

ANÁLISE DAS DESPESAS PÚBLICAS COM APOSENTADORIA POR DOENÇA NO BRASIL

ANALYSIS OF PUBLIC EXPENDITURE ON SICKNESS RETIREMENT IN BRAZIL

ANÁLISIS DEL GASTO PÚBLICO EN JUBILACIÓN POR ENFERMEDAD EN BRASIL

Helen Maria da Silva Gomes

Universidade Federal de Santa Catarina
helensgomes@hotmail.com

João Carlos Hipólito Bernardes do Nascimento

Universidade Federal do Piauí
joahipolito@ufpi.edu.br

Alysson Nunes de Moura Nunes

Universidade Federal do Piauí
alynunes@hotmail.com

Elias Dib Caddah Neto

Universidade Federal do Piauí
eliascaddah@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

Objetivo: Analisar o comportamento das despesas públicas com auxílio-doença no Brasil, considerando as doenças, o gênero, a idade e a região do trabalhador. **Método:** Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, de natureza descritiva exploratória, com um recorte temporal de 2009 a 2017. Realizou-se uma análise comparativa quanto à caracterização dos beneficiados, incluindo idade, sexo, região do trabalhador. **Resultados:** Na zona rural e urbana, observou-se que o maior dispêndio ocorre com homens. Quanto à categorização por faixa etária, as maiores despesas decorrem com pessoas entre 55 e 59 anos, seguido por a faixa etária de 50 a 54 anos. Quanto ao motivo da aposentadoria, os principais motivos identificados foram doenças do aparelho circulatório, doenças do sistema osteomuscular, neoplasias e transtornos mentais e comportamentais. **Conclusão:** Observa-se que os valores recebidos pelas mulheres continuam a ser inferiores aos dos homens, que população da zona urbana tendem a receber mais recursos do que da zona rural e quanto à idade, pessoas mais velhas recebem valores maiores que os mais novos.

Palavras-chave: Previdência Social. Saúde Pública. Ministério da Previdência Social.

ABSTRACT

Objective: To analyze the behavior of public spending on sick pay in Brazil, considering the diseases, gender, age, and region of the worker. **Method:** This is a retrospective longitudinal study, of exploratory descriptive nature, with a time frame of 2009 to 2017. A comparative analysis was performed regarding the characterization of the beneficiaries, including age, gender, region of the worker. **Results:** In rural and urban areas, it was observed that the highest expenditure occurs with men. As for the categorization by age group, the highest expenditure occurs with people between 55 and 59 years old, followed by the age group 50 to 54 years old. As for the reason for retirement, the main reasons identified were diseases of the circulatory system, diseases of the musculoskeletal system, neoplasms, and mental and behavioral disorders. **Conclusion:** It is observed that the amounts received by women continue to be lower than those received by men, that the urban population tends to receive more resources than the rural population, and as for age, older people receive higher amounts than younger people.

Keywords: Social Security. Public Health. Ministry of Social Security.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el comportamiento del gasto público en la remuneración por enfermedad en Brasil, considerando las enfermedades, el género, la edad y la región del trabajador. **Método:** Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo, de carácter descriptivo exploratorio, con un marco temporal de 2009 a 2017. Se realizó un análisis comparativo en cuanto a la caracterización de los beneficiarios, incluyendo la edad, el género y la región del trabajador. **Resultados:** Tanto en las zonas rurales como en las urbanas, se ha observado que el mayor gasto se produce en los hombres. En cuanto a la categorización por edad, los mayores desórdenes se dan en personas de entre 55 y 59 años, seguidos de la edad de 50 a 54 años. En cuanto al motivo de la jubilación, las principales razones identificadas fueron las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del sistema musculoesquelético, las neoplasias y los trastornos mentales y del comportamiento. **Conclusión:** Se observa que los valores recibidos por las mujeres siguen siendo inferiores a los de los hombres, que la población de la zona urbana tiende a recibir más recursos que la de la zona rural y que, en cuanto a la edad, las personas más mayores reciben valores mayores que las más jóvenes.

Palabras clave: Seguridad Social. Salud pública. Ministerio de la Seguridad Social.

INTRODUÇÃO

A acessibilidade dos serviços de saúde é uma questão fundamental na maioria dos países; em todo o mundo, milhões de pessoas são empurradas para a pobreza todos os anos pela necessidade de pagar

pelos serviços de saúde. A parcela do gasto total em saúde como porcentagem do PIB é de 7,7% nos países de alta renda, 5,8% nos países de renda média e 4,7% nos países de baixa renda (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2008).

Ao trabalhador que necessita afastamento por incapacidade temporária ou permanente é oferecida uma assistência financeira proporcionando uma estabilidade social (SILVA JUNIOR; FISCHER, 2014). No Brasil, o responsável por autorização e revisão dos benefícios previdenciários é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), criado em 1990 e ligado ao Ministério da Previdência Social (MPS). A década de 2000 foi marcada por o aumento do número de liberações deste benefício saltando de 1.288.270 em 2002 e chegando a 1.860.695 em 2005 (SIANO *et al.*, 2008; SIANO; RIBEIRO; RIBEIRO, 2010).

O MPS possui os dados referentes à parte significativa da população trabalhadora brasileira, pois contempla os trabalhadores segurados (autônomos, empregados e os demais contribuintes da Previdência Social) (JAKOBI *et al.*, 2013). Uma grande parcela das morbidades da população brasileira incapacitada é representada por doenças relacionadas ao trabalho (SOUZA *et al.*, 2008). As condições de trabalho constituem um importante risco à saúde do trabalhador, sendo levado em consideração fatores de risco presentes em ambientes de trabalho e fatores psicossociais (como jornadas de trabalho, demanda no trabalho, baixos salários, baixa escolaridade e equipamento de trabalho inadequado) (JAKOBI *et al.*, 2015).

No Brasil, o registro de doenças relacionadas ao trabalho cresceu entre 1988 e 2005, diferente do observado em países desenvolvidos, onde o pagamento destes benefícios declinou. Fatos que justificam esta queda vão desde fatores macroeconômicos ao sub-registro, entretanto, o fator determinante é que doenças relacionadas ao trabalho podem ser evitadas quando há uma prevenção primária nos locais de trabalho (SOUZA *et al.*, 2008).

Para evitar subnotificação dos acidentes de trabalho, o INSS implementou, em 2007, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, que estabelece uma correlação entre atividades econômicas e um grupo de diagnósticos da incapacidade do trabalho. Apesar dos avanços ocorridos, ainda há uma subnotificação, no Brasil, principalmente quando o absenteísmo corresponde a um período inferior a 16 dias consecutivos, pois, nestes casos, não há consentimento de benefícios (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011). No processo de avaliação do direito à assistência financeira por auxílio-doença, cabe ao perito-médico do INSS avaliar se este foi desencadeado ou agravado pelo trabalho (DA SILVA-JUNIOR *et al.*, 2014).

Visando compreender melhor os gastos previdenciários, este estudo tem como objetivo analisar o comportamento das despesas públicas com auxílio-doença no Brasil, estimando a influência de possíveis agravos como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão – CID 10, o gênero, a idade e a região do trabalhador nesses indicadores.

Custos de saúde e perdas de produtividade por conta de doenças crônicas são informações úteis para informar os formuladores de políticas e orientar estratégias de prevenção e reabilitação. Dessa forma, é importante compreender e monitorar os gastos com saúde a fim de otimizar o uso de recursos escassos e adotar intervenções baseadas em evidências, sendo, assim, essencial para o desenvolvimento de futuras estratégias de intervenção econômica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Características da Previdência Social no Brasil

Os primeiros benefícios sociais foram introduzidos em meados do século XX, foram criadas ferramentas para promover a estabilidade social, surgindo os Institutos de Aposentadoria e Pensões. Cada grupo teria suas próprias leis e benefícios previdenciários, e seu poder de barganha dependia de sua influência política, social e econômica. Os primeiros esquemas de pensão cobriam apenas as classes trabalhadoras urbanas, pois se considerava que elas não podiam mais confiar apenas nas estruturas arcaicas

de solidariedade familiar e nos laços religiosos. Os trabalhadores rurais só foram incluídos no sistema em 1943, com a criação da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) (MOSCIARO; AALBERS, 2020).

A reforma da previdência social brasileira de 1991 reduziu a idade mínima de elegibilidade para o benefício de aposentadoria rural para homens de 65 para 60 anos, aumentou o benefício mínimo pago aos beneficiários de aposentadoria rural de 50% para 100% do salário mínimo, estendeu os benefícios de aposentadoria para as trabalhadoras rurais que não eram chefes de família (estendendo assim os benefícios para as esposas idosas de trabalhadores rurais anteriormente descobertas), e reduziu a idade em que as mulheres se qualificavam para os benefícios de 60 para 55 anos (DE CARVALHO FILHO, 2012).

Os sistemas de pensão previamente segmentados foram fundidos em uma única instituição nacional. A fim de suavizar a transição para um regime ditatorial, o Estado criou o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), um fundo público que garantiria a compensação monetária para os anos trabalhados. O FGTS apoia a propriedade residencial de trabalhadores dentro do mercado de trabalho formal e, assim, tornou-se o principal pilar do Sistema Previdenciário brasileiro (MOSCIARO; AALBERS, 2020).

No caso dos servidores públicos, a Constituição ajustou as diferenças entre as duas principais formas de contratos de servidores públicos federais existentes no Brasil desde 1964. Nesse contexto, os funcionários públicos de carreira, que, entre outras coisas, tinham direito à última remuneração, com equivalência total entre os valores dos benefícios de aposentadoria e os salários dos funcionários públicos ativos. Além disso, este tipo de servidor, geralmente admitido através de exames realizados nacionalmente, não podia ser demitido a não ser que fosse encontrada uma falha grave. A Constituição de 1988 determinava que todos os servidores públicos deveriam pertencer a um Regime Jurídico Único (RJU), que tinha as seguintes características básicas: a) emprego estável, por exemplo, estabilidade total no emprego; b) benefícios de aposentadoria iguais ao último salário; e c) valor dos benefícios vinculados aos salários do pessoal ativo. Assim, os colaboradores foram transferidos para o novo regime tendo assim direito a benefícios salariais completos, sem as contribuições prévias correspondentes (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2015).

Além do FGTS, criado nos anos 60, outro seguro de desemprego foi implementado em 1990, uma vez que a maioria dos trabalhadores não acumularia quantias substanciais em suas contas. De fato, os trabalhadores com alta rotatividade - aqueles que por definição mais precisam do benefício - eram os que não se acumulariam. Considerando este fato, o novo programa proporcionaria um benefício de emprego de 50% do salário médio coberto durante os últimos três meses anteriores ao desligamento - até três salários-mínimos pagáveis por até quatro meses. O programa é administrado pelo Ministro do Trabalho (OLIVEIRA; BELTRÃO, 2015)

Os trabalhadores do setor privado pertencem a um esquema de seguro social chamado Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Podendo incluir, também, funcionários públicos. Entretanto, a maioria dos funcionários públicos e militares são cobertos por seus próprios regimes de previdência social, com seus próprios regulamentos e características específicas, embora reformas recentes tenham reduzido as diferenças entre estes regimes e o RGPS. O RGPS é um esquema de contribuição pública com adesão obrigatória para todos os trabalhadores empregados não cobertos por seu próprio esquema de previdência social (ANSILIERO; PAIVA, 2008).

Dessa forma, pode-se sintetizar os fatos com: Em 1988, a mudança constitucional foi aprovada e os trabalhadores mais informados tomaram consciência das futuras mudanças ainda a serem implementadas. Imediatamente após julho de 1991, quando a lei ordinária (Lei nº 8212/8213) foi aprovada, o pagamento de benefícios aos beneficiários rurais de aposentadoria por velhice aumentou automaticamente, em geral, de 50 para 100% do salário-mínimo, e os novos trabalhadores rurais elegíveis (por exemplo, homens de 60 a 64 anos) começaram a se candidatar aos benefícios. Em setembro de 1992, o mês de referência da pesquisa domiciliar de 1992 utilizada neste documento, o recebimento de novos benefícios ainda estava incompleto, seja por razões burocráticas ou devido a atrasos na divulgação de informações. Finalmente, em setembro de 1993, o mês de referência da pesquisa de 1993, quase todo o processo de recebimento estava concluído e os novos trabalhadores elegíveis já estavam recebendo seus benefícios (CARVALHO FILHO, 2008).

Aposentadoria por Doença

Nas sociedades em envelhecimento, o aumento de trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida, aumento da ausência por doença prolongada e muitos casos de aposentadoria antecipada já estão causando grandes preocupações. Referindo a esse último, os fatores psicossociais e o ambiente físico de trabalho também foram estabelecidos como fatores de risco (SELL, 2009). Entre os funcionários que deixam o mercado de trabalho cedo devido a problemas de saúde, chama-se a atenção para aqueles em posições sociais desfavorecidas têm um risco maior de problemas de saúde e capacidade de trabalho. Para prolongar a vida profissional é crucial identificar aqueles com maior risco de incapacidade para o trabalho (SALONEN *et al.*, 2018).

O número de pessoas em idade de empregabilidade que receberam o benefício de incapacidade por mais de seis meses quadruplicou para dois milhões entre 1981 e 2002. A certificação por motivos de saúde mental é a principal causa de ausência por doença na maioria dos países de alta renda, sendo responsável por cerca de 40% do tempo perdido, com tempo médio de ausência por doença para pessoas com problemas de saúde mental pelo menos duas vezes o dos trabalhadores certificados por motivos físicos. A prescrição de antidepressivos, atualmente cerca de 35 milhões de prescrições por ano, quadruplicou desde o início dos anos 90, mas sem uma redução na prevalência relatada de depressão na população (SUMMERFIELD, 2011).

Devido a essas circunstâncias, há uma crescente consciência para medir a capacidade de trabalho e identificar possíveis causas de redução da capacidade de trabalho, bem como as consequências. Estudos sugerem que trabalhadores acima de 45 anos de idade são muito heterogêneos em relação à capacidade de trabalho e que intervenções para evitar a redução da capacidade de trabalho podem ter impactos positivos significativos (SELL, 2009). O risco de aposentadoria por invalidez tem se mostrado dependente tanto da duração quanto do diagnóstico da ausência por doença. A longo prazo, devido a doenças musculoesqueléticas, distúrbios mentais e comportamentais, e doenças do sistema nervoso, respiratório e circulatório observa-se um alto risco de aposentadoria por invalidez (SALONEN *et al.*, 2018).

Recentemente, a ênfase também tem sido colocada na identificação de novos grupos-alvo para a prevenção da incapacidade para o trabalho. Mais especificamente, as intervenções têm sido direcionadas a funcionários em risco de incapacidade para o trabalho no futuro, além daqueles que já têm doenças incapacitantes (SUOYRJÖ *et al.*, 2009).

O grupo de "funcionários em risco" se refere a pessoas sem histórico de ausências por doença prolongada ou doenças graves, mas com risco crescente de incapacidade futura para o trabalho devido a sintomas prejudiciais, comportamentos prejudiciais à saúde e períodos mais curtos de incapacidade para o trabalho. Ao examinar esses funcionários, os profissionais de saúde ocupacional utilizam questionários e entrevistas para examinar indicadores de risco pré-determinados, por exemplo, deficiências devido a problemas musculoesqueléticos, sintomas de angústia e distúrbios de humor, fadiga, consumo excessivo de álcool e problemas de peso. As licenças médicas curtas repetitivas também são consideradas um marcador de risco como um estilo de vida pouco saudável pode ser associado a licenças médicas curtas. Intervenções preventivas para funcionários em risco são tipicamente implementadas no local de trabalho com o serviço de saúde e, além disso, com instituições de reabilitação (SUOYRJÖ *et al.*, 2009).

METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como longitudinal retrospectivo, de natureza descritiva exploratória, tendo como objetivo analisar, no período de 2009 a 2017, o comportamento das despesas públicas com auxílio-doença no Brasil. A pesquisa exploratória, no campo da saúde, objetiva explorar os dados encontrados.

Realizou-se uma análise comparativa quanto à caracterização dos beneficiados, incluindo idade, sexo, região do trabalhador, ou seja, se proveniente de zona urbana ou zona rural e a Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID 10), conforme dados do Regime Geral da Previdência Social.

Quanto aos dados dos valores das aposentadorias concedidas por ano e por faixa etária, observou-se os valores máximos e mínimos. Os dados de aposentadorias concedidas por CID-10 são apresentados como frequência (porcentagem) de forma agrupada. Todos os dados de despesas/custos foram apresentados visando a facilidade pelo leitor para identificação dos maiores dispêndios. Não foram acrescentadas as tabelas de frequência com os percentuais individualizados, pois isso geraria várias tabelas muito longas e poderia prejudicar a discussão.

Utilizou-se, ainda, os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em uma comparação qualitativa quanto aos motivos de afastamento e despesas em outros países.

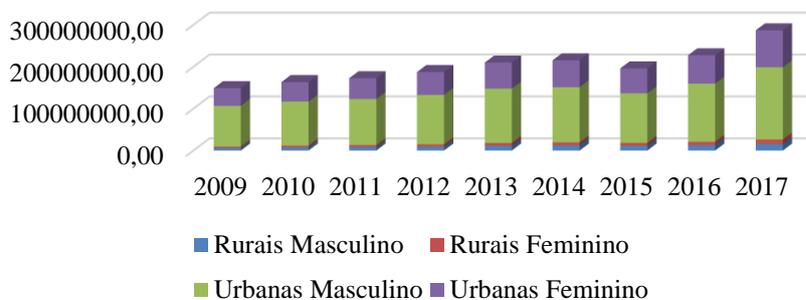
RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Brasil, os Anuários Estatísticos da Previdência Social descrevem mais de 5 milhões de acidentes de trabalho no Brasil de 2007 a 2013, 45% dos quais resultaram em morte, invalidez permanente ou aposentadoria (ANDERSEN; DE OLIVEIRA LOBATO, 2020).

Nesse contexto, apresenta-se uma análise longitudinal dos dados, entre os quais, observou-se que na zona rural, entre o período de 2009 a 2017, obteve-se, entre homens, R\$ 93.284.050,58 em aposentadorias, sendo o valor mais alto de R\$ R\$15.367.000,00, em 2017. Entre mulheres, alcançou R\$ 59.500.773,40 em aposentadorias, sendo o valor superior de R\$ 10.951.000,00, em 2017 (Figura 01).

Na zona urbana, entre 2009 e 2017, atingiu, entre homens, um total de R\$ 1.121.461.107,38, apresentado máximo de R\$ 172.606.000,00, em 2017. Entre mulheres, obteve-se um total de R\$ 534.818.636,55, com extremo de R\$ 88.208.000,00, em 2017 (Figura 01).

Figura 01: Valores das aposentadorias concedidas por ano.



Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

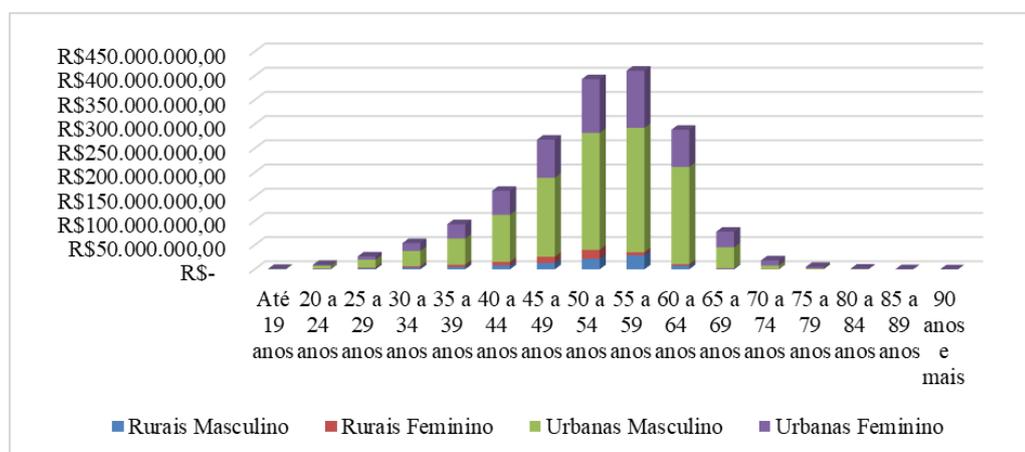
O desenvolvimento socioeconômico e a distribuição desigual de renda são fatores que podem expor os indivíduos a diferentes condições de vida, podendo, conseqüentemente, afetar a saúde, suas dificuldades são relacionadas ao baixo nível de escolaridade, falta de emprego formal, bem como o gênero e a etnia (GUIMARÃES; LUCAS; TIMMS, 2019). De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de 374 milhões de acidentes de trabalho não fatais ocorrem anualmente no mundo. Adicionalmente, sabe-se que os dias de trabalho perdidos com esses acidentes representam uma perda de 4% a 6% do produto interno bruto (PIB) mundial. No caso do Brasil, aproximadamente US\$ 20 bilhões foram gastos com benefícios de acidentes durante o período de 2012-2018. Além disso, 4,5 milhões de acidentes de trabalho e cerca de 16.500 mortes acidentais foram relatados (LUDWING HERNÁNDEZ-DÍAZ; SANTOS; ALBERTO, 2020).

Quanto aos maiores dispêndios com aposentadoria por faixa etária identifica-se, na zona rural, seguindo a mesma seqüência para pessoas do sexo masculino e feminino, a faixa etária mais representativa

quanto ao valor está entre pessoas de 55 a 59 anos (R\$ 29.091.812,44, para o sexo masculino e R\$ 6.174.765,98, para o sexo feminino), seguido por 50 a 54 anos (R\$ 21.787.740,97, para homens e R\$ 18.521.826,18, para mulheres) e por 45 a 49 anos (R\$ 13.182.449,68, para sexo masculino e R\$ 12.745.366,16, para o sexo feminino). Na zona urbana, para o sexo feminino, seguiu a mesma sequência citada anteriormente (R\$ 118.101.939,08, R\$ 111.018.669,96 e R\$ 78.684.815,58, respectivamente); entretanto, para o sexo masculino, a terceira principal faixa etária foi entre pessoas de 60 a 64 anos (R\$ 257.274.659,44, R\$ 241.697.703,69 e R\$ 200.998.243,57, respectivamente) (Figura 02).

Na zona rural, para homens e mulheres, as faixas etárias com menores valores de aposentadoria foi acima de 90 anos, seguido por entre 85 e 89 anos e por 80 a 84 anos. Na zona urbana, entre homens, seguiu essa mesma estrutura; entretanto para mulheres, a terceira faixa etária que menos gerou aposentadorias foi em jovens de até 19 anos (Figura 02)

Figura 02: Valores das aposentadorias concedidas por faixa etária.



Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

No Brasil, cerca de 75% da população produtiva (entre 16 e 59 anos) está coberta pela previdência social, administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Nos casos em que a incapacidade para o trabalho por motivo de doença seja reconhecida após avaliação por médico perito do INSS, o contribuinte terá direito ao recebimento de benefícios previdenciários, temporários ou permanentes, dependendo da caracterização da deficiência (DE SB FRÖES *et al.*, 2018).

O conceito de aposentadoria está relacionado a diferentes fenômenos. Do ponto de vista instrumental, a aposentadoria é a forma como as sociedades modernas regulam a sucessão em diferentes espaços, como o mercado de trabalho e a família. Do ponto de vista individual, a aposentadoria é uma fase de transição entre os mundos do trabalho e outra etapa da vida, que envolve a redefinição dos papéis sociais e, possivelmente, afeta a saúde e o bem-estar das pessoas. Além disso, do ponto de vista institucional, a aposentadoria é um elemento fundador do Estado de bem-estar social, proporcionando seguro contra riscos sociais relacionados à velhice, doença e acidentes de trabalho. O aumento na expectativa de vida implica que os indivíduos estão gastando uma proporção maior de suas vidas na aposentadoria e uma questão consequente é se a aposentadoria prolongada tem efeitos prejudiciais ou prejudiciais à saúde física e mental dos indivíduos (MOUNTIAN; MONTOYA DIAZ, 2020).

O envelhecimento da população aumenta a preocupação com a sustentabilidade dos programas públicos de apoio social para idosos e a grande maioria dos programas tem esbarrado em graves problemas fiscais e financeiros problemas. As características do programa previdenciário público brasileiro podem impactar no comportamento individual e no orçamento fiscal do governo federal. Outras medidas que tornaram o sistema mais generoso do que antes referem ao estabelecimento do salário-mínimo como o menor benefício pago pelo sistema, indexação de todas as pensões ao salário-mínimo e redução da idade mínima de aposentadoria (QUEIROZ; SOUZA, 2017).

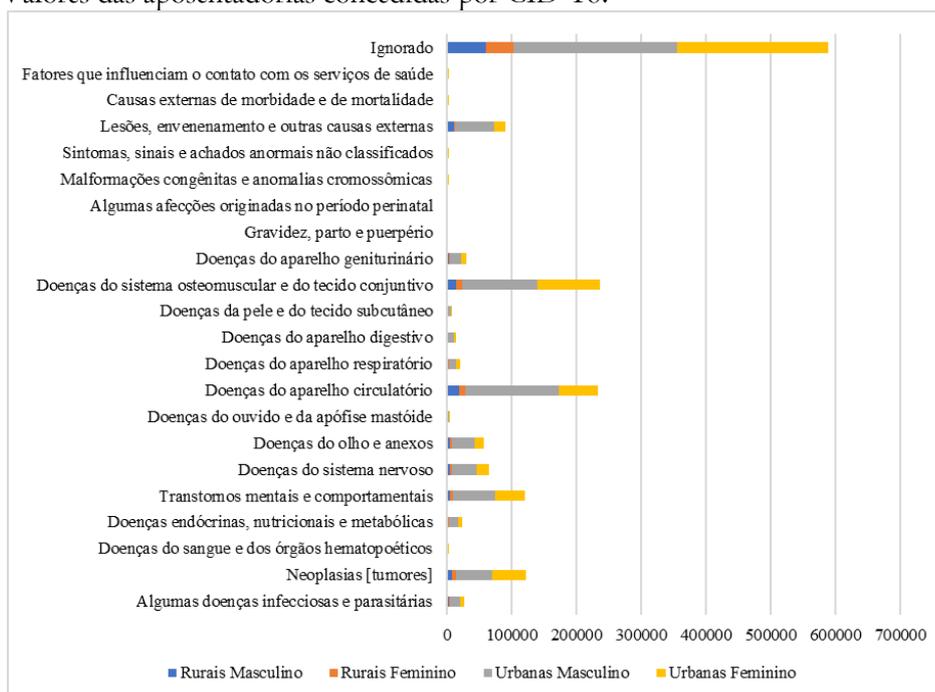
Quanto à população jovem, observa-se que, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho, a proporção de jovens empregados tem diminuído globalmente, mas o número absoluto aumentou em 34 milhões entre 1998 e 2008. Isso corresponde a mais de 600 milhões de jovens trabalhadores, dos quais 220 milhões tinham de 15 a 19 anos e 394 milhões estavam na faixa etária de 20 a 24 anos em 2008 (SANTANA *et al.*, 2012b). Trabalhadores com mais de 16 anos são normalmente registrados para ter cobertura de seguro social e benefícios de compensação salarial devido a doença ou lesão, independentemente da relação de trabalho. Em comparação com os trabalhadores da economia informal ou com contratos informais, os jovens trabalhadores registrados legalmente também estão cobertos pelos atuais requisitos de saúde e segurança ocupacional, como a restrição contra a execução de trabalhos perigosos (SANTANA *et al.*, 2012a).

De acordo com estudos nacionais e internacionais, quanto menor a experiência dos trabalhadores no trabalho, maiores são as chances de acidentes de trabalho. O fato justifica-se por pessoas mais velhas apresentarem menos demandas de trabalho, em comparação com trabalhadores mais jovens e inexperientes. Por outro lado, o envelhecimento aumenta a suscetibilidade a lesões ocupacionais crônicas. Portanto, infere-se que o maior índice entre os trabalhadores mais experientes se deve à falta de investimento e capacitação em segurança e saúde do trabalho, principalmente em um contexto caracterizado pela dificuldade de consolidação das políticas de saúde e segurança junto ao público federal. serviço, no qual as ações costumam estar desconectadas e sem indícios de impactos positivos (ANDERSEN; DE OLIVEIRA LOBATO, 2020).

Na zona rural, entre homens, o principal motivo de aposentadoria foi doenças do aparelho circulatório (14,06%), seguido por doenças do sistema osteomuscular (10,39%) e do tecido conjuntivo e por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (7,41%); entre mulheres, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (11,71%), seguido por doenças do aparelho circulatório (10,70%) e neoplasias (tumores) (7,13%) (Figura 03).

Na zona urbana, entre homens, o principal motivo foi de doenças do aparelho circulatório (17,06%), seguido por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (13,54%) e transtornos mentais e comportamentais (7,73%); entre mulheres, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (16,83%), seguido por doenças do aparelho circulatório (10,31%) e por Neoplasias (tumores) (8,87%) (Figura 03).

Figura 03: Valores das aposentadorias concedidas por CID-10.



Fonte: Elaborada pelos autores (2020).

De acordo com absentéismo para ausência por doença, no mundo, mulheres em todas as faixas etárias tiveram uma incidência maior de distúrbios musculoesqueléticos e doenças psiquiátricas (BARBOSA-BRANCO; SOUZA; STEENSTRA, 2011). Esse achado confirma o observado nos dados brasileiros, onde doenças psiquiátricas foi o quarto maior motivo para aposentadorias entre mulheres e, para homens, a terceira maior justificativa; enquanto doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foi a segunda razão entre homens e primeira entre mulheres.

Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foi a terceira principal causa de aposentadoria entre homens da zona rural. Lesões são as principais causas de morte entre jovens e contribuem significativamente para a carga global de doenças e incapacidades, sendo responsáveis por 10% da mortalidade e 15% da carga de mortes e incapacidades em todo o mundo. Na maioria dos países desenvolvidos, os ferimentos estão em terceiro lugar entre as causas de morte em homens e mulheres, enquanto nos países em desenvolvimento estão em terceiro lugar em homens e em quarto em mulheres (SCHOEMAKER *et al.*, 2000).

Nesse estudo, verificou-se que transtornos mentais e comportamentais são a terceira principal causa de aposentadorias em homens da zona rural. Isso pode ocorrer por diversas razões, como o aumento do risco de faltas por doença entre os trabalhadores com menor permanência no emprego, tais como, falta de experiência e conhecimento no trabalho, falhas nos sistemas de treinamento, baixo suporte do supervisor e dificuldades em se adaptar rapidamente ao novo ambiente de trabalho e tarefas. Esses motivos podem expor os trabalhadores a altos níveis de estresse no trabalho, fazendo com que eles tenham mais licenças médicas como mecanismo de enfrentamento para lidar com o estresse relacionado ao trabalho. Além disso, esses trabalhadores podem sentir maior ansiedade no trabalho devido aos padrões de desempenho e às expectativas que devem ser atendidas durante o período de experiência, o que pode aumentar o risco de aposentadorias por doença (LEAO *et al.*, 2017).

Quanto às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, o estudo de Carregaro *et al.* (2020) encontrou um gasto total de cerca de US\$ 2,2 bilhões para pacientes com lombalgia no Brasil. Este achado é consistente com pesquisas anteriores de outros países, mostrando altos custos de saúde e perda de produtividade entre indivíduos com lombalgia. Por exemplo, os custos de produtividade perdidos relacionados com deficiência devido a dores crônicas na coluna em Portugal em 2010 foram de aproximadamente 739 milhões de euros, principalmente em indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e 59 anos (CARREGARO *et al.*, 2020).

A fim de prevenir, intervenções ergonômicas no local de trabalho são frequentemente implementadas em todo o mundo. No entanto, a aplicação dos princípios da ergonomia difere entre países em desenvolvimento industrial, como o Brasil, e países industrialmente avançados. Assim, a conscientização ergonômica deve ser um dos principais objetivos que buscam melhorar as condições de trabalho nesses países. Já foi demonstrado que o aumento da consciência ergonômica possibilita que as pessoas resolvam problemas em seu ambiente de trabalho, o que pode levar a mudanças positivas na qualidade de vida no trabalho (BERNARDES *et al.*, 2020).

Outro problema apontando por este artigo são doenças do aparelho circulatório, assim como o observado na pesquisa de Araújo e de Oliveira Sato (2018). O respectivo estudo observou que a prevalência de hipertensão foi elevada; entretanto, a maioria dos entrevistados foi considerada ativa ou altamente ativa. Esse grande percentual de ativos pode ser explicado pelo fato de a maioria das pessoas se exercitarem como forma de deslocamento, a maioria utilizar a bicicleta como meio de transporte e outras caminharem de casa para o trabalho, o que demonstra que a atividade física praticada apenas ocorria devido à necessidade de se deslocar ao local de trabalho (DE ARAÚJO; DE OLIVEIRA SATO, 2018).

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar o comportamento das despesas públicas com auxílio-doença no Brasil, estimando a prevalência da despesa previdenciária; e a influência de possíveis agravos como

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão – CID I0, o gênero, a idade e a região do trabalhador nesses indicadores.

Desta forma, observa-se que os valores recebidos pelas mulheres continuam a ser inferiores aos dos homens. As diferenças de gênero nos ganhos podem estar ligadas à discriminação de gênero na força de trabalho, à escassez crônica de cuidados infantis de alta qualidade, acessíveis e flexíveis, ou à responsabilidade desproporcional que as mulheres têm pela prestação de cuidados tanto para crianças quanto para adultos mais velhos.

População da zona urbana tendem a receber mais recursos do que da zona rural. Podendo se dar por (1) a maior parte da população está concentrada na zona urbana, (2) normalmente, a população de zona urbana tem um maior acesso à informação e, dessa forma, tem o conhecimento para a solicitação do benefício, e (3) a população de zona urbana apresenta um maior nível de escolaridade, o que gerou uma maior contribuição no decorrer dos anos e um maior retorno quanto ao benefício.

Quanto à idade, pessoas mais velhas recebem valores maiores que os mais novos, isso deve à exigência de cumprimento de tempo de serviço. Esta política visa uma melhoria do bem-estar econômico entre os adultos mais velhos. Devido a maior expectativa de vida, estima-se que nos próximos anos os valores pagos sejam reduzidos e custará mais ainda para o orçamento público, refletindo que os jovens desta geração serão mais penalizados.

Referente aos problemas de saúde, percebe-se que esses são crescentes e refletem a necessidade de políticas de prevenção. Há a necessidade de um sistema de saúde mais igualitário, objetivando que todos tenham acesso a um serviço de qualidade e, conseqüentemente, ter-se-á uma vantagem quanto ao custo-efetividade.

Considerando que o Brasil tem uma boa base legislativa e adere aos tratados internacionais da OIT, espera-se que, com o resultado deste estudo, utilize-se para um maior desenvolvimento dos métodos para análises econômicas, bem como para análises de melhorias e investimentos em cuidados com a saúde; aos órgãos governamentais, que a Segurança e Saúde no Trabalho seja monitorada em nível regional e nacional com mais rigor para fazer cumprir as leis e continuar reduzindo o número de contingências. É importante destacar que ainda há necessidade de eliminação total dos acidentes de trabalho. Portanto, é necessário dar continuidade aos estudos desses temas e integrar dados de melhor qualidade para estabelecer modelos mais próximos da realidade.

A principal limitação do presente estudo decorre da falta de diagnóstico nos perfis analisados, o que dificulta a análise, bem como a tentativa de estabelecer o perfil dos funcionários. Outra limitação refere às falhas na notificação, as quais refletem as dificuldades que a administração pública encontra para implementar políticas unificadas de saúde para todos os órgãos e órgãos, tais fatores dificultam a tentativa de estabelecer o perfil do adoecimento e as reais condições de trabalho. Portanto, enfatiza-se a necessidade de adequação no preenchimento das informações a fim de evitar perda de informações ou dados imprecisos e conflitantes e, assim, possibilitar pesquisas confiáveis.

Para estudos futuros, recomenda-se comparar os dados com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) quanto à educação, à longevidade e à renda.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Paulo César Andrade; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 195-207, Dec. 2011.

ANDERSEN, Cristine Scattolin; DE OLIVEIRA LOBATO, Marcos Antônio. Work-related disorders among employees of a federal public university in southern Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 20, 2020.

ANSILIERO, Graziela; PAIVA, Luís Henrique. The recent evolution of social security coverage in Brazil. **International Social Security Review**, v. 61, n. 3, p. 1-28, 2008.

BARBOSA-BRANCO, Anadergh; SOUZA, William R.; STEENSTRA, Ivan A. Incidence of work and non-work related disability claims in Brazil. **American journal of industrial medicine**, v. 54, n. 11, p. 858-871, 2011.

BERNARDES, João Marcos *et al.* A low-cost and efficient participatory ergonomic intervention to reduce the burden of work-related musculoskeletal disorders in an industrially developing country: an experience report. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, p. 1-8, 2020.

CARREGARO, Rodrigo Luiz *et al.* Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: Lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. **PloS one**, v. 15, n. 4, p. e0230902, 2020.

CARVALHO FILHO, IE de. Household income as a determinant of child labor and school enrollment in Brazil: Evidence from a social security reform. **IMF Working Papers**, v. 8, p. 241, 2008.

DA SILVA-JUNIOR, João Silvestre *et al.* Caracterização do nexó técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios auxílio-doença. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 130, p. 239-246, 2014.

DE ARAÚJO, Nívia Cecília Kruta; DE OLIVEIRA SATO, Tatiana. A descriptive study of work ability and health problems among Brazilian recyclable waste pickers. **Journal of community health**, v. 43, n. 2, p. 366-371, 2018.

DE CARVALHO FILHO, Irineu Evangelista. Household income as a determinant of child labor and school enrollment in Brazil: Evidence from a social security reform. **Economic Development and Cultural Change**, v. 60, n. 2, p. 399-435, 2012.

DE SB FRÓES, Renata *et al.* The socio-economic impact of work disability due to inflammatory bowel disease in Brazil. **The European Journal of Health Economics**, v. 19, n. 3, p. 463-470, 2018.

GUIMARÃES, T; LUCAS, K; TIMMS, P. Understanding how low-income communities gain access to healthcare services: A qualitative study in São Paulo, Brazil. **Journal of Transport & Health**, v. 15, p. 100658, 2019.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. 2008.

JAKOBI, Heinz Roland *et al.* Incapacidade para o trabalho: análise dos benefícios auxílio-doença concedidos no estado de Rondônia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3157-3168, 2013.

JAKOBI, Heinz Roland *et al.* Benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores empregados no ramo de carne e pescado no Brasil em 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 194-207, 2015.

LEAO, Ana Lucia M. *et al.* Sickness absence among municipal workers in a Brazilian municipality: a secondary data analysis. **BMC research notes**, v. 10, n. 1, p. 773, 2017.

LUDWING HERNÁNDEZ-DÍAZ, Juan; SANTOS, Neves-Dos; ALBERTO, João. Analysis and region-wise classification of work-related accidents in civil construction industry in Brazil. **Dyna**, v. 87, n. 214, 2020.

MOSCIARO, Mayra; AALBERS, Manuel B. Asset-based welfare in Brazil. **Housing Studies**, v. 35, n. 2, p. 376-389, 2020.

MOUNTIAN, André Gal; MONTOYA DIAZ, Maria Dolores. Effects of retirement on the health of elderly people in São Paulo, Brazil. **Applied Economics**, v. 52, n. 28, p. 2991-3003, 2020.

OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto; BELTRÃO, Kaizô Iwakami. **Brazilian social security system**. Discussion Paper, 2015.

QUEIROZ, Bernardo L.; SOUZA, Laeticia R. Retirement incentives and couple's retirement decisions in Brazil. **The Journal of the Economics of Ageing**, v. 9, p. 1-13, 2017.

SALONEN, Laura *et al.* Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. **BMJ open**, v. 8, n. 5, 2018.

SANTANA, Vilma Sousa *et al.* Incidence of severe work-related injuries among young adult workers in Brazil: analysis of compensation data. **Injury prevention**, v. 18, n. 4, p. 221-227, 2012a.

SANTANA, Vilma S. *et al.* Workdays lost due to occupational injuries among young workers in Brazil. **American journal of industrial medicine**, v. 55, n. 10, p. 917-925, 2012b.

SCHOEMAKER, Minouk J. *et al.* Non-fatal work related injuries in a cohort of Brazilian steelworkers. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, n. 8, p. 555-562, 2000.

SELL, Lea. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. **International archives of occupational and environmental health**, v. 82, n. 9, p. 1133-1138, 2009.

SIANO, Adriana Kelmer *et al.* Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social de Juiz de Fora–Minas Gerais. **HU Revista**, v. 34, n. 4, 2008.

SIANO, Adriana Kelmer; RIBEIRO, Luiz Cláudio; RIBEIRO, Mário Sérgio. Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 131-138, 2010.

SILVA JUNIOR, João Silvestre da; FISCHER, Frida Marina. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 186-190, 2014.

SOUZA, Norma Suely Souto *et al.* Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 630-638, 2008.

SUMMERFIELD, Derek. Metropolitan Police blues: protracted sickness absence, ill health retirement, and the occupational psychiatrist. **Bmj**, v. 342, 2011.

SUOYRJÖ, Heikki *et al.* The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study. **Occupational and environmental medicine**, v. 66, n. 4, p. 235-242, 2009.