dados relativos aos custos com despesas médicas específicas para certos agravos à saúde, e em especial as doenças e acidentes relacionados ao trabalho, como foi visto nas seções anteriores. Vale assinalar que, muitos dos custos diretos envolvidos não são estritamente médicos, como os relativos ao transporte, e a falta ao trabalho para cuidar do familiar enfermo, o uso de dietas especiais, dentre outros.

Quando um problema de saúde provoca um impedimento para o trabalho, isto implica em uma perda de produtividade, presente e/ou futura, permanente ou transitória. Quando a consequência é permanente, pode-se considerar que há uma perda de capital humano do indivíduo acidentado. A produtividade é perdida, tanto pela redução de horas ou dias trabalhados, mudança para outra atividade ou outra firma que seja menos intensiva no uso de certas funções ou habilidades, e pode haver também uma menor capacidade de reinserção, como no caso de trabalhadores com menor capital humano, menor escopo de habilidades ou escolaridade, e isso poderá implicar em desemprego, a procura por atividades informais, ou maior rotatividade nos empregos futuros, etc.. Muitos estudos vêm focalizando eus estudos na trajetória do trabalhador após sofrer acidente ou donças, mesmo as circunscritas no tempo (WEIL, 2001).

Não se deve esquecer que acidentes de trabalho podem comprometer a habilidade dos trabalhadores em realizar atividades não ocupacionais, relativas ao seu cotidiano. Por exemplo, incapacidade de dirigir um veículo, de realizar certas tarefas domésticas para a família, até mesmo participar na educação dos seus filhos, dentre outros aspectos. Uma abordagem comum, nessa perspectiva, é a que emprega medidas de qualidade de vida para avaliar os desfechos dos acidentes de trabalho (RIKHARDSON; IMPGAARD, 2004).

Em geral, o que pode ser apreendido destas considerações desenvolvidas por Weil (2001) é que muito há que ser desenvolvido e reconstruído, para uma adequação desses modelos à realidade do País, especialmente com a ainda persistente desigualdade social, os alarmantes níveis de desemprego, e apesar de um cenário mais favorável recente, a informalidade das relações de emprego, e conseqüente exclusão dos benefícios trabalhistas e sociais de grande parte da população.

Um dos custos importantes em saúde do trabalhador são as despesas da Previdência Social com o pagamento de compensação salarial, os chamados benefícios. Em todo

o mundo, a maioria dos benefícios relacionados à saúde são por incapacidade temporária para o trabalho (KEMP et al., 2006). Isso implica em um reconhecimento de incapacidade, que não é sinônimo de ser portador de uma enfermidade, seqüela de um acidente, ou mesmo uma anomalia congênita que implique em deficiência física ou sensorial. São extensos os debates sobre o conceito de incapacidade para o trabalho, que parece se transformar historicamente, e que depende de circunstâncias culturais, de meios disponíveis na sociedade para a integração dos portadores de necessidades especiais (DINIZ et al, 2007). Alguns têm criticado os benefícios por incapacidade, pois isto abriria a oportunidade para abusos como o recebimento indevido de benefícios, e assim se evitaria o trabalho auferindo pagamentos. Isto seria propício, especialmente, quando os níveis de desemprego forem elevados. Mas dados empíricos têm demonstrado que, de fato, tendências de absenteísmo por motivo de doenças têm se correlacionado com indicadores de morbimortalidade graves e incapacitantes (BAMBRA, 2008). No Brasil, um estudo com acidentados de trabalho revelou que dos que se lesionaram gravemente e que ficaram com limitações e afastados do trabalho por mais de 15 dias e eram segurados, apenas 50% buscou e recebeu benefícios da Previdência.

O impacto das doenças e agravos sobre a produtividade de empresas vem se elevando em países ricos e pobres. Em países nórdicos, por exemplo, estima-se que 3 a 10% da população economicamente ativa recebem benefícios originados da impossibilidade de trabalhar por problemas de saúde (KEMP et al, 2006). Analisando-se um período de 20 anos, verificou-se que o número de pessoas recebendo compensações por afastamento do trabalho vem crescendo. E, paradoxalmente, isto ocorre mesmo com a evidente melhoria de indicadores de saúde nesses países (KEMP et al., 2006). Este padrão também vem ocorrendo no Brasil, onde benefícios para incapacidade resultante de problemas de saúde vêm se elevando, apesar de indicadores de morbimortalidade mostrarem melhoras globais, como a queda da mortalidade, e da incidência dos acidentes de trabalho graves (BRASIL, 2009). Em 2000, foram 1.113.114 benefícios por incapacidade em geral, e em 2006, 2.520.058 (OLIVEIRA, 2010) correspondendo a um aumento de 126% neste período. Analogamente, a incidência variou de 669x10.000 a 1.141x10.000 vínculos (OLIVEIRA, 2010), um crescimento de 70%. O custo com benefícios representou mais de 1,3 bilhão de reais em 2006 (BRASIL, 2008), enquanto os gastos da Previdência, apenas com os afastamentos temporários de agravos relacionados ao trabalho, em 2008, foram R\$ 5,72 bilhões (BRASIL, 2008b).

Estudos sobre custos com a saúde na área da saúde do trabalhador vem se multiplicando mais recentemente. Os custos para a sociedade com morbimortalidade relacionada ao trabalho, sejam pela perda de produtividade, sejam pela utilização de serviços médicos e correlatos, foram estimados entre 2 a 14% do PIB, em diferentes estudos para diferentes países (ILO, 2003). Isto representaria em dias de hoje mais de 15 bilhões de reais.

2.2 Custos com Acidentes de Trabalho

Com dados da Bahia, em 2000, um total de 2.333 casos de benefícios pagos pela Previdência Social para acidentes de trabalho com incapacidade temporária foram encontrados, e que dispunham de todos os dados necessários para a análise do estudo (SANTANA et al., 2005). Dos 509.062 dias perdidos de trabalho por acidentes de trabalho, 74.012 foram de trabalhadores da Indústria da transformação (14,5% do total), e 67.607 da Indústria da construção/eletricidade/gás (13,3%), que foram respectivamente, o 2º e 3º. colocados no rank dos grupos mais afetados por faltas ao trabalho cobertas com benefícios da Previdência. Vale ressaltar que isto reflete valores brutos, em volume de benefícios que, obviamente, refletem o montante de trabalhores de cada ramo de atividade, não apenas do “risco” de se acidentar em cada um dos grupos. Na indústria, a duração média dos afastamentos por acidentes de trabalho foi de 96 dias, menor que a média de todos os ramos de atividade econômica de 113 dias. O custo total com pagamento de benefícios por problemas de saúde na Indústria foi R\$1.142.969 representando também 13,0% do total, menor do que o estimado para a construção que foi R\$1.275.239,00, o que conforma 15,0% de todos os gastos. A média do valor do benefício mensal na Indústria da Transformação foi de apenas R\$287,00 menor do que o da construção de R\$337,00 (SANTANA et al., 2005).

Resultados preliminares de um estudo realizado em Salvador, Bahia, com acidentados do trabalho atendidos em serviços de emergência de dois grandes hospitais públicos, mostram que para os 406 casos acompanhados, o custo direto total foi de R\$68.866,86. Estes custos abrangeram despesas com medicamentos, consultas, transporte, atendimento de fisioterapia, exames clínico laboratoriais e

complementares. Dentre os 86 casos graves (AIS¹ maior que 8) o valor médio dos custos foi R\$495,00. Entre os casos leves e moderados (AIS entre 1 e 8) o valor total foi de R\$26.284,00 para 299 casos, uma média de R\$87,90 por caso. A maior parte dos custos foi de responsabilidade da família, 59% entre os casos leves/moderados e 77,7% entre os mais graves, seguidos pelo SUS (20,5% dos casos leves e 14,8% dos casos graves). Os custos indiretos representaram 2.629 dias de trabalho perdidos e a maior média de afastamento do trabalho ocorreu entre os trabalhadores da construção civil (8,3 dias). Não foi possível estimar os custos das empresas pois, por motivo de ética em pesquisa, foram preservadas as identidades dos trabalhadores e o anonimato em relação à sua condição de saúde diante dos empregadores e colegas (SANTANA et al., 2009).

Estudos que tratam de estimativas com bases científicas dos custos dos acidentes de trabalho têm se multiplicado nos últimos anos, devido ao desenvolvimento da área da economia da saúde, e a estreita relação entre trabalho e economia, seja pelos fatores de risco para os acidentes, seja pelos seus efeitos sobre a capacidade produtiva (WEIL, 2001). Um dos fundadores dos estudos sobre custos dos acidentes de trabalho no Brasil foi conduzido por De Cicco (1984) para a Fundacentro. Este estudo foi realizado com todas as empresas com 500 ou mais trabalhadores em 1982. Estimaram-se os custos segurados e não segurados, de 263 empresas, calculando-se em 7.354.068 Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional, ORTN. Para o total de custos com acidentes de trabalho, o 1º. lugar foi da Indústria Química e Farmacêutica, Empresas de Navegação, Administradoras de Portos e Aeroportos, Ferroviárias e Rodoviárias (Setor de Transporte), e as de Comunicação e Radiodifusão, respectivamente. Mais tarde, Costa (1993) analisou custos com acidentes de trabalho na Previdência Social utilizando dados de benefício em manutenção, encontrando 435.643 benefícios, correspondendo a Cr\$5,1 bilhões na área urbana. Na zona rural o custo foi de Cr\$67,7 milhões de cruzeiros. Os gastos do SUS com internações hospitalares por causas externas (lesões e envenenamentos), em geral, foi estimado em R\$ 23,9 milhões com a média de custo por internação em R\$ 239,40, sendo que as internações por causas externas relacionadas ao trabalho custavam em média 34% a mais (R\$ 328,78). Projeções para um ano chegavam a R\$ 287 milhões. Não foram encontrados outros trabalhos que tenham focalizado os custos médicos com acidentes

¹ AIS – Abbreviated Index Severity Score representa uma medida da gravidade das lesões com base no comprometimento das funções, e risco de sequelas e morte.

de trabalho no Brasil, e em especial, nenhuma publicação realizada com dados primários, com a coleta de dados diretamente com empresas, serviços médicos, seguradoras e ou os indivíduos acidentados.

Muitos dos estudos sobre custos dos acidentes de trabalho foram realizados nos EUA. Para Leigh e cols. (1997) nos EUA, em 1992, os custos diretos e indiretos com doenças e acidentes do trabalho foram US\$145,37 bilhões, sendo que a contribuição dos acidentes fatais e não-fatais chegavam a US\$49,17 bilhões. Os custos indiretos, estimados com vários pressupostos porque não existiam dados específicos, representaram US\$ 96.2 bilhões, maiores do que os custos diretos de apenas 34% do total. Na China, o custo anual total das lesões e ferimentos foi de US\$12,5 bilhões em 1999, com custos diretos de US\$3,5 bilhões, para despesas ambulatoriais e hospitalares, e US\$9 bilhões para custos indiretos (ZHOU et al., 2003).

Nos EUA, com dados de seis dos maiores empregadores, estimaram-se custos de doenças físicas e mentais, valendo notar que nesse país, parte das despesas com cuidados médicos é coberta pela empresa e o trabalhador, mesmo quando segurados. Dos 374.799 empregados analisados, custos com faltas ao trabalho e perda da produtividade representaram 29% dos custos totais com as doenças, elevando-se para 47% quando se consideraram as doenças mentais. Os custos totais envolveram despesas com tratamentos hospitalares, ambulatoriais, em serviços de emergência, medicamentos, incapacidade de pequena duração e pagamentos dos empregados durante a incapacidade. Dentre as doenças físicas, as que mais custaram foram a manutenção crônica de casos de angina pectoris, hipertensão, diabetes e dor lombar. Os pagamentos com afastamentos pelos empregadores foram maiores com a hipertensão arterial, traumas de coluna ou medula, e diabetes. No global, o maior percentual de participação de pagamentos de afastamentos nos custos totais foi para os traumas de coluna e medula (GOETZEL et al., 2003). A interpretação e generalização desses resultados para o Brasil devem ser feitos com cuidado, devido às enormes diferenças de sistemas de seguridade social e de financiamento dos serviços e seguros de saúde.

2.3 Doenças Ósteo-Musculares

É evidente em estudos realizados em diversos países que as doenças músculo-esqueléticas vêm se destacando como uma das mais importantes causas de problemas de saúde, e em especial, de carga de doença, medida pelos anos vividos com incapacidade. A origem dessas enfermidades tem sido atribuída a mudanças nas formas de organização do trabalho, que tende ao maior e mais intenso uso do corpo, a imposição de processos de produção sobre o corpo que levam o trabalhador a adotar posturas que envolvem grande esforço físico, ou o uso inadequado do corpo, e da força física. Esses são chamados de riscos biomecânicos, ou de uma forma mais holista, ergonomia, que se afasta do paradigma de riscos isolados, mas do conjunto de circunstâncias ou situações desfavoráveis para o corpo do trabalhador, que redundam em sofrimento físico, com dores, dormências, formigamentos, sinais de inflamação, incapacidade temporária e cada vez mais comumente, incapacidade definitiva.

As doenças ósteo-musculares, D-OM, ocorrem de modo superposto com sintomas de estresse ou de doenças mentais comuns, havendo ainda grande controvérsia quanto a ser origem ou causa, consequência, intermediação, ou tudo isso simultaneamente. Não há controvérsia, todavia, no que se refere a sua grande participação nos afastamentos e efeitos sobre a produtividade. Nos EUA, a duração média dos afastamentos por D-OM foi de 159 dias (CHEADLE et al, 1994), e para traumas de coluna, essa duração aumentava com a idade, e foi maior entre as mulheres, as que tinham maior número de dependentes, eram do ramo da construção, e haviam sofrido acidente por queda (OLEINICK et al, 1996). Trabalho em construção civil, idade, intervalo de tempo entre o agravo e o início do tratamento, e dor referida nos membros inferiores, foram os preditores de duração do benefício em pessoas com lombalgia no Canadá (MCINTOSH et al, 1999).

Em outra direção situam-se os estudos que estimam os custos e o impacto nos custos de intervenções de prevenção. Lahiri et al (2005) estimaram custos com a prevenção de D-OM com dados de todos os países integrantes das Nações Unidas. Verificaram que para as intervenções baseadas em treinamento, controle de engenharia da segurança/treinamento, e um programa completo de ergonomia, o melhor custo-efetividade incremental foi o treinamento, com US\$74.00 por ano ganho sem

incapacidade, em países pobres como o Egito, Iraque, Marrocos e Iemen. Mas isto se elevava mais de sete vezes em países industrializados como o Canadá e EUA, para o nível de US\$567.00. Portanto, quando os recursos forem limitados, a recomendação para a prevenção de dores lombares é o treinamento de trabalhadores. Vale ressaltar que este treinamento não foi o mais efetivo, mas sim o controle por engenharia ou programas de ergonomia, que são mais custosos.

Para a Organização Mundial de Saúde, 37% de todos os casos de dor lombar podem ser atribuídos a causas ocupacionais (OMS, 2009). Para estas doenças, contribuem positivamente para a prevenção o exercício físico, mudanças nos ambientes de trabalho, de modo a contemplar a participação do trabalhador na transformação de ambientes mais saudáveis. No Brasil, alguns estudos mostram que as doenças ósteomusculares além de alta prevalência, se associam com estresse psíquico e são muito comuns na indústria manufatureira (SOUZA et al., 2008).

Inexplicavelmente, os programas de prevenção, intervenções ergonômicas, dentre outras iniciativas vêm sendo feitas por poucas empresas, e infelizmente, os relatos são ainda pouco divulgados de modo a motivarem a adoção de programas semelhantes em outros cenários. Alguns grupos de pesquisa no País têm se dedicado ao estudo da ergonomia e do seu papel na prevenção de D-OM e de promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

2.4 Enfermidades que mais Contribuem para os Custos de Compensação

É difícil a comparação de dados sobre custos porque são bastante distintos os critérios de elegibilidade para o benefício entre os países, e vem ocorrendo mudanças recentes nas legislações face à necessidade de adequação das normas aos custos crescentes, e ao crônico deficit das instituições securitárias. Em outros países, as D-OM representam a maior causa de benefícios por incapacidade a cargo da seguridade social, particularmente quando relacionadas ao trabalho. Essas enfermidades representaram 52,2% dos benefícios nos EUA (LEIGH; ROBBINS, 2004), próximo a 54,4% estimada no Canadá (KRAUT, 1994), embora sejam patamares menores do que o encontrado na Europa onde representaram 63% (BUCKLE; DEVEREUX, 2002).

No Brasil, em 2006, 48,2% dos benefícios previdenciários por doença do trabalho foram concedidos por doenças musculoesqueléticas (BRASIL, 2008), que também concentra maior tempo de afastamento em comparação a outros agravos (SOUZA et al, 2009).

3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

No Brasil, a regulamentação do Seguro Acidentes de Trabalho foi efetivada pela Lei no. 3.724 de 15/01/1919. Somente com a CLT, se iniciou o pagamento de indenizações aos trabalhadores vítimas de acidentes e mais tarde, com a Lei No. 5.316 de 14/09/1967, houve integração da cobertura dos acidentes de trabalho (doenças e acidentes ocupacionais) na Previdência Social (COSTA, 1993). A Previdência Social concede atualmente benefícios previdenciários – em geral, e os acidentários – para causas relacionadas ao trabalho. Os benefícios são o auxílio-doença, e auxílio-acidente, a pensão por incapacidade ou morte aos membros familiares, e a aposentadoria por invalidez. Pela legislação previdenciária, problemas de saúde com perda da capacidade laborativa por até 15 dias gera custos cobertos pelos empresários, enquanto os com mais de 15 dias de afastamento têm acesso a benefícios pagos pela Previdência (COSTA, 1993).

A cobertura dos acidentes do trabalho pela Previdência Social sofreu grandes mudanças em 2007 com a introdução do NTEP e do Fator Acidentário Previdenciário, FAP, que se baseia em dados epidemiológicos dentre outros aspectos. Desde então, peritos do INSS passaram a conhecer informações relativas a excessos relativos de enfermidades em certas empresas em comparação com outras de atividade econômica semelhante, sugerindo que o ambiente de trabalho nessas empresas estaria favorecendo o surgimento de casos. Portanto, casos de doenças relacionadas ao trabalho, mas para as quais não se dispunha de evidência epidemiológica específica ocupacional, passaram a ter, e este conhecimento se tornou facilmente disponível com o uso de prontuários eletrônicos online. Vale ressaltar que esta informação é apenas mais uma ferramenta disponível para o perito, não substituindo o seu expertise e conhecimento de informações obtidas na anamnese clínica, mas vem se constituindo em importante instrumento para o reconhecimento do nexo ocupacional de doenças comuns, até então largamente subreconhecidas e subregistradas. Com esta medidas, a partir de 2007 o perfil de doenças e agravos subjacente aos BS na Previdência se modificou dramaticamente, com o crescimento de doenças relacionadas ao trabalho como as LER/DORT e as doenças mentais, dentre outras. A idéia geral do NTEP é a sensibilização dos empresários a tornarem

seus ambientes de trabalho saudáveis e seguros de modo que possam reduzir também as taxas pagas ao INSS (OLIVEIRA, 2010).

Um outro importante aspecto a considerar na avaliação econômica de acidentes de trabalho são os diferentes desfechos que o caracterizam. Para Weil (2001), estes desfechos são a morte ou a incapacitação, porque os que não redundam em perdas físicas ou da capacidade funcional não são considerados. As mortes representam custos significativos e as incapacidades podem ser classificadas em funcionais temporárias, que representam custos modestos em comparação com as mortes. As incapacidades funcionais permanentes, por sua vez, podem ser classificadas em “para o trabalho”, ou ocupacionais, e incapacidades não ocupacionais.

4 MÉTODOS

Este estudo foi conduzido com dados secundários providos pela Previdência Social, relativos aos benefícios relacionados à saúde, BS, disponibilizados para a Universidade Federal da Bahia, mediante termo de cooperação científica. Esses dados são provenientes do Sistema Único de Benefícios, SUB, do INSS, referentes aos registros de despachos de pagamentos de benefícios previdenciários e acidentários (não-ocupacionais e ocupacionais), relacionados à saúde, para trabalhadores, de todo o Brasil, no ano 2006. Não há identificação de trabalhador beneficiário ou empresa. Benefícios em manutenção e concessão foram considerados apenas durante o ano do estudo, mesmo que sua duração tenha se estendido além desse período.

O número de trabalhadores dentre os quais surgiram os casos que receberam os benefícios foi estimada com dados do número de vínculos divulgados pelo Anuário Estatístico da Previdência Social, de 2006. O cálculo do número de trabalhadores para cada ramo de atividade da indústria foi obtido da RAIS, conforme apresentado nos capítulos iniciais desta publicação. Este número corresponde à média mensal de vínculos de trabalhadores ao longo do ano, contados mês a mês, durante o ano. Portanto, o universo de estudo é composto por trabalhadores que dispunham de contrato formal de trabalho ao menos por um mês durante o ano, e são contribuintes do denominado Regime Geral da Previdência Social, RGPS, e elegíveis para benefícios do sistema do Seguro Acidentes de Trabalho, SAT. Esses trabalhadores têm os seus vínculos contratuais registrados no Cadastro Nacional de Informações Sociais, CNIS, pelas empresas e trabalhadores, que é atualizado mensalmente por intermédio da Guia do Recolhimento do FGTS e informado à Previdência. Estão excluídos deste estudo os servidores públicos, autônomos e empregados domésticos, por não serem elegíveis para os benefícios analisados. A maioria das análises limita-se aos trabalhadores da indústria.

5 FONTES DE DADOS

Os dados do INSS para este estudo são restritos aos benefícios relacionados com a saúde, BS, excluindo-se os referentes à maternidade. Esses dados foram extraídos com o uso de aplicativos específicos por técnicos do MPS. Constituem essas bases, o código do diagnóstico clínico pela Classificação Internacional de Doenças-10^a Revisão, CID-10, o ramo de atividades econômicas classificado pela CNAE-2.0, data de início e cessação do benefício, valor do pagamento mensal, a espécie do benefício, além de dados demográficos do trabalhador como o sexo, idade, região e unidade da federação.

As espécies de benefícios relacionadas com acidentes ou doenças ocupacionais consideradas e já mencionadas foram o B91, B92, B93, e B94². A espécie do benefício foi empregada para classificá-los em ocupacional ou não-ocupacional. Para esse estudo, consideraram-se apenas os benefícios despachados, ou seja, concedidos entre 01/01/2006 e 31/12/2006. Os despachos correspondem à aprovação do pedido, sendo que a solicitação somente é feita após 15 dias dessa ocorrência, quando então as despesas com a compensação salarial passam a ser de responsabilidade do INSS. Para a estimativa de custos foram considerados os B91, B92, B93 e B94, e para dias de trabalho perdidos, apenas os benefícios B91 e B31 porque correspondem, em princípio, às ausências temporárias ao trabalho.

² B91- auxílio-doença do trabalho; B92 – aposentadoria por invalidez devida a acidente/doença do trabalho, B93- pensão por morte por acidente do trabalho; e B94- auxílio- acidente do trabalho

6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Com base nos dados existentes na base de dados construíram-se as seguintes variáveis descritoras principais: Indústria (sim/não) e Ramos da Indústria: 1) Indústria Extrativa de Minerais Não-Metálicos (CNAE 23); 2) Alimentos e Bebidas (CNAE 10 e 11); 3) Produtos Textéis (CNAE 13); 4) Indústria de Couros, Artigos para Viagens e Calçados (CNAE 15); 5) Indústria de Produtos de Madeira (CNAE 16); 6) Indústria de Produtos de Borracha e Materiais Plásticos (CNAE 22); 7) Indústria de Produtos Químicos (CNAE 20 e 21); 8) Metalurgia e Metal-Mecânica (CNAE 24, 25, 28, 29 e 30); 9) Móveis e produtos diversos (CNAE 31 e 32); 10) Construção (CNAE 41, 42, e 43). As demais variáveis foram Tipo do Benefício (ocupacional/não-ocupacional), Grupos de Doenças/Agravos, que foi definida com base nos códigos da CID-10: 1) Acidentes - lesões, envenenamentos, afogamentos, dentre outras que compõem o Capítulo XIX, códigos SS00 até T99; 2) Doenças músculo-esqueléticas, D-OM, (Capítulo XIII), códigos M00 a M99; 3) Doenças Mentais (Capítulo V) códigos F00 a F99; e as demais classificadas como Outras. As demais variáveis de interesse foram Dias Perdidos de Trabalho, DPT, que representa a duração dos afastamentos em dias, incluindo os 15 dias que não são cobertos pela Previdência, e o Valor do Benefício, i.e., pagamento em reais do valor mensal do benefício. Ainda foram considerados o sexo do beneficiário, unidade federada e região do País. Para estimar os custos específicos da empresa na indústria com os dias perdidos de trabalho, foram calculados separadamente os primeiros 15 dias perdidos de trabalho por benefício.

7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram calculadas proporções, apresentadas em percentuais, médias (M) e desvios padrões (DP). Utilizou-se também a razão número de DPT, por trabalhador. Devido a dados aberrantes na distribuição do valor do benefício, realizou-se o aparamento nos valores máximos e mínimos da distribuição, correspondente a 1% percentil. Ou seja, os valores acima ou abaixo do 1% da distribuição foram considerados como iguais ao valor do ponto de corte. Dados faltantes foram imputados com a média geométrica da distribuição, devido a forte assimetria e a necessidade de transformação logaritmica. Para estimativa de dias perdidos com os benefícios relativos às aposentadorias em curso, e que não dispunham, portanto, da data correspondente ao final da duração, considerou-se o último dia do ano de referência do estudo, 31/12/2006, ainda que muitos deles possam ter se prolongado após essa data. A análise dos custos foi conduzida estimando-se a distribuição das médias geométrica e desvio padrão do custo mensal e do custo total do benefício, em reais, de acordo com a CNAE e o tipo do benefício.

O número de dias perdidos de trabalho foi analisado também com a média geométrica e desvio padrão, incluindo-se os 15 dias que antecederam a vigência do benefício. Devido à natureza da medida em análise, excluíram-se os benefícios classificados como B93 que correspondem a pensões a familiares de falecidos por acidente de trabalho. Comparações foram realizadas por cada um dos ramos de atividade da CNAE, empregando-se, quando aplicável, as razões de proporções. Foram estimadas as razões número de dias perdidos de trabalho e valor do benefício trabalhadores. Não foram empregados testes estatísticos por se tratar do universo dos benefícios.

As bases de dados foram cedidas em arquivos do tipo txt, que foram transformadas, utilizando-se o aplicativo SAS 9.2, também empregado na análise dos dados. Vale ressaltar que essas bases cedidas resultam da conjunção de dados de diversas origens no sistema, não são, portanto, as mesmas utilizadas para fins de taxaço. As identidades dos trabalhadores e das empresas não constavam das bases de dados, e por se tratarem de dados administrativos, não foi necessário submeter o protocolo à Comissão de Ética em Pesquisa. Os dados foram disponibilizados pela Previdência Social como parte de acordo de colaboração entre a Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, sob a responsabilidade da primeira autora.

8 RESULTADOS

Identificaram-se 1.202.601 benefícios concedidos pela Previdência Social para problemas relacionados à saúde, BS, no Brasil, em 2006. Desses, 13.391 (1,1%) não dispunham de informações sobre o ramo de atividade, nessa base, e foram excluídos da análise. A maioria dos BS foi concedida a homens (n=726.883, 60,4%) enquanto as mulheres ficaram com 475.718 (39,6%). Devido a diferenças de riscos e de modos de adoecer entre os sexos, os dados são desagregados por esta variável.

8.1 A Indústria e o Total de Benefícios Relacionados à Saúde

A análise foi realizada com 1.189.210 BSs, dos quais 333.905 foram concedidos para trabalhadores da indústria (28,1%). No total, a maioria foi concedida para homens (60,4%), o que ocorreu também para os BS da indústria, embora em maior valor (76,8%) (Tabela 1). Houve grande variação da participação da indústria nos BS, entre as regiões. Especificamente, foi menor na região centro-oeste (23,9%) e maior na região sul (35,0%). Na sudeste, a proporção de BS para a indústria foi de 25,9%. Em relação às unidades federadas, o maior número absoluto de BS (N=391.062) foi observado no estado de São Paulo, que também concentrou a maioria dos BS da indústria (n=109.526). A maior proporção de BS da indústria ocorreu no estado de Alagoas (45,3%), 60% maior do que a média do País. O DF deteve a menor proporção (12,9%) (Tabela 1). Proporções acima da média nacional foram estimadas em todos os estados da região sul, e no estado de Rondônia, Paraíba e Mato Grosso.

8.2 Benefícios Relacionados à Saúde Concedidos a Trabalhadores da Indústria

8.2.1 1ª Dimensão dos custos – número de BS e sua distribuição

Sub-ramo de atividade

Os BS se concentram na Indústria de Alimentos e Bebidas (24,6%), Construção (22,5%) e Indústria Metal Mecânica (19,1%). Mas entre os homens separadamente (Tabela 2), a maior parte fica com trabalhadores da Construção (n=67.266, 26,2%), seguido pela Indústria Metalúrgica (21,4%) e a de Alimentos e Bebidas (20,0%). Esses três ramos abrangem 67,6% de todos os BS concedidos para o sexo masculino. Ao contrário, neste sexo, a menor proporção de BS foi estimada para a Indústria de Couros, Artigos para Viagens e Calçados (3,4%). O primeiro lugar da Construção Civil entre os BS da indústria se repete na região nordeste, onde atinge 40,4%. Nas regiões norte e sudeste, a maior concentração fica com a Indústria Metal mecânica, respectivamente 45,0% e 27,3%. Na sul, centro-oeste e nordeste é a vez da Ind. de Alimentos e Bebidas, com 21,2%, 33,8% e 27,3%, do sexo masculino, respectivamente.

Entre as mulheres (Tabela 3) o padrão de distribuição mostra que a maior parte dos BS é concedida a trabalhadoras da Indústria de Bebidas e Alimentação (39,7%) no Brasil, e semelhante em todas as regiões. Em relação aos estados, é grande a concentração de BS na Construção Civil na região norte, como em Rondônia (71,4%) e no Acre (50%). Embora no Amazonas, é o ramo da Metalurgia o que detém a maior proporção (37,2%) de BS, enquanto que no Acre, Roraima, Maranhão, Piauí, Rio de Janeiro e o Espírito Santo, o padrão foi igual ao descrito entre os homens, com maior percentual na Construção Civil.

Relação com o trabalho

Dentre os BS da indústria, a maior parte foi representada por afastamentos temporários, em geral, sejam os Auxílios Doença Previdenciários (B-31) por causas não-ocupacionais (84,5%), seguidos por Auxílio Doença por Invalidez Temporária (B-91), 12,4%. A Pensão por Morte Previdenciária, B-21, (notar que é não-ocupacional) representou 2,6% dos BS. E a Aposentaria por Invalidez Previdenciária (B-32) 0,2%. A Pensão por Morte por Acidente de Trabalho que compreende acidentes típicos, de trajeto e doenças relacionadas ao trabalho foi estimada em 0,1% dos BS.

Embora 9,3% dos BS em geral tenham sido reconhecidos como ocupacionais, na indústria esta proporção se eleva atingindo 12,5%. Na Tabela 4 os dados para o sexo masculino mostram que a proporção de BS ocupacionais é ainda maior entre os homens (14,6%, n=37.331) ficando 85,4% classificados como não-ocupacionais (n=219.140). A menor proporção dos BS ocupacionais ocorreu em Roraima (4,2%), onde registraram-se apenas quatro BS nessa categoria. A maior proporção foi estimada também na região norte, no Acre especificamente, onde a estimativa foi de 28,4%. Nesta região se concentram os estados com maiores percentuais de BS ocupacionais, Rondônia, Amapá, e Pará, respectivamente.

Entre as mulheres, o percentual de BS ocupacionais (n=4.542, 5,9%) foi menor do que o estimado entre os homens (Tabela 5). Foi maior na região norte (9,2%) e nordeste (7,6%) em comparação com as demais. As maiores percentagens foram também estimadas nos estados da região norte, especificamente Rondônia (13,8%) e Acre (10,9%), e ainda em Santa Catarina (13,1%), e na Bahia (12,2%). A menor proporção ocorreu no Piauí (1,2%). Entre as mulheres aproximadamente 94,1% (72.892) foram BS não-ocupacionais.

A análise das doenças e agravos ocupacionais e não-ocupacionais, pelos três grupos de doenças mais comuns, revela que a maior parte dos BS foi provocada por acidentes em geral (28,1%), doenças ósteo-musculares, D-OM (25,7%), doenças mentais (14,0%), nessa ordem. Entre os BS de trabalhadores da indústria, foram 111.468 os BS causados por acidentes (33,8%), 88.198 por D-OM (26,4%), 35.698 corresponderam a Doenças Mentais e Neuropsiquiátricas (10,8%). A distribuição por grupos de doença difere entre homens e mulheres. Especificamente, acidentes foram os mais comuns entre os BS concedidos para o sexo masculino (40,2%, n=101.850),

seguidos por D-OM (26%, n=65.809), e Doenças Mentais, (9,0%, n=22.912). As demais doenças representaram 24,8%. Entre as mulheres menos da metade dos BS ficou nos três primeiros grupos mais comuns. Ao contrário dos homens, foram as D-OM as mais frequentes (29,2%), e em segundo lugar as doenças mentais (16,7%) e por últimos os acidentes (12,5%).

Grupo de agravo ou doenças

Na Tabela 6 pode-se observar que entre os homens, os acidentes são consistentemente a maior parte em todas as regiões e unidades federadas, exceção do Pará e Bahia onde o mais comum foi o grupo de D-OM, com 35,6% e 32,7%, respectivamente. Entre as mulheres (Tabela 7), a maior parte dos BS foi concedida por D-OM (29,2%; n=22.389), e as mentais (16,7%, n=12.786) ficando os acidentes com a 3ª. posição. Esse padrão se diferencia de acordo com as regiões e unidades federadas. Acidentes ficam em 2º. lugar na região norte, e centro-oeste. Na região norte todos os estados estão nesta situação e há grande variação entre os estados das demais regiões. Vale ressaltar que em Roraima não houve nenhum BS por doenças mentais entre as mulheres.

8.2.2 2ª Dimensão dos custos – impacto sobre a produtividade (número de dias perdidos de trabalho)

Foram estimados 132.908.141 DPT para o conjunto de 1.202.601 BS no País, em 2006. Na indústria foram 35.635.090 DPT, que corresponde a 26,8% o percentual de todos os DPT por motivo de doença, para 333.905 BS. A média por BS, para o País, foi de 106,7 dias (DP=74,0), mediana=88, sendo o valor que mais se repetiu foi 30 dias. A maioria dos DPT na indústria ocorreu entre os homens (n=26.874.051, 75,4%), com 24,6% entre as mulheres (n=8.761.039). Entre os homens foram 256.471 BS, que corresponderam a mais de 26 milhões de dias perdidos de trabalho (n=26.874.051), com uma média de duração de 104,8 dias por afastamento (DP=68,3). Para as mulheres, foram 8,7 milhões de dias perdidos de trabalho, em empresas da indústria

em todo o País, com uma média maior do que a dos homens, de 113,1 dias (DP=90,2).

Regiões e unidades federativas

A distribuição dos DPT na indústria por regiões e unidades federadas repete o padrão observado para o número de benefícios, com a região sudeste concentrando o maior número de DPT (14.629.074), prevalecendo o Estado de São Paulo com 9.599.114 DPT, responsável por 35,6% do total nacional. A região sudeste também ficou com o segundo lugar em número de dias perdidos de trabalho. Em Minas Gerais foram 2.877.121 de DPT, 10,7% do total. Entre os homens, embora a região Sudeste concentre o maior número de dias perdidos, o nordeste teve a maior média de duração do tempo de afastamento, com 109,3 dias, sendo que a Bahia teve a maior média de 135,5 dias.

Para os BS concedidos a trabalhadores do sexo masculino (Tabela 8), na indústria, a maior parte ficou com a região sudeste que sofreu com 14.629.074 DPT, 54,4% de todo o País. Destacam-se também a região nordeste, com 3.068.156 DPT, e média por BS de 109,3 dias. A maioria dos DPT ficou com o estado de S. Paulo, como era de se esperar, pela sua participação no montante de empregos industriais no País. Enquanto a média de DPT por BS variou de 87,9 dias em Mato Grosso do Sul para 135,5 dias na Bahia.

Na Tabela 9 mostram-se os dados sobre DPT estimados para as mulheres. Verifica-se que o maior número absoluto também foi estimado na região sudeste (n=4.053.805, 46,3%). E o estado de São Paulo, novamente, teve o maior número, com 2.747.897 DPT, o que equivale a 31,4% do total para o País, entre as mulheres. O número de DPT em trabalhadoras da indústria também foi significativo na região sul que teve 3.064.862 DPT, 35% do total. A região nordeste, neste caso, concentra apenas 10,6% dos DPT. No que se refere a duração média, houve grande variação, de 61,9 dias em Santa Catarina, a menor, para 202,6 DPT no Piauí, seguido de perto por outro estado do nordeste, o Maranhão, cuja estimativa foi de 184,1 DPT de média. Interessante é o dado de médias mais baixas do que a média nacional na região sul, e ao contrário, a região norte com médias muito acima da estimada para o País. Ainda entre as mulheres (Tabela 9), o maior número de DPT também foi observado na região Sudeste (n=4.053.805), 46,3% do País. Novamente, São Paulo foi o primeiro em

número de dias de afastamento, contabilizando 2.747.897 dias, e 31,4% do total, seguido pelo Rio Grande do Sul (n=1.329.762), 15,2%. Interessante notar que as mulheres que trabalham na indústria do Estado da Paraíba ficaram em média 202,6 dias afastadas do trabalho, seguidas por Roraima, com uma média de 181,4 dias.

Sub-ramo de atividade econômica

Especificamente entre os homens, a maior concentração absoluta de DPT ocorreu na Construção Civil, com 7.855.262 dias, seguido da Indústria Metalúrgica/Mecânica que teve uma perda de 5.662.923, e Alimentos e Bebidas a 4.838.451 (Tabela 10). As médias de duração dos afastamentos variaram pouco, de 94,1 na Indústria de Alimentos e Bebidas a 116,8 dias na Construção. Os ramos que tiveram maior participação na perda de dias de trabalho na indústria foram a Construção (29,2%), Indústria Metal-mecânica (21,1%) e Alimentos e Bebidas (18,0%).

Entre as mulheres (Tabela 10), diferentemente, o maior número de dias perdidos de trabalho foi observado na Indústria de Alimentos e Bebidas (3.009.017 dias), que representou 34,3% do total de DPT entre as mulheres empregadas na indústria do País. Em segundo lugar ficou a Construção com 1.357.942 (15,5% do total), seguida pela Indústria Metal-Mecânica com 1.113.406, correspondendo a 12,7%. A média de tempo de afastamento foi maior na Indústria da Construção, de 170,9 dias, seguida por 130,6 dias na Indústria de Borracha e Plásticos, enquanto que a menor média foi observada na Indústria de Couros, Artigos de Viagem e Calçados, 96,1 dias.

4003638

Relação com o trabalho

Dos 35.635.090 DPT na indústria em 2006, 4.003.638 foram relacionados ao trabalho, o que corresponde a 11,2% do total. BS não-ocupacionais foram 121.750.618 DPT (88,8%) (Tabela 11). Foram 31.631.452 dias perdidos de trabalho para DPT não ocupacionais, sendo 4.003.638 por afastamentos por problemas de saúde relacionados ao trabalho, 12,6% desse total. A média de duração dos afastamentos ocupacionais foi 95,6 dias, enquanto que os não-ocupacionais tiveram uma duração um pouco maior, de 108,3 dias. Entre os homens, a média da duração dos BS foram discretamente menores do que o geral, 93,4 e 106,7 respectivamente, com 13% dos

DPT com origem ocupacional. Entre as mulheres, a proporção de DPT ocupacionais é bem menor, representando apenas 4,7% do total, com média por benefício de 112,2 dias. Para os não-ocupacionais, analogamente, as mulheres tiveram tiveram uma média de 111,0 dias.

Grupos de doenças e agravos

Na Tabela 12 observa-se que para a indústria, o maior número de DPT para grupos de doenças específicos mais comuns entre os BS, foi estimado para acidentes (n=10.301.136, 28,9%), com média de 92,4 dias. Em seguida ficam as D-OM com 33.865.605 (26,9%) DPT (Média=110,8), e por fim, as doenças mentais (n=20.213.416, 11,9%) com média de 121,5 dias. Ainda nesta Tabela observa-se que para o sexo masculino, o maior número de DPT também foi resultante de acidentes, que correspondeu a 9.461.829 DPT, seguidos pelas doenças ósteo-musculares com 7.274.177 (M=92,9); para as doenças mentais foram 2.871.011 DPT com a maior média, de 125 dias. O cenário é diferente quando se analisam os BS das mulheres, pois se observa que os acidentes ficaram em 3º. lugar, com 839.307 (9,6%) DPT e média de 87,3 dias, enquanto as D-OM ficaram em 1º. lugar, com 2.302.113 (26,3%) DPT, uma média de 102,8 DPT. As doenças mentais representaram 1.381.299 (M=108,0).

Relação dias perdidos de trabalho do trabalhador da indústria

Na Tabela 13, verifica-se que para um total de 8.960.436 trabalhadores registrados na indústria, estimaram-se 35.635.060 dias perdidos de trabalho, que corresponde a uma razão de quatro dias perdidos para cada trabalhador da indústria (4:1) por ano, em média. Isto se refere apenas aos BS com afastamentos temporários de 15 ou mais dias. Entre os homens, a razão foi de 3,9:1, menor do que entre as mulheres, de 4,2:1. Para o sexo masculino, o maior número de dias perdidos por trabalhador ocorreu na Indústria Madeireira (6,7:1), seguida pela Indústria Têxtil e a Indústria Química que tiveram valores iguais (6,0:1). A razão média para mulheres foi maior na Indústria Madeireira com estimativa mais de quatro vezes maior. Ou seja, para cada trabalhadora registrada da Indústria Madeireira, estimou-se 12 dias de afastamento

por ano. Em 2o. lugar se ficou a Construção Civil, com 11,3:1, e na sequência a Indústria Metalúrgia e de Minerais Não-metálicos, com 10:1.

8.2.3 3ª Dimensão dos custos - despesas com os BS temporários para trabalhadores da indústria

Para o total de todos os ramos de atividades, foram 1.202.601 BS, para os quais o Ministério da Previdência Social desembolsou com pagamentos de R\$959.914.653,00, para BS, em 2006. A média paga por BS foi de R\$798,00. Os BS da indústria representaram R\$268.608.292,00 para o total dessas despesas, o que representa 28,1% do total no País. Também com dados da indústria, observou-se que o custo total foi R\$ 219.669.018,00 entre os homens, média de R\$856,00, enquanto entre as mulheres, o montante global da indústria foi R\$48.939.274,00 com média menor (M=R\$632,00).

Regiões e unidades federadas

Entre os homens, o maior montante de despesas com BS foi estimado para a região Sudeste (R\$132.266.346,00), que corresponde a 60,2% do País (Tabela 14). A região sul vem em seguida, com 24,6% e R\$53.954.776,00 de despesas com esses BS. A região nordeste contribuiu apenas com 8,1% (R\$17.880.836,00), apesar da maior média de DPT. Por outro lado, a média de despesas por benefício para a região Sudeste (Média=R\$975,00; DP=R\$581,00) foi a maior, seguida pela região sul (R\$777,00; DP=R\$433,00). Dentre os estados, depois de S. Paulo onde os gastos foram R\$ 94.962.164,00 (43,2% do País), situa-se Minas Gerais (R\$20.729.327,00, 9,4%) e o Rio Grande do Sul (R\$20.446.084,00, 9,3%). A maior média do valor do BS ocorreu em S. Paulo, R\$1.091,00, e a menor, R\$ 523,00, no Acre.

As despesas com BS pagos a mulheres se concentraram também na região Sudeste, com R\$24.219.949,00 correspondendo a 49,5%. Somente para S. Paulo foram gastos R\$17.921.077,00, que representam 36,4% dos gastos do País. As médias de pagamento de BS foram mais baixas que as dos homens, variando de R\$508,00 na

região nordeste a R\$724,00 na sudeste. Na região sul a média foi de apenas R\$577,00 e na região norte R\$554,00 (Tabela 15).

Sub-ramos de atividade econômica

Dentre os BS pagos para trabalhadores da indústria, o ramo de atividade econômica de maior contribuição foi a Indústria Metal-Mecânica R\$73.504.621,00 (27,3%), seguida pela Construção Civil que causou um total de gastos de R\$56.856.633,00 (21,2%), enquanto que para a Indústria de Alimentos e Bebidas correspondeu R\$53.826.829,00 (20,0%) de despesas. Considerando os homens separadamente, o padrão se repetiu com maiores despesas com trabalhadores da Indústria Metal-Mecânica (R\$ 65.232.628,00, 29,5%), Construção Civil (R\$ 51.338.356,00, 23,4%), e Alimentos e Bebidas (36.910.033,00, 16,8%) nessa ordem (Tabela 16). A indústria Metalúrgica e Metal-Mecânica teve a maior média de pagamento do BS, R\$1.189,00. Entre as mulheres, foi a Indústria Alimentos e Bebidas a que mais impacta nas despesas com BS, que representou 34,6% do total, com um montante de R\$16.916.796,00. Em 2º. lugar vem a Indústria Metal-Mecânica (R\$ 8.271.993,00, 16,9%), e em 3º posto, vem a Indústria da Construção Civil (R\$ 5.518.278,00, 11,3%) que deteve também a maior média de custo por BS, de R\$ 851,00.

Relação com o trabalho

As despesas com BS por doenças e acidentes relacionados ao trabalho, na indústria, alcançaram R\$31.742.187,00, 11,8% do total. Esta proporção é maior para os homens (13,1%) e bem menor para as mulheres (5,9%). Para os homens os BS ocupacionais representaram R\$ 28.876.558,00, com média de R\$773,00, enquanto entre as mulheres os valores foram menores (R\$ 2.865.629,00). As médias globais dos ocupacionais foram um pouco menores do que os BS não-ocupacionais (R\$758,00 x R\$811,00). Isto se repete para os homens, desaparecendo entre as mulheres, que tiveram diferença mínima entre as médias dos BS ocupacionais e não-ocupacionais (Tabela 17).

Grupos de doenças e acidentes

Os gastos com BS se diferenciaram por grupos de doenças, sendo o de maior montante total, os acidentes em geral, que alcançaram R\$ 83.500.051,00 (31,0%), seguidos de perto pelas D-OM com R\$ 75.535.832,00. Esta ordem se repete para os homens, mas se distingue nas mulheres, cujo maior volume de despesas ficou com as D-OM (R\$14.017.348,00) (Tabela 18). Para ambos os sexos, as D-OM representaram R\$77.572.386,00 seguidas pelas Doenças Mentais com R\$ 29.290.548,00). Entre os homens foi R\$77.830,780,00 o montante gasto com acidentes, 1º. lugar do rank, e entre as mulheres ficaram as D-OM com R\$14.017.348,00.

Quanto aos valores dos BS, a média dos valores dos benefícios foi muito próxima entre os grupos de doenças em análise, variando de R\$749,99 pagos para os acidentes a R\$879,00 para as D-OM, no geral. Entre os homens, o padrão se repete com diferenças ainda maiores entre o valor do benefício dos acidentes em comparação com as D-OM, mas para o sexo feminino as diferenças se tornam muito pequenas, com as Doenças Mentais ficando no topo dos valores médios (R\$639,00).

Em termos percentuais, os acidentes representaram 31,1% dos custos totais, seguidos de perto pelas doenças ósteo-musculares, com 28,9%. Especificamente para os homens, esse padrão se repete, mas entre as mulheres, a maior despesa correspondeu a doenças ósteo-musculares que contribuíram com 28,6% dos gastos para este sexo.

8.3 Capítulos da CID-10 e Doenças Específicas mais Comuns

As Tabelas 20 e 21 mostram os capítulos da CID-10 mais comuns e em cada capítulo, a doença que alcançou a maior proporção de casos. Existem diferenças nos padrões de distribuição muito claras. Entre os homens, os acidentes ocupacionais e não ocupacionais ficaram em primeiro lugar, entre todos os ramos de atividade industrial, estimativa média de 40,2%, e dentre estes as fraturas de punho e mão foram as principais causas de afastamento temporário. As maiores proporções de acidentes

foram registradas na Indústria Madeireira (46,2%), Têxtil (44,0%) e Borracha e Plásticos (42,4%). Ainda no sexo masculino, a segunda maior causa dos BS foram as D-OM (26,1%), com a Dorsalgia sendo a mais comum das doenças específicas, com maior ocorrência no ramo de Madeiras (19,5%) e Construção Civil (14,4%). Em terceiro lugar ficaram as Doenças do Sistema Digestivo, cuja enfermidade específica com maior número de BS foi a hérnia inguinal. Esta foi mais comum na Indústria Madeireira (46,9%), Indústria de Couros e derivados (45,1%). As Indústrias Têxteis (13,5%), Borracha e plásticos (12,1%) e de Metal/Mecânica (13,1%) registraram a Depressão como terceira causa de BS entre os homens.

Entre as mulheres, o quadro foi diferente. As D-OM (32,5%) foram a principal causa de BS em todos os sub-ramos da indústria. O maior percentual foi registrado na Indústria Madeireira (38,7%), seguida pela Metal/Mecânica (34,7%). As Sinovites/Tenossinovites, doravante chamadas de S-Teno foram a principal causa dos afastamentos, exceto na Indústria Madeireira e na Construção Civil, onde a Dorsalgia (43,9% e 28,9% respectivamente) teve maior frequência. Na Construção Civil a dorsalgia teve o maior percentual estimado, enquanto o maior percentual de S-Teno foi registrado na Indústria de Couros e Derivados (26,3%).

A segunda causa dos BS entre as mulheres ficou dividida entre os acidentes (13,6%) e as doenças mentais (14,2%). As doenças mentais registraram maior percentual na Indústria Têxtil (17,1%) e de Alimentos e Bebidas (14,5%), embora os acidentes tenham sido mais comuns na Construção Civil (16,0%) e na Indústria de Couros e derivados (15,6%). Para as doenças mentais e os acidentes, foram mais comuns a depressão, e as fraturas de punho/mão, respectivamente, as maiores causas dos BS.

9 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que problemas de saúde entre trabalhadores representam um número expressivo de afastamentos de trabalho, perdas de dias de trabalho e custos com o pagamento de compensações salariais durante os períodos de incapacidade para o trabalho. Em um ano, foram mais de mais de um milhão de benefícios da Previdência Social por motivo de saúde, dos quais mais de um quarto foi para trabalhadores da indústria.

Existem grandes variações no padrão de ocorrência de BS, entre os sexos, estados, sub-ramos de atividade, relação com o trabalho, e grupos de doenças. Esses padrões resultam tanto de diferenças no número de trabalhadores em risco, e portanto, no volume do estoque de sujeitos com chance de adoecer ou de se acidentar, como também na magnitude do risco (chance, probabilidade) da atividade econômica. Esta, por sua vez, é consequência das ações desenvolvidas visando a prevenção de riscos para a saúde no âmbito das empresas, da extensão da eficiência dessas ações, do grau de envolvimento dos trabalhadores, do dinamismo dos órgãos responsáveis pela efetivação das NR, das condições de vida dos trabalhadores, dentre outros aspectos, que não cabem aqui revisar. Necessário mencionar a questão do acesso, i.e., a dificuldade ou facilidade do trabalhador em utilizar recursos de proteção social, como o BS, já mencionada como débil, e ainda insuficiente, em que pese o grande volume de BS, de DPT e de custos.

Não é surpresa a concentração do sexo masculino nos BS de trabalhadores da indústria, na região sudeste, e em especial, no estado de S. Paulo, que detém quase metade dos trabalhadores contribuintes da Previdência Social no País. Neste estudo, o objetivo foi o de demonstrar o volume de BS na indústria, quantificando o impacto potencial na produtividade e nas despesas, em uma perspectiva descritiva. O sexo é a característica dos sujeitos da pesquisa que mais fortemente demarca distinções e por isso foi utilizado como variável de separação da análise em todas as comparações.

9.1 Caracterização dos BS entre os Homens

Homens foram os mais comuns entre os BS, o que reflete a grande concentração masculina entre os trabalhadores da indústria, mas que também expressa as atividades de maior risco prevalentes entre os homens. Entre os BS concedidos e em manutenção dos homens, destacou-se no montante de BS, a Construção Civil, empresas da Indústria Metalúrgica, a Indústria Metal-mecânica, e Alimentos e Bebidas. BSs causados por fatores ocupacionais compunham quase 15%, em média, mas chegou a quase 30% no Acre e apenas 4,2% no Amapá, o que pode estar expressando limites no acesso a benefícios da previdência neste estado, ou algum problema com o registro de dado. Como a industrialização na região norte tem especificidades marcantes, é também possível que estes achados revelem aspectos singulares da indústria nesses estados.

Os acidentes em geral ocuparam a 1ª. posição entre os BS dos homens, chegando a quase metade dos BS, variando em média em mais de um terço do total de BS. As doenças osteo-musculares vieram em 2º. lugar, e as doenças mentais que ficaram em 3º. posto. Quando se especificam apenas os BS temporários, e todos os capítulos de grupos de doenças e agravos da CID, verifica-se que as fraturas de punho e mão foram as mais comuns entre os homens, ficando as doenças do sistema digestivo, especificamente, as hérnias inguinais no 3ª lugar. As doenças cardiovasculares, que vêm ocupando a prioridade nos programas de intervenção voltados para a promoção da saúde e a prevenção de problemas de saúde, apareceram apenas em 3º. lugar na Construção Civil, e em 4º. lugar para os trabalhadores das empresas da Indústria de Minerais não metálicos, Couros e derivados, e Madeira. Interessante é o fato de surgirem entre os cinco capítulos da CID mais comuns nas causas de afastamentos, entre os homens, as doenças mentais, pensadas como um problema de saúde mais comum apenas em mulheres. As doenças mentais ficaram em 4º. lugar entre as enfermidades de maior frequência entre os BS dos homens na Indústria Têxtil, da Borracha e Plásticos, e na Metalúrgica e Metal-Mecânica. Essas doenças também apareceram em 4º. lugar na Indústria de Alimentos e Bebidas, Química, e na de Móveis e derivados. O alcoolismo foi a 5ª. doença mais comum na Indústria de Couros e derivados entre os homens.

Homens trabalhadores da indústria representaram mais de 26,5 milhões de dias de trabalho perdidos, em apenas um ano, com média de aproximadamente 105 dias por BS. Isto corresponde a mais de R\$ 219 milhões de gastos apenas com pagamento de compensações salariais para o trabalhador, com uma média de pagamento por BS de R\$856,00. Isto representa apenas uma parte direta dos custos da Previdência Social. Isto está longe de representar mesmo a maior parte das despesas com doenças e acidentes entre trabalhadores, com base na literatura disponível de outros países. Entre os homens, BS relacionados ao trabalho foram apenas 13% dos gastos com, e eram especialmente voltados para despesas com Acidentes, isto é lesões decorrentes de traumas, intoxicações, envenenamentos, afogamentos, dentre outros. Isto pode ter se alterado significativamente com o surgimento do NTEP/FAP já no ano seguinte, em 2007. Cerca de 60% dos gastos nacionais foram para a região Sudeste como era de se esperar, considerando a grande concentração de trabalhadores formais na indústria nesta região. Notar que pelo maior número de contribuintes trabalhadores isto não é surpresa.

Os achados desse estudo se comparam aos encontrados em pesquisas conduzidas na indústria em outros países, ao revelarem padrões de adoecimento e de afastamento do trabalho parecidos, mas com algumas diferenças. Aqui foram os acidentes que, de longe, foram os problemas de saúde de maior relevância entre os homens, sejam ocupacionais ou não ocupacionais. Isto já é diferente em países considerados avançados onde as doenças relacionadas ao trabalho ocupam a maior posição, surgindo o câncer, ao lado de doenças mentais e as ósteo-musculares (DRISCOL et al., 2005; TAKALA, 2003). Na indústria, além da classicamente reconhecida Construção Civil, outros ramos da indústria precisam ser focalizados como prioridade nos programas de segurança e saúde, como a Indústria da Madeira (46,6%) e a Têxtil.

Fraturas de punho e mão sugerem que o manuseio de máquinas e equipamentos podem estar entre as causas de acidentes. Infelizmente não estão disponíveis dados sobre os códigos E da CID-10, que poderiam traduzir com mais precisão recomendações para ações de prevenção, a mais importante diretriz que se sustenta nos dados mostrados neste estudo. Estes achados alertam para a necessidade de aprimoramento de tecnologias e processos de produção mais seguros, bem como para uma maior preocupação dos empresários na escolha ou substituição de equipamentos que garantam aos trabalhadores condições de trabalho mais seguras e

saudáveis. Estas medidas podem impactar positivamente na redução de afastamentos do trabalho, resultando em aumento da produtividade, além da melhoria da satisfação do trabalhador, esta última atualmente considerada um importante fator de construção de ambientes solidários e de cooperação, com repercussões favoráveis nos negócios.

As D-OM também se mostraram uma causa expressiva de afastamentos por motivo de doença na indústria entre os homens, não apenas entre as mulheres. Ocuparam o 2º. lugar para o sexo masculino, sendo as Dorsalgias as doenças mais comuns, seguida pelas discopatias lombares. Embora muitas empresas contem com programas de ergonomia e gradualmente empresários, trabalhadores e profissionais de saúde venham ganhando consciência sobre a importância desse problema para os gastos e a produtividade, ainda é incipiente a valorização e priorização desses problemas de saúde. Interessante foi o 3º. lugar entre os homens, ocupado pelas hérnias inguinais, cujas causas desencadeantes mais comuns são os esforços físicos, comuns em ambientes e processos de trabalho das indústrias. Isso reforça a necessidade de melhorias ergonômicas que podem impactar nos afastamentos de trabalhadores do sexo masculino.

9.2 Perfil dos BS entre as Mulheres

Foram 77.434 BS para mulheres trabalhadoras da indústria no Brasil em 2006. A maior parte desses BS ficaram com as empresas de Produtos Alimentícios e Bebidas, que detém quase 40% dos BS no total. Esta proporção chega à metade na região centro-oeste, e em mais da metade de alguns estados, como Mato Grosso do Sul (61,4%), Mato Grosso (57,5%) Goiás (58,7%) e Tocantins (52%, além do Rio Grande do Sul com 57,5% dos casos. Em seguida situam-se a Indústria Metalúrgica e Metal-Mecânica, Construção Civil e Têxtil, indicando a necessidade de priorização de trabalhadoras desses ramos de atividade para programas voltados para a saúde, especialmente para mulheres.

A proporção de BS relacionados à ocupação é bem menor, entre as mulheres em comparação com os homens, ficando em apenas 6%. Interessante notar que nos estados do Acre e Rondônia, onde é pequena a industrialização da economia, a

proporção de BS relacionados ao trabalho é bem maior que a média nacional, indicando vieses potenciais no acesso de mulheres a BS, exceto quando envolvem situações do trabalho. Na Bahia, a proporção chega ao dobro da média nacional, o que pode ser interpretado pela maior disseminação do conhecimento de direitos do trabalhador entre as mulheres, e onde existe um forte movimento de apoio às vítimas de LER/DORT liderado por mulheres. Estas enfermidades ficaram em 1º. lugar dentre os agravos e não os acidentes, como no grupo do sexo masculino.

Foram estimados quase nove milhões de dias perdidos de trabalho de mulheres na indústria em apenas um ano, chamando a atenção, mais uma vez a Indústria de Alimentos e Bebidas com maior número de DPT, enquanto a construção civil parece concentrar os casos mais graves, com média de duração de afastamentos de 171 dias, bem maior da média nacional entre as mulheres, de 113 dias. Afastamentos relacionados ao trabalho, aparentemente foram semelhantes em termos de duração dos afastamentos entre as mulheres, ficando a grande maioria dos BS com D-OM que representaram isoladamente 26,3% dos DPT, e consistentemente 28,6% dos custos de parte da Previdência Social. Afastamentos por doenças mentais representaram 16,7% dos custos entre as mulheres.

As enfermidades mais comuns, isoladamente, foram as D-OM, com um terço dos casos, e dentre estas, as Sinovites e Tenossinovites, as que mais se repetiram. Estas doenças representaram em média $\frac{1}{4}$ dos casos, exceção da Indústria da Madeira, onde as Dorsalgias representaram quase metade (43,9%) dos casos. Em 2º. lugar apareceram os Acidentes e as Doenças Mentais. Dentre os acidentes, semelhantemente ao que ocorreu entre os homens, foram as fraturas de punho e mão as mais observadas, embora a fratura do pé tenha sido a mais comum D-OM na Indústria de Borracha e Plásticos, e da Construção. Em todas as vezes que as Doenças Mentais surgiram dentre os cinco grupos de doenças mais comuns entre as mulheres, foi a Depressão a que apareceu como a enfermidade, isolada, mais comum. Em 4º. lugar de importância para os afastamentos aparece as Doenças do Sistema Reprodutivo, com as hemorragias no início da gravidez como as mais comuns causas, enquanto a hipertensão arterial, do grupo das Cardiovasculares foi a mais comum na Construção Civil. No entanto, varizes, que conformam as mais comuns doenças entre as cardiovasculares no grupo de BS concedidos a mulheres, apareceram em 5º. lugar no rank dos capítulos CID. E podem também indicar problemas ergonômicos nos

ambientes e processos de trabalho, posto que a postura de pé é reconhecida como fator de risco importante.

De atenção para a prevenção de problemas de saúde entre as mulheres trabalhadoras da indústria, de modo a reduzir faltas ao trabalho, destacam-se as D-OM, Doenças Mentais e Acidentes. A Indústria de Alimentos e Bebidas são de longe a maior empregadora de mulheres na indústria, e a que mais aparece no volume de BS concedidos, embora aparentemente, a Construção Civil detenha os casos mais graves. Sinovites e tenossinovites revelam o esforço repetitivo como causas desses problemas, e a necessidade de programas de ergonomia, detecção precoce de casos, conscientização de trabalhadores e também de empresários sobre a gravidade desses problemas, comumente negligenciada de parte da sociedade. Importante também mencionar é a prevenção. D-OM são doenças graves pelo curso crônico, incapacitante, e fonte de grande sofrimento de parte de trabalhadores, e como foi demonstrado, origem de gastos importantes pela Previdência e de comprometimento da produtividade.

No geral, vale salientar as limitações desses achados e os cuidados requeridos na sua interpretação. Custos envolvem muitos aspectos que não são comumente valorizados e registrados pela indústria, trabalhador ou empresários. Aqui se tratou de um dado apenas parcial – os dias perdidos de trabalho, de afastamentos decorrentes de situações de saúde muito graves, ou sejam as enfermidades e agravos - que produziram afastamentos de 15 dias ou mais. É sabido que a grande maioria dos casos não chega a esse patamar, com afastamentos menores, e infelizmente, esse grande número de dias perdidos de trabalho não puderam ser quantificados neste estudo. Estes resultados se limitam aos casos muito graves. Em outros países, por exemplo, são notificados os casos a partir de três dias de afastamentos, diferentemente do Brasil, onde apenas os casos de muita gravidade são registrados no principal sistema de informação disponível, da Previdência Social.

Custos envolvem em sua maioria gastos médicos, dos chamados custos diretos, não registrados e não contabilizados nesse estudo. Dias perdidos de trabalho são muito extensos quando se consideram os afastamentos por incapacidade permanente, o que é frequente entre os casos mais graves, o que não foi computado neste estudo, que por razões de viabilidade da análise limitou-se ao ano de 2006.

Estudos conduzidos em outros países mostram que ações de prevenção são efetivas e custo-efetivas (LAHIRI et al., 2005) especialmente para as D-OM, e Acidentes de Trabalho são reiteradamente apontados como evitáveis, muitas vezes com medidas simples e pouco custosas. Em um estudo realizado pelo SESI-Bahia, verificou-se que programas de Saúde e Segurança se desenvolvem especialmente nas empresas onde essas intervenções são dotadas de autonomia financeira na sua execução, sendo relevantes o envolvimento do trabalhador e das equipes da empresa. Não se dispõem de dados sobre o custo-efetividade desses programas no País, o que está a merecer maior atenção de parte dos empresários.

Em suma, o empresariado da indústria no Brasil vem progressivamente se conscientizando que a prevenção de problemas de saúde de seus trabalhadores não pode ser pensada apenas como uma aventura difícil, burocrática, com fins de cumprir uma norma ou legislação, custosa e pouco eficiente. Ações em Saúde do Trabalhador não ficam relegadas a segundo plano nos países desenvolvidos, grupo no qual o Brasil está no momento em vias de se integrar completamente. Essas ações devem refletir uma estratégia de negócio se pautando nas evidências concretas de que a negligência custa caro. E que o engajamento, dando cumprimento a pauta de responsabilidade social que hoje é parte da agenda do SESI, pode também levar ao aumento de produtividade, além de expressar posturas éticas, humanas e solidárias dos empresários. Mais que um discurso, ações concretas de Segurança e Saúde nos ambientes de trabalho são parte do ideário dos negócios no mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS

BAMBRA, C. Incapacity benefit reform and the politics of ill health. **British Medical Journal**, p.337-1452, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico da previdência social 2008**. Brasília, 2008(b). Disponível em: <www.mps.gov.br>. Acesso em: abr. 2011.

_____. **Informações estatísticas gerais da Previdência Social**. Brasília, 2008(a). Disponível em: <<http://creme.dataprev.gov.br/infologo/GCON/Con07.php>>. Acesso em: 5 maio 2010.

BUCKLE, P. W.; DEVEREUX, J. J. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. **Applied Ergonomics**, n. 33, p. 207-217, 2002.

CHEADLE, A.; FRANKLIN, G.; WOLFHAGEN, C.; SAVARINO, J.; LIU, P. Y.; SALLEY, C.; WEAVER, M. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. **Am J Public Health**, n. 84(2), p. 190-196. 1994.

CONCHA-BARRIENTOS, NELSON DI; FINGERHUT, M.; DRISCOLL, T.; LEIGH, T. The global burden of occupational injuries. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 48, p. 470-81, 2005.

COSTA, S. V. Impacto dos acidentes do trabalho: benefícios acidentários, um breve estudo. **Previdência em dados**, Rio de Janeiro, v.8 (3), p. 21-33, jul./set. 1993. De Cicco FMGAF. Custo de acidentes. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** 1984; 45(12):55-67.

DEMBE, A. E. The Social Consequences of Occupational Injuries and Illnesses. **American Journal of Industrial Medicine**, n.40, p.403-417, 2001.

DEWA, C. S.; MCDAID, D.; ETTNER, S. L. An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? **La Revue Canadian de Psychiatrie**, n.52(6), jun. 2007.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n.23(11), p.2589-2596 2007.

DORMAN, P. Three preliminary papers on the economics of occupational safety and health. In: INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **Focus Programme on Safety and Health at Work and the Environment**. Genova: 2000. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/econanal/wr_chp1.htm>. Acesso em: out. 2007.

EDEJER, T. T.; BALTUSSEN, R.; ADAM, T.; HUTUBESSY, R.; ACHARYA, A.; EVANS, D. B; MURRAY, C. J. L. **WHO guide to cost-effectiveness analysis**. Geneva: WHO, 2003.

GOETZEL, R. Z.; HAWKINS, K.; OZMINKOWSKI, R. J.; WANG S. The health and productivity cost burden of the “Top 10” physical and mental health conditions affecting six large US Employers in 1999. **JOEM**, n.45(1), p.5-14, 2003;.

GRAHAM, H. Where is the future in Public Health? **The Milbank Quarterly**, v.88, n.2, 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/bagZLY>>.

IUNES, R. F. A concepção econômica dos custos. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org). **Economia da saúde**: conceito e contribuições para a gestão da saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION. **Safety in numbers**: pointers for a global safety culture at work. Geneva, 2003

KEMP P. A.; SUNDÉN A.; BAKKER TAURITZ, B. (Eds.) **Sick societies?**: Trends in disability benefits in post-industrial welfare states. Geneva: International Social Security Association, 2006.

KRAUSE, N.; DASINGER, L. K.; DEEGAN, L. J.; RUDOLPH, L.; BRAND, J. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. **American Journal of Industrial Medicine**, n.40, p.374-392, 2001b.

KRAUT, L. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. **American Journal of Industrial Medicine**, n.25(2), p.267-78, 1994.

LAHIRI, S.; MARKKANEN, P.; LEVENSTEIN, C. The Cost Effectiveness of Occupational Health Interventions: Preventing Occupational Back Pain. **American Journal of Industrial Medicine**, n.48, p.515–529, 2005.

LEIGH J. P.; MARKOWITZ, S.B.; FAHS, M.; SHIN, C. LANDRIGAN, P. J. Occupational injury and illness in the United States: Estimates of costs, morbidity, and mortality. **Archives of Internal Medicine**, n.157(14), p.1557-68, 1997.

LEIGH J. P.; ROBBINS, J. A. Occupational disease and worker's compensation: coverage, costs, and consequences. **The Milbank Quarterly**, n.82 (4), p.689-721, 2004.

LOPEZ, A. D.; MATHERS, C. D.; EZZATI, M.; JAMISON, D. T.; MURRAY, C. J. L. **Global burden of diseases and risk factors**: Disease Control Priorities Project. New York: The World Bank & The Oxford University Press, 2006.

MCINTOSH, G.; FRANK, J.; HOGG-JOHNSON, S.; BOMBARDIER, C.; HALL, H. Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain. **Spine**, n.25(2), p.147-157, 2000.

OLEINICK, A.; GLUCK, J. V.; GUIRE, K. E. Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. **American Journal of Industrial Medicine**, p.30(5), p.540-555, 1996.

OLIVEIRA, P. R. A. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção, FAP : o desenvolvimento de um método. 2 ed. São Paulo:

LTr, 2010. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: O NTEP e a Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

PANORAMA em Segurança e Saúde do Trabalho na indústria: Brasil e Unidades da Federação, 2004. Brasília: SESI, 2011. No prelo.

RIKHARDSSON, P. M.; IMPGAARD, M. Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. **Accident Analysis and prevention**, n. 36, p.173-182, 2004.

WEILL, D. Valuing the economic consequences of work injury and illness: a comparison of methods and findings. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 40, p.418-437, 2001.

WHO. **Global health risks: mortality and disease burden attributable to selected risk factors**. Geneve, 2009. Disponível em: <www.who.org>.

SANTANA, V. S. **Custos sociais diretos e indiretos dos acidentes de trabalho: projeto de pesquisa**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p.1004-1012, 2006.

SANTANA, V. S.; XAVIER, C.; MOURA, M. C. P.; OLIVEIRA, R.; SANTO, J. S. E.; ARAÚJO, G. **Custos diretos e indiretos dos acidentes de trabalho: um estudo de coorte**. Brasília, 2009. Relatório apresentado ao DECIT, Ministério da Saúde.

_____. Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, p.750-760, 2009.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.9(4), p.897-908, 2004.

SCHULTE, P. A. Characterizing the burden of occupational injury and disease. **JOEM**, v. 47, n. 6, jun., 2005.

SERAFIM, J. A. Dados sobre a saúde do trabalhador segundo o DATASUS/MS. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTATÍSTICAS SOBRE DOENÇAS E ACIDENTES DE TRABALHO NO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS. São Paulo, 6-8 nov. 2000. **Anais...** São Paulo: FUNDACENTRO, 2000.

SOUZA, N. S.; SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, P. R. A.; BARBOSA-BRANCO, A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde: Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**, n42(4), p.630-8, 2008.

ZHOU, Y.; BAKER, T. D.; RAO, K.; LI, G. Productivity losses from injury in China. **Injury Prevention**, n.9, p.124-127, 2003.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – 1ª DIMENSÃO DOS CUSTOS - NÚMERO DE
BENEFÍCIOS**

Tabela 1 - Distribuição de BS pagos pela Previdência Social, da indústria e de todos os ramos de atividade, de acordo com a unidade da federação e região. Brasil, 2006

Regiões e Unidades federativas	Benefícios relacionados à saúde		
	Total N	Indústria n	Percentual da indústria %
Brasil	1.189.210	333.905	28,1
Região Norte	38.176	10.300	27,0
Amazonas	10.006	2.191	21,9
Amapá	1.316	241	18,3
Acre	1.137	282	24,8
Rondônia	5.029	1.698	33,8
Roraima	743	117	15,7
Pará	15.976	4.813	30,1
Tocantins	3.969	958	24,1
Região Nordeste	131.989	35.027	26,6
Bahia	45.541	10.545	23,1
Alagoas	7.455	3.376	45,3
Ceará	20.434	5.605	27,4
Maranhão	7.496	1.993	26,6
Rio Grande do Norte	10.959	2.591	23,6
Sergipe	5.946	1.410	23,7
Pernambuco	21.658	5.966	27,5
Piauí	4.803	1.310	27,3
Paraíba	7.606	2.231	29,3
Região Sudeste	652.530	169.123	25,9
São Paulo	391.062	109.526	28,0
Minas Gerais	132.405	36.355	27,5
Rio de Janeiro	107.276	17.616	16,4
Espírito Santo	21.787	5.626	25,8
Região Sul	287.211	100.499	35,0
Paraná	87.968	28.348	32,2
Santa Catarina	94.390	33.595	35,6
Rio Grande do Sul	104.853	38.556	36,8
Região Centro-Oeste	79.395	18.956	23,9
Goiás	28.516	7.729	27,1
DF	19.609	2.539	12,9
Mato Grosso	15.772	4.985	31,6
Mato Grosso do Sul	15.498	3.703	23,9

Tabela 2 - Número e percentual de BS de trabalhadores da indústria, de acordo com sub-ramo de atividade econômica, entre os homens (N=256.471). Brasil, 2006

Sub-ramos da indústria/Regiões e estados	Minerais não-metálicos	Produtos alimentícios/bebidas	Produtos têxteis	Couros, artigos de viagem e calçados	Fabricação de produtos de madeira	Fabricação de produtos químicos	Borracha e material plástico	Metalurgia e metal-mecânica	Móveis e produtos diversos	Construção
	N=15.121 (5,9%)	N=51.397 (20,0%)	N=11.605 (4,5%)	N=8.715 (3,4%)	N=12.458 (4,9%)	N=12.659 (4,9%)	N=10.565 (4,1%)	N=54.850 (21,4%)	N=11.835 (4,6%)	N=67.266 (26,2%)
Norte	434 (5,0)	1.327 (15,3)	162 (1,9)	104 (1,2)	1.892 (21,8)	324 (3,7)	145 (1,7)	1.045 (12,0)	181 (2,1)	3.063 (35,3)
Amazonas	31 (1,7)	181 (9,9)	57 (3,1)	1 (0,1)	94 (5,1)	55 (3,0)	89 (4,8)	826 (45,0)	37 (2,0)	465 (25,3)
Amapá	14 (6,5)	36 (16,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	27 (12,6)	8 (3,7)	2 (0,9)	1 (0,5)	1 (0,5)	125 (58,4)
Acre	19 (8,0)	36 (15,2)	0 (0,0)	1 (0,4)	30 (12,7)	8 (3,4)	0 (0,0)	4 (1,7)	6 (2,5)	132 (55,9)
Rondônia	101 (7,4)	345 (25,3)	7 (0,5)	22 (1,6)	473 (34,7)	19 (1,4)	15 (1,1)	39 (2,9)	50 (3,7)	293 (21,5)
Roraima	3 (3,1)	14 (14,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (13,5)	3 (3,2)	1 (1,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	60 (62,5)
Pará	184 (4,5)	541 (13,2)	95 (2,3)	60 (1,5)	1.242 (30,3)	212 (5,2)	30 (0,7)	156 (3,8)	76 (1,8)	1.502 (36,6)
Tocantins	82 (9,8)	174 (20,9)	3 (0,4)	20 (2,4)	13 (1,6)	19 (2,3)	8 (1,0)	19 (2,3)	9 (1,1)	486 (58,3)
Nordeste	1.847 (6,6)	7.660 (27,3)	1.168 (4,2)	1.724 (6,1)	376 (1,3)	1.170 (4,2)	385 (1,4)	1.772 (6,3)	616 (2,2)	11.352 (40,4)
Bahia	432 (5,3)	1.168 (14,2)	234 (2,8)	312 (3,8)	158 (1,9)	418 (5,1)	128 (1,6)	705 (8,6)	231 (2,8)	4.413 (53,8)
Alagoas	38 (1,3)	2.065 (69,4)	23 (0,8)	50 (1,7)	5 (0,2)	25 (0,8)	27 (0,9)	87 (2,9)	11 (0,4)	643 (21,6)
Ceará	300 (7,7)	918 (23,5)	331 (8,5)	572 (14,6)	35 (0,9)	128 (3,3)	52 (1,3)	301 (7,7)	120 (3,1)	1.157 (29,6)
Maranhão	134 (7,6)	169 (9,6)	41 (2,3)	74 (4,2)	109 (6,2)	214 (12,1)	38 (2,1)	87 (4,9)	35 (2,0)	865 (49,0)
Rio Grande do Norte	310 (15,2)	282 (13,8)	147 (7,2)	164 (8,0)	19 (0,9)	54 (2,6)	8 (0,4)	68 (3,3)	49 (2,4)	938 (46,0)
Sergipe	108 (9,1)	185 (15,6)	59 (5,0)	11 (0,9)	9 (0,8)	32 (2,7)	11 (0,9)	60 (5,1)	23 (1,9)	684 (57,9)
Pernambuco	295 (5,8)	2.236 (44,1)	128 (2,5)	218 (4,3)	25 (0,5)	228 (4,5)	88 (1,7)	318 (6,3)	93 (1,8)	1.437 (28,4)
Piauí	112 (9,8)	164 (14,3)	4 (0,3)	36 (3,1)	11 (1,0)	32 (2,8)	13 (1,1)	68 (5,9)	20 (1,7)	684 (29,8)
Paraíba	118 (6,6)	473 (26,5)	201 (11,2)	287 (16,1)	5 (0,3)	39 (2,2)	20 (1,2)	78 (4,4)	34 (1,9)	531 (29,7)
Sudeste	8.813 (6,5)	22.717 (16,7)	5.780 (4,3)	3.596 (2,6)	2.446 (1,8)	8.050 (5,9)	6.182 (4,6)	37.013 (27,3)	5.973 (4,4)	35.110 (25,9)
São Paulo	4.314 (5,0)	15.134 (17,4)	4.566 (5,2)	2.844 (3,3)	1.621 (1,9)	4.802 (5,5)	4.009 (4,6)	28.598 (32,8)	3.836 (4,4)	17.351 (19,9)
Minas Gerais	2.433 (8,3)	5.402 (18,5)	786 (2,7)	607 (2,1)	511 (1,8)	2.067 (7,1)	1.444 (4,9)	4.968 (17,0)	1.590 (5,4)	9.415 (32,2)
Rio de Janeiro	981 (6,7)	1.755 (12,0)	386 (0,6)	87 (0,6)	140 (1,0)	977 (6,7)	616 (4,2)	3.058 (20,9)	343 (2,3)	6.288 (43,0)
Espírito Santo	1.085 (22,8)	426 (9,0)	42 (0,9)	58 (1,2)	174 (3,7)	204 (4,3)	113 (2,4)	389 (8,2)	204 (4,3)	2.056 (43,3)
Sul	3.322 (4,8)	14.758 (21,2)	4.179 (6,0)	2.312 (3,3)	6.765 (9,7)	2.532 (3,6)	3.546 (5,1)	14.329 (20,6)	4.689 (6,7)	13.009 (18,7)
Paraná	828,0 (3,9)	5.003 (23,5)	899 (4,2)	703 (3,3)	2.775 (13,0)	918 (4,3)	671 (3,1)	3.809 (17,9)	1.495 (7,0)	4.204 (19,7)
Santa Catarina	1.592 (7,0)	3.313 (14,5)	2.771(12,1)	129 (0,6)	2.870 (12,6)	874 (3,8)	1.847 (8,1)	3.956 (17,3)	1.747 (7,7)	3.701 (16,2)
Rio Grande do Sul	902 (3,6)	6.442 (25,4)	509 (2,0)	1.480 (5,8)	1.120 (4,4)	740 (2,9)	1.028 (4,1)	6.564 (25,9)	1.447 (5,7)	5.104(20,1)
Centro-Oeste	705 (4,8)	4.935 (33,8)	316 (2,2)	979 (6,7)	979 (6,7)	583 (4,0)	307 (2,1)	691 (4,7)	376 (2,6)	4.732 (32,4)
Goiás	317 (5,3)	2.313 (38,6)	123 (2,0)	415 (6,9)	52 (0,9)	311 (5,2)	163 (2,7)	358 (6,0)	192 (3,2)	1.745 (29,1)
DF	90 (4,5)	307 (15,4)	11 (0,5)	6 (0,3)	16 (0,8)	56 (2,8)	29 (1,5)	86 (4,3)	55 (2,8)	1.337 (67,1)
Mato Grosso	174 (4,5)	1.294 (33,6)	49 (1,3)	379 (9,8)	792 (20,6)	127 (3,3)	54 (1,4)	105 (2,7)	87 (2,3)	793 (20,6)
Mato Grosso do Sul	124 (4,5)	1.021 (36,9)	133 (4,8)	179 (6,5)	119 (4,3)	89 (3,2)	61 (2,2)	142 (5,1)	42 (1,5)	857 (30,1)

Tabela 3 - Número e percentual de BS, de trabalhadores da indústria de acordo com o sub-ramo de atividade econômica, entre as mulheres (N=77.434). Brasil, 2006

Ramo da indústria	Minerais não-metálicos	Produtos alimentícios/bebidas	Produtos têxteis	Couros, artigos de viagem e calçados	Fabricação de produtos de madeira	Fabricação de produtos químicos	Prod. borracha / material plástico	Metalurgia e metal-mecânica	Móveis e produtos diversos	Construção
	N=3.743 (4,8)	N=3.763 (39,7)	N=7.991 (10,3)	N=5.044 (6,5)	N=3.366 (4,3)	N=2.756 (3,6)	N=1.543 (2,0)	N=8.906 (11,5)	N=5.407 (7,0)	N=7.945 (10,3)
Norte	71 (2,5)	482 (29,7)	108 (6,6)	30 (1,8)	347 (21,4)	31 (1,9)	49 (3,0)	158 (9,7)	69 (4,2)	308 (19,0)
Amazonas	7 (2,0)	37 (10,4)	25 (7,0)	1 (0,3)	10 (2,8)	10 (2,8)	35 (9,9)	132 (37,2)	36 (10,1)	62 (17,5)
Amapá	2 (7,4)	7 (25,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,4)	14 (51,8)
Acre	2 (4,3)	15 (32,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,7)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	23 (50,0)
Rondônia	7 (2,1)	129 (38,6)	4 (1,2)	14 (4,2)	120 (35,9)	2 (0,6)	1 (0,3)	9 (2,7)	8 (2,4)	40 (12,0)
Roraima	0 (0,0)	3 (14,3)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (71,4)
Pará	14 (2,0)	226 (31,6)	78 (10,9)	13 (1,8)	207 (28,9)	15 (2,1)	11 (1,5)	12 (1,7)	20 (2,8)	119 (16,6)
Tocantins	9 (7,2)	65 (52,0)	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,6)	3 (2,4)	2 (1,6)	5 (4,0)	2 (1,6)	35 (28,0)
Nordeste	355 (5,1)	2.744 (39,4)	597 (8,6)	964 (13,9)	71 (1,0)	184 (2,6)	80 (1,1)	471 (6,8)	275 (3,9)	1.216 (17,5)
Bahia	149 (6,3)	861 (36,7)	107 (4,6)	226 (9,6)	31 (1,3)	68 (2,9)	28 (1,2)	295 (12,6)	169 (7,2)	412 (17,6)
Alagoas	2 (0,5)	267 (66,4)	10 (2,5)	11 (2,7)	1 (0,2)	5 (1,2)	6 (1,5)	22 (5,5)	6 (1,5)	72 (17,9)
Ceará	46 (2,7)	719 (42,5)	174 (10,3)	493 (29,1)	8 (0,5)	29 (1,7)	12 (0,7)	37 (2,2)	22 (1,3)	151 (8,9)
Maranhão	15 (6,6)	32 (14,1)	8 (3,5)	17 (7,5)	23 (10,1)	11 (4,8)	5 (2,2)	11 (4,8)	11 (4,8)	94 (41,4)
Rio G. do Norte	46 (8,3)	152 (27,5)	107 (19,4)	100 (18,1)	2 (0,4)	8 (1,4)	6 (1,1)	14 (2,5)	23 (4,2)	94 (17,0)
Sergipe	17 (7,5)	92 (40,3)	16 (7,0)	3 (1,3)	0 (0,0)	12 (5,3)	6 (2,6)	15 (6,6)	2 (0,1)	65 (28,5)
Pernambuco	50 (5,6)	414 (46,0)	55 (6,1)	41 (4,6)	3 (0,3)	41 (4,6)	13 (1,4)	59 (6,6)	33 (3,7)	191 (21,2)
Piauí	14 (8,4)	58 (34,9)	3 (1,8)	3 (1,8)	2 (1,2)	4 (2,4)	2 (1,2)	8 (4,8)	3 (1,8)	69 (41,6)
Paraíba	16 (3,6)	149 (33,5)	117 (26,3)	70 (15,7)	1 (0,2)	6 (1,3)	2 (0,4)	10 (2,2)	6 (1,3)	68 (15,3)
Sudeste	1.695 (5,1)	10.748 (32,1)	3.891 (11,6)	1.964 (5,9)	396 (1,2)	1.900 (5,7)	855 (2,6)	5.530 (16,5)	2.310 (6,9)	4.154 (12,4)
São Paulo	1.045 (4,6)	7.182 (32,0)	2.905 (12,9)	1.531 (6,8)	226 (1,0)	1.272 (5,7)	544 (2,4)	4.340 (19,3)	1.479 (6,6)	1.927 (8,6)
Minas Gerais	404 (5,7)	2.521 (35,3)	724 (10,1)	378 (5,3)	132 (1,8)	346 (4,8)	189 (2,6)	795 (11,1)	590 (8,3)	1.053 (14,8)
Rio de Janeiro	135 (4,5)	783 (26,2)	240 (8,0)	33 (1,1)	25 (0,8)	252 (8,4)	104 (3,5)	347 (11,6)	184 (6,2)	882 (29,5)
Espírito Santo	111 (12,7)	262 (29,9)	22 (2,5)	22 (2,5)	13 (1,5)	30 (3,4)	18 (2,1)	48 (5,5)	57 (6,5)	292 (33,4)
Sul	1.544 (5,0)	14.314 (46,1)	3.254 (10,5)	1.861 (6,0)	2.254 (7,3)	533 (1,7)	499 (1,6)	2.595 (8,4)	2.655 (8,5)	1.549 (5,0)
Paraná	173 (2,5)	3.154 (44,8)	561 (7,8)	210 (3,0)	910 (12,9)	179 (2,5)	68 (1,0)	695 (9,9)	503 (7,1)	590 (8,4)
Santa Catarina	1.092 (10,1)	3.556 (32,9)	2.138 (19,8)	128 (1,2)	1.135 (10,5)	184 (1,7)	256 (2,4)	692 (6,4)	1.175 (1,5)	439 (4,1)
Rio Grande do Sul	279 (2,1)	7.604 (57,5)	555 (4,2)	1.523 (11,2)	209 (1,6)	170 (1,3)	175 (1,3)	1.208 (9,1)	977 (7,4)	520 (3,9)
Centro-Oeste	108 (2,5)	2.475 (56,9)	141 (3,2)	225 (5,2)	268 (6,2)	108 (2,5)	60 (1,4)	152 (3,5)	98 (2,5)	718 (16,5)
Goiás	61 (3,5)	1.021 (58,7)	57 (3,3)	103 (5,9)	8 (0,5)	68 (3,9)	36 (2,1)	78 (4,5)	46 (2,6)	262 (15,1)
DF	14 (2,6)	229 (41,9)	7 (1,3)	4 (0,7)	2 (0,4)	6 (3,9)	4 (0,7)	39 (7,1)	15 (2,7)	226 (41,4)
Mato Grosso	21 (1,9)	650 (57,5)	15 (1,3)	35 (3,1)	225 (19,9)	22 (1,9)	13 (1,1)	14 (1,2)	23 (2,0)	113 (10,0)
Mato Grosso do Sul	12 (1,3)	575 (61,4)	62 (6,6)	83 (8,9)	33 (3,5)	12 (1,3)	7 (0,7)	21 (2,2)	14 (1,5)	117 (12,5)

Tabela 4 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria de acordo com o tipo do benefício, entre os homens. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Benefícios relacionados com a saúde da indústria					
	Todos		Ocupacionais		Não-ocupacionais	
	N=256.471	100,0%	N=37.331	14,6%	N=219.140	85,4%
Norte	10.300	27,0	2.025	19,7	8.275	80,3
Amazonas	1.836	0,7	364	19,8	1.472	80,2
Amapá	214	0,1	49	22,9	165	77,1
Acre	236	0,1	67	28,4	169	71,6
Rondônia	1.364	0,5	332	24,3	1.032	75,7
Roraima	96	0,0	4	4,2	92	95,8
Pará	4.098	1,6	922	22,5	3.176	77,5
Tocantins	833	0,3	137	16,4	696	83,5
Nordeste	35.027	26,6	4.369	12,5	30.658	87,5
Bahia	8.199	3,2	1.062	12,9	7.137	87,0
Alagoas	2.974	1,2	374	12,6	2.600	87,4
Ceará	3.914	1,5	477	12,2	3.437	87,8
Maranhão	1.766	0,7	187	10,6	1.579	89,4
Rio Grande do Norte	2.039	0,8	179	8,8	1.860	91,2
Sergipe	1.182	0,5	134	11,3	1.048	88,7
Pernambuco	5.066	2,0	1.107	21,8	3.959	78,1
Piauí	1.144	0,4	114	10,0	1.030	90,0
Paraíba	1.786	0,7	204	11,4	1.582	88,6
Sudeste	169.123	25,9	20.214	11,9	148.909	88,0
São Paulo	87.075	33,9	12.911	14,8	74.164	85,2
Minas Gerais	29.223	11,4	3.317	11,3	25.906	88,6
Rio de Janeiro	14.631	5,7	1.539	10,5	13.092	89,5
Espírito Santo	4.751	1,8	594	12,5	4.157	87,5
Sul	100.499	35,0	12.450	12,4	88.049	87,6
Paraná	21.305	8,3	3.449	16,2	17.856	83,8
Santa Catarina	22.800	8,9	3.490	15,3	19.310	84,7
Rio Grande do Sul	25.336	9,9	3.848	15,2	21.488	88,6
Centro-Oeste	18.956	23,9	2.815	14,8	16.141	85,1
Goiás	5.989	2,3	1.017	17,0	4.972	83,0
DF	1.993	0,8	211	10,6	1.782	89,4
Mato Grosso	3.854	1,5	805	20,1	3.049	79,1
Mato Grosso do Sul	2.767	1,1	437	16,9	2.330	84,2

Tabela 5 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria de acordo com o tipo (ocupacional ou não-ocupacional), entre as mulheres. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Benefícios relacionados com a saúde na indústria					
	Todos		Ocupacionais		Não-ocupacionais	
	N=77.434	100,0%	N=4.542	5,9%	N=72.892	94,1%
Norte	1.623	2,1	150	9,2	1.473	90,8
Amazonas	355	0,5	30	8,4	325	91,5
Amapá	27	0,0	2	7,4	25	92,6
Acre	46	0,1	5	10,9	41	89,1
Rondônia	334	0,4	46	13,8	288	86,2
Roraima	21	0,0	1	4,8	20	95,2
Pará	715	0,9	57	7,8	658	92,0
Tocantins	125	0,2	9	7,2	116	92,8
Nordeste	6.957	9,0	531	7,6	6.426	92,4
Bahia	2.346	3,0	287	12,2	2.059	87,8
Alagoas	402	0,5	25	6,2	377	93,8
Ceará	1.691	2,2	80	4,7	1.611	95,3
Maranhão	227	0,3	8	3,5	219	96,5
Rio Grande do Norte	552	0,7	13	2,4	539	97,6
Sergipe	228	0,3	12	5,3	216	94,7
Pernambuco	900	1,2	88	9,8	812	90,2
Piauí	166	0,2	2	1,2	164	98,8
Paraíba	445	0,6	16	3,6	429	96,4
Sudeste	33.443	43,2	1.853	5,5	31.590	94,5
São Paulo	22.451	29,0	1.389	6,2	21.062	93,8
Minas Gerais	7.132	9,2	287	4,0	6.845	95,9
Rio de Janeiro	2.985	3,8	129	4,3	2.856	95,7
Espírito Santo	875	1,1	48	5,5	827	94,5
Sul	31.058	40,1	1.663	5,4	29.395	94,7
Paraná	7.043	9,1	481	6,8	6.562	93,2
Santa Catarina	10.795	13,9	596	13,1	10.199	94,5
Rio Grande do Sul	13.220	17,0	586	4,4	12.634	95,6
Centro-Oeste	4.353	5,6	345	7,9	4.008	92,1
Goiás	1.740	2,2	153	8,8	1.587	91,2
DF	546	0,7	29	5,3	517	94,7
Mato Grosso	1.131	1,5	105	9,3	1.026	90,7
Mato Grosso do Sul	936	1,2	58	6,2	878	93,8

Tabela 6 - Número e percentual de BS para trabalhadores da indústria, por grupos de doenças e agravos mais comuns, entre os homens. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Acidentes		Doenças mentais		Ósteo-musculares		Outras doenças	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	101.850	40,2	22.912	9,0	65.809	26,0	62.878	24,8
Norte	3.338	38,8	254	3,0	2.625	30,5	2.378	27,7
Amazonas	686	37,5	68	3,7	547	30,0	521	28,6
Amapá	91	43,1	6	2,8	54	25,6	60	28,4
Acre	105	45,8	9	3,9	51	22,3	64	27,9
Rondônia	668	49,4	37	2,7	310	22,9	338	25,0
Roraima	45	48,4	3	3,2	23	24,7	22	23,7
Pará	1.372	33,7	102	2,5	1.445	35,6	1.146	28,2
Tocantins	371	45,1	29	3,5	195	23,7	227	27,6
Nordeste	10.389	37,6	1.944	7,0	6.442	23,3	8.876	32,1
Bahia	2.462	30,5	761	9,4	2.647	32,7	2.212	27,4
Alagoas	1.078	36,9	211	7,2	641	21,9	994	34,0
Ceará	1.785	46,2	193	5,0	567	14,7	1.315	34,0
Maranhão	598	34,1	85	4,8	464	26,4	607	34,6
Rio Grande do Norte	682	34,1	166	8,3	463	23,2	688	34,4
Sergipe	425	36,5	68	5,8	234	20,1	437	37,5
Pernambuco	2.220	44,6	267	5,4	829	16,7	1.660	33,4
Piauí	452	40,1	68	6,0	232	20,6	375	33,3
Paraíba	687	38,9	125	7,1	365	20,7	588	33,3
Sudeste	51.999	38,8	12.984	9,7	36.662	27,3	32.454	24,2
São Paulo	34.185	39,7	8.351	9,7	24.775	28,7	18.889	21,9
Minas Gerais	11.384	39,6	3.058	10,6	6.699	23,3	7.628	26,5
Rio de Janeiro	4.499	31,1	1.339	9,3	3.981	27,6	4.627	32,0
Espírito Santo	1.931	41,2	236	5,0	1.207	25,8	1.310	28,0
Sul	29.687	43,2	6.989	10,2	16.432	23,9	15.544	22,6
Paraná	8.767	41,6	1.939	9,2	5.792	27,5	4.571	21,7
Santa Catarina	9.946	44,1	2.379	10,6	5.228	23,2	4.979	22,1
Rio Grande do Sul	10.974	43,8	2.671	10,7	5.412	21,6	5.994	23,9
Centro-Oeste	6.437	44,5	741	5,1	3.648	25,2	3.626	25,1
Goiás	2.829	47,7	291	4,9	1.225	20,7	1.582	26,7
DF	783	39,7	134	6,8	541	27,4	514	26,0

Mato Grosso	1.606	42,0	159	4,2	1.120	29,3	935	24,5
Mato Grosso do Sul	1.219	44,6	157	5,7	762	27,9	595	21,8

Tabela 7 - Número e percentual de BS de trabalhadores da indústria, por grupos de doenças e agravos mais comuns, entre as mulheres. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Acidentes		Doenças Mentais		Ósteo-musculares		Outras doenças	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	9.618	12,5	12.786	16,7	22.389	29,2	31.937	41,6
Norte	229	14,1	77	4,7	514	31,7	800	49,4
Amazonas	41	11,5	19	5,3	121	34,1	174	49,0
Amapá	4	14,8	1	3,7	5	18,5	17	63,0
Acre	9	19,6	2	4,3	11	23,9	24	52,2
Rondônia	64	19,2	16	4,8	104	31,2	149	44,7
Roraima	2	9,5	0	0,0	6	28,6	13	61,9
Pará	92	12,9	32	4,5	228	31,9	362	50,7
Tocantins	17	13,7	7	5,6	39	31,4	61	49,2
Nordeste	741	10,8	792	11,5	1565	22,7	3786	55,0
Bahia	190	8,2	450	19,3	719	30,9	970	41,6
Alagoas	36	9,0	14	3,5	64	16,1	284	71,4
Ceará	290	17,4	140	8,4	329	19,8	906	54,4
Maranhão	20	8,8	10	4,4	32	14,2	164	72,6
Rio Grande do Norte	44	8,1	76	13,9	125	22,9	301	55,1
Sergipe	20	8,8	18	7,9	47	20,7	142	62,6
Pernambuco	89	10,0	37	4,2	151	17,0	609	68,7
Piauí	14	8,4	9	5,4	14	8,4	129	77,7
Paraíba	38	8,6	38	8,6	84	19,0	281	63,7
Sudeste	4153	12,5	5311	16,0	9965	30,1	13.708	41,4
São Paulo	2.876	12,9	3.723	16,7	7.209	32,4	8.451	38,0
Minas Gerais	817	11,6	1.188	16,8	1.769	25,1	3.277	46,5
Rio de Janeiro	358	12,1	330	11,2	774	26,2	1.494	50,5
Espírito Santo	102	11,7	70	8,0	213	24,4	486	55,8
Sul	3.872	12,6	6.160	20,0	8.965	29,1	11.767	38,2
Paraná	884	12,7	954	13,7	2.351	33,7	2.796	40,0
Santa Catarina	1.259	11,8	2.278	21,3	3.150	29,4	4.012	37,5
Rio Grande do Sul	1.729	13,2	2.928	22,4	3.464	26,5	4.959	37,9
Centro-Oeste	623	14,4	446	10,3	1380	31,9	1876	43,4
Goiás	274	15,9	177	10,3	470	27,3	802	46,5
DF	61	11,3	74	13,7	174	32,2	232	42,9
Mato Grosso	157	13,9	95	8,4	418	37,1	458	40,6
Mato Grosso do Sul	131	14,0	100	10,7	318	34,1	384	41,2

**2ª DIMENSÃO DOS CUSTOS – IMPACTO SOBRE A PRODUTIVIDADE
(NÚMERO DE DIAS PERDIDOS DE TRABALHO)**

Tabela 8 - Distribuição dos dias perdidos de trabalho, DPT, para os trabalhadores da indústria, de acordo com a Unidade da Federação, entre os homens. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Número de benefícios	Dias perdidos trabalho			
		Total	Média	DP	%
Brasil /Homens	256.471	26.874.051	104,8	68,3	100
Norte	8.677	994.931	114,7	71,8	3,7
Amazonas	1.836	184.123	100,3	60,5	0,7
Amapá	214	22.405	104,7	88,6	0,1
Acre	236	27.548	116,7	75,4	0,1
Rondônia	1.364	146.022	107,0	66,3	0,5
Roraima	96	10.200	106,2	53,1	0,03
Pará	4.098	523.549	127,8	77,1	1,9
Tocantins	833	81.084	97,3	59,4	0,3
Nordeste	28.070	3.068.156	109,3	72,8	11,4
Bahia	8.199	1.110.652	135,5	79,7	4,1
Alagoas	2.974	312.185	105,0	71,7	1,2
Ceará	3.914	363.675	92,9	64,3	1,3
Maranhão	1.766	208.658	118,2	67,9	0,8
Rio Grande do Norte	2.039	192.468	94,4	53,3	0,7
Sergipe	1.182	107.646	91,1	58,0	0,4
Pernambuco	5.066	481.517	95,0	69,1	1,8
Piauí	1.144	128.659	112,5	72,9	0,5
Paraíba	1.786	162.696	91,1	65,4	0,2
Sudeste	135.680	14.629.074	107,8	69,2	54,4
São Paulo	87.075	9.599.114	110,2	70,8	35,6
Minas Gerais	29.223	2.877.121	98,4	65,0	10,7
Rio de Janeiro	14.631	1.624.919	111,1	65,4	6,0
Espírito Santo	4.751	527.920	111,1	70,1	2,0
Sul	69.441	6.775.194	97,6	64,1	25,2
Paraná	21.305	2.132.678	100,1	70,8	7,9
Santa Catarina	22.800	2.057.549	90,2	55,8	7,6
Rio Grande do Sul	25.336	2.584.967	102,0	64,4	9,6
Centro-Oeste	14.603	1.406.696	96,3	65,2	5,2
Goiás	5.989	539.455	90,1	63,7	2,0
DF	1.993	226.436	113,6	69,7	0,8
Mato Grosso	3.854	397.692	103,2	67,6	1,5
Mato Grosso do Sul	2.767	243.113	87,9	58,2	0,9

Tabela 9 - Distribuição dos dias perdidos de trabalho, DPT, para os trabalhadores da indústria, de acordo com a Unidade da Federação entre as mulheres. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	Número de benefícios	Dias perdidos de trabalho			
		Total	Média	DP	%
Brasil /Mulheres	77.434	8.761.039	113,1	90,2	100,0
Região Norte	1.623	234.748	144,6	119,7	2,7
Amazonas	355	46.574	131,2	113,6	0,5
Amapá	27	4.607	170,6	168,9	0,05
Acre	46	46.711	154,6	133,5	0,5
Rondônia	334	40.771	122,1	107,0	0,5
Roraima	21	3.810	181,4	113,7	0,04
Pará	715	116.575	163,0	125,0	1,3
Tocantins	125	15.300	122,4	103,0	0,2
Região Nordeste	6.957	930.644	133,8	112,8	10,6
Bahia	2.346	319.933	136,4	99,0	3,6
Alagoas	402	72.389	180,1	138,2	0,8
Ceará	1.691	172.491	102,0	93,4	2,0
Maranhão	227	41.790	184,1	134,6	0,5
Rio Grande do Norte	552	64.459	116,8	96,2	0,7
Sergipe	228	29.652	130,0	120,2	0,3
Pernambuco	900	140.642	156,3	133,3	1,6
Piauí	166	33.641	202,6	152,9	0,4
Paraíba	445	55.647	125,0	118,9	0,6
Região Sudeste	33.443	4.053.805	121,2	94,4	46,3
São Paulo	22.451	2.747.897	122,4	92,4	31,4
Minas Gerais	7.132	771.087	108,1	89,8	8,8
Rio de Janeiro	2.985	407.643	136,6	107,8	4,6
Espírito Santo	875	127.178	145,3	114,4	1,4
Região Sul	31.058	3.064.862	98,7	72,9	35,0
Paraná	7.043	755.215	107,2	88,9	8,6
Santa Catarina	10.795	979.885	90,8	61,9	11,2
Rio Grande do Sul	13.220	1.329.762	100,6	71,1	15,2
Região Centro-Oeste	4.353	476.980	109,6	98,2	5,4
Goiás	1.740	180.482	103,7	100,0	2,1
DF	546	71.822	131,5	99,4	0,8
Mato Grosso	1.131	131.552	116,3	96,5	1,5
Mato Grosso do Sul	936	93.124	99,5	93,8	1,1

Tabela 10 - Número, percentual, média e desvio padrão de dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, de trabalhadores da indústria de acordo com o sexo e sub-ramo da indústria. Brasil, 2006

Sexo/ Ramos da indústria	Número de benefícios	Dias perdidos de trabalho por afastamentos temporários (B31 e B91)			
		Número de DTP	Média por benefício	Desvio Padrão	%
Todos	333.905	35.635.090	106,7	74,0	100,0
Homens	256.471	26.874.051	104,8	68,3	75,4
Indústria de minerais não-metálicos	15.121	1.581.991	104,6	66,8	5,9
alimentos e bebidas	51.397	4.838.451	94,1	64,1	18,0
têxtil	11.605	1.183.487	102,0	65,6	4,4
couro, artigos de viagens e calçados	8.715	829.046	95,1	68,5	3,1
Madeira	12.458	1.295.163	104,0	69,1	4,8
Química	12.659	1.363.017	107,7	68,5	5,1
borracha e plásticos	10.565	1.077.101	101,9	67,6	4,0
metalúrgica e mecânica	54.850	5.662.923	103,2	65,3	21,1
móveis e outros	11.835	1.187.610	100,3	65,4	4,4
Construção	67.266	7.855.262	116,8	73,3	29,2
Mulheres	77.434	8.761.039	113,1	90,2	24,6
Indústria de minerais não metálicos	3.743	450.489	120,3	92,6	5,1
alimentos e bebidas	3.763	3.009.017	97,8	74,4	34,3
têxtil	7.991	829.908	103,8	68,8	9,5
couro, artigos de viagens e calçados	5.044	484.693	96,1	76,7	5,5
madeira	3.366	392.572	117,7	96,2	4,5
química	2.756	343.434	124,6	93,5	3,9
borracha e plásticos	1.543	201.595	130,6	104,5	2,3
metalúrgica e mecânica	8.906	1.113.406	125,0	94,0	12,7
móveis e outros	5.407	577.983	106,9	79,7	6,6
construção	7.945	1.357.942	170,9	131,3	15,5

Tabela 11 - Número, percentual, média e desvio padrão de dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, de trabalhadores da indústria de acordo com o tipo de benefício e sexo. Brasil, 2006

Sexo/Tipo de benefício	Número de benefícios	Dias perdidos de trabalho por afastamentos temporários (B31 e B91)			
		Número de DPT	Média por benefício	Desvio Padrão	%
Todos	333.905	35.635.090	106,7	74,0	100,0
Ocupacional	41.873	40.036.380	95,6	64,0	11,2
Não-ocupacional	292.032	31.631.452	108,3	75,2	88,8
Homens	256.471	26.874.051	104,8	68,3	75,4
Ocupacional	37.331	3.485.280	93,4	60,1	13,0
Não-ocupacional	219.140	23.388.771	106,7	69,4	87,0
Mulheres	77.434	8.761.039	113,1	90,2	24,6
Ocupacional	4.542	518.358	112,2	80,6	4,7
Não-ocupacional	72.892	8.242.681	111,0	82,1	95,3

Tabela 12 - Número, percentual, média e desvio padrão de Dias perdidos de trabalho, DTP, de BS, entre os trabalhadores da indústria de acordo com os grupos de doenças e agravos mais comuns e sexo. Brasil, 2006

Sexo/ Grupos de doenças/agravos	Número de benefícios	Dias perdidos de trabalho por afastamentos temporários (B31 e B91)			
		Número de DPT	Média por benefício	Desvio Padrão	%
Todos	333.905	35.635.090	106,7	74,0	100,0
Acidentes	111.468	10.301.136	92,4	55,0	28,9
Doenças ósteo-musculares	88.198	9.576.290	108,6	63,0	26,9
Doenças mentais	35.698	4.252.310	119,1	66,6	11,9
Outras	94.815	11.206.520	118,2	99,1	31,4
Homens	256.471	26.874.051	104,8	68,3	75,4
Acidentes	101.850	9.461.829	92,9	55,3	35,2
Doenças ósteo-musculares	65.809	7.274.177	110,5	63,6	27,1
Doenças mentais	22.912	2.871.011	125,3	69,1	10,7
Outras	62.878	7.022.612	111,7	86,5	26,1
Mulheres	77.434	8.761.039	113,1	90,2	24,6
Acidentes	9.618	839.307	87,3	51,7	9,6
Doenças ósteo-musculares	22.389	2.302.113	102,8	60,7	26,3
Doenças mentais	12.786	1.381.299	108,0	60,3	15,8
Outras	31.937	4.183.908	131,0	119,2	47,7

Tabela 13 - Razão Dias perdidos de trabalho x número de trabalhadores da indústria, de acordo com o ramo de atividade e sexo. Brasil. 2006

Ramos da Indústria	Número de trabalhadores da indústria* (A)	Dias perdidos de trabalho na indústria (B)	Razão (B/A)
Todos	8.960.436	35.635.090	4,0:1
Homens	6.886.986	26.874.051	3,9:1
Indústria de minerais não metálicos	375.819	1.581.991	4,2:1
alimentos e bebidas	1.024.795	4.838.451	4,7:1
têxtil	197.264	1.183.487	6,0:1
couro, artigos de viagens e calçados	208.783	829.046	4,0:1
madeira	191.618	1.295.163	6,7:1
química	227.769	1.363.017	6,0:1
borracha e plásticos	296.599	1.077.101	3,6:1
metalúrgica e mecânica	1.356.742	5.662.923	4,2:1
móveis e outros	246.013	1.187.610	4,8:1
construção	1.554.945	7.855.262	5,0:1
Mulheres	2.073.450	8.761.039	4,2:1
Indústria de minerais não metálicos	45.606	450.489	10:1
alimentos e bebidas	360.443	3.009.017	8,3:1
têxtil	109.089	829.908	7,6:1
couro, artigos de viagens e calçados	185.726	484.693	2,6:1
madeira	32.518	392.572	12,0:1
química	97.947	343.434	3,5:1
borracha e plásticos	106.787	201.595	2,0:1
metalúrgica e mecânica	188.081	1.113.406	5,9:1
móveis e outros	92.751	577.983	6,2:1
construção	119.538	1.357.942	11,3:1

*Dados obtidos da RAIS.

**APÊNDICE C – 3ª. DIMENSÃO DOS CUSTOS - DESPESAS COM
BENEFÍCIOS TEMPORÁRIOS RELACIONADOS À SAÚDE**

Tabela 14 - Despesas totais e médias em Reais (R\$) com BS temporários entre trabalhadores da indústria, entre os homens. Brasil, 2006

Regiões e Unidades da Federação	BS temporários de trabalhadores da indústria				
	No.	Despesas (R\$)	Média (R\$)	DP	%
Brasil /Homens	256.471	219.669.018,00	856,0	529,0	81,8
Região Norte	8.677	5.839.929,00	673,00	404,00	2,6
Amazonas	1.836	1.631.989,00	889,00	489,00	0,7
Amapá	214	134.431,00	628,00	359,00	0,1
Acre	236	123.481,00	523,00	260,00	0,1
Rondônia	1.364	753.286,00	552,00	266,00	0,3
Roraima	96	67.930,00	708,00	421,00	0,0
Pará	4.098	2.594.648,00	633,00	386,00	1,2
Tocantins	833	534.153,00	641,00	329,00	0,2
Região Nordeste	28.070	17.880.836,00	637,00	417,00	8,1
Bahia	8.199	6.155.509,00	751,00	482,00	2,8
Alagoas	2.974	1.726.053,00	580,00	406,00	0,8
Ceará	3.914	2.179.996,00	557,00	367,00	1,0
Maranhão	1.766	1.200.393,00	680,00	434,00	0,5
Rio Grande do Norte	2.039	1.147.915,00	563,00	327,00	0,5
Sergipe	1.182	745.277,00	630,00	452,00	0,3
Pernambuco	5.066	3.015.003,00	595,00	354,00	1,4
Piauí	1.144	721.147,00	630,00	385,00	0,3
Paraíba	1.786	989.543,00	554,00	314,00	0,4
Região Sudeste	135.680	132.266.347,00	975,00	581,00	60,2
São Paulo	87.075	94.962.164,00	1.091,0	599,00	43,2
Minas Gerais	29.223	20.729.327,00	709,0	460,00	9,4
Rio de Janeiro	14.631	13.344.756,00	912,0	516,00	6,1
Espírito Santo	4.751	3.230.010,00	680,0	403,00	1,5
Região Sul	69.441	53.954.776,00	777,00	433,00	24,6
Paraná	21.305	15.805.396,00	742,00	422,00	7,2
Santa Catarina	22.800	17.703.296,00	776,00	427,00	8,0
Rio Grande do Sul	25.336	20.446.084,00	807,00	446,00	9,3
Região Centro-Oeste	14.603	9.727.140,00	666,00	372,00	4,4
Goiás	5.989	3.866.609,00	646,00	365,00	1,8
DF	1.993	1.610.918,00	808,00	468,00	0,7
Mato Grosso	3.854	2.498.995,00	648,00	327,00	1,1
Mato Grosso do Sul	2.767	1.750.618,00	633,00	343,00	0,8

Tabela 15 - Despesas totais e médias em Reais (R\$) com BS de trabalhadoras da indústria, entre as mulheres. Brasil, 2006

Sexo/ regiões e unidades da federação	BS temporários de trabalhadoras da indústria				
	No.	Despesas (R\$)	Média (R\$)	Desvio padrão (R\$)	%
Brasil /Mulheres	77.434	48.939.274,00	632,0	384,0	18,2
Região Norte	1.623	899.893,00	554,0	364,0	1,8
Amazonas	355	270.836,00	763,0	503,0	0,5
Amapá	27	16.196,00	600,0	278,0	0,0
Acre	46	21.576,00	469,0	326,0	0,0
Rondônia	334	160.635,00	481,0	228,0	0,3
Roraima	21	12.966,00	617,0	473,0	0,0
Pará	715	351.651,00	492,0	295,0	0,7
Tocantins	125	66.033,00	528,0	328,0	0,1
Região Nordeste	6.957	3.536.824,00	508,0	362,0	7,2
Bahia	2.346	1.262.949,00	538,0	407,0	2,6
Alagoas	402	225.529,00	561,0	464,0	0,5
Ceará	1.691	729.220,00	431,0	257,0	1,5
Maranhão	227	137.202,00	604,0	427,0	0,3
Rio Grande do Norte	552	247.302,00	448,0	258,0	0,5
Sergipe	228	128.710,00	564,0	439,0	0,3
Pernambuco	900	502.850,00	559,0	379,0	1,0
Piauí	166	84.870,00	511,0	342,0	7,2
Paraíba	445	218.192,00	490,0	280,0	0,4
Região Sudeste	33.443	24.219.949,00	724,0	452,0	49,5
São Paulo	22.451	17.820.632,00	794,0	462,0	36,4
Minas Gerais	7.132	3.745.833,00	525,0	340,0	7,6
Rio de Janeiro	2.985	2.150.440,00	720,0	479,0	4,4
Espírito Santo	875	503.043,00	575,0	383,0	1,0
Região Sul	31.058	17.921.077,00	577,0	282,0	36,6
Paraná	7.043	3.917.654,00	556,0	297,0	8,0
Santa Catarina	10.795	6.397.363,00	593,0	278,0	0,4
Rio Grande do Sul	13.220	7.606.060,00	575,0	276,0	15,5
Região Centro-Oeste	4.353	2.361.529,00	542,0	326,0	4,8
Goiás	1.740	918.395,00	528,0	299,0	1,9
DF	546	387.730,00	710,0	543,0	0,8
Mato Grosso	1.131	592.667,00	524,0	262,0	1,2
Mato Grosso do Sul	936	462.737,00	494,0	234,0	0,9

Tabela 16 - Custos totais, médios por BS temporários, em Reais (R\$), entre os trabalhadores da indústria, de acordo com o sexo e sub-ramo de atividades econômicas. Brasil, 2006

Sexo/Sub-ramos da indústria	BS temporários de trabalhadores da indústria				
	No.	Custos (R\$)	Média (R\$)	Desvio Padrão	100,0%
Todos	333.905	268.608.292,00	804,0	508,0	100,0
Homens	256.471	219.669.018,00	856,00	528,7	100,0
Indústria de minerais não metálicos	15.121	11.379.614,00	753,00	455,1	5,2
alimentos e bebidas	51.397	36.910.033,00	718,00	419,8	16,8
têxtil	11.605	10.264.603,00	884,00	523,4	4,7
couro, artigos de viagens e calçados	8.715	5.901.629,00	677,00	423,9	2,7
madeira	12.458	7.701.526,00	618,00	362,8	3,5
química	12.659	12.826.648,00	1.013,00	626,4	5,8
borracha e plásticos	10.565	9.789.138,00	927,00	517,8	4,5
metalúrgica e metal-mecânica	54.850	65.232.628,00	1.189,00	645,0	29,6
móveis e outros	11.835	8.324.845,00	703,00	384,4	3,8
construção	67.266	51.338.356,00	763,00	410,2	23,4
Mulheres	77.434	48.939.274,00	632,00	384,00	100,0
Indústria de minerais não metálicos	3.743	2.340.526,00	625,00	342,2	4,8
alimentos e bebidas	3.763	16.916.796,00	550,00	270,2	34,6
têxtil	7.991	4.978.224,00	623,00	310,9	10,2
couro, artigos de viagens e calçados	5.044	2.472.883,00	490,00	264,8	5,0
madeira	3.366	1.664.104,00	499,00	256,9	3,4
produtos químicos	2.756	2.345.574,00	851,00	562,5	4,8
borracha e plásticos	1.543	1.194.021,00	774,00	469,6	2,4
metalúrgica e metal-mecânica	8.906	8.271.993,00	929,00	559,2	16,9
móveis e outros	5.407	3.236.876,00	599,00	309,5	6,6
construção	7.945	5.518.278,00	694,00	439,0	11,3

Tabela 17 - Despesas totais, médios e desvio padrão de BS, em Reais (R\$) entre os trabalhadores da indústria, de acordo com sexo e tipo de benefício. Brasil, 2006

Sexo Tipo de benefício	BS temporários de trabalhadores da indústria				
	No.	Despesas (R\$)	Média (R\$)	Desvio Padrão	%
Todos	333.905	268.608.291,00	804,0	508,0	100
Ocupacional	41.873	31.742.187,00	758,0	459,0	11,8
Não-ocupacional	292.032	236.866.105,00	811,0	514,0	88,2
Homens	256.471	219.669.018,00	856,0	529,0	81,8
Ocupacional	37.331	28.876.558,00	773,0	465,0	13,1
Não-ocupacional	219.140	190.792.460,00	871,0	537,0	86,9
Mulheres	77.434	48.939.274,00	632,0	384,0	18,2
Ocupacional	4.542	2.865.629,00	631,0	379,0	5,9
Não-ocupacional	72.892	46.073.645,00	632,0	384,0	94,1

Tabela 18 - Despesas totais e médios em Reais (R\$) entre os trabalhadores da indústria de acordo com o sexo e grupos de doenças e agravos de saúde mais comuns. Brasil, 2006

Sexo/Grupos de doenças e agravos	BS temporários de trabalhadores da indústria				
	No.	Despesas (R\$)	Média (R\$)	Desvio Padrão	100,0%
Todos	333.905	268.608.291,00	804,0	508,0	100,0
Acidentes	111.468	83.500.051,00	749,0	461,7	31,1
Doenças ósteo-musculares	88.198	77.572.386,00	879,0	544,1	28,9
Doenças mentais	35.698	29.290.548,00	820,0	519,9	10,9
Outras	94.815	75.535.832,00	797,0	513,2	28,1
Homens	256.471	219.669.018,00	856,0	529,0	81,8
Acidentes	101.850	77.830.780,00	764,0	468,0	35,4
Doenças ósteo-musculares	65.809	63.555.038,00	966,0	569,0	28,9
Doenças mentais	22.912	21.114.759,00	921,0	559,0	9,6
Outras	62.878	54.855.371,00	872,0	541,0	25,0
Mulheres	77.434	48.939.274,00	632,0	384,0	18,2
Acidentes	9.618	5.669.271,00	589,0	347,0	11,6
Doenças ósteo-musculares	22.389	14.017.348,00	626,0	451,5	28,6
Doenças mentais	12.786	8.175.789,00	639,0	379,0	16,7
Outras	31.937	20.680.461,00	647,0	415,0	42,3

Tabela 19 - Grupos de doenças/agravos (Capítulos da CID-10) e doenças mais comuns dos BS, na indústria, por ramo de atividade, em homens. Brasil, 2006

Ramo de atividade	Grupos de doenças e agravos mais comuns entre os BS (% no grupo)				
	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.
Min. não-metálicos					
Capítulo CID-10	Acidentes (38,8)	Ósteo ¹ (26,7)	SDIG ² (8,7)	CV ³ (7,0)	Mentais (6,1)
Doença específica	Fratura punho/mão (15,7)	Dorsalgia (12,6)	Hernia Inguinal (44,3)	Hipertensão arterial (20,3)	Depressão (11,4)
Alimentos e bebidas					
Capítulo CID-10	Acidentes (42,2)	Ósteo(24,2)	SDIG (9,2)	Mentais (6,4)	CV (6,0)
Doença específica	Fratura punho/mão (12,6)	Dorsalgia (11,3)	Hernia Inguinal (44,2)	Depressão (11,1)	Hipertensão arterial (15,0)
Têxteis					
Capítulo CID-10	Acidentes (44,0)	Ósteo(24,1)	Mentais (8,4)	SDIG (7,8)	CV (5,2)
Doença específica	Fratura punho/mão (18,3)	Dorsalgia (12,8)	Depressão (13,5)	Hernia Inguinal (44,6)	Hipertensão arterial (16,0)
Couros, e derivados					
Capítulo CID-10	Acidentes (42,5)	Ósteo(23,7)	SDIG (9,3)	CV (6,0)	Mentais (5,9)
Doença específica	Fratura punho/mão (14,4)	Dorsalgia (11,3)	Hernia Inguinal (45,1)	Hipertensão arterial (14,0)	Alcoolismo (7,1)
Madeira					
Capítulo CID-10	Acidentes (46,2)	Ósteo (23,7)	SDIG (8,1)	CV (5,3)	Mentais (5,0)
Doença específica	Fratura punho/mão (15,3)	Dorsalgia (19,5)	Hernia Inguinal (46,9)	Hipert.arterial (15,0)	Depressão (12,2)
Química					
Capítulo CID-10	Acidentes (39,2)	Ósteo (27,7)	SDIG (7,4)	Mentais (7,2)	CV (6,6)
Doença específica	Fratura punho/mão (15,5)	Discopatia Lombar (13,8)	Hernia Inguinal (41,3)	Depressão (8,1)	Hipert. arterial (20,0)
Borracha e plásticos					
Capítulo CID-10	Acidentes (42,4)	Ósteo (26,0)	Mentais (8,1)	SDIG (7,4)	CV (5,6)
Doença específica	Fratura punho/mão (20,7)	Dorsopatia (11,3)	Depressão (12,1)	Hernia Inguinal (43,4)	Varizes MI (15,3) Hipert. arterial (15,2)
Met.metalmecânica					
Capítulo CID-10	Acidentes (38,9)	Ósteo ¹ (29,2)	Mentais (8,5)	SDIG (7,4)	CV (5,5)
Doença específica	Fratura punho/mão (21,0)	Discopatia Lombar (11,0)	Depressão (13,1)	Hernia Inguinal (40,6)	Varizes MI (26,0) Hipert. arterial (14,0)
Móveis e derivados					
Capítulo CID-10	Acidentes (38,8)	Ósteo (21,2)	SDIG (8,1)	Mentais (6,6)	CV (5,7)
Doença específica	Fratura punho/mão (18,9)	Dorsalgia (13,7)	Hernia Inguinal (44,0)	Depressão (10,7)	Varizes MI (26,8) Hipert.arterial (13,3)
Construção					
Capítulo CID-10	Acidentes (36,6)	Ósteo(26,7)	CV (7,9)	SDIG (7,7)	Mentais (7,2)
Doença específica	Fratura punho/mão	Dorsalgia (14,4)	Hipert. arterial (29,4)	Hernia Inguinal (45,5)	Depressão (9,5)

	(12,5)				
Total	Acidentes (40,2)	Ósteo (26,1)	SDIG (8,1)	Mentais (7,2)	CV (6,4)

¹ Ósteo – doenças ósteo-musculares; ² SDIG- Doenças do sistema digestivo; ³ CV – Doenças cardiovasculares.

Tabela 20 - Grupos de doenças/agravos (Capítulos da CID-10) e doenças mais comuns entre os BS, na indústria, por ramo de atividade, em mulheres. Brasil, 2006

Ramos de atividades	Grupos de doenças e doenças mais comuns entre os BS (% no grupo)				
	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.
Min. não-metálicos					
Capítulo CID-10	Ósteo ¹ (33,9)	Mentais (13,7)	Acidentes (13,2)	Reprod ² (8,2)	CV ³ (7,0)
Doença específica	S-Tenossinovite ⁴ (21,4)	Depressão (24,6)	Frat. de punho/mão (12,6)	Hemorragia na gravidez (64,4)	Varizes MI (36,1)
Alimentos e bebidas					
Capítulo CID-10	Ósteo (31,9)	Mentais (14,5)	Acidentes (13,4)	Reprod (8,5)	CV (6,2)
Doença específica	S-Tenossinovite (23,0)	Depressão (33,9)	Frat. de punho/mão (9,6)	Hemorragia na gravidez (58,5)	Varizes MI (51,0)
Têxteis					
Capítulo CID-10	Ósteo (33,3)	Mentais (17,1)	Acidentes (11,9)	Reprod (8,7)	CV (6,2)
Doença específica	S-Tenossinovite (19,1)	Depressão (44,3)	Frat. de punho/mão (10,2)	Hemorragia na gravidez (63,9)	Varizes MI (48,4)
Couros, e derivados					
Capítulo CID-10	Ósteo (29,1)	Acidentes (15,6)	Mentais (12,7)	Reprod (9,3)	Genito ⁵ (6,2)
Doença específica	S-Tenossinovite (26,3)	Frat. de punho/mão (8,8)	Depressão (37,5)	Hemorragia na gravidez (55,4)	Varizes MI (35,9)
Madeira					
Capítulo CID-10	Ósteo (38,7)	Acidentes (16,2)	Mentais (9,9)	Reprod (8,0)	CV (5,3)
Doença específica	Dorsalgia (43,9)	Frat.de punho/mão (10,3)	Depressão (38,6)	Hemorragia na gravidez (64,1)	Varizes MI (40,4)
Química					
Capítulo CID-10	Ósteo (33,9)	Acidentes (15,8)	Mentais (11,7)	Reprod (7,2)	CV (5,8)
Doença específica	S-Tenossinovites. (24,2)	Fratura do pé (11,0)	Depressão (37,3)	Hemorragia na gravidez (54,0)	Varizes MI (39,4)
Borracha e plásticos					
Capítulo CID-10	Ósteo (33,5)	Mentais (14,3)	Acidentes (13,0)	Reprod (6,7)	CV (6,6)
Doença específica	S-Tenossinovites (18,0)	Depressão (39,2)	Frat.de punho/mão (10,0)	Hemorragia na gravidez (59,8)	Varizes MI (37,6)
Met. metalmecânica					
Capítulo CID-10	Ósteo (34,7)	Mentais (14,3)	Acidentes (13,2)	Reprod (8,3)	CV (5,3)
Doença específica	S-Tenossinovites (22,4)	Depressão (38,1)	Frat.de punho/mão (11,0)	Hemorragia na gravidez (55,8)	Varizes MI (75,9)
Móveis e derivados					
Capítulo CID-10	Ósteo (33,6)	Acidentes (12,4)	Mentais (11,9)	Reprod (11,2)	CV (6,2)
Doença específica	S-Tenossinovites (21,9)	Ferim. punho/mão (6,7)	Depressão (39,1)	Hemorragia na gravidez (71,0)	Varizes MI (48,3)
Construção					
Capítulo CID-10	Ósteo (28,1)	Acidentes (16,0)	Mentais (15,5)	CV(6,8)	Reprod (6,1)
Doença específica	Dorsalgia (28,9)	Fratura do pé (8,0)	Depressão (37,8)	Hipertensão (27,4)	Hemorragia na gravidez (47,3)
Total	Ósteo (32,5)	Mentais (14,2)	Acidentes (13,6)	Reprod (8,5)	CV (6,1)

¹ Ósteo – doenças ósteo-musculares; ² Reprod- Doenças relacionadas à função reprodutiva; ³ Doenças cardiovasculares; ⁴ S-Tenossinovite –Sinovites e Tenossinovites;

⁵Genito – Doenças genitourinárias;

SESI/DN

Unidade de Saúde e Segurança do Trabalho – UniSaúde

Fernando Coelho Neto
Gerente-Executivo

Sylvia Yano
Coordenação Técnica

Unidade de Tendências e Prospecção – UNITEP

Fabrizio Machado Pereira
Gerente-Executivo

Monika Gomes Heringer Freitas
Euller de Sa Barros
Equipe Técnica

DIRETORIA DE SERVIÇOS CORPORATIVOS

Área Corporativa de Informação e Documentação – ACIND

Renata Lima
Normalização

Vilma Sousa Santana
Mariana Sousa Santana
Autoras