

Número 33

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada



Comunicado da Presidência

**QUALIDADE DE VIDA:
Seus Determinantes e sua
Influência sobre a Seguridade
Social**

14 de outubro de 2009

QUALIDADE DE VIDA – SEUS DETERMINANTES E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A SEGURIDADE SOCIAL

I. Apresentação¹

O Brasil está vivendo uma fase de otimismo. A confiança no futuro está aumentando e a melhoria dos indicadores econômicos e sociais alimenta a sensação de otimismo. Existem razões para destacar que toda a população brasileira está se beneficiando de uma série de aspectos positivos. O aumento da esperança de vida ao nascer significa um aumento potencial no número de idosos.

No entanto, dados relativos à esperança de vida saudável, mortalidade, morbidade e incidência de benefícios previdenciários recomendam um maior nível de cautela e o aprofundamento de pesquisas relacionadas ao tema, porque a fragilidade dos dados de saúde, exposta, por exemplo, pelo último Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas, revela que a questão merece cautela e, podemos acrescentar, pode ter sérias implicações sobre a competitividade e a qualidade de vida, ressaltando aí os laços familiares também.

O estudo é constituído de:

- Apresentação
- Esperança de vida em países selecionados
- Morbidade e mortalidade em países selecionados
- Condições de saúde e benefícios previdenciários no Brasil
- Perfil populacional de benefícios de risco no Brasil

Ao final será apresentada uma breve conclusão.

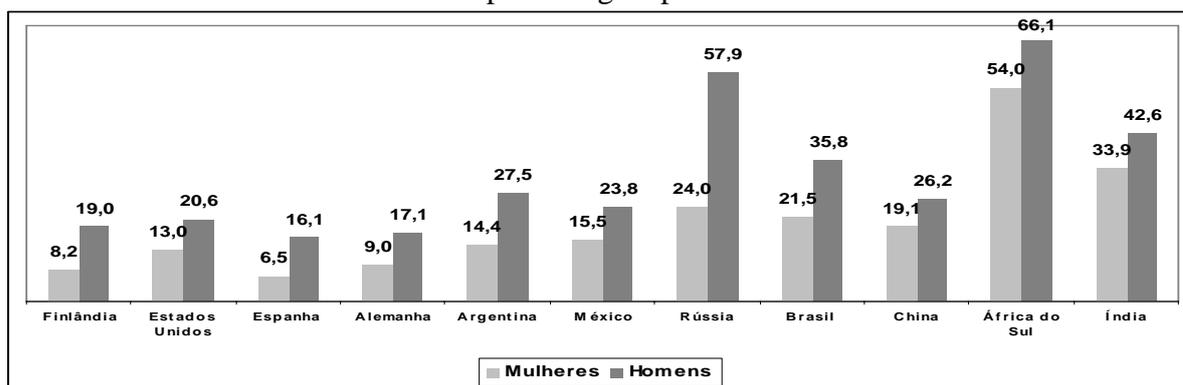
2 - Esperança de vida em países selecionados ²

Desde logo, é bom esclarecer, o mero aumento da expectativa de vida não significa que todos irão atingir a velhice. Dados dos Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentados no gráfico 2, apontam que mais de um terço dos homens brasileiros e mais de um quinto das mulheres nascidos entre 2000 e 2005 não vai comemorar o aniversário referente aos 65 anos de idade.

¹ O documento contou com a participação de: Albino Alvarez; Daniel Castro, Daniel Prado, Douglas Portari, Eduardo Ferreira, Guilherme Dias, James Richard Santos, , Maria Piñon, Milko Matijascic, Ricardo Amorim, Tarcila Landin, Victoria Etcheverría; Vinicius Ferreira, Vinicius Maciel.

² O texto da presente seção sintetiza as colocações apresentadas no Comunicado da Presidência do Ipea de número 8, que iniciou o debate, ora em curso.

Gráfico 1 – Probabilidade de não atingir os 65 anos de idade –
Dados em porcentagem para 2003



Fonte: PNUD

Os dados apresentados no gráfico 1 indicam que a probabilidade de morrer antes dos 65 anos de idade (patamar universal que delimita a passagem para o estágio de idade avançada) é alta no Brasil e supera a probabilidade países de renda *per capita* e desenvolvimento humano inferiores ao nosso, como a China. A distância em relação à Argentina e ao México também é elevada ao considerar que os patamares de renda *per capita* são apenas um pouco menores no Brasil.

O risco de morte prematura e imediata, que pode decorrer de problemas de saúde ou de causas externas como a violência, infelizmente, não é o único para quem deseja atingir a terceira idade. Vários obstáculos relacionados a doenças, sobretudo as crônicas, podem fazer com que a expectativa de vida saudável seja inferior à expectativa de vida total³. A tabela 2 apresenta o problema em sua dimensão descritiva.

Tabela 1 – Esperança de vida total versus esperança de vida saudável segundo gênero – dados em anos de vida para 2003

País	Mulheres		Homens	
	Total	Saudável	Total	Saudável
Finlândia	82	74	76	69
Estados Unidos	80	71	75	67
Espanha	84	75	77	70
Alemanha	82	74	76	70
Argentina	79	68	71	62
México	78	68	73	63
Rússia	72	64	59	53
Brasil	76	62	68	57
China	74	65	71	63
África do Sul	52	45	50	43
Índia	65	54	62	53

Fonte: OMS

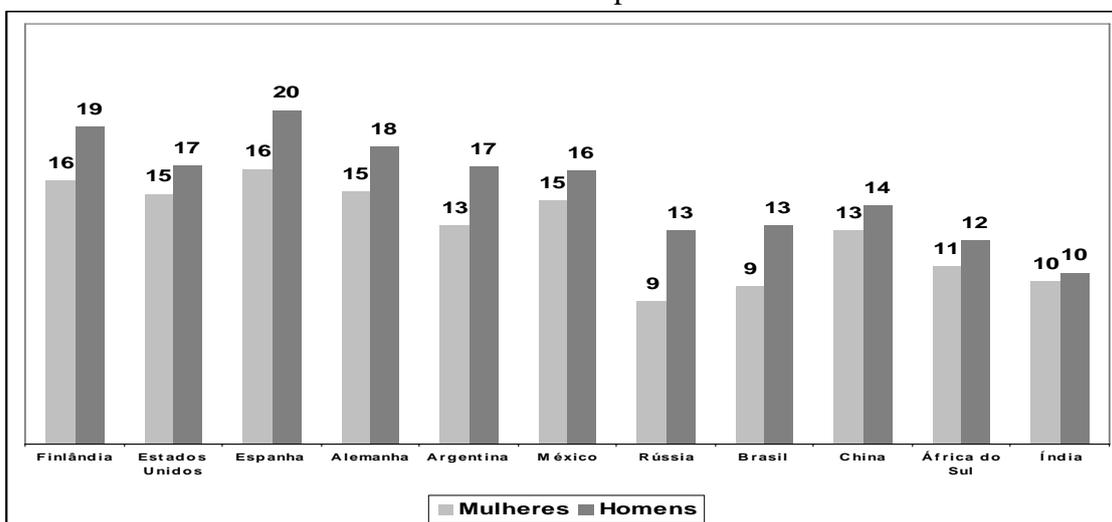
³ A esperança de vida saudável refere-se ao número médio de anos de vida que uma pessoa de determinada idade pode esperar viver com saúde, dado que prevaleçam as taxas de morbidade (incidência relativa de uma doença) e mortalidade naquela idade específica. A expectativa de vida ao nascer é composta pela quantidade de anos vividos, desde o nascimento até a morte.

Mais detalhes consultar: CAMARGOS, M. C. S., PERPETUO, I. H. O., MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 379-386, 2005.

Partindo dos dados da tabela 1, é possível perceber que o Brasil é o país onde a perda de anos de vida saudáveis é mais elevada, fazendo com que uma parcela importante da população se torne dependente da família ou da sociedade. Para os que nasceram em 2003, cerca de um em cada 7,7 anos de vida deverá ocorrer em condições precárias, gerando dependência para os hábitos mais comuns do cotidiano. Isso pode implicar em pressão sobre os gastos com saúde e previdenciários, se houver a concessão de aposentadorias por invalidez. Assim o sofrimento humano afeta a sociedade em múltiplas dimensões e causa problemas econômicos devido à perda da capacidade para trabalhar. Além do mais, há a necessidade de prover cuidados para quem perde a condição de vida saudável em termos de autonomia de suas atividades cotidianas.

Mesmo para quem atingiu os 60 anos de idade, existe uma esperança de vida saudável menor em sociedades em desenvolvimento do que nos países mais industrializados, conforme aponta o gráfico 2.

Gráfico 2 – Esperança de Vida Saudável após os 60 anos de idade.
Em anos de vida para 2003



Partindo do gráfico 4, é possível observar que situações de vida mais precárias também reduzem a expectativa de vida saudável ao atingir idades mais avançadas, o que, certamente, implica em riscos financeiros para a seguridade social, sem deixar de enfatizar as dificuldades sofridas pelos cidadãos.

Os problemas em relação à competitividade do país não podem ser negligenciados. A perda de vida saudável no Brasil é quase o dobro da Alemanha, conforme apontam os dados da tabela. Uma política de desenvolvimento deverá levar em conta esse tipo de situação. Não é outra, aliás, a motivação para a adoção de medidas que previnam os riscos de acidentes, violência e perda de condições de vida saudáveis observados nas sociedades mais avançadas. Os custos com gastos sociais podem ser compensados por menores gastos com tratamentos médicos ou de pessoas para cuidar delas. Isso para não mencionar a necessidade de realocação do orçamento doméstico para prover cuidados, reduzindo a renda disponível para o consumo. É muito difícil aferir como as famílias são afetadas num contexto em que existe a necessidade de assistir quem perde uma condição de vida saudável. É necessário observar com cautela e

de maneira mais atenta o perfil de morbidade e mortalidade do Brasil em comparação com outros países.

3 - Morbidade e mortalidade em países selecionados

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (uma das doenças crônicas não transmissíveis) são as principais causas de mortes no mundo hoje, como apresenta a Tabela 2.

Tabela 2 – Principais causas de mortes em alguns países das Américas e Europa em 2005 e projeções para 2030 (%).

País	2005 e projeção para 2030 (%)											
	Doenças cardio-vasculares		Câncer		Outras doenças crônicas		Total de doenças crônicas		Doenças transmissíveis		Ferimentos / acidentes	
Brasil	33,0	36,2	14,8	10,1	24,3	29,5	72,1	75,8	16,5	17,2	11,5	7,0
Argentina	33,2	30,7	13,2	11,0	25,5	28,8	71,9	70,5	21,2	22,6	6,9	6,9
Chile	28,5	30,9	10,7	8,7	27,5	27,7	66,7	67,3	24,3	26,2	9,0	6,6
México	39,4	46,5	12,5	8,1	23,2	24,8	75,1	79,4	15,3	13,8	10,6	6,9
EUA	37,9	36,7	6,1	5,3	27,0	30,9	71,0	72,9	23,2	22,4	5,9	4,7
Portugal	41,4	41,0	8,7	5,1	24,6	25,3	74,7	71,4	21,0	25,0	4,3	3,6
Espanha	33,6	36,4	4,7	3,4	30,9	29,0	69,2	68,8	26,6	28,1	4,3	3,0
Alemanha	47,4	44,9	4,2	3,7	26,6	27,0	78,2	75,6	18,0	21,0	3,8	3,5
Suécia	45,8	41,9	4,9	4,9	23,4	25,8	74,1	72,6	21,5	23,3	4,5	4,1

Fonte: OMS: <http://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=USA&generateReport=Generate+Report>
Elaboração própria

Observa-se que, em 2005, as doenças crônicas, como um todo, foram responsáveis por mais da metade das mortes em todos os países selecionados atingindo até 78,2% (Alemanha). As projeções para 2030 apresentam um quadro diverso. Países como Espanha (projeção de queda de 0,58%) e Chile (projeção de aumento de 0,90%) mantêm o quadro relativamente constante. Já países como Portugal apresentam expectativa de queda e países como Brasil e México apresentam expectativa de aumento. Veja a Tabela 3.

Tabela 3 – Variação percentual da incidência do total de doenças crônicas

País	2005	2030	Δ%
Brasil	72,1	75,8	5,13
Argentina	71,9	70,5	-1,95
Chile	66,7	67,3	0,90
México	75,1	79,4	5,73
EUA	71,0	72,9	2,68
Portugal	74,7	71,4	-4,42
Espanha	69,2	68,8	-0,58
Alemanha	78,2	75,6	-3,32
Suécia	74,1	72,6	-2,02

Fonte: OMS: <http://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=USA&generateReport=Generate+Report>

As doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, são as grandes responsáveis pelas mortes no início do século XXI, e as projeções para as próximas décadas, apesar de apresentarem queda em alguns países (como os países europeus apresentados na tabela 1, e a Argentina), apresentam elevações preocupantes em países como Brasil e México.

Ao se desagregar as causas de morte e comparar os dados brasileiros com os demais países selecionados, segundo a Tabela 4, observa-se que neoplasmas (todos os tipos de câncer) e as doenças dos sistemas cardiovasculares e circulatórios (angiologia e cardiologia) são responsáveis por maior parte das mortes nesses países em 2003 encabeçado pelas doenças crônicas cardiovasculares.

Tabela 4 - Principais causas de mortes em alguns países das Américas e Europa em 2003 (%).

Categoria	Argentina	Brasil	Chile	México	Estados Unidos	Portugal	Espanha	Alemanha	Suécia
I - Doenças transmissíveis	5,74	6,15	2,70	5,40	3,16	2,64	2,31	1,46	1,56
II - Neoplasmas	23,58	17,72	30,05	17,75	27,57	25,65	31,11	28,44	27,57
III - Endocrinológicas, metabólicas e nutricionais	3,02	3,74	3,31	11,15	2,69	3,07	2,12	1,96	1,57
IV - Sistema Nervoso	1,46	1,41	3,49	1,89	4,15	1,69	4,42	1,81	4,04
V - Angiologia e cardiologia	39,90	36,27	35,52	31,11	44,37	45,79	41,13	53,20	51,45
VI - Sistema Respiratório	8,69	6,46	5,55	5,81	5,77	5,33	6,94	3,89	3,90
VII - Sistema Digestivo	2,47	3,10	4,93	6,59	2,15	2,57	3,10	2,83	1,95
VIII - Sistema Subcutâneo e conjuntivo	1,76	1,05	1,69	1,86	1,47	1,35	1,43	0,88	0,87
IX - Urologia e ginecologia	0,42	0,33	0,53	0,56	0,46	0,20	0,73	0,17	0,38
X - Causas externas	6,26	12,08	9,18	12,52	6,82	5,35	4,65	3,69	4,85
XI - Outros	6,71	11,69	3,04	5,37	1,39	6,35	2,05	1,66	1,84

Fonte:OMS: <http://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=USA&generateReport=Generate+Report>
Elaboração própria

Ao focalizar a análise no Brasil no período 1979-2004 – Tabela 5 - verifica-se queda acentuada (57,12%) na incidência de doenças transmissíveis e aumento na incidência de câncer (66,67%) e doenças do sistema nervoso (40,01%).

Tabela 5 – Principais causas de mortes no Brasil entre 1979 e 2004 (%).

Categorias	1979	1989	1999	2004	Δ% (1979-2004)
I - Doenças transmissíveis	13,83	7,36	6,58	5,93	-57,12
II - Neoplasmas	10,82	13,02	16,28	18,03	66,67
III - Endocrinológicas, metabólicas e nutricionais	2,67	2,77	3,38	3,74	40,27
IV - Sistema Nervoso	1,08	1,07	1,21	1,51	40,01
V - Angiologia e cardiologia	33,81	37,41	36,42	36,77	8,77
VI - Sistema respiratório	5,44	5,40	6,31	6,58	20,94
VII - Sistema Digestivo	2,22	2,62	2,97	3,13	41,42
IX - Urologia e ginecologia	1,15	1,03	1,04	1,21	5,09
VIII - Subcutâneo e conjuntivo	0,13	0,16	0,27	0,31	142,27
X - Causas externas	7,00	9,02	12,27	11,99	71,38
XI - Outros	21,87	20,14	13,28	10,80	-50,63

Fonte: OMS: http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm
Elaboração própria

A queda na incidência de doenças transmissíveis tende a estar correlacionada ao aumento da cobertura de saneamento básico e elevadas taxas de vacinação encabeçadas por políticas públicas.

De acordo com a OPAS/Brasil, as estratégias utilizadas para o combate às doenças transmissíveis são:

- (i) Fortalecer a constituição de grupos consultivos e redes de apoio para a tomada de decisões;
- (ii) Estimular o modelo de gestão descentralizado que fortaleça as competências dos governos estaduais e municipais, para realizar a vigilância em saúde com seus componentes de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e promoção da saúde;
- (iii) Contribuir para a disponibilidade de insumos para a prevenção e controle de doenças, garantindo a qualidade, oportunidade e custo acessível para o país;
- (iv) Promover a capacitação de recursos humanos em promoção da saúde, prevenção, vigilância, análise de tendências e controle de doenças transmissíveis e não-transmissíveis;
- (v) Atender as necessidades e demandas para avançar e aprofundar os resultados obtidos na eliminação de doenças (e.g., tétano neonatal, doença de Chagas, filariose linfática, oncocercose, hanseníase, raiva urbana), bem como no controle e ações em surtos epidêmicos;
- (vi) Promover a Cobertura de Vacinação elevada e homogênea, introduzir novas vacinas, manter a erradicação da poliomielite, erradicar o sarampo autóctone e o tétano neo-natal e controlar o tétano acidental, difteria, febre amarela, Hepatite B, rubéola, parotidite, infecções invasivas de meningite bacteriana e pneumococos;
- (vii) Apoiar intervenções para modificar fatores de risco, condicionantes sociais e ambientais (Programa CARMEN), buscando o maior impacto sobre a morbidade e a mortalidade por doenças não-transmissíveis.

Ainda segundo a OPAS/Brasil, essas estratégias foram efetivadas por meio do fortalecimento técnico das equipes de saúde dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal); da aplicação de medidas de prevenção e controle de doenças, estimulando ações intersetoriais e participativas; da contribuição para a disponibilização de insumos críticos para a prevenção e controle de doenças e da incorporação da vigilância e controle de enfermidades nos tratados sub-regionais (Mercosul e Incorsur).

O resultado, portanto, se mostrou efetivo na diminuição das doenças transmissíveis, no Brasil, em 57,12%, como mostrou a Tabela 5.

Já as doenças do sistema subcutâneo e conjuntivo, do sistema nervoso, do sistema digestivo e as ligadas ao sistema endócrino-metabólico aumentaram pelo menos 40,01% ao longo desses 25 anos. Essas doenças não-transmissíveis que fazem parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis têm aumentado em decorrência de diversos fatores, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química - tabaco, álcool e outras drogas), segundo a OMS/OPAS, o que ressalta a importância de políticas públicas de prevenção e conscientização.

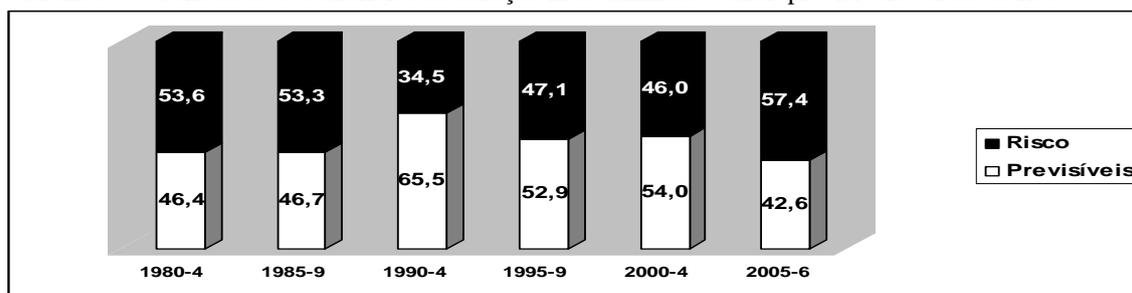
O fato de os índices atuais serem muito elevados e as projeções revelarem constância e elevação, torna necessário se estudar melhor a incidência dessas doenças e analisar qual o perfil de proteção do cidadão, pois ao saber se e como este é protegido, se produz melhores insumos para possíveis elaborações de políticas públicas. Assim sendo, faz-se necessário verificar o perfil do cidadão que esteve temporariamente – ou permanentemente – incapacitado, e se este foi coberto pelo sistema de seguridade social.

4 – Condições de saúde e benefícios previdenciários no Brasil

Os benefícios de risco, na previdência, são aqueles que podem ser concedidos devido a doenças, invalidez, acidentes de trabalho ou morte prematura. É impossível saber se esse tipo de evento vai ocorrer com uma pessoa, mas, do ponto de vista da sociedade, se repete de forma regular, prestando-se à utilização do cálculo de probabilidades para a aferição do risco. Isso permite lançar mão de técnicas de seguro para evitar a perda de rendimento decorrente da ausência temporária ou definitiva, ou ainda, parcial ou total, da capacidade de trabalho. Daí surgiu o seguro social sob um formato que pode ser considerado ontológico.

Não é fácil realizar um comparativo entre o número de benefícios previsíveis e os de risco no contexto internacional. A disponibilidade de dados e a sua comparabilidade nem sempre são possíveis. Essa pretensão é mais simples quando são enfocados os gastos que algumas instituições multilaterais publicam. De toda maneira, ao considerar apenas o caso brasileiro, torna-se inevitável observar que a distinção entre os dois tipos é muito útil, pois os benefícios de risco representam uma parcela importante do total (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Concessão de benefícios de duração indeterminada: benef. previsíveis versus de risco – %



Fontes: AEPS e BEPS

As oscilações existentes no Gráfico 3 podem ser explicadas, em grande medida, pela importância das mudanças que ocorreram nos planos de benefícios decorrentes da Constituição de 1988 e das reformas constitucionais de 1998. No primeiro caso, houve uma aceleração da concessão de benefícios rurais e assistenciais (LOAS), enquanto que as reformas constitucionais empreendidas entre 1995 e 1998 e, em menor medida, em 2003, elevaram a concessão de aposentadorias por tempo de serviço, antes e pouco depois da mudança dessas regras para a modalidade por tempo de contribuição, vigente desde 1998.

É possível perceber, no Gráfico 4, que a incidência de aposentadorias por invalidez urbanas, previdenciárias ou decorrentes de acidentes de trabalho aumentou desde 2001 quando comparada à PEA urbana.

Não existe registro relativo ao agravamento das condições de saúde ou de vida que expliquem o ocorrido entre 2001 e 2005. Antes de tudo, é preciso analisar se a legislação não apresenta problemas em relação ao acesso aos benefícios (Quadro 1).

Quadro 1 – Carência e perda da capacidade laboral de aposentadorias por invalidez em países selecionados

<i>País</i>	Carências Mínimas	Perda da capacidade laboral
<i>Brasil</i>	1 ano de contribuição	67%
<i>Rússia</i>	Estar empregado	50%
<i>Índia</i>	1 mês	100%
<i>China</i>	Indefinida	100%
<i>Coréia do Sul</i>	67% contrib previstas	Elevada perda
<i>Uruguai</i>	Indefinida	50 (parcial) 66% (total)
<i>Chile</i>	Contribuir 40% dos últimos 5 anos	50% (parcial) e 66% (total)
<i>Colômbia</i>	Contribuir 30% dos últimos 5 anos	50% (parcial) e 70% (total)
<i>México</i>	Contribuir de 150 a 250 semanas	50% (250 semanas) e 75% (150 semanas)
<i>Portugal</i>	5 anos de contrib.	67%
<i>Itália</i>	5 anos de contrib. (3 anteriores)	Incapacidade
<i>Alemanha</i>	5 anos de filiação	Cerca de 40%
<i>Suécia</i>	3 anos de filiação	25%
<i>E.U.A.</i>	25% contrib previstas	Incapacidade

Fonte: ISSA – SSW databases, 2005. Apud. Coutinho e Ribeiro (2006).

No caso das aposentadorias por invalidez, parece que as regras brasileiras não estão em desacordo com a dos demais países. Porém, a exigência de comprovação de contribuições e os problemas referentes à perda da condição também representam um obstáculo para o acesso às aposentadorias por invalidez. A concessão de benefícios não reflete as condições de vida do segurado e não considera todos os esforços realizados em matéria de contribuição. A possibilidade de perder a qualidade de segurado não estimula a contribuição e fere os postulados da cidadania. Partindo das condições do mercado de trabalho brasileiro, a única alternativa para quem perde a qualidade de segurado é o benefício da LOAS, após ser atingida por um elevado grau de pobreza familiar, e cujos procedimentos administrativos são confusos, contraditórios e discricionários. Mas o problema requer mais atenção em relação ao perfil populacional.

5 - Perfil populacional de benefícios de risco no Brasil

O objetivo dessa seção é identificar se o cidadão, tanto contribuinte como não-contribuinte, esteve, por algum período, incapacitado de exercer suas funções laborais. Os dados apresentados pretendem mostrar as diferenças entre homens e mulheres, entre as faixas de renda, faixas etárias sempre considerando, separadamente, contribuintes e não-contribuintes.

A Tabela 6 mostra que, tanto entre os contribuintes como entre os não-contribuintes, a ocorrência de incapacidade laboral é maior nas mulheres do que nos homens e em ambos os casos é maior entre os não-contribuintes. Entre os contribuintes houve aumento na incidência da incapacidade laboral de 8,77% entre os homens e 6,97% entre as mulheres.

Tabela 6 – Incapacitados de realizar atividades habituais por gênero e condição de atividade (%)

Gênero	Contribuinte			Não contribuinte		
	1998	2003	Δ%	1998	2003	Δ%
Masculino	4,02	4,37	8,77	5,35	5,36	0,00
Feminino	5,87	6,28	6,97	7,24	7,15	-0,01

Fonte: PNAD. Elaboração Ipea

De acordo com a Tabela 7, observa-se maior ocorrência da incapacidade laboral entre aqueles nas faixas etárias mais altas tanto entre os contribuintes quanto entre os

não-contribuintes. Cabendo ressaltar que a diferença entre contribuintes e não-contribuintes se dá, de forma um pouco mais significativa, a partir da faixa etária de 40-54 anos de idade. O maior aumento se deu entre os contribuintes na faixa etária de 16-24 e 40-54.

Tabela 7 - Incapacitado de realizar atividades habituais por faixa etária (%).

Faixa Etária	Contribuinte			Não contribuinte		
	1998	2003	Δ%	1998	2003	Δ%
16 a 24	3,99	4,41	10,57	3,7	3,92	5,99
25 a 39	4,29	4,61	7,42	5,62	5,56	-1,07
40 a 54	5,35	5,92	10,74	7,71	7,91	2,52
55 a 65	7,66	7,42	-3,13	10,04	8,35	-16,85

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

A Tabela 8 revela que a diferença da incidência de incapacidade laboral entre os decis não é relevante o que significa que, independentemente das diferenças características do tipo de incapacidade, ocorre em qualquer e toda faixa de renda da população. O maior aumento se deu nas segunda e sexta faixa de renda mais pobre da população, 31,65% e 26,43%, respectivamente.

Tabela 8 - Incapacitados de realizar atividades habituais por faixa de renda (%).

Faixa de renda	Contribuinte			Não contribuinte		
	1998	2003	Δ%	1998	2003	Δ%
1	3,96	3,92	-1,07	7,88	5,73	-27,32
2	5,97	7,87	31,65	6,92	7,11	2,87
3	5,24	6,24	19,06	6,53	6,59	0,91
4	5,97	6,03	1,01	6,79	6,53	-3,81
5	5,02	5,78	15,05	5,39	5,91	9,74
6	4,92	6,21	26,43	5,29	5,27	-0,47
7	4,58	5,24	14,34	5,78	5,65	-2,25
8	4,44	4,75	7,09	5,34	5,14	-3,71
9	4,59	4,63	0,8	4,54	5,21	14,7
10	4,39	4,33	-1,4	5,65	4,86	-14,11

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Observa-se, portanto, que a incidência da incapacidade laboral – temporária ou permanente – é uniformemente distribuída entre gênero, porém existem diferenças ente faixas etárias e faixas de renda. Portanto, deve se verificar o quão coberto está o cidadão pela seguridade social.

É importante analisar se essa proteção e cobertura se apresentam uniformemente entre contribuintes e não-contribuintes, homens e mulheres, faixa etária e faixa de renda.

Ao considerar o status da cobertura do cidadão por área (regiões metropolitanas e regiões não-metropolitanas), observa-se que houve aumento de 33,69% na incidência desse benefício na população.

Isso leva a inferir possíveis justificativas como (i) uma possível deterioração nas condições de trabalho, seja mecânico seja intelectual (tanto pode se referir às condições em trabalhos braçais como questões sanitárias, equipamentos de segurança, carga

horária, alimentação adequada ou não, como pode se referir às novas condições de trabalho de quem está nos escritórios, nos trabalhos burocráticos, políticos ou acadêmicos como stress - dada a pressão para cumprimento de metas -, carga de trabalho elevada, entre outros); (ii) aumento da capilaridade do sistema de previdência que passaria, então, a atingir parcela da população antes não coberta; (iii) possível existência de dificuldade de gerenciamento que possibilitaria a obtenção do auxílio, por parte do cidadão, que seria usado como uma proteção contra o desemprego. (Tabela 9).

Tabela 9 – Usufruíram do auxílio-doença por área (regiões metropolitanas e regiões não-metropolitanas)

Área	Contribuinte			Não contribuinte		
	1992	2007	Δ%	1992	2007	Δ%
Região metropolitana	26,15	34,96	33,69	2,73	2,33	-14,46
Região não-metropolitana	17,7	22,46	26,92	3,49	2,57	-26,22

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

A mesma tendência se encontra nas regiões não-metropolitanas onde o aumento na incidência do benefício na população, no mesmo período, foi de 26,92%. Houve queda na incidência do benefício na população, no mesmo período, de 14,46%. Nas regiões não-metropolitanas, a incidência caiu 26,22%.

Levando em consideração que, para a obtenção do benefício, é necessária a contribuição do trabalhador, ainda assim é possível encontrar trabalhadores não-contribuintes com o benefício, já que um indivíduo pode receber o benefício e logo em seguida sair do emprego, podendo estar no “período de graça”, ou seja, se tornando um não-contribuinte com o auxílio-doença. Pode até manter o benefício por tempo indeterminado ou além do devido - provavelmente devido á ausência de fiscalização adequada – ganhando apesar de não contribuir.

Após análise das faixas de renda, apresentadas na Tabela 9, nota-se que, entre a população contribuinte, o que equivale a uma variação de -34,74% na incidência desse benefício na população do primeiro decil. Nos demais decis da população, observa-se aumento de pelo menos 28,24% (décima faixa de renda) na incidência desse benefício na população entre os anos de 1992 e 2007.

Esses dados permitem inferir que quanto maior o nível de renda maior o acesso ao benefício o que pode ocorrer ou devido a um maior acesso a informação entre as camadas de maior renda ou ainda devido ao medo, por parte dos trabalhadores, de perderem o emprego, o que faria com que estes trabalhassem mesmo em condições debilitadas de saúde. (Tabela 10).

Tabela 10 - Usufruíram do auxílio-doença por decil

Faixa de renda	Contribuinte			Não contribuinte		
	1992	2007	Δ%	1992	2007	Δ%
1	6,1	3,9	-34,74	0,8	0,4	-46,07
2	6,8	9,1	33,73	1	0,6	-37,6
3	8,5	12,8	51,23	0,9	0,5	-41,57
4	11,3	14,8	31,43	1,2	0,8	-27,69
5	12,3	16,4	32,96	1,2	0,9	-31,68
6	14,7	20,3	37,66	1,5	1,3	-14,74
7	15,6	21	34,51	1,7	1,4	-15,7
8	19,9	26,4	32,37	2,2	1,9	-12,93
9	21,5	30,5	41,4	3,7	2,9	-20
10	25,3	32,4	28,24	6	3,3	-44,35

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Com relação à população não-contribuinte, o quadro é diferente: todos os decis tiveram a incidência do benefício diminuída no período.

Ao desagregar a população por faixas etárias, Tabela 11, e considerando inicialmente a população contribuinte, observa-se que houve aumento daqueles que usufruíram o benefício em todas as faixas etárias, sendo o maior crescimento na faixa etária de 55-65 anos de idade (97,93%). Com relação à população não-contribuinte, apenas a faixa etária 55-65 anos apresentou aumento na incidência do benefício (7,52%).

Tabela 11 – *Ocupados (contribuintes e não-contribuintes) que usufruíram do auxílio-doença por faixa etária.*

Faixa etária	Contribuinte			Não contribuinte		
	1992	2007	Δ%	1992	2007	Δ%
16 a 24	18,3	22,3	21,64	2,7	2,4	-10,82
25 a 39	20	25,5	27,49	1,5	1,4	-6,16
40 a 54	16,5	24,4	47,54	0,9	0,9	-4,59
55 a 65	9,3	18,3	97,93	0,9	0,9	7,52

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Essa constatação tende a considerar a hipótese que um provável aumento na consciência da população com relação aos seus direitos deve ter ocorrido. Outro ponto importante é a alta incidência de doenças crônicas na população na faixa de 55-65 anos. Em 2003, como mostra a Tabela 12, 62,63% das pessoas entre 55-65 anos tinham doença crônica.

Tabela 12 - *Doentes crônicos ocupados (contribuintes e não-contribuintes), por faixa etária – TOTAL POR FAIXA ETÁRIA (%).*

Faixa etária	Contribuinte			Não contribuinte		
	1992	2007	Δ%	1992	2007	Δ%
16 a 24	17,23	15,55	-9,78	16,08	12,7	-21,03
25 a 39	28,81	25,67	-10,9	35,21	26,12	-25,83
40 a 54	48,74	45,65	-6,36	56,31	47,22	-16,15
55 a 65	64,24	62,63	-2,51	70,95	61,83	-12,85

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Entre os contribuintes e não-contribuintes, observa-se queda na incidência de doenças crônicas entre aqueles que se enquadram nas faixas etárias de 16-24 e 25-39 e aumento da incidência nas demais faixas etárias. (Tabela 13).

Tabela 13 – *Doentes crônicos ocupados (contribuintes e não contribuintes), por faixa etária – TOTAL POR CONDIÇÃO DE SAÚDE.*

Faixa etária	Contribuinte			Não contribuinte		
	1998	2003	Δ%	1998	2003	Δ%
16 a 24	9,59	8,81	-8,12	11,54	10,31	-10,65
25 a 39	38,37	35,57	-7,31	33,37	29,95	-10,24
40 a 54	41,53	43,82	5,5	37,06	39,96	7,81
55 a 65	10,51	11,81	12,36	18,03	19,78	9,72

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Ao dividir a população por gênero, como apresentado na Tabela 14, é possível inferir que, apesar de as mulheres terem mais doenças crônicas do que os homens (36,3% das mulheres têm doenças crônicas contra 29,4% dos homens), elas utilizam menos o benefício auxílio-doença (22% das mulheres e 25,5% dos homens). Isso deve ocorrer devido ao fato de que os homens, em geral, tendem a ser mais estáveis no trabalho e, conseqüentemente, na contribuição.

Tabela 14 – Doentes crônicos (contribuintes e não-contribuintes), por gênero

Gênero	Contribuinte			Não contribuinte		
	1998	2003	Δ%	1998	2003	Δ%
Masculino	31,97	29,43	-7,95	35,18	27,69	-21,2846
Feminino	38,35	36,33	-5,27	44,88	38,77	-13,6212

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Tabela 15 - Ocupados (contribuintes e não-contribuintes) que usufruíram do auxílio-doença por gênero

Gênero	Contribuinte			Não contribuinte		
	1992	2007	Δ%	1992	2007	Δ%
Masculino	18,7	25,5	36,7	1,5	1,5	3,52
Feminino	17,1	22	29,03	2	1,3	-36,3

Fonte: PNAD
Elaboração Ipea

Após análise dos dados apresentados, pode-se concluir que o número de pessoas que passaram por um momento de incapacidade laboral foi significativo. Existe, portanto, uma população expressiva de pessoas que esteve impossibilitada de trabalhar por algum período – ou permanentemente – e, de acordo com os dados apresentados nesse artigo. Essas alternativas não são excludentes e, conjuntamente, explicam o aumento no número de auxílios-doença e na incidência desse benefício na população contribuinte.

6- Comentários Finais

Apesar de a esperança de vida estar melhorando de forma significativa, as condições observadas na população brasileira ao atingir idades mais avançadas não são favoráveis. O Brasil é o país onde a população possui a maior parcela de vida em condições não saudáveis, acarretando problemas de competitividade via aumento do gasto público com benefícios e realocação de população, em geral familiares, para atender os que são atingidos por essa condição.

Os dados brasileiros de morbidade e mortalidade revelam um rápido avanço das doenças crônicas e das causas externas, fruto de condições de vida que podem ter se deteriorado, mas resultado também de um sistema cuja capilaridade é maior. As causas externas estão relacionadas com a violência e com as condições de vida das metrópoles, que precisam melhorar, embora venham apresentando progressos notáveis.

A incidência de benefícios de risco, no Brasil, supera às de benefícios previsíveis, o que é um problema, pois tendem a ser concedidos mais cedo e requerem, na maioria dos casos, pagamento de benefícios e atendimento médico-hospitalar. Uma atuação mais intensiva do Estado é uma condição importante para diminuir os índices aferidos e melhorar a qualidade de vida da população, que esteve sujeita a condições

bastante precárias e apenas recentemente, com a retomada do crescimento, parece apresentar uma evolução mais satisfatória.

Existe diferença considerável entre a população contribuinte e não-contribuinte: a população contribuinte apresentou, em geral, maior aumento do número de auxílios-doença no período 1992-2007 e maior incidência desse benefício na população.

O mesmo perfil comparativo entre contribuintes e não-contribuintes confere para as regiões metropolitanas e não-metropolitanas. Ao analisar a divisão da população por faixa de renda, é possível perceber que, tanto entre os ocupados contribuintes como entre os ocupados não-contribuintes, quanto maior a renda maior o usufruto do benefício – provavelmente devido à maior consciência de seus direitos – porém, a incidência do benefício entre os ocupados contribuintes é significativamente maior do que a incidência nos ocupados não-contribuintes.

Já em relação à desagregação em faixa etária, houve aumento no número de auxílios-doença em todas as faixas etárias na população contribuinte – a população não-contribuinte apresenta o mesmo perfil com exceção da faixa que engloba os indivíduos entre 16-24 anos que apresentou queda.

Houve aumento da incidência do benefício em todas as faixas etárias da população contribuinte e o oposto ocorreu com a população não-contribuinte com exceção da faixa etária 55–65 anos. O maior aumento, tanto no número de benefícios quanto de incidência do mesmo, se encontra nas faixas de 55-65 e 40-54 anos.

Por fim, em relação à análise por gênero, tem-se que, apesar de as mulheres terem mais doenças crônicas do que os homens, elas utilizam menos o benefício auxílio-doença por estarem numa situação menos vantajosa no mercado de trabalho, pois representam um contingente ponderável de não contribuintes.

Em suma, a melhoria das condições de saúde vai precisar vir acompanhada de um aumento da proteção previdenciária para reduzir os níveis de heterogeneidade e aumentar o bem-estar da população.