



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Meziat Filho, Ney; Azevedo e Silva, Gulnar
Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 3, junio, 2011, pp. 494-502
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240191007>

- [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

Ney Meziat Filho^IGulnar Azevedo e Silva^{II}

Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil

Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever as aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas.

MÉTODOS: Estudo descritivo com dados do Sistema Único de Informações de Benefícios e dos Anuários Estatísticos da Previdência Social em 2007. A taxa de incidência de dor nas costas como causa das aposentadorias por invalidez foi calculada segundo as variáveis idade e sexo, nos estados. Os dias de trabalho perdidos por invalidez decorrente de dor nas costas foram calculados segundo atividade profissional.

RESULTADOS: A dor nas costas idiopática foi a primeira causa de invalidez entre as aposentadorias previdenciárias e acidentárias. A maioria dos beneficiários residia em área urbana e era comerciário. A taxa de incidência de dor nas costas como causa das aposentadorias por invalidez no Brasil foi de 29,96 por 100.000 contribuintes. Esse valor foi mais elevado entre os homens e entre as pessoas mais velhas. Rondônia exibiu taxa quatro vezes superior ao esperado ($RT = 4,05$) e a segunda maior taxa, referente à Bahia, foi de aproximadamente duas vezes o esperado ($RT = 2,07$). Os comerciários foram responsáveis por 96,9% dos dias perdidos por invalidez.

CONCLUSÕES: A dor nas costas foi uma importante causa de invalidez em 2007, sobretudo entre comerciários, com grandes diferenças entre os estados.

DESCRITORES: Dor nas Costas. Seguro por Invalidez, utilização. Previdência Social. Saúde do Trabalhador. Desigualdades em Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social (IMS). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. IMS-UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Ney Meziat Filho
R. São Francisco Xavier, 524
Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar
Bloco E, Maracanã
20550-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: neymeziat@gmail.com

Recebido: 5/5/2010
Aprovado: 14/11/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe disability pension from back pain.

METHODS: Descriptive study based on data from the Brazilian Social Security Beneficiary Database and the Social Security Statistics Annual Report in 2007. The incidence rate of disability pension from back pain was estimated according to gender and age by Brazilian states. There were also estimated working days lost due to back pain disability by occupation.

RESULTS: Idiopathic back pain was the most common cause of disability among social security pension and accidental retirement. Most pensioners were living in urban areas and were commercial workers. The rate of disability pension from back pain in Brazil was 29.96 per 100,000 beneficiaries. A higher rate was seen among males and older individuals. Rondônia showed the highest rate, four times as high as expected (RR= 4.05) followed by Bahia with a rate about twice as high as expected (RR=2.07). Commercial workers accounted for 96.9% of working days lost due to disability.

CONCLUSIONS: Back pain was a major cause of disability in 2007 mostly among commercial workers showing great differences between the Brazilian states.

DESCRIPTORS: Back Pain. Insurance, Disability, utilization. Social Security. Occupational Health. Health Inequalities.

INTRODUÇÃO

A dor nas costas é considerada um problema de saúde pública em vários países do ocidente.^{7,12,22,27} Estima-se que a prevalência pontual seja em torno de 30%, e de 70% a 80% na vida.¹ Apesar de ser muito frequente, em aproximadamente 85% dos casos não é possível obter um diagnóstico anatomo-patológico preciso, sendo mais adequado designá-la por dor nas costas idiopática ou inespecífica.^{5,19}

Para a maioria dos especialistas, dor nas costas é sinônimo de dor lombar.⁶ Alguns estudos que analisaram dados secundários com os códigos da Classificação Internacional de Doenças para o desfecho consideraram como dor nas costas as cervicalgias, dores torácicas, ciáticas, transtornos dos discos intervertebrais, espondiloses, radiculopatias, além das dores lombares, que são as mais comuns.^{14,15,27}

Mesmo com a dificuldade de padronização do desfecho, o prejuízo econômico para a sociedade foi enorme, segundo estudos sobre custos da dor nas costas e da dor lombar. No Reino Unido, em 1998, a dor nas costas gerou um prejuízo maior do que qualquer outra doença analisada economicamente.²² Na Holanda, Van Tulder et al²⁷ estimaram em 1991 os custos indiretos com o absenteísmo e com a invalidez por dor nas costas como os mais elevados entre todas as doenças. Na Suécia, Burström et al³ concluíram que a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com dor lombar

é menor do que em pacientes com condições como diabetes, angina de peito e asma.

Nos Estados Unidos, segundo Deyo et al,⁴ os custos com injeções epidurais de esteróides, analgésicos opióides para dor nas costas, ressonância magnética lombar e fusão cirúrgica da coluna cresceram, respectivamente, 629%, 423%, 307% e 220% nas últimas décadas. Entretanto, esse aumento no custo não foi acompanhado pela diminuição nas taxas de incapacidade laborativa na população. Em contraste, para condições em que a prevenção e o tratamento se tornaram mais efetivos, como para as doenças do sistema circulatório e as doenças respiratórias, as taxas de incapacidade laborativa reduziram-se no mesmo período.⁴ Em estudo de tendência da dor lombar crônica realizado na Carolina do Norte, EUA, os autores concluíram que grande parte do crescimento dos custos com a dor lombar crônica foi devido a sua crescente prevalência.¹¹ Outro estudo mostrou que os problemas de coluna foram a segunda maior causa de perda de produtividade para o trabalho nos EUA, depois da dor de cabeça.²⁵ Ainda que os gastos diretos com o tratamento da dor nas costas estejam aumentando, na maioria dos estudos a maior parcela do prejuízo correspondeu às incapacidades temporárias e permanentes para o trabalho.^{7,8,22,27} O desfecho mais extremo decorrente desse processo é a aposentadoria por invalidez, difícil de ser revertida.^{20,21}

Segundo dois estudos realizados na Noruega,^{14,15} os fatores de risco para aposentadoria por invalidez e fatores prognósticos para a dor nas costas foram: sexo feminino, baixo status educacional e socioeconômico, comorbidades, cansaço físico extremo e baixa qualificação profissional.

Em estudo de base populacional realizado no Sul do País, a prevalência de lombalgia crônica foi de 4,2%,²³ associada a: sexo feminino, aumento da idade, indivíduos casados, diminuição de escolaridade, tabagismo, aumento do índice de massa corporal, trabalho deitado, carregamento de peso e realização de movimento repetitivo.

Além da demanda física no trabalho, fatores psicosociais como apoio social, controle das condições de trabalho e cobrança excessiva por maior produtividade estiveram independentemente associados à dor lombar em trabalhadores da indústria de plástico de Salvador, BA.¹⁰ Profissionais do ramo de enfermagem e trabalhadores do petróleo apresentaram elevadas prevalências de dor lombar.^{9,13} Ambas as atividades implicam o manuseio habitual de carga.

Segundo Knoplich,¹⁸ em 1987 os transtornos da coluna vertebral foram a segunda maior causa de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez no Brasil. As doenças do sistema osteomuscular foram a maior causa de benefícios de auxílio-doença previdenciário concedidos aos trabalhadores de Porto Alegre, RS, em 1998, seguidas pelos transtornos mentais e pelas doenças cardiovasculares.² Em estudo realizado na Bahia com dados do Sistema Único de Benefícios, entre os benefícios concedidos para doenças do trabalho, 70% eram doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e 14,5%, do sistema nervoso. A frequência dos transtornos dos discos lombares foi maior nos ramos de transporte, correio e telecomunicação, porém o nexo causal não foi estabelecido em percentual significativo de benefícios.²⁴

Ainda não foram realizados estudos para estimar a incidência da invalidez por dor nas costas nas grandes regiões e estados do Brasil, tampouco análises econômicas incluindo os custos diretos e indiretos gerados. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever as aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas.

MÉTODOS

Este estudo descritivo utilizou registros do Sistema Único de Informações de Benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e dos Anuários Estatísticos da Previdência Social. Foram obtidos dados de benefícios de aposentadoria por invalidez previdenciária (B32) e acidentária (B92) dos anos de 2005, 2006 e 2007: segundo sexo, faixa etária, faixa salarial, ramo de atividade, clientela (rural ou urbana), tipo de filiação

(empregado, trabalhador avulso, contribuinte individual, empregado doméstico, segurado especial, contribuinte facultativo, desempregado) e Unidade Federativa (estado), referentes aos códigos M54 (dorsalgia), M47 (espondilose), M48.0 (estenose da coluna vertebral), M50 (transtornos dos discos cervicais) e M51 (outros transtornos dos discos intervertebrais) da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10). Também foram obtidos os dados de todas as causas de concessões de aposentadorias por invalidez previdenciária e acidentária para o cálculo dos dez códigos mais freqüentes desses benefícios por categoria da CID-10.

Apenas os dados de 2007 foram utilizados devido à redução expressiva no número de benefícios concedidos entre 2005 (24.239) e 2007 (10.839) e à justificativa de que os médicos credenciados que recebiam por perícia realizada foram substituídos por médicos peritos do quadro do INSS.

O cálculo das taxas de incidência de dor nas costas em aposentadorias por invalidez, por faixa etária e sexo nas grandes regiões e estados do Brasil, teve como denominador o número médio mensal de contribuintes previdenciários segundo as mesmas variáveis. Foi analisada a correlação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os valores das taxas, ambos por estado, por meio do coeficiente de Spearman. Para as variáveis cujo total de contribuintes era desconhecido, foram calculadas as proporções, razões de proporções e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) dos benefícios por invalidez decorrente de dor nas costas por estado, segundo ramo de atividade profissional. Para comparar as percentagens de trabalhadores comerciários e rurais de cada estado em relação às proporções do Brasil foi utilizado o teste para diferença de proporções.

Pressupõe-se que as aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas tenham sido concedidas a pessoas com 12 ou mais contribuições ou no mínimo quatro contribuições, nos casos em que elas tinham perdido a qualidade de segurado por interrupção do pagamento. As informações sobre quantos contribuintes estavam de fato segurados não estão disponíveis nos Anuários Estatísticos da Previdência Social. Assim, o número médio mensal de contribuintes previdenciários foi utilizado como denominador no cálculo das taxas de incidência para evitar que contribuições de apenas alguns meses realizadas por poucos trabalhadores superestimassem o valor do denominador. Metodologia semelhante foi utilizada por Hagen & Thune¹⁶ em estudo sobre incapacidade para o trabalho causada por dor lombar, no qual a taxa de incidência de dor lombar com afastamento temporário foi calculada tendo como denominador o total de trabalhadores dos setores público e privado da Noruega. Contudo, o uso do número médio mensal de contribuintes pessoas físicas como denominador pode subestimar discretamente as

taxas de incidência, uma vez que em 2007 eles eram 36.177.021 e, em 2006, 33.333.012, diferença de 7,9%.

Os segurados sujeitos à invalidez decorrente de dor nas costas incluem empregados, trabalhadores avulsos, contribuintes individuais, empregados domésticos, contribuintes facultativos e segurados especiais; todavia, os três últimos não têm direito à aposentadoria por invalidez acidentária.

Foram calculados os dias de trabalho perdidos por invalidez dos trabalhadores empregados pela variável ramo de atividade segundo o número de benefícios de cada categoria por faixa etária. Optou-se por restringir o cálculo aos trabalhadores empregados, pois os beneficiários das outras categorias da variável filiação não teriam a mesma representatividade em termos de dias de trabalho perdidos. Além disso, nos dados recebidos a idade não constitui variável contínua; assim, foi utilizada a mediana do intervalo de cinco anos de cada faixa etária adicionada de meio ano. Em seguida, subtraiu-se este valor de 65 anos (homens) ou de 60 anos (mulheres), multiplicou-se pelo número de benefícios de cada faixa etária representada pela mediana e, por fim, multiplicou-se por 365.

O desfecho aposentadoria por invalidez decorrente de dor nas costas foi dicotomizado em dor nas costas idiopática (M54 – dorsalgia) e dor nas costas com alterações anatomo-patológicas (M47 – espondilose, M48.0 – estenose da coluna vertebral, M50 – transtornos dos discos cervicais, M51 – outros transtornos de discos intervertebrais) para o cálculo de proporções. Foram excluídas as categorias referentes às espondilopatias de etiologia inflamatórias e infecciosas. Os benefícios também foram estratificados em aposentadorias por invalidez previdenciária (B32) ou acidentária (B92).

As bases de dados foram recebidas e extraídas em planilhas eletrônicas exportadas para o programa estatístico R (R-project) para a análise.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Processo CAAE 0028.0.259.000-09, em 09/12/2009).

RESULTADOS

A maioria dos beneficiários era do sexo masculino, tinha entre 50 e 64 anos, residia em área urbana e recebia até três salários mínimos. Desses segurados, 33,3% estavam empregados, 26,0% desempregados, 22,8% eram autônomos e 4,3% foram aposentados por acidente de trabalho.

O número de dias de trabalho perdidos por aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas foi maior do que 12 milhões. Os comerciários, que compõem a maior parcela de trabalhadores, foram responsáveis

por 97,0% dos benefícios por invalidez decorrente de dor nas costas concedidos a trabalhadores empregados e, consequentemente, pela maior parcela dos dias de trabalho perdidos. Entretanto, os industriários, os trabalhadores de transportes e carga e os ferroviários apresentaram o maior número de dias perdidos por beneficiário, e houve um único benefício para o ramo dos ferroviários (Tabela 1).

Do total de aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas concedidas, 6.200 (57,2%) corresponderam a casos idiopáticos. Os mais freqüentes foram dorsalgia (33,4%), lumbago com ciática (29,0%) e dor lombar baixa (22,9%). A cervicalgia foi responsável por 7,2% dos casos inespecíficos. Entre as causas anatomo-patológicas, 4.061 (88,0%) foram transtornos dos discos intervertebrais, relacionados à região lombar. Os transtornos dos discos cervicais foram responsáveis por apenas 3,6% dos casos específicos. A dor nas costas idiopática foi a primeira causa de aposentadoria por invalidez previdenciária (Tabela 2) e acidentária (não apresentada em Tabela) no Brasil em 2007.

A taxa de incidência de dor nas costas nas aposentadorias por invalidez no Brasil em 2007 foi de 29,96 por 100.000 contribuintes (Figura 1). A taxa cresceu à medida que se elevava a faixa etária. No sexo masculino alcançou 392,59 por 100.000 contribuintes na faixa etária de 60-64 anos com redução esperada a partir dos 65 anos, devido às aposentadorias por idade. Porém, o mesmo não ocorreu entre as mulheres. A taxa mais elevada no sexo feminino foi de 533,87 por 100.000 contribuintes na faixa etária de 65-69 anos e a redução ocorreu apenas a partir da faixa etária dos 70 anos e mais. A incidência mais elevada foi na região Norte (45,46), seguida pelas Sul (34,27), Nordeste (30,04), Sudeste (28,65) e Centro-Oeste (19,87).

Tabela 1. Aposentadorias previdenciárias e acidentárias por invalidez decorrente de dor nas costas concedidas a trabalhadores empregados e dias de trabalho perdidos, segundo ramo de atividade profissional. Brasil, 2007.

Ramo de atividade profissional	Aposentadorias por invalidez (B32, B92)		Dias de trabalho perdidos por invalidez decorrente de dor nas costas	
	n	%	Total	Por beneficiário
Comerciário	3.292	96,99	11.523.963	3.501
Industriário	48	1,41	266.268	5.547
Transportes e carga	21	0,62	112.238	5.345
Servidor público	17	0,50	61.138	3.596
Rural	8	0,24	20.988	2.623
Bancário	7	0,21	27.375	3.911
Ferroviário	1	0,03	11.863	11.863
Total	3.394	100,00	12.023.830	-

Tabela 2. Aposentadorias previdenciárias por invalidez, segundo dez principais causas. Brasil, 2007.

Causa (CID-10)	n	%
Dorsalgia (M54)	5.977	4,25
Cegueira e visão subnormal (H54)	4.407	3,13
Outros transtornos dos discos intervertebrais (M51)	3.897	2,77
Hipertensão essencial (I10)	3.668	2,61
Esquizofrenia (F20)	3.147	2,24
Gonartrose (M17)	3.082	2,19
Insuficiência cardíaca (I50)	2.793	1,98
Doença isquêmica crônica cardíaca (I25)	2.763	1,96
Doença cardíaca hipertensiva (I11)	2.670	1,90
Seqüelas de doenças cerebrovasculares (I69)	2.419	1,72

Rondônia exibiu a maior taxa de incidência de dor nas costas nas aposentadorias por invalidez (121,39 por 100 mil contribuintes), quatro vezes superior ao esperado ($p < 0,000001$), seguida da Bahia, de aproximadamente duas vezes o esperado (62,04 por 100 mil contribuintes) (Figura 2).

Apenas Rondônia registrou proporção de trabalhadores rurais maior do que a de comerciários (Tabela 3); Roraima teve a metade desses benefícios concedida para trabalhadores rurais e todos os demais estados e o Distrito Federal tiveram elevada proporção de comerciários.

Nas grandes regiões e estados do Brasil, as taxas não mostraram correlação com o IDH (dados não apresentados). Mesmo desconsiderando o valor extremo da taxa de invalidez de Rondônia, a taxa da região Norte

decreceu para 34,14 e ficou praticamente igual à taxa da região Sul, e não houve correlação com o IDH.

DISCUSSÃO

A dor nas costas foi a primeira causa de invalidez e de auxílio-doença no Brasil em 2007 (dados de auxílio-doença não apresentados).

A maior parte dos diagnósticos de invalidez por dor nas costas (57,2%) foi idiopática, concordando com achados de outros autores que sugerem que apenas de 5% a 10% dos casos de dor nas costas têm uma causa específica.^{5,19} Ainda, apesar de menor do que a proporção de causas idiopáticas, a proporção de diagnósticos anatomo-patológicos foi mais elevada do que em outros estudos.^{5,19} Uma justificativa seria que esses outros estudos se referem à população geral, que estaria menos propensa a dor nas costas associada a alterações anatomo-patológicas do que os aposentados por invalidez.

Entre as causas idiopáticas, os sintomas relacionados à região lombar foram os mais freqüentes, o que é consenso na literatura.⁶ O diagnóstico de dorsalgia (M54) apresentou elevada freqüência, que pode ser explicada pela não especificação do local da dor no momento da perícia. É provável que essa categoria, sem a determinação da subcategoria, expresse a dificuldade de identificação da localização da dor ou, até mesmo, mais de uma subcategoria de dor nas costas idiopática no indivíduo.

Nos casos decorrentes de causas anatomo-patológicas, os transtornos dos discos intervertebrais lombares (M51) foram os mais freqüentes. Esses achados eram esperados, pois as alterações dos discos intervertebrais são comuns mesmo em indivíduos assintomáticos.¹⁷

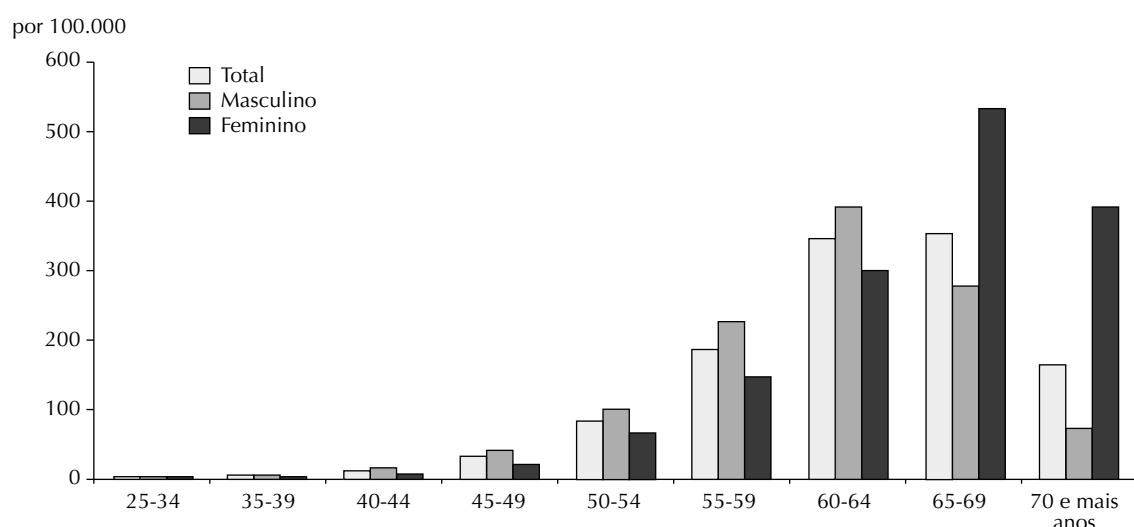


Figura 1. Taxas de incidência de dor nas costas em aposentadorias por invalidez por sexo segundo faixa etária por 100.000 contribuintes, Brasil, 2007.

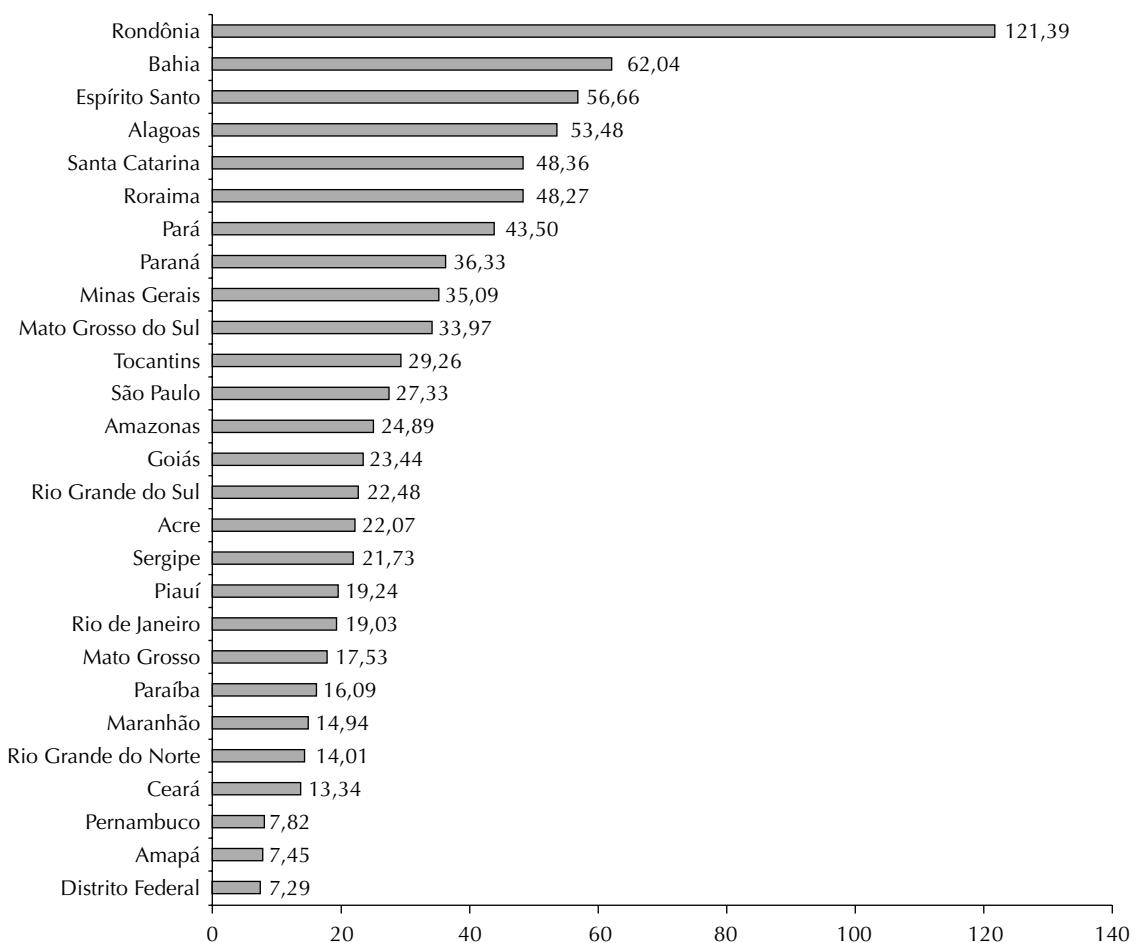


Figura 2. Taxas de incidência de dor nas costas em aposentadorias por invalidez por Unidade Federativa por 100.000 contribuintes, Brasil, 2007.

O número de dias de trabalho perdidos por beneficiário sugere que a invalidez por dor nas costas ocorre mais cedo em alguns ramos de atividade, provavelmente pela dificuldade de retorno ao trabalho devido às exigências físicas dessas atividades profissionais. O cálculo dos dias de trabalho perdidos se limitou aos dias perdidos por invalidez, sem computar os dias perdidos por afastamento temporário e por auxílio-doença, o que certamente elevaria ainda mais esse valor. Mesmo com tais limitações, esses números sugerem que no Brasil a dor nas costas também causa prejuízo econômico extremamente elevado para a sociedade.

Com relação à diferença entre os sexos, é provável que exista uma proporção maior de mulheres incapacitadas por dor nas costas com tempo insuficiente de contribuição à previdência social para a aposentadoria por invalidez, mesmo levando em consideração a idade mínima de 60 anos para o sexo feminino.

A ausência de alguns dados relativos aos denominadores constitui uma limitação deste estudo. Assim, por não ter sido obtido o número médio mensal de

contribuintes da previdência social de cada ramo de atividade profissional por estado, não foi possível verificar se os trabalhadores de Rondônia estão de alguma forma mais expostos à invalidez decorrente de dor nas costas ou se nesse estado há proporcionalmente mais trabalhadores rurais segurados da Previdência Social. Neste último caso, a elevada taxa de incidência de dor nas costas em aposentadorias por invalidez em Rondônia seria explicada pelo maior esforço físico a que se submetem os trabalhadores rurais, que consequentemente estão mais propensos a sofrer de dor nas costas incapacitante.

Também por falta de dados não foi possível calcular as taxas padronizadas por idade. Entretanto, mesmo que a estrutura etária dos contribuintes da Previdência Social de Rondônia seja diferente de outros estados, é provável que isso não explique a enorme diferença entre as taxas.

Outra dificuldade deste tipo de estudo é que a concessão de benefícios depende da política do Ministério da Previdência Social, que pode variar de um governo para outro. Além disso, é influenciada pela variabilidade

Tabela 3. Distribuição das aposentadorias por invalidez decorrente de dor nas costas, por ramo de atividade profissional. Brasil, 2007.

Unidade Federativa	Aposentadorias (B32, B92)	%	Comerciários ^a (n)	RP (IC 95%)	%	(n)	Rurais ^a (IC 95%)	RP (IC 95%)	Servidores Públicos % (n)	Transportes e carga % (n)	Bancários % (n)	Industriários % (n)	Outros ^b % (n)
Rondônia	230	39,1	(90)	0,44 (0,38;0,50)	58,3	(134)	6,86 (6,28;7,48)	-	-	2,6 (6)	-	-	-
Bahia	996	86,6	(863)	0,98 (0,97;0,99)	10,4	(104)	1,22 (1,02;1,42)	0,2 (2)	1,8 (18)	0,2 (2)	0,7 (7)	-	-
Espírito Santo	433	85,7	(371)	0,97 (0,95;0,99)	10,6	(46)	1,25 (0,94;1,56)	-	3,7 (16)	-	-	-	-
Alagoas	157	89,2	(140)	1,01 (0,54;1,48)	10,2	(16)	1,20 (1,00;1,40)	-	0,6 (1)	-	-	-	-
Santa Catarina	869	86,7	(753)	0,98 (0,97;0,99)	10,9	(95)	1,28 (1,06;1,50)	0,2 (2)	1,7 (15)	-	0,3 (3)	-	-
Roraima	20	50,0	(10)	0,56 (0,34;0,78)	50	(10)	5,88 (3,70;8,04)	-	-	-	-	-	-
Pará	262	76,0	(199)	0,86 (0,82;0,90)	16,4	(43)	1,93 (1,45;2,41)	2,7 (7)	3,4 (9)	0,4 (1)	1,1 (3)	-	-
Paraná	868	82,5	(716)	0,93 (0,91;0,95)	13,8	(120)	1,62 (1,38;1,87)	0,1 (1)	2,9 (25)	-	0,6 (5)	0,1 (1)	-
Minas Gerais	1464	90,2	(1320)	1,02 (0,87;1,18)	6,9	(101)	0,81 (0,79;0,83)	0,1 (2)	2,1 (31)	0,1 (1)	0,5 (8)	0,1 (1)	-
Mato Grosso do Sul	144	95,8	(138)	1,08 (0,57;1,59)	0,7	(1)	0,08 (0,04;0,12)	-	2,8 (4)	-	0,7 (1)	-	-
Tocantins	47	74,5	(35)	0,84 (0,74;0,95)	17	(8)	2,00 (0,86;3,14)	6,4 (3)	2,1 (1)	-	-	-	-
São Paulo	3186	97,0	(3092)	1,09 (0,98;1,20)	0,8	(24)	0,09 (0,08;0,10)	-	1,7 (54)	-	0,5 (16)	-	-
Amazonas	87	88,5	(77)	1,00 (0,37;1,63)	4,6	(4)	0,54 (0,44;0,65)	-	5,7 (5)	-	1,1 (1)	-	-
Goiás	230	92,2	(212)	1,04 (0,65;1,44)	4,3	(10)	0,51 (0,45;0,58)	0,9 (2)	2,6 (6)	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	576	86,3	(497)	0,97 (0,96;0,98)	13,4	(77)	1,58 (1,28;1,88)	-	0,3 (2)	-	-	-	-
Acre	14	71,4	(10)	0,80 (0,59;1,01)	28,6	(4)	3,36 (0,89;5,83)	-	-	-	-	-	-
Sergipe	56	87,5	(49)	0,99 (0,96;1,02)	7,1	(4)	0,84 (0,74;0,94)	-	3,6 (2)	-	1,8 (1)	-	-
Piauí	45	73,3	(33)	0,83 (0,72;0,94)	20	(9)	2,35 (1,11;3,59)	-	6,7 (3)	-	-	-	-
Rio de Janeiro	649	96,9	(629)	1,09 (0,85;1,33)	1,4	(9)	0,16 (0,13;0,19)	-	0,6 (4)	0,2 (1)	0,9 (6)	-	-
Mato Grosso	90	85,6	(77)	0,97 (0,94;1,01)	11,1	(10)	1,31 (0,61;2,01)	-	3,3 (3)	-	-	-	-
Paraíba	58	70,7	(41)	0,80 (0,70;0,90)	20,7	(12)	2,44 (1,34;3,55)	-	6,9 (4)	-	-	1,7 (1)	-
Maranhão	51	58,8	(30)	0,66 (0,53;0,79)	37,3	(19)	4,39 (3,03;5,75)	2 (1)	2 (1)	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	58	74,1	(43)	0,84 (0,75;0,93)	25,9	(15)	3,05 (1,87;4,24)	-	-	-	-	-	-
Ceará	121	66,9	(81)	0,75 (0,67;0,83)	28,1	(34)	3,31 (2,54;4,08)	0,8 (1)	3,3 (4)	0,8 (1)	-	-	-
Pernambuco	76	75,0	(57)	0,85 (0,77;0,93)	18,4	(14)	2,16 (1,24;3,09)	1,3 (1)	3,9 (3)	-	1,3 (1)	-	-
Amapá	4	100,0	(4)	1,13 (0,00;4,23)	4,2	(2)	0,49 (0,00;0,98)	-	-	-	-	-	-
Distrito Federal	48	95,0	(46)	1,07 (0,20;1,95)	-	-	-	-	0,2 (22)	2,0 (217)	0,1 (7)	0,5 (52)	0,02 (3)
Total (Brasil)	10839	88,7	(9613)	-	-	8,50 (9,25)	-	-	0,2 (22)	2,0 (217)	0,1 (7)	0,5 (52)	0,02 (3)

Para o cálculo das razões de proporções (RP) foram utilizados como base os valores referentes ao Brasil.

^a As razões de proporções (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC 95%) foram calculados apenas para os trabalhadores comerciais e rurais.

^b Irrelevantes e ferroviários.

das avaliações realizadas pelos peritos. A última versão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico das lombalgias e lombociatalgias foi publicada em 2001. Após esse período, muitos estudos sobre diagnóstico e prognóstico de incapacidade por dor lombar e por lombociatalgia foram publicados, o que torna necessária a atualização periódica. A criação de diretrizes de apoio médico-pericial do INSS específicas para esse agravio seria uma importante iniciativa.

A diminuição do tempo de espera para a obtenção do auxílio-doença seria outra mudança importante para proteger o trabalhador. A agilização desse processo, com o encaminhamento imediato ao serviço de

reabilitação profissional, provavelmente aumentaria o controle da incapacidade e diminuiria a necessidade de aposentadoria.

Segundo Takahashi & Iguti,²⁶ o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, que visa a estabilização física e psicossocial dos indivíduos que recebem o auxílio-doença, foi sucateado na década de 1990. Esse programa poderia ser reestruturado com base nas informações ora divulgadas. Além disso, as diferenças observadas entre as taxas por estado apontam a necessidade de estudos para melhor compreender os fatores associados a esse importante problema de morbidade para a população trabalhadora brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354(9178):581-5. DOI:10.1016/S0140-6736(99)01312-4
2. 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. DOI:10.1590/S0034-89102002000300013
3. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res*. 2001;10(7):621-35. DOI:10.1023/A:1013171831202
4. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med*. 2009;22(1):62-8. DOI:10.3122/jabfm.2009.01.080102
5. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70. DOI:10.1056/NEJM200102013440508
6. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine*. 2008;33(1):95-103. DOI:10.1097/BRS.0b013e31815e7f94
7. Ekman M, Johnell O, Lidgren L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. *Acta Orthop*. 2005;76(2):275-84. DOI:10.1080/00016470510030698
8. Ekman M, Jönhagen S, Hunsche E, Jönsson L. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. *Spine*. 2005;30(15):1777-85.
9. Fernandes RCP, Carvalho FM. Doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(3):661-9. DOI:10.1590/S0102-311X2000000300014
10. Fernandes RCP, Carvalho FM, Assuncao AA, Silvany Neto AM. Interactions between physical and psychosocial demands of work associated to low back pain. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):326-34. DOI:10.1590/S0034-89102009000200014
11. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):251-8. DOI:10.1001/archinternmed.2008.543
12. From the Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults--United States, 1999. *JAMA*. 2001;285(12):1571-2. DOI:10.1001/jama.285.12.1571
13. Gurgueira GP, Alexandre NM, Correa Filho HR. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(5):608-13. DOI:10.1590/S0104-11692003000500007
14. Hagen KB, Holte HH, Tambs K, Bjerkedal T. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983-1993 population-based prospective study in Norway. *Spine*. 2000;25(19):2480-7.
15. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine*. 2002;27(16):1790-6.
16. Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. *Spine*. 1998;23(19):2091-5.
17. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73. DOI:10.1056/NEJM199407143310201
18. Knoplich J. Agressões posturais da profissão de desenhista. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1987;15(57):55-8.
19. Krismer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21(1):77-91. DOI:10.1016/j.berh.2006.08.004
20. Magnussen L, Nilsen S, Raheim M. Barriers against returning to work--as perceived by disability pensioners with back pain: a focus group based qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2007;29(3):191-7. DOI:10.1080/09638280600747793

21. Magnussen L, Strand LI, Skouen JS, Eriksen HR. Motivating disability pensioners with back pain to return to work: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2007;39(1):81-7. DOI:10.2340/16501977-0004
22. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain.* 2000;84(1):95-103.
23. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):377-85. DOI:10.1590/S0102-311X2004000200005
24. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):630-8. DOI:10.1590/S0034-89102008000400008
25. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA.* 2003;290(18):2443-54. DOI:10.1001/jama.290.18.2443
26. Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. *Cad Saude Publica.* 2008;24(11):2661-70. DOI:10.1590/S0102-311X2008001100021
27. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain.* 1995;62(2):233-40. DOI:10.1016/0304-3959(94)00272-G

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Meziat Filho N, apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2010.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.