

Perfil de morbidade dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS

Morbidity profile of disability insurance beneficiaries in Erechim, RS

Mauro Roberto Capoani¹, Marcia Vieira da Motta²

Capoani MR, Motta MV. Perfil de morbidade dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS. *Saúde, Ética & Justiça*. 2015;20(2):84-92.

RESUMO: Este trabalho buscou analisar o perfil de morbidade dos beneficiários do auxílio-doença na cidade de Erechim, RS, por meio dos dados obtidos no banco de dados da previdência para os segurados facultativos, individuais e empregados no primeiro semestre de 2015. A análise dos dados indicou que os grupos de segurados frente à concessão do benefício se mostraram estatisticamente distintos quanto ao gênero, idade média na concessão do benefício e tempo de contribuição. O grupo de segurados facultativos, em sua maioria mulheres com idade média acima da 6ª década, apresentou menor tempo de contribuição quando da concessão do benefício. Em números totais, as doenças mais frequentes encontradas de acordo com o Capítulo da CID 10 foram aquelas do sistema osteomuscular (XIII), seguidas de lesões por trauma (XIX), e transtornos mentais (V), sendo o perfil de morbidade significativamente distinto entre os grupos. Quando comparadas as concessões por grupo de doenças motivadoras da incapacidade entre os segurados, observou-se, comparativamente, maior frequência de doenças do aparelho circulatório (IX) no grupo facultativo; lesões por causas externas (XIX) no grupo de contribuintes individuais e transtornos mentais (V) no grupo empregado.

DESCRIPTORIOS: Morbidade; Previdência social; Benefícios do seguro; Avaliação da capacidade de trabalho; Prova pericial; Brasil/epidemiologia.

* Trabalho apresentado pelo Dr. Mauro Roberto Capoani como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em fevereiro de 2016, sob orientação da Profa. Dra. Marcia Vieira da Motta.

¹ Instituto Nacional de Seguro Social. E-mail: maurocapoani@terra.com.br

² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. E-mail: marcia.motta@usp.br

INTRODUÇÃO

A reforma na Previdência Social brasileira é tema que há muito se discute frente à incapacidade do sistema atual em manter-se economicamente sustentável com o crescente número de segurados e o envelhecimento da população. O Ministro da Previdência Social, em março de 2015, por ocasião da alteração das regras para a concessão do auxílio-doença pela Medida Provisória nº. 644¹, enfatizou que mudanças seriam necessárias não só para preservar a sustentabilidade da Previdência Social, mas, também, para coibir abusos na concessão de benefícios.

Na mesma ocasião, esclareceu que entre 2003 e 2013 houve acréscimo no número de segurados na previdência da ordem de 30 milhões, paralelamente ao aumento real do salário mínimo (73%) e da expectativa de vida dos brasileiros. Como consequência, houve aumento quantitativo da concessão de benefícios concedidos bem como de sua duração (4,4 anos em 13 anos)². Segundo o Ministro Aloisio Mercadante, as despesas com o auxílio-doença crescem a passos largos, na ordem de 4 bilhões ao ano³.

O auxílio-doença é espécie de prestação da Previdência Social, concedida a seus segurados, obrigatórios ou facultativos, conforme disciplinado no art. 18 da Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991⁴. Pelo seu caráter pecuniário, também é chamado de benefício previdenciário⁵.

O benefício, de maneira geral, é devido àqueles que ficam incapacitados ao trabalho ou para atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos, desde que cumprido o período de carência, quando assim a lei exigir. Esta garantia não se estende aos segurados, que ao se filiarem ao Regime Geral da Previdência Social, já forem portadores da doença que causou a incapacidade, muito embora a previdência garanta o benefício quando a incapacidade for ocasionada por agravamento da condição pré-existente ou sua progressão⁴⁻⁶.

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, **salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão**⁴.

Se assim não o fosse, o benefício perderia seu caráter securitário e tornar-se-ia uma prestação assistencialista, que independe de contribuição⁷. Todavia,

é permitido ao indivíduo com doença pré-existente filiar-se à Previdência Social e requerer o benefício por motivo da progressão ou agravamento desta doença, nas mesmas condições do segurado que contribuiu ao longo de toda a sua vida. Ou seja, é possível que um indivíduo portador de patologia grave, de cura improvável e que nunca tenha contribuído para a previdência, se filie à esta quando ainda estiver apto para o trabalho, para receber o auxílio após o período de carência, sabendo do seu prognóstico sombrio. E a jurisprudência é pacífica neste sentido:

PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. MOLÉSTIA PREEXISTENTE. CONGÊNITA. AGRAVAMENTO DA DOENÇA DO SEGURADO POSTERIOR À FILIAÇÃO. APELAÇÃO PROVIDA.

1. **A preexistência da doença não impede a concessão do benefício incapacitante**, nos termos do § 2.º do artigo 42 da Lei 8.213/91, se a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento da doença posterior àquela filiação. 3. Apelação provida.⁸

PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO INTERNO. AUXÍLIO-DOENÇA. CONCESSÃO ENFERMIDADE EXISTENTE ANTES DA FILIAÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL. INCAPACIDADE POR MOTIVO DE AGRAVAMENTO DA DOENÇA. JUROS DE MORA. SUPERVENIÊNCIA DA LEI Nº 11.960 /2009 - AGRAVO IMPROVIDO. I - O tema foi abordado com clareza meridiana pela decisão recorrida, não devendo prosperar os argumentos expendidos com o fito de desconstituir o que ali restou decidido. **II - A doença pré-existente à filiação do autor ao Regime Geral da Previdência Social não inibe o recebimento do benefício, quando comprovado que a incapacidade sobreveio em razão de sua progressão e agravamento.** [...] V - Agravo Interno conhecido, mas não provido⁹.

Deste modo, faz jus ao benefício do auxílio-doença, aquele segurado obrigatório (empregado, empregado doméstico, contribuinte individual, avulso ou segurado especial) ou facultativo (dona de casa, estudante, bolsista, estagiário, presidiário, entre outros, que não exercem atividade remunerada)⁴⁻⁶ que:

- Cumpriu o período de carência determinado por lei (12 meses ou isenção, em caso de acidente de trabalho ou doenças previstas em lei);
- Apresenta doença ou agravo que incapacite temporariamente para o trabalho ou para as atividades habituais conforme determinado em perícia médica, sendo que para o empregado em empresa, este deve estar afastado há pelo menos 15 dias (corridos ou intercalados no período de 60 dias).

Tendo em vista as particularidades da concessão para indivíduos com doenças pré-existentes, especula-se que o perfil epidemiológico dos beneficiários do auxílio-doença da Previdência Social deva variar significativamente, de acordo com o tipo de vínculo do contribuinte, se segurado empregado, individual ou facultativo. Deste modo, o objetivo deste trabalho foi levantar este perfil e analisá-lo quantitativa e qualitativamente.

MÉTODOS

As informações dos beneficiários foram acessadas por meio da Agência da Previdência Social de Erechim/RS, pertencente à Gerência Executiva de Passo Fundo/RS, após autorização da gerência executiva, com auxílio de funcionário habilitado. Assim, os dados foram coletados no Banco de Dados da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) na data de 13 de julho de 2015. Levantaram-se as informações referentes ao benefício B31 e B91 (auxílio-doença previdenciário e acidentário) requeridos por segurados do INSS que solicitaram benefício na agência de Erechim/RS e avaliados em exames médico-periciais iniciais (AX1) realizados no período de 1º de janeiro a 13 de julho de 2015. Dentre os dados coletados, buscou-se:

a) O tipo de filiação do segurado¹⁰:

I. Contribuinte facultativo (Facultativo):

Categoria que envolve todas as pessoas com mais de 16 anos que não possuem renda própria, mas decidem contribuir para a Previdência Social. Pode-se citar como exemplo as donas-de-casa, síndicos de condomínio não-remunerados, desempregados, presidiários não-remunerados e estudantes bolsistas ou não.

II. Contribuinte individual (Individual):

Grupo daqueles que trabalham por conta própria (de forma autônoma) ou que prestam serviços de natureza eventual a empresas, sem vínculo empregatício. São considerados contribuintes individuais, dentre outros, os sacerdotes, os diretores que recebem remuneração decorrente de atividade em empresa urbana ou rural, os síndicos remunerados, os motoristas de táxi, os vendedores ambulantes, as diaristas, os pintores, os eletricitistas, os associados de cooperativas de trabalho e etc.

III. Contribuinte empregado (Empregado):

Categoria dos trabalhadores com carteira assinada, com contrato temporário, diretores-empregados, daqueles que tem mandato eletivo,

que prestam serviço a órgãos públicos em cargos de livre nomeação e exoneração (como ministros, secretários e cargos em comissão em geral), que trabalham em empresas nacionais instaladas no exterior, multinacionais que funcionam no Brasil, organismos internacionais e missões diplomáticas instaladas no país.

- b) A idade no momento da concessão do benefício (em anos);
- c) O gênero;
- d) A conclusão do exame médico pericial;
- e) O tempo de contribuição no momento da concessão do benefício.

Os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), 10.^a revisão, de 2008¹¹, foram atribuídos pelo pesquisador às doenças ou aos agravos do diagnóstico principal, constante na conclusão do exame médico pericial que embasou o laudo de incapacidade laboral.

A busca ativa foi realizada em duplicidade pelo mesmo pesquisador e as planilhas foram compiladas em uma única (principal), em plataforma Excel®, utilizada pelo Serviço de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para realizar as análises pertinentes: testes Mann Whitney, Kruskal Wallis e Qui-Quadrado, por meio do programa SPSS v. 13.0 (*Statistical Package for Social Sciences*)¹².

Os dados foram expressos em termos de porcentagem do total de segurados (%), média () e desvio padrão (d.p.) e foram apresentados na forma de figuras e tabelas.

RESULTADOS

Durante o período estudado, de 1º de janeiro a 13 de julho de 2015, foram concedidos 1.298 benefícios auxílio-doença previdenciários e acidentários, em perícias iniciais na agência de Erechim, RS, para segurados empregados, individuais e facultativos.

Deste total, 107 (8%) foram concedidos para contribuintes facultativos, 343 (27%) para individuais e 848 (65%) para empregados. A distribuição entre gêneros mostrou-se equilibrada quando considerado o número total da amostra (46,5% de homens e 53,5% de mulheres, n = 1.298), mas variou significativamente nos grupos estudados ($p < 0,001$). O grupo facultativo apresentou a maior composição de mulheres, 85% (n = 107), seguido dos demais grupos, 45,5% (n = 343) nos individuais e 52,8% (n = 848) nos empregados, sendo que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes dois últimos ($p = 0,777$) (Figura 1).

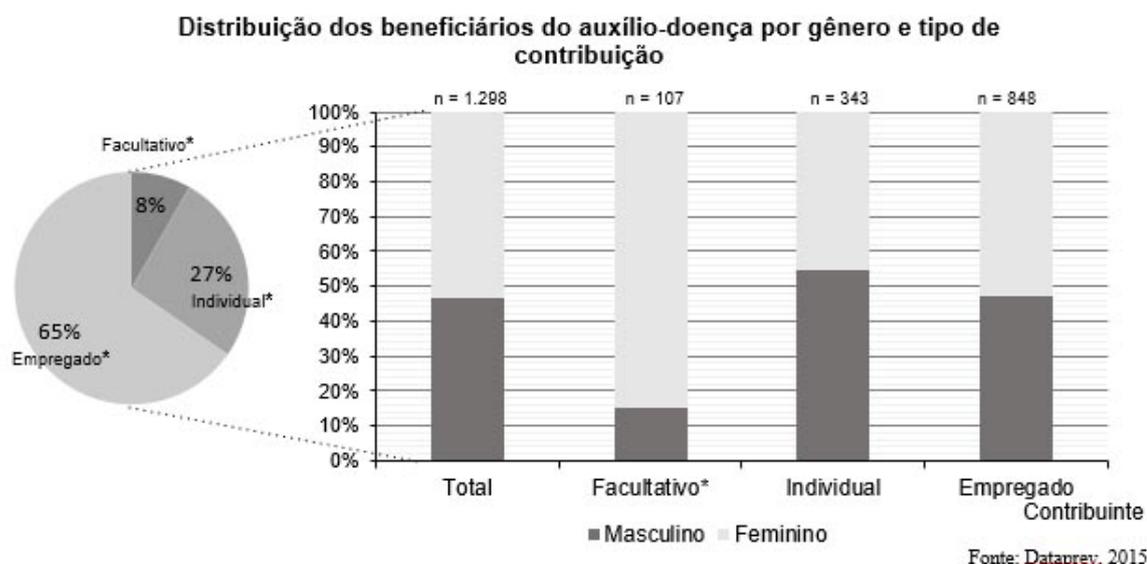


Figura 1. Distribuição dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS, por gênero e tipo de contribuição (n = 1.298, *p < 0,001; teste Qui-quadrado)

Quanto à idade média do contribuinte no momento da concessão do auxílio-doença, esta foi distintiva em cada grupo (p < 0,001): 53,3 anos para os facultativos; 45,9

anos para os individuais e 38,1 anos para os empregados (Figura 2).

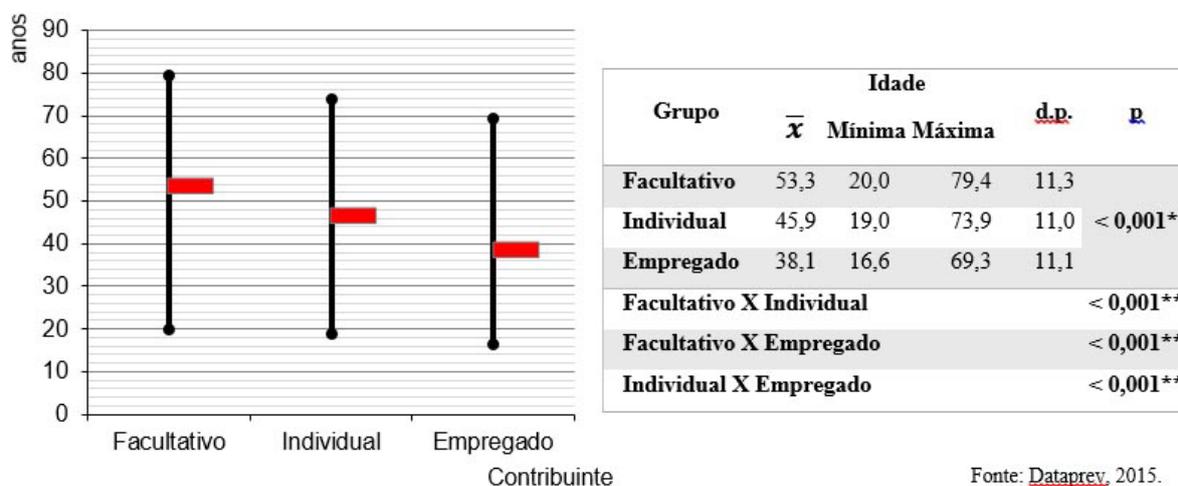


Figura 2. Distribuição dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS, por idade e tipo de contribuição (n = 1.298, p < 0,001; * teste de Kruskal-Wallis, ** teste de Mann-Whitney)

O tempo médio de contribuição no momento do auxílio-doença variou significativamente entre os grupos (p < 0,001): para o facultativo foi de 6,9 anos (n = 107); para o contribuinte individual, 9,7 anos (n = 343) e, para o empregado, 9,6 anos (n = 848), sendo que não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos de contribuição obrigatória (p = 0,777)

(Figura 3).

A distribuição das doenças e agravos que motivaram a concessão do auxílio doença, frente aos Capítulos da CID-10, indicou que os 1.298 beneficiários apresentaram 19 grupos de patologias, sendo que os 6 grupos mais frequentes somaram mais de 85% da amostra total (n = 1.110) (Tabela 1).

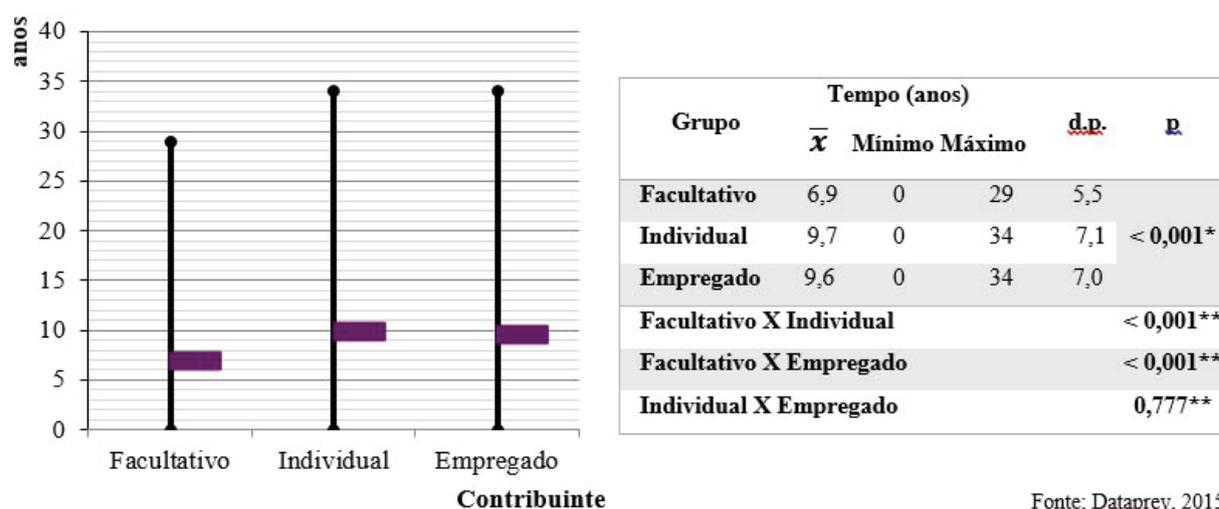


Figura 3. Distribuição dos beneficiários do auxílio-doença em Erechim, RS, por tempo médio e tipo de contribuição (n = 1.298, p < 0,001, * teste de Kruskal-Wallis, ** teste de Mann-Whitney)

Tabela 1. Agravos à saúde motivadores à concessão de benefício do tipo auxílio-doença em exame médico pericial inicial, conforme Capítulo da CID-10. Erechim, RS, 2015 (n = 1.298).

Capítulos	CID-10	n	%
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	348	26,81
XIX	Lesões por trauma envenenamentos e outras causas externas de doenças	283	21,80
V	Transtornos mentais e comportamentais	173	13,33
XI	Doenças do aparelho digestivo	136	10,48
IX	Doenças do aparelho circulatório	89	6,86
II	Neoplasias	81	6,24
XV	Gravidez, parto e puerpério	50	3,85
VI	Doenças do sistema nervoso	32	2,46
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	25	1,93
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	22	1,69
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13	1,00
VII	Doenças do olho e anexos	13	1,00
I	Doenças Infecciosas ou parasitárias	9	0,69
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (...)	7	0,54
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	7	0,54
X	Doenças do aparelho respiratório	5	0,39
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	0,23
III	Sangue e hematopoiéticos	1	0,08
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,08
Total		1.298	100

Fonte: Dataprev, 2015.

A distribuição das seis doenças e agravos principais por grupo de segurado diferiu significativamente entre os três grupos (fig. 4, p < 0,001; teste Qui-quadrado). A análise

quantitativa desta variação demonstrou, considerando a proporção do agravo por grupo de segurados, que os facultativos apresentaram frequência maior de doenças

do aparelho circulatório quando da concessão do auxílio-doença. O grupo que exibiu, proporcionalmente, o maior número de concessões por transtornos mentais e comportamentais foi o de segurados empregados, grupo com o menor número de concessões em razão de

neoplasias. Os dados obtidos dos segurados individuais indicaram que este grupo apresentou proporcionalmente o maior número de concessões de auxílio-doença para lesões do Capítulo CID-10 XIX, ou seja, lesões por causas externas.

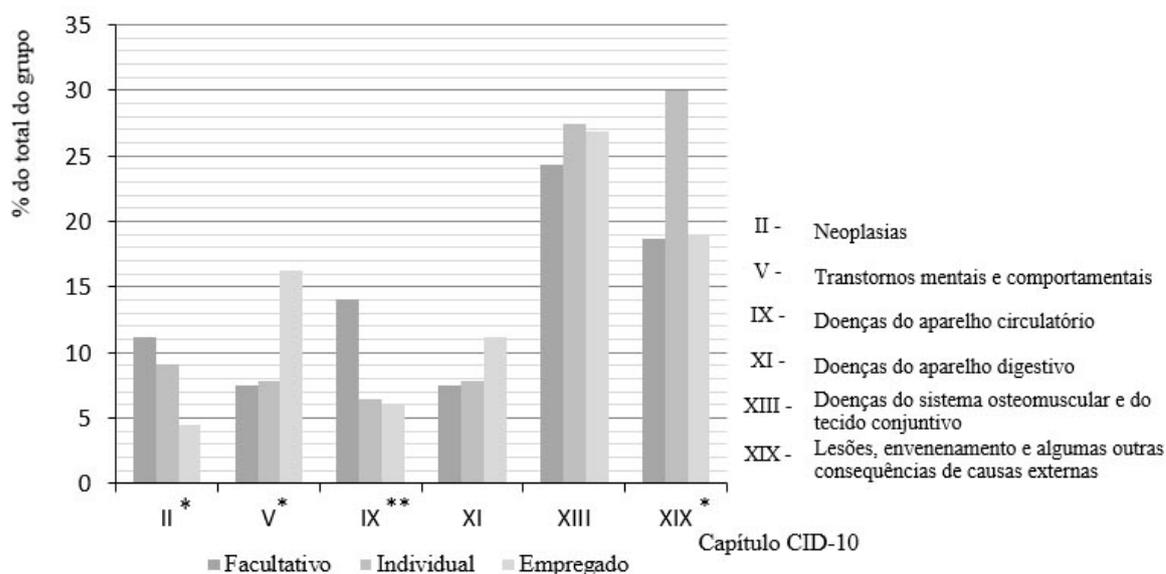


Figura 4. Distribuição das doenças e agravos por Capítulo da CID-10 das 6 principais condições motivadoras da concessão do auxílio-doença em exame médico pericial inicial, em Erechim, RS (n = 1.298; *p < 0,001, **p < 0,01; Teste Qui-quadrado)

DISCUSSÃO

Dentro dos limites legais, a legislação nacional garante acesso aos benefícios previdenciários, desde que seja comprovada a incapacidade do segurado frente ao surgimento ou agravamento de situação preexistente, e que este tenha cumprido o período de carência, quando exigido. Este acesso é concedido por laudo pericial que deve comprovar: (a) se existe doença; (b) se a doença existente, no momento da perícia, é geradora de incapacidade para exercer a atividade atribuída pelo trabalho; (c) se a doença causadora da incapacidade tem nexos causal com a atividade trabalhista, com doenças inerentes ao trabalho realizado ou se decorreu de um acidente típico no trabalho ou em circunstâncias de trajeto habitual de ida ou de volta do local da atividade laboral; (d) a data do início da doença; (e) a data em que iniciou a incapacidade, sendo que esta deve estar embasada em consistentes dados probatórios; (f) se esta incapacidade, eventualmente já era preexistente antes da filiação; (g) se a incapacidade surgiu da progressão ou agravamento de doença ou agravo preexistente e incapacitante; (h) se a incapacidade é temporária ou permanente; (i); se é total ou parcial; (j) se a incapacidade é apenas para a atividade habitual do segurado, para mais de uma atividade ou para

toda e qualquer atividade.

O perito previdenciário é quem realiza a avaliação do segurado e se pronuncia conclusivamente sobre as condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins do enquadramento na situação legal pertinente, em processo pautado pela integridade e independência de atitude e competência profissional¹³.

Antes de discutir os dados encontrados, é importante estabelecer a abrangência da amostra aqui estudada bem como seu significado, já que o trabalho limitou-se à avaliação dos benefícios concedidos na cidade de Erechim por cerca de seis meses, evitando vieses relacionados à multiplicidade de concessão do benefício. Todavia é certo que a amostra pode ter sido afetada por fatores sazonais quanto ao adoecimento. Quanto à representatividade dos beneficiários de Erechim em termos da população brasileira, é necessário levar em consideração que o perfil encontrado é semelhante ao de outros trabalhos já relatados na literatura^{14,15}.

De acordo com o observado nesta amostra, as doenças e agravos mais prevalentes por ordem de frequência foram: as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; as lesões, os envenenamentos e outras causas externas; e os transtornos mentais e comportamentais, perfazendo, entre essas três condições,

61,91% da soma do total de benefícios relativos aos três tipos de filiações que estão subjacentes à concessão do benefício auxílio-doença.

Esses distúrbios osteomusculares e do tecido conjuntivo supramencionados são frequentemente chamados de DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho). Representam lombalgias, discopatias da coluna, tenossinovites e doenças inflamatórias e degenerativas, usualmente relacionadas ao esforço, quadros afetos a outras patologias, estas de causas não relacionados ao trabalho, mas que podem causar incapacidade para o trabalho^{16,17}.

As lesões por traumas e por outras causas externas, uma constante na prática pericial, causam enorme prejuízo social. Sabe-se que o crescente volume de veículos no país, o envelhecimento da frota e a falta de estrutura viária segura implica no aumento do número de acidentes e mortes no trânsito, em especial, dos acidentes envolvendo motocicletas, meio de transporte comum em grandes cidades pela rapidez e economia, conforme relatado pela Organização Mundial de Saúde em 2015¹⁸. Assim, a elevada prevalência de lesões encontrada no grupo de segurados individuais pode estar relacionada ao transporte desses trabalhadores, bem como à falta de atenção às normas de segurança de trabalho, ou, ainda, podem ser conseqüentes a longas jornadas laborais que direta ou indiretamente atuam na ocorrência de acidentes.

Entre os adoecimentos analisados pela Previdência Social, os transtornos mentais são muito frequentes e, por serem usualmente incapacitantes, levam ao absenteísmo e à redução da produtividade, com o aumento do ônus previdenciário e custo social¹⁹. Estudo da Organização Mundial de Saúde sobre a carga global de doenças, *Global Burden of Disease Study*²⁰, indicou que as doenças mentais e as desordens por abuso de substâncias são os agravos de maior prevalência mundial, representando a maior causa mundial de incapacidade quando analisadas pelo número de anos vividos com o agravo (22,9%)²¹. O diagnóstico deste grupo de doenças sempre é um desafio não só na prática psiquiátrica, mas especialmente na perícia médica, constituindo-se uma das situações de maior complexidade para o ato pericial, principalmente para o grupo de segurados facultativos em que se deve avaliar a preexistência do transtorno e seu agravamento^{22,23}.

Seguiram-se a essas outras três condições: as doenças do aparelho digestivo, as do aparelho circulatório e as neoplasias atingindo, no conjunto, uma proporção pouco acima de 23%. Em relação às doenças do aparelho digestivo, em sua maioria, representam tratamento cirúrgico, tais como litíase biliar associada ou não à colecistite, apendicite aguda, diverticulite complicada, doenças proctológicas ou hérnias abdominais diversas. A forma de classificação usada pelo perito para indicar

a CID 10 como diagnóstico da doença que motivou o benefício foi indicada como o diagnóstico da doença de base, e não a situação de procedimento cirúrgico, ficando este classificado como diagnóstico secundário, o qual não foi objeto desse estudo. Esta diferença de classificação observada nos dados dessa amostra, certamente causou exacerbação em proporção mais elevada de doença digestiva que, se assim não fosse, estaria classificada no Capítulo XXI, letra Z, grupo “convalescença após cirurgia” da CID 10. Quanto aos agravos do aparelho circulatório, é sobejamente sabido que representam importante causa geradora de eventos graves, mortalidade e morbidade ou incapacidade a partir da quarta e quinta décadas de vida. Já o perfil de morbidade das neoplasias mostrou-se muito próximo daquele das doenças do aparelho circulatório, causa também significativa como geradora de incapacidade.

A constatação de maior prevalência dos grupos acima referidos reflete a prática diária pericial, quando se analisa, em exames médico periciais, as condições subjacentes ao agravo da saúde e que levaram à concessão de auxílio-doença, já referidas em trabalho realizado em Porto Alegre, RS¹⁵. De fato, houve concordância entre os achados de ambos os estudos, indicando que o perfil de morbidades de concessão do auxílio-acidente permaneceu o mesmo em mais de 15 anos. A única divergência observada tem origem metodológica pois, naquele trabalho, a convalescença pós-cirurgia constou como diagnóstico principal e, neste, foi classificada como diagnóstico secundário, não analisado. E foi exatamente o Capítulo XI da CID 10 que não foi representado nos benefícios da amostra de Porto Alegre, substituído pelo grupo de convalescença de cirurgias.

Em termos gerais, os resultados do presente trabalho indicaram diferenças significativas no perfil dos três grupos estudados, sendo que o grupo facultativo foi aquele que apresentou as médias etárias mais elevadas e o menor tempo de contribuição. Quando consideradas estas duas variantes, o grupo de segurados empregados e de contribuintes individuais não diferiram significativamente.

Os segurados da amostra mostraram-se em média, pertencentes a grupos etários distintos, na 4^a, 5^a e 6^a décadas de vida, de modo que seria esperado que apresentassem perfis de afecções característicos destas fases etárias. Em termos percentuais, os segurados do grupo facultativo apresentaram maior prevalência de doenças do aparelho circulatório, enquanto os contribuintes individuais, maior propensão a sofrer lesões por trauma e por outras causas externas de agravo. Este cenário, estatisticamente significativo, pode estar relacionado ao tipo de trabalho exercido pelos contribuintes individuais: por serem autônomos, podem não ter o treinamento e a supervisão no exercício de atividades perigosas, além de estarem expostos a outros fatores ambientais como trabalho em

locais sem segurança e deslocamento no trânsito com risco potencial de acidentes e traumas.

Em relação à doença mental, as frequências relativas nesses dois grupos de “não empregados” foram semelhantes, porém estatisticamente distintas do valor para empregados, indicativo de que existem condições no trabalho que podem afetar o surgimento ou agravamento de quadros de transtornos mentais, tais como maior e mais intenso ritmo de trabalho, muitas vezes, sem controle sobre os processos e equipamentos de produção, intervalos de descansos menores, e até mesmo, relações sociais conflituosas.

Especula-se, com estes resultados, a justiça social da concessão de benefícios previdenciários aos segurados facultativos, já que não raro há concessão de benefícios que extrapolam os valores contribuídos, com caráter eminentemente social. Também se traz à discussão a falta de políticas públicas para a prevenção das lesões por causas externas e a problemática da prevalência de transtornos mentais nos segurados trabalhadores, muito acima da de outras categorias.

Conclui-se, portanto, que os diferentes tipos

de segurados da Previdência Social em Erechim, RS, apresentaram perfis de morbidade distintos quando da concessão do benefício de auxílio-doença, bem como de distribuição de faixa etária, gênero e tempo de contribuição. Quando comparados apenas os grupos de contribuintes obrigatórios, não houve diferença estatisticamente significante entre os mesmos levando em conta apenas o tempo médio de contribuição.

O perfil dos agravos motivadores da concessão do auxílio-doença na cidade de Erechim, RS, foi semelhante ao perfil de outros estudos brasileiros, sendo mais prevalentes as condições dos Capítulos da CID-10, XIII, XIX, V, XI e II. O grupo de segurados facultativos, em sua maioria mulheres acima da 6ª década de vida, apresentou significativo predomínio de doenças circulatórias, quando comparado aos segurados empregados e contribuintes individuais. Os segurados individuais, predominantemente na 5ª década de vida, apresentaram número superior de concessão do benefício em razão de lesões por trauma ou outras causas externas de doenças, e os segurados empregados, prevalência maior de transtornos mentais e comportamentais.

Capoani MR, Motta MV. Morbidity profile of disability insurance beneficiaries in Erechim, RS. *Saúde, Ética & Justiça*. 2015;20(2):84-92.

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the morbidity profile of the government supported disability insurance beneficiaries in the city of Erechim, RS, through the data obtained from the government social security database for the voluntarily insured and mandatorily insured (employees and non-employees), in the first half of 2015. Data analysis indicated that the three groups differed regarding gender, the average age of having the benefit granted and contribution period. The voluntarily insured mostly were elderly females older than fifty years of age who had contributed for a shorter period when the benefit was granted. The most frequently found diseases according to the ICD-10 Chapters were those of the musculoskeletal system (XIII), followed by trauma injuries (XIX) and mental disorders (V), with significantly distinguished morbidity profiles among groups. When comparing the frequency of the disability insurance granted for each group of disease per group of beneficiaries, the voluntary insured group had a higher frequency of circulatory diseases (IX); the employee group, a higher frequency of aids due to mental disorders (V), and, the non-employee mandatory insured, due to injuries from external causes (XIX).

KEY WORDS: Morbidity; Social security; Insurance benefits; Work capacity evaluation; Expert testimony; Brazil/epidemiology.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, nº 10.876, de 2 junho de 2004, nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e a Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Brasília, DF; 2014 [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm.
2. Portal Brasil. Entram em vigor as novas regras para o auxílio-doença. Brasília, DF; 2015 [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/03/entram-em-vigor-as-novas-regras-para-o-auxilio-doenca>.
3. Castro M. Governo economiza com auxílio-doença e passa custo para as empresas. Em.com.br. Belo Horizonte, MG; 2015 [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2015/01/19/internas_economia,609258/governo-economiza-com-auxilio-doenca-e-passa-custo-para-as-empresas.shtml.
4. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia

- para assuntos jurídicos. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF; 1991 [Acesso em 02 jan 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm.
5. Brasil. Ministério da Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social. Instrução Normativa nº 77, de 21 de janeiro de 2015. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, DF; 2015. [Acesso em 02 fev 2016]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26399424_INSTRUCAO_NORMATIVA_N_77_DE_21_DE_JANEIRO_DE_2015.aspx.
 6. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF; 1999. [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
 7. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF; 1993 [Acesso em 02 jan 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm.
 8. Brasil. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Apelação Cível nº 0023184-21.2014.4.04.9999. Previdenciário. Auxílio-doença. Moléstia preexiste. Congênita. Agravamento da doença do segurado posterior à filiação. Apelação provida. Diário Eletrônico da Justiça Federal da 4ª Região, 27 ago. 2015. [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: http://www2.trf4.jus.br/trf4/diario/visualiza_inteiro_teor.php?codigo_documento=7675558&orgao=1.
 9. Brasil. Tribunal Regional Federal da 2ª Região. Apelação Cível n. 2009.02.01.017950-0. Previdenciário agravo interno auxílio-doença concessão enfermidade existente antes da filiação à previdência social incapacidade por motivo de agravamento da doença juros de mora superveniência da Lei nº 11.960/2009. Agravo improvido [Internet]. Diário Eletrônico da Justiça Federal da 2ª Região. 2010 set 23. [Acesso em 2016 jan 02]. Disponível em: <http://trf2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17220864/apelacao-civel-ac-200902010179500-rj-20090201017950-0/inteiro-teor-103668565>
 10. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Tipos de Filiação. Brasília, DF; 2015 [Acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/informacoes-gerais/tipos-filiacao/>
 11. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. CID-10 [Internet]. Brasília, DF; 2008 [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
 12. Siegel S. Estatística de teste não paramétrico. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
 13. Brasil. Ministério da Previdência Social. Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Brasília, DF. [Acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <http://www.ieprev.com.br/userfiles/file/tabela%20de%20teto%20inss/manualdepericiasmedicasdoINSS.pdf>
 14. Mendes R. Aspectos conceituais da patologia do trabalho. In: Mendes R. Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu; 1995. p.33-47.
 15. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. Rev Saude Pública. 2012;36(3):337-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000300013>
 16. Graup S. Cenário epidemiológico de morbidade no ambiente de trabalho no Brasil [Tese]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. [Acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/100370/313858.pdf>.
 17. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(6):1661-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600027>.
 18. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Road Safety 2015. Genebra, Suíça; 2015 [Acesso em 29 jan 2016]. Disponível em: <http://www.roadafetybrazil.com.br/assets/docs/doc5.pdf>.
 19. Silva-Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):186-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004802>.
 20. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9063):1436-42.
 21. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study. PLoS one. 2015;10(2):e0116820. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>.
 22. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicol Soc. 2003;15(1):97-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>.
 23. Siano AK, Ribeiro LC, Ribeiro MS. 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. 2010;59(2):131-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200009>.

Recebido para publicação: 30/11/2015
Aprovado para publicação: 14/12/2015