



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Gomes de Moura, Alda Alice; Freese de Carvalho, Eduardo; Carvalho da Silva, Neiton José
Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência
social

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 6, diciembre, 2007, pp. 1661-1672

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013517027>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social

Impacts of non-transmissible chronic diseases on social security benefits

Alda Alice Gomes de Moura¹
Eduardo Freese de Carvalho¹
Neiton José Carvalho da Silva²

Abstract *This paper strives to identify the current impact of Non-Transmissible Chronic Diseases (NTCDs) on sickness and disability benefits paid out by Brazil's National Social Security Institute (INSS) between 2000 and 2002. A total of 17,970 new cases were studied, registered at the two local agencies in Recife, Pernambuco State, Northeast Brazil. Initially the cases were divided up according by major diseases groups, following the CID-10 classification. Osteomuscular diseases (OMDs) and cardiovascular diseases (CVDs) were among the main reasons for granting sickness benefits. Among the disability benefits, CVDs, mental disorders (MDs), and OMDs, were the main reasons. In terms of specific diseases within the major DCNT groups, the main reasons for granting sickness benefits were high blood pressure, diabetes mellitus, arthrosis, breast and intestinal cancer, mood disorders and schizophrenia. For disability benefits, the main causes were cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, cancer of the gastro-intestinal tract and schizophrenia. Most (66%) of the recipients were men between 39 and 58 years of age, and the initial value of the benefit was of up to three minimum wages per month.*

Key words *Non-Transmissible Chronic Diseases, Social security, INSS, Epidemiological transition*

Resumo *Este artigo busca identificar a repercussão das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) na concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, a partir das agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), no período 2000-2002. Foi analisado o universo dos 17.970 benefícios concedidos, nas duas modalidades, do conjunto das agências localizadas em Recife. Inicialmente, foram identificados os benefícios por todos os grandes grupos de doenças, de acordo com a CID-10. As doenças osteomusculares (DO) e as doenças do aparelho circulatório (DAC) são as principais causas para concessão de auxílio-doença. Para aposentadoria por invalidez, as DAC, os transtornos mentais (TMC), e as DO são as três primeiras causas. As principais causas específicas de benefícios dentro dos grandes grupos das DCNT, foram identificadas, para a concessão de auxílio-doença, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, as artroses, o câncer da mama e do intestino, os transtornos do humor e a esquizofrenia. Em relação às aposentadorias por invalidez, as doenças cerebrovasculares, a diabetes mellitus, as artroses, o câncer do aparelho digestivo e a esquizofrenia. Dos benefícios concedidos, a maioria foi para homens (66%), entre 39 e 58 anos, e com valor mensal inicial de até três salários mínimos.*

Palavras-chave *Doenças crônicas, Previdência social, INSS, Transição epidemiológica*

¹Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50670-420. Recife PE. alda.gomes@globo.com
²Supervisor médico pericial. INSS, Gerência Recife.

Introdução

No Brasil, a previdência social é entendida como o segmento da Seguridade Social, composta de um conjunto de princípios, de regras e de instituições destinado a estabelecer um sistema de proteção social, mediante contribuição compulsória¹. Esta é realizada mensalmente, sendo deduzido um percentual de cerca de 10% do salário dos trabalhadores. As empresas também contribuem com um percentual semelhante por trabalhador contratado. Tem por objetivo proporcionar os meios indispensáveis de subsistência ao segurado e a sua família, quando ocorrer certa contingência prevista em lei¹. Conforme o artigo 201 da Constituição Brasileira², as contingências são: doença, invalidez, morte, velhice, maternidade e desemprego. Neste sentido, o Ministério da Previdência Social pagou, em 2002, diversos tipos de benefícios à cerca de 20 milhões de pessoas por mês, o que favoreceu, indiretamente, cerca de 70 milhões de pessoas, algo em torno de 42% da população brasileira daquele ano³. Este fato revela que a previdência social tem um importante papel na economia interna do país e que está relacionada com a estabilidade social.

Em relação à quantidade de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, cabe destacar que, no Brasil, estes dois benefícios somaram no ano de 2004, em números absolutos, 143.354 auxílios-doença e 20.227 aposentadorias por invalidez⁴. Estes benefícios em conjunto foram responsáveis por, aproximadamente, 51% do total de benefícios concedidos em 2004. Tal magnitude tem importante repercussão econômica e social no atual sistema previdenciário brasileiro. Estes são benefícios concedidos a pessoas em idade produtiva, particularmente acometidas por patologias resultantes do processo de industrialização e urbanização. As mudanças observadas no perfil epidemiológico do país nas últimas décadas espelham este processo. Entre estas, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) representam em conjunto a primeira causa de morbidade e mortalidade no país, sendo a maioria incapacitantes para o trabalho, inicialmente de maneira temporária, podendo levar a situações de invalidez determinando aposentadorias precoces.

Dessa forma, se observa a crescente importância das DCNT no panorama brasileiro, determinando um aumento do volume de gastos pela previdência e um elevado custo social devido à elevada morbidade, mortes prematuras, muitas destas evitáveis, ou incapacitação de pessoas em idade produtiva. As DCNT têm sido, ainda,

responsáveis por um aumento considerável na demanda por serviços de saúde, principalmente curativos e de intervenções hospitalares. Vale ressaltar que este conjunto de doenças constituem-se em importantes problemas de saúde pública, não só no Brasil, mas em diversas regiões do mundo⁵. Nas próximas décadas, os chamados países emergentes despreparados para esta demanda social, juntamente com os países industrializados, concentrarão um número ainda maior de mortes por DCNT e em torno de 2050 é estimado que os países emergentes terão a maior prevalência mundial por este grupo de doenças⁶.

As DCNT acometem cerca de 75% da população adulta, sendo que os casos ocorrem já desde a adolescência, na medida em que o risco de adoecer e de morrer por doenças infecciosas e parasitárias diminuiu consideravelmente. Entre os fatores e comportamentos de risco são identificados aqueles ligados ao estilo de vida (hábitos e comportamentos), às exposições no ambiente de trabalho (doenças ocupacionais e/ou profissionais e os acidentes de trabalho) e outros fatores de risco variados que acentuam ou interagem com outros preexistentes, propiciando sinergismo dos fatores de risco para algumas doenças⁷. Apesar de ainda haver muito a ser esclarecido sobre os determinantes deste grupo de doenças, vários fatores de risco já estão bem definidos, entre eles, a obesidade, o sedentarismo, a ingestão de álcool e o fumo. Associam-se ainda a estes fatores os de ordem psicossocial, decorrentes de tensões ou conflitos vivenciados no ambiente de trabalho e familiar, reconhecidamente geradores de “estresse”⁸.

No grupo das DCNT, as doenças cardiovasculares constituem-se na primeira causa de óbito em todas as regiões do país. Este grupo também predominou como principal causa de morte no período compreendido entre 1980 e 1995, em quatro mesorregiões do Estado de Pernambuco, Zona da Mata, Agreste, Sertão e na Região Metropolitana de Recife. Nesta última, se observou entre as cardiovasculares principalmente óbitos por acidente vascular cerebral e por infarto agudo do miocárdio⁹. Projeções referentes às doenças cardiovasculares indicam sua permanência como primeira causa de morte no mundo, ainda por décadas, estimando-se que, até 2025, entre 80 a 90% dos casos ocorrerão em parcelas da população de média e baixa renda familiar¹⁰.

O volume de informações disponíveis sobre a distribuição e o comportamento deste tipo de doenças e seus fatores de risco no Brasil ainda é pequeno¹¹. Nesta perspectiva, a OMS vem aler-

tando para a importância do desenvolvimento de estratégias para a prevenção e controle das DCNT, incluindo a implantação de sistemas de monitoramento integrados e padronizados, tanto em nível nacional como internacional¹². Esta situação faz com que o Brasil, mesmo sem estabelecer o controle do conjunto das doenças transmissíveis passíveis de prevenção, já exija a necessidade de desenvolver e efetivar medidas capazes de conter o avanço das DCNT. Diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo identificar a repercussão das DCNT, considerando as concessões de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, a partir das agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) localizadas em Recife/PE, no período de 2000-2002.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa realizada faz uma abordagem epidemiológica relacionando as DCNT e a concessão e distribuição dos auxílios-doença e das aposentadorias por invalidez no conjunto das agências do INSS localizadas em Recife/PE. Todo o processo de investigação foi orientado pelo objetivo anteriormente descrito, na busca de melhor compreender algumas das principais características dos segurados, para os quais foram concedidos os dois tipos de benefícios analisados. Utilizamos as seguintes variáveis no estudo: sexo, idade e valor mensal inicial recebido pelo benefício concedido. Ao considerarmos as variações sofridas pelo salário mínimo neste período, adotamos como valores para o cálculo da renda mensal inicial o valor do salário mínimo que permaneceu vigente por mais tempo nos anos em questão, a saber: R\$ 151,00 para o ano de 2000; R\$ 180,00 para o ano de 2001 e R\$ 200,00 para o ano de 2002.

Para relacionar as concessões dos dois tipos de benefícios, já referidos, com a distribuição por grupo de enfermidades da população atendida pelo INSS, realizamos o estudo em duas etapas: a primeira, realizada através da identificação de todas os grandes grupos de causas de enfermidades, e a segunda, identificando as principais causas específicas relacionadas à DCNT, geradoras destes benefícios pelo INSS. Para ambas foram utilizadas como parâmetro a Classificação Internacional de Doenças, décima versão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³.

Foi analisado o universo de segurados que receberam benefício por auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), concedidos pelo conjun-

to das oito agências localizadas em Recife (Afogados, Areias, Casa Amarela, Corredor do Bispo, Convênio, Encruzilhada, Mario Melo e Pina) no período compreendido entre janeiro de 2000 e dezembro de 2002. Foram excluídos os casos relacionados a acidentes do trabalho. A base de dados utilizada sob a concessão de benefícios pela pelas agências da Previdência Social (Gerência Recife) foi fornecida pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATA PREV).

Resultados

Foram identificadas 17.970 concessões de benefícios a segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), em Recife/PE no período 2000-2002, sendo 14.879 por auxílio-doença e 3.091 de aposentadorias por invalidez. Considerando a distribuição destes segurados por sexo, observamos um maior número de indivíduos do sexo masculino, tanto em relação ao benefício de auxílio-doença, com 56,62%, quanto em relação às aposentadorias por invalidez, onde os segurados do sexo masculino, com 66,29% do total, representaram o dobro de segurados do sexo feminino (Tabela 1).

Em relação à idade, identificamos maior concentração da concessão de auxílios-doença a segurados jovens (70,65 %), em idades compreendidas entre 17 e 48 anos. Verifica-se ainda que, praticamente 15% dos que recebem este tipo de benefício estão na faixa de idade entre 17 e 28 anos (Tabela 2). Considerando-se as aposentadorias por invalidez, verificamos que 47% deste benefício foram concedidos até os 48 anos de idade. Destacamos a radicalidade deste fato, pela magnitude e por estas ocorrerem muito precocemente (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos auxílios-doença e das aposentadorias por invalidez segundo sexo, em Recife no período 2000-2002.

Sexo	Auxílio-doença		Apos. por invalidez	
	Total	%	Total	%
Feminino	6.455	43,38	1.042	33,71
Masculino	8.424	56,62	2.049	66,29
Total	14.879	100,00	3.091	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

Tabela 2. Distribuição dos auxílios-doença e das aposentadorias por invalidez segundo idade, em Recife no período 2000-2002.

Idade	Auxílio-doença		Apos. por invalidez	
	Total	%	Total	%
17-28 anos	2.037	13,69	120	3,88
29-38 anos	3.747	25,18	485	15,69
39-48 anos	4.728	31,78	850	27,50
49-58 anos	3.254	21,87	1.085	35,10
59 anos e +	1.113	7,48	551	17,83
Total	14.879	100,00	3.091	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

Na composição do valor mensal inicial recebido pelos segurados do INSS beneficiários de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período estudado, evidenciamos um grande percentual de dados classificados como “não informado”, dificultando uma melhor compreensão dos valores de pagamento aos segurados. Apesar disso, existe coerência nas informações disponíveis, sendo possível observar a existência de significativa parcela da população recebendo remuneração inicial de até três salários mínimos. Incluem-se nesta situação cerca de 26% dos segurados de auxílio-doença e 24% dos segurados de aposentadoria por invalidez (Tabela 3). Se considerarmos somente os benefícios com informação sobre o valor inicial, identificamos que 72% dos beneficiários de auxílio-doença receberam até dois salários mínimos. Para as aposentadorias por invalidez, este percentual foi de 63%.

Ao classificarmos as enfermidades que tiveram maior repercussão na saúde dos trabalhadores segurados por grandes grupos de causas de doenças, de acordo com a CID-10¹³ para a concessão de auxílios-doença, observamos que as causas externas (20,16%) são a principal causa para a concessão deste benefício. Em seguida, estão os “fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde” (19,46%), as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,55%), das doenças do aparelho circulatório (10,68%) e, por último, os transtornos mentais e comportamentais (9,67%).

Neste contexto, identificamos que entre as cinco primeiras causas de adoecimento da população segurada, três referem-se intrinsecamente

aos grupos de DCNT: as doenças osteomusculares, as do aparelho circulatório e os transtornos mentais.

Em relação à distribuição das causas de aposentadorias por invalidez que configuraram o quadro de morbidade para a concessão deste benefício, destaca-se que entre as cinco causas principais, as três primeiras são classificadas como DCNT: as doenças do aparelho circulatório (23,62%), os transtornos mentais e comportamentais (15,14%) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,69%). Estas são seguidas, de acordo com a frequência obtida, pelas causas externas (9,41%) e as doenças infecciosas e parasitárias (8,31%) (Tabela 4).

No que se refere às causas de doenças específicas mais evidentes no interior dos grandes grupos de causas de DCNT segundo a CID-10, relacionadas à concessão de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez nas agências do INSS em Recife no período em estudo, estas podem ser observadas nas Tabelas 5 e 6. As principais causas responsáveis pela concessão de auxílio-doença no grupo das doenças do aparelho circulatório são as doenças hipertensivas (25,6%); no grupo doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes mellitus (77,7%); no grupo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as dorsopatias, (32,4%) e as artroses (18,5%); no grupo das neoplasias malignas, as neoplasias malignas da mama (22,8%) e no grupo dos transtornos mentais e comportamentais, os transtornos do humor (29,4%) e a esquizofrenia (28,49%) (Tabela 5).

Tabela 3. Distribuição dos auxílios-doença e aposentadorias por invalidez segundo o valor mensal inicial recebido pelos segurados, em Recife no período 2000-2002.

Valor mensal inicial	Auxílio-doença		Apos. por invalidez	
	Total	%	Total	%
Até 1 salário mínimo	1.206	8,11	139	4,50
> 1 – 2 salários mínimos	1.917	12,88	398	12,88
> 2 – 3 salários mínimos	745	5,01	223	7,21
> 3 – 5 salários mínimos	284	1,91	86	2,78
> 5 salários mínimos	241	1,62	8	0,26
Não informado	10.486	70,48	2.236	72,34
Total	14.879	100,00	3.091	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

Tabela 4. Distribuição dos auxílios-doença e aposentadorias por invalidez segundo grandes grupos de causas de acordo com a CID-10, em Recife no período 2000-2002.

Grupos de causas (CID - 10)	Auxílio-doença		Apos. por invalidez	
	Total	%	Total	%
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (CE)	2.999	20,16	291	9,41
Doenças do aparelho circulatório (DAC)	1.589	10,68	730	23,62
Doenças do aparelho digestivo (DAD)	336	2,26	51	1,65
Doenças do aparelho geniturinário (DAG)	279	1,88	75	2,43
Doenças do aparelho respiratório (DAR)	249	1,67	51	1,65
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM)	296	1,99	110	3,56
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (DIP)	919	6,18	257	8,31
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DO)	2.165	14,55	454	14,69
Doença do olho e anexos (DOA)	264	1,77	141	4,56
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (DOAM)	78	0,52	20	0,65
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (DPTS)	182	1,22	33	1,07
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (DS)	23	0,15	12	0,39
Doenças do sistema nervoso (DSN)	329	2,21	164	5,31
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (FES)	2.895	19,46	1	0,03
Gravidez, parto e puerpério (GPP)	201	1,35	0	0,00
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (MCD)	18	0,12	1	0,03
Neoplasias (NEO)	618	4,15	232	7,51
Transtornos mentais e comportamentais (TMC)	1.439	9,67	468	15,14
Total	14.879	100,00	3.091	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

Em relação às aposentadorias por invalidez, as principais causas para concessão do benefício no grupo das doenças do aparelho circulatório são as doenças cerebrovasculares (25,6%); no grupo doenças endócrinas, a diabetes mellitus (91,8%); no grupo das doenças osteomuscula-

res, as artroses (33,7%); no grupo das neoplasias malignas, as neoplasias malignas dos órgãos digestivos (21,1%) e no grupo dos transtornos mentais e comportamentais, a esquizofrenia, transtornos esquizótipos e transtornos delirantes (44,7%) (Tabela 6).

Tabela 5. Distribuição dos auxílios-doença por causas específicas no interior dos grandes grupos de causas de doenças, segundo CID-10, em Recife no período 2000-2002.

Causas de doenças	Total	%
Grupo I - Doenças do aparelho circulatório (DAC)		
Doenças hipertensivas	406	25,55
Doenças das veias, vasos linfático e dos gânglios linfáticos	250	15,73
Doenças isquêmicas do coração	221	13,91
Outros	712	44,81
Total	1.589	100,00
Grupo II - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM)		
Diabetes mellitus	230	77,70
Outros	66	22,30
Total	296	100,00
Grupo III - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DO)		
Outras dorsopatias	701	32,38
Artroses	393	18,15
Outros	1.071	49,47
Total	2.165	100,00
Grupo IV - Neoplasias (NEO)		
Neoplasias malignas da mama	141	22,82
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	80	12,94
Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	70	11,33
Outros	327	52,91
Total	618	100,00
Grupo V - Transtornos mentais e comportamentais (TMC)		
Transtornos do humor (afetivos)	423	29,40
Esquizofrenia, transtornos esquizótipos e transtornos delirantes	410	28,49
Transtornos relacionados com "stress" e transtornos somatoformes	323	22,45
Outros	283	19,67
Total	1.439	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

Discussão

Quando comparamos a distribuição destes segurados por sexo, identificamos que um estudo realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com referência ao ano de 1979 demonstrou que os homens representavam 64, % dos auxílios-doença e 67,5% das aposentadorias por invalidez¹⁴. Confirmando esta tendência, cerca de vinte anos depois, o presente estudo também identificou que os homens ainda predominam nos dois tipos de benefícios concedidos no período 2000-2002. O contingente masculino somou 57% dos auxílios-doença e 66% das aposentadorias por invalidez. Porém, em re-

lação aos auxílios-doença se verifica, neste período, um crescimento da participação de mulheres com 43% do total deste benefício, fato que está relacionado à crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e a determinadas exposições antes enfrentadas apenas pelos homens. Vale ressaltar ainda que a inserção crescente no mercado de trabalho não tem desobrigado as mulheres de suas funções tradicionais, o que implica o acúmulo de tarefas, com maior desgaste físico e mental, além dos riscos ocupacionais consequentes à dupla inserção¹⁵. Mesmo exercendo jornadas de trabalho tão extenuantes e estressantes quanto à de seus maridos, ainda é uma atribuição da mulher a responsabilidade no cui-

Tabela 6. Distribuição das aposentadorias por invalidez por causas específicas no interior dos grandes grupos de causas de doenças, segundo CID-10, em Recife no período 2000-2002.

Causas de doenças	Total	%
Grupo I - Doenças do aparelho circulatório (DAC)		
Doenças cerebrovasculares	187	25,62
Doenças hipertensivas	165	22,60
Doenças isquêmicas do coração	142	19,45
Outros	236	32,33
Total	730	100,00
Grupo II - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM)		
Diabetes mellitus	101	91,82
Outros	9	8,18
Total	110	100,00
Grupo III - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DO)		
Artroses	153	33,70
Outras dorsopatias	97	21,37
Outros	204	44,93
Total	454	100,00
Grupo IV - Neoplasias (NEO)		
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	49	21,12
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos	35	15,09
Neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e tecidos correlatos	33	14,22
Outros	115	49,57
Total	232	100,00
Grupo V - Transtornos mentais e comportamentais (TMC)		
Esquizofrenia, transtornos esquizótipos e transtornos delirantes	209	44,66
Transtornos do humor (afetivos)	125	26,71
Outros	134	28,63
Total	468	100,00

Fonte: INSS/PE, 2003. Elaboração dos autores.

dado da casa e dos filhos. Esta situação ainda é agravada em nossa sociedade devido à ausência de equipamentos sociais, como creches e escolas.

A distribuição dos segurados por idade mostrou que no ano de 1979 havia uma predominância do intervalo de idade de 20 a 30 anos para os auxílios-doença e de 50 a 60 anos para as aposentadorias por invalidez¹⁴. Entretanto, observamos que no período 2000-2002, nas agências do INSS em Recife, 70% do total de auxílios-doença foram concedidos para segurados com idade entre 17 e 48 anos, sendo que cerca de 32% foram concedidos para trabalhadores entre 39 e 48 anos, ou seja, um pouco mais tardiamente em relação aos achados de 1979. É importante registrar que, em

números absolutos, estes dados referem-se a 13.766 trabalhadores retirados precocemente do mercado de trabalho por apresentar problemas de saúde, o que representa um elevado número de auxílios-doença sendo concedidos a grupos jovens de homens e mulheres trabalhadoras. No tocante às aposentadorias por invalidez, 47% deste benefício foram concedidos a segurados com idade entre 17 e 48 anos. Entretanto, para cerca de 35% dos segurados, este benefício foi concedido para pessoas com idade entre 49 e 58 anos, confirmando a tendência de incidir sobre os segurados de idade mais avançada, porém ainda de forma precoce, por se tratar de trabalhadores adultos ainda jovens, em idade produtiva. Portanto,

por sua magnitude e radicalidade, este é um grave problema com determinantes a serem enfrentados pelo Estado e pela sociedade brasileira.

Por fim, quando consideramos a distribuição dos segurados segundo o valor recebido como renda mensal inicial, identificamos que 26%, ou seja, um quarto dos segurados de auxílio-doença e 32,7% dos segurados de aposentadoria por invalidez receberam, no triênio 2000-2002, rendimentos mensais de até três salários mínimos. As remunerações superiores a três salários mínimos somaram 4,54% dos auxílios-doença e 0,72% das aposentadorias por invalidez. Estes dados reforçam a tese de que, quanto maior o valor mensal inicial, menor é a quantidade de segurados incluída neste grupo. Isto, provavelmente, ocorre porque a maioria da população segurada do Regime Geral de Previdência Social contribui sobre o valor mínimo de contribuição, o que está de acordo com o contexto de baixos salários em que está inserida a maioria dos trabalhadores brasileiros. Entretanto, destacamos que os baixos valores históricos do salário mínimo não garantem os direitos de cidadania e de justiça social.

Segundo o levantamento realizado pelo MPAS com referência ao ano de 1979, foram concedidos 758.292 auxílios-doença. Neste, as cinco primeiras causas de benefício por frequência de concessão foram: causas externas (36,8%), neuroses (8,3%), doenças osteomusculares (7,0%), doenças do aparelho circulatório (6,4%) e hipertensão (5,2%)¹⁴. Comparando com os resultados apresentados neste artigo, identificamos que o diagnóstico para a concessão dos auxílios-doença em Recife, neste período, manteve as causas externas (20,16%) em primeiro lugar como uma tendência já observada por outros autores em grandes centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo^{16,17}.

De acordo com a CID-10, o grande grupo de causas classificado como fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde representam em Recife, no período estudado, cerca de 19,46% dos diagnósticos, significando o segundo grande grupo de causas para a concessão de auxílio-doença. Considerando a CID-10¹³, este grupo de causas é expresso como “decorrente de situações que envolvem o contato da população com os serviços de saúde diante de circunstâncias ou problema que influenciam o estado de saúde da pessoa, mas que não é em si uma doença ou traumatismo”.

Tais situações estão relacionadas, **não à doença, mas à necessidade de receber assistência ou ser-**

viço, como imunização profilática, doação de órgãos e tecidos, circunstâncias relacionadas à reprodução, colocação e ajustamento de aparelhos de prótese externa ou diante da realização de inquéritos populacionais, quando a pessoa pode ou não estar doente, e ainda, diante da necessidade de registrar determinada circunstância ou problema, como fator adicional a ser levado em conta quando a pessoa está recebendo cuidados para alguma doença ou traumatismo como, por exemplo, história pessoal ou familiar de outras doenças ou afecções, ou alergias a drogas e medicamentos. Assim, consideramos tais características de absoluta generalidade e sem guardar, neste grupo, uma relação homogênea entre estas possíveis “causas” de auxílio-doença. Isto nos faz supor que a elevada frequência observada é inicialmente produto de um inadequado diagnóstico para os segurados do INSS ou procedente de erro de classificação. Salientamos que os estudos epidemiológicos nacionais e internacionais tradicionalmente não têm enfatizado resultados relacionados a este grupo, revelando-se, assim, um achado relevante deste estudo.

Outra semelhança encontrada diz respeito às doenças osteomusculares (14,55%) e as doenças do aparelho circulatório (10,68%), em relação ao levantamento realizado pelo MPAS, em 1980. Como quinto grupo de grandes causas no período 2000-2002, encontramos os transtornos mentais (9,67%). Cabe destacar que todas estas causas fazem parte do grupo das DCNT e mostram que, para a concessão de auxílio-doença, estas apresentaram um expressivo aumento de sua ocorrência quando comparamos os dois períodos citados.

Em relação às doenças do aparelho circulatório, reconhece-se a sua importância entre as principais causas de mortalidade em todo o país. Um estudo realizado sob mortalidade por este grupo de doenças, identificou que já em 1991 estas representam a primeira causa de óbito na Região Metropolitana do Recife (RMR), sendo responsáveis por 25,61% do total de óbitos registrados naquele ano. Segundo o referido estudo, Recife, entre os municípios da área metropolitana, foi o que apresentou o mais elevado índice de mortalidade por doenças cardiovasculares (238,6/100.000)¹⁸. Em outro estudo realizado, como contribuição a IX Conferência Nacional de Saúde, foi identificado que as enfermidades do aparelho circulatório representaram no Brasil 19,8% da mortalidade proporcional já em 1984, para o grupo etário de 20 a 49 anos¹⁹. Nos anos subsequentes, ocorreu ampliação nas taxas de mortalidade proporcional em adultos e jo-

vens²⁰. Tendo em vista que este grupo se constitui na maior parte da força de trabalho ativa, esta situação também representou um aumento na demanda por serviços de saúde e na concessão de benefícios por incapacidade temporária. As doenças cardiovasculares no Brasil representaram 10,4 % do total de internação no SUS²¹.

Em 2001, a mortalidade por doenças cardiovasculares nas capitais brasileiras já representava 31,1 % do total de óbitos ocorridos²². Em Pernambuco, a taxa padronizada de mortalidade foi de 161, 2 por 100 mil, situando-se um pouco acima da média do país²⁰.

Em relação às doenças osteomusculares e os transtornos mentais, é importante destacar a sua relação com questões decorrentes do esforço no processo de trabalho, ao tipo de trabalho realizado e ao ambiente onde ele é exercido. A organização moderna do trabalho atua na gênese da fadiga física e do sofrimento mental, através de vários aspectos: jornada de trabalho prolongada; trabalho em turno, noturno; ritmos acelerados de produção; pressão hierárquica e inexistência de pausas regulares após um número de horas trabalhadas. Neste sentido, o processo de trabalho aparece como processo de desgaste do trabalhador. Refere ainda que “as condições de produção destroem de início o equilíbrio e a integridade psicofísica do trabalhador, causando danos à saúde”²³.

Resultados equivalentes aos deste artigo em relação à concessão foram identificados em pesquisa realizada com a população trabalhadora e beneficiária de auxílio-doença adscrita à gerência de Porto Alegre, referente ao ano de 1998. Nesta, são verificadas que as principais causas de incapacidade temporária para o trabalho são: as causas externas, as doenças osteomusculares e as doenças mentais^{15,16}. Esta situação está determinada pelas condições potencialmente relacionadas à piora das condições de vida e de trabalho decorrente de políticas econômicas adotadas em países periféricos¹⁶.

Com relação às aposentadorias por invalidez, em 1979, foram concedidos 113.514 benefícios no Brasil e no *ranking* dos cinco primeiros grupos de causas constavam: hipertensão arterial (17,7%), doenças do aparelho circulatório (14,4%), doenças do sistema nervoso (8,8%), osteoartrite (8,7%) e transtornos mentais (7,9%)¹⁴. No item de resultados deste artigo, identificamos uma predominância das DCNT entre as cinco primeiras causas para concessão deste benefício, apontando por ordem decrescente da frequência de concessão: as doenças do

aparelho circulatório, os transtornos mentais e as doenças osteomusculares, conformando um conjunto responsável por 53,45% dos benefícios concedidos entre os anos de 2000 e 2002. Este quadro tende a tornar-se mais crítico, pois à medida que o processo de envelhecimento da nossa população avançar, especialmente via redução da mortalidade precoce, deverá aumentar a prevalência das DCNT e sua repercussão na Seguridade Social²⁴. Os autores destacam ainda que em uma importante reunião realizada no Rio de Janeiro, em 2003, com representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas, indicou que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. É importante observar que, devido à longa duração dessas doenças, vai havendo acúmulo das mesmas na população, ocorrendo então uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com o aumento da morbidade²⁵. Neste sentido, impõe-se como de fundamental importância a realização de estudos multicêntricos para identificar quais os determinantes desta elevada prevalência na população brasileira com a finalidade de facilitar o planejamento, a gestão, a avaliação e o monitoramento dos programas de vigilância a saúde e na atenção básica, orientados para o controle das DCNT.

No interior dos grandes grupos de causas de DCNT, identificamos que existe uma predominância nas enfermidades do aparelho circulatório das doenças hipertensivas (25,5%) para os auxílios-doença e, em relação às aposentadorias por invalidez, das doenças cerebrovasculares (25,6%) que estão intimamente relacionadas com a hipertensão arterial primária. Dessa forma, observa-se que ambas são responsáveis por um quarto dos benefícios concedidos dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório. Com o aumento da frequência desse grupo de doenças, tornou-se necessário compreender a importância da hipertensão arterial e de suas complicações e, mais importante ainda, conhecer os seus determinantes e a sua distribuição nas diversas sociedades⁷. As doenças cerebrovasculares estão entre as três primeiras causas de morte em todos os países industrializados e os países em desenvolvimento refletem essa tendência no processo de transição epidemiológica em curso^{7,8}.

No grande grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes mellitus foi

responsável por 77,7% dos casos de auxílio-doença e 91,8% de aposentadorias por invalidez. O aumento da incidência de diabetes em termos mundiais tem sido relacionado às modificações de estilo de vida e do meio ambiente trazidas pela industrialização²⁶. Esta afirmativa baseia-se em estudos de que estas modificações levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e em gorduras que representam fatores de risco para as diabetes tipo II.

As doenças osteomusculares também fazem parte do grupo das DCNT e apresentaram as dorsopatias (32,4%) como a causa mais expressiva para a concessão de auxílios-doença e as artroses (33,7%) para as aposentadorias por invalidez. É possível que as violências e os acidentes (excetuados àqueles registrados como acidentes de trabalho) sejam responsáveis por uma parcela dos agravos relacionados às doenças osteomusculares¹⁶. Também é provável que parte das cirurgias atribuídas a problemas osteomusculares também tenham decorrido de lesões por causas externas; porém, a grande ocorrência de doenças osteomusculares está frequentemente associada ao esforço e a repetição de movimentos no trabalho.

Em relação às neoplasias malignas, por serem doenças degenerativas, algumas de longa duração e não-transmissíveis, também foram enquadradas como um evento do conjunto das DCNT. Dentre as neoplasias malignas, as da mama (22,8%) são a primeira causa de concessão para auxílio-doença, enquanto que as neoplasias malignas dos órgãos digestivos (21,1%) constituem-se na principal causa para as aposentadorias por invalidez. A partir de 1999, as neoplasias malignas já representaram a terceira causa de morte conhecida no Brasil e também em Pernambuco, e as mais frequentes são aquelas localizadas nos aparelhos respiratório, digestivo e genital. Dentre estas, as maiores taxas em homens são para o câncer de pulmão, estômago e próstata. Em relação às mulheres, predominam os óbitos por câncer de mama e de colo de útero²⁷. Cabe destacar aqui, a influência crescente no perfil epidemiológico das neoplasias malignas da mama, em todos os grupos etários a partir dos 20 anos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste²⁸. Este fato revela a importância de programas de prevenção e de detecção precoce que podem resultar em grande impacto neste quadro²⁹.

Quanto às causas específicas dentro do último grupo de DCNT estudado, os transtornos mentais, identificamos como principal diagnós-

tico para a concessão de auxílios-doença, os transtornos do humor (afetivos) com 29,4% e para as aposentadorias por invalidez, a esquizofrenia, transtornos esquizótipos e transtornos delirantes com 44,7% do total de casos. Os fatores psicológicos individuais também se relacionam com a manifestação da doença. É importante referir que a associação de fatores sociais como a urbanização, a pobreza e as condições associadas a ela, além dos crescentes níveis de violência, entre outros, tem consequências para a saúde mental dos indivíduos. Tais consequências são extensivas a suas famílias, que além da necessidade de proporcionar apoio físico e emocional, também são obrigadas a arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação, presentes em todo o mundo³⁰.

Considerações finais

Relacionados com a DCNT, verificamos um elevado número de concessões de benefícios por incapacidade temporária e de aposentadorias precoces no universo das agências do INSS, localizadas em Recife/PE, com importante reflexo para a sociedade e sobre os orçamentos particularmente da Previdência Social e da Saúde. Se por um lado ocorre aumento dos gastos pela demanda por serviços de assistência à saúde, aliada ao fato de retirar precocemente do mercado de trabalho pessoas em idade economicamente ativa, por outro estes benefícios representam a garantia de proteção dos trabalhadores e suas famílias frente a determinadas contingências sociais, reafirmando a importância do papel da previdência social no país.

O perfil dos segurados revela uma maioria do sexo masculino, predominantemente jovem e com valor mensal, nas duas modalidades de benefícios, de até dois salários mínimos. Ressaltamos que os valores atuais do salário mínimo são insuficientes no sentido de resgate da cidadania e de justiça social. Estes explicitam as diferenças entre a riqueza produzida e a distribuição de renda verificada no país.

Em relação as cinco primeiras causas para a concessão destes benefícios, as DCNT foram responsáveis por cerca de 35% de auxílios-doença e 53% de aposentadorias por invalidez, confirmando sua repercussão para a Previdência Social, bem como no atual perfil epidemiológico da população trabalhadora. As doenças osteomusculares constituem-se na principal causa de auxílio-doença, fato possivelmente associado ao tipo e as

condições de trabalho, e as doenças do aparelho circulatório, a primeira causa de aposentadorias por invalidez, influenciadas pelos hábitos e estilos de vida, mas também, por condições relacionadas ao trabalho e a determinadas situações familiares.

No grupo das doenças cardiovasculares, predominam a hipertensão arterial como primeira causa para a concessão do auxílio-doença e as doenças cerebrovasculares em relação às aposentadorias por invalidez. Vale referir que a ausência de controle da hipertensão arterial, fator de risco para os acidentes cardiovasculares, indica a necessidade de ampliação e melhora dos serviços de atenção básica. Entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes mellitus (tipo II), enfermidade passível de prevenção e controle, foi responsável pela quase totalidade das concessões dos benefícios estudados nas duas modalidades, reafirmando a necessidade do fortalecimento de ações de vigilância particularmente de promoção da saúde e prevenção para as doenças crônicas não transmissíveis.

Colaboradores

AAG de Moura, trabalhou na concepção teórica, na revisão bibliográfica, na pesquisa de dados, na análise dos resultados e na elaboração e redação final deste artigo. EF de Carvalho, trabalhou na concepção teórica, na análise dos resultados e na elaboração e redação final deste artigo. NJC da Silva, trabalhou na concepção teórica, na pesquisa de dados e na elaboração e redação final deste artigo.

Referências

1. Martins SP. Previdência social. In: Martins SP. *Direito da seguridade social*. São Paulo: Atlas; 2001. p. 295-02.
2. Brasil. Constituição (1988). Da previdência social. In: Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva; 1990. Seção 3, Art. 201, p. 127-9.
3. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Previdência Social. *Curso formadores em previdência social*. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; 2002.

4. Brasil. Ministério da Previdência Social. Benefícios emitidos, segundo os grupos de espécie. Bol Estat Previd Soc [periódico na Internet]. 2004. [acessado 2005 Jan 5]; 9(11). Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/1.xls>
5. Silva Júnior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 289-311.
6. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Rev C S Col* 2004; 9(4):931-43.
7. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998. p. 29-42.
8. Carvalho EMF. *Estudio de los factores psicosociales asociados con la hipertensión arterial primaria* [tese]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1993.
9. Carvalho EMF, Lessa F, Gonçalves FR, Silva JAM, Lima MEF, Melo Júnior SW. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. *Rev Assoc Saúde Pública do Piauí* 1998; 1(2):107-19.
10. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(2):131-7.
11. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde Pública* 1990; 24(4):277-85.
12. Coeli CM, Veras RP, Coutinho ESF. Metodologia de captura-recaptura: uma opção para a vigilância de doenças não-transmissíveis na população idosa. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(4):1071-82.
13. Organização Mundial de Saúde. *CID-10 - Classificação Internacional de Doenças: décima revisão*. 5ª ed. São Paulo: EdUSP; 1997. v. 1.
14. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social. *A Previdência social brasileira*. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; 1980.
15. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev. Saúde Pública* 1992; 26(3):195-02.
16. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(3):337-42.
17. Vermelho LL, Jorge MHPM. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Rev. Saúde Pública* 1996; 30(4):319-31.
18. Carvalho EMF, Branco MAF. Perfil de mortalidade por doenças cardiovasculares na região metropolitana do Recife, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Inf Epidemiol SUS* 1996; 4:61-71.
19. Carvalho EF. Perfil epidemiológico e a IX Conferência Nacional de Saúde: um século de desafios da peste à SIDA. *Saúde Debate* 1991; 33:43-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação Hospitalares (SIH-SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores e dados básicos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
23. Santos RV. O processo histórico-social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. *Saúde Debate* 1992; 36:51-7.
24. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Rev C S Col* 2004; 9(4):833-40.
25. Laurenti T. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Volume 1; 1990; Rio de Janeiro. p. 143-65.
26. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Rev C S Col* 2004; 9(4):885-95.
27. Fundação Nacional de Saúde. Proposta de monitoramento dos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco. In: *II Reunião para Implantar o Monitoramento de Doenças Não-Transmissíveis e seus Fatores de Risco e de Outros Agravos à Saúde*. 1998; Brasília. [acessado 2002 Dez 10]. Disponível em: www.funasa.gov.br/epi/ntransmi/epi_ntransmi_00.htm
28. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução da mortalidade no Brasil. In: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília: MS; 2004. p. 87-11.
29. Cesse E, Freese, E, Souza WV, Luna CF. Tendências da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: expansão ou redução? In: Carvalho EF, organizador. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária. No prelo 2006.
30. Organização Pan-americana de Saúde. Relatório sobre a saúde mental no mundo-1. Geneva: World Health Organization; 2001. [acessado 2005 Dez 1]. Disponível em: www.pisweb.med.br/acad/oms1.html

Artigo apresentado em 23/09/2005

Aprovado em 04/09/2006

Versão final apresentada em 25/10/2005