

Benefícios por doenças cardiovasculares na cidade do Recife, Pernambuco, no quinquênio 2011-2015

Benefits granted due to cardiovascular disease
in Recife, Pernambuco, Brazil, 2011-2015

Adilson da Silva Morato Filho¹, Simone Cristina Soares Brandão¹, Marcelo Tavares Vianna¹,
Thiago Darlan Silveira da Silva¹, Adriana Gonçalves Velozo¹

RESUMO | Introdução: Os benefícios previdenciários refletem o impacto socioeconômico gerado pela incapacidade ao trabalho por motivo de doença. As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade e morbidade no mundo. **Objetivo:** Avaliar, clínica e economicamente, os benefícios previdenciários concedidos por DCVs no Recife, Pernambuco, no quinquênio 2011–2015. **Métodos:** Estudo descritivo, de corte transversal, com coleta de informações e análise dos benefícios por incapacidade pelas DCVs na gerência executiva do Instituto Nacional do Seguro Social no Recife, por intermédio do Sistema Único de Informações de Benefícios. **Resultados:** No quinquênio 2011–2015 foram concedidos 186.058 benefícios. Destes, 8.968 (4,8%) foram por DCVs, entre os quais 6.049 (67,5%) foram selecionados por serem as doenças mais frequentes. Dos beneficiários, 78% são masculinos e 63,8% estavam na faixa etária entre 45 e 59 anos. O acidente vascular encefálico (AVE) e a insuficiência cardíaca (IC) foram responsáveis pela maior duração de afastamento ao trabalho (entre 135 e 138 dias) e pelo maior valor do benefício (próximo de R\$ 3.900 mensais). **Conclusão:** Embora a hipertensão arterial sistêmica não acarrete um afastamento tão longo e não seja tão dispendiosa, ela deveria ser prevenida, por ser causa importante de AVE e IC, duas das principais DCVs responsáveis por maior custo e número de dias de absenteísmo. A melhoria da qualidade de vida da população visa à atenuação do impacto na Previdência Social, no mundo do trabalho e na sociedade como um todo.

Palavras-chave | benefícios do seguro; Previdência Social; doenças cardiovasculares; seguro por invalidez; serviços de saúde do trabalhador.

ABSTRACT | Background: Social security benefits reflect the socioeconomic impact of work incapacity by disease. Cardiovascular diseases (CVD) are the main cause of mortality and morbidity worldwide. **Objective:** To evaluate benefits granted due to CVD in Recife, Pernambuco, Brazil, from 2011 to 2015, from the clinical and economic perspective. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study which collected and analyzed data on benefits granted for disability caused by CVD by the executive management of the National Social Security Institute in Recife, via the Unified System of Information on Benefits. **Results:** 186,058 benefits were granted from 2011 to 2015, 8,968 (4.8%) corresponded to CVD, of which 6,049 (67.5%) were selected for analysis because they corresponded to the most frequent diseases. About 78% of the beneficiaries were male and 63.8% were within age range 45 to 59 years old. Stroke and heart failure (HF) accounted for the longest sick leaves (133 to 138 days) and highest benefit amounts (about BRL 3,900.00 per month). **Conclusion:** While hypertension does not result in as long leaves and costs, it should be prevented for being a significant cause of stroke and HF, both of which account for longer sick leaves and higher social security costs. Improving the quality of life of the population seeks to reduce their impacts on the social security system, the world of work and society at large.

Keywords | insurance benefits; social security; cardiovascular diseases; insurance, disability; occupational health services.

¹Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520180198

INTRODUÇÃO

O sistema previdenciário do Brasil visa compensar ou indenizar os agravos à saúde limitadores do desempenho social, ou dar cobertura a eles. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a autarquia responsável pela concessão dos benefícios, que consistem em prestações pecuniárias mensais pagas pela Previdência Social aos segurados ou aos seus dependentes¹.

As estatísticas mostram que os valores despendidos com o pagamento dos auxílios-doença tiveram crescimento médio anual de 24% no período 1999–2003 e de aproximadamente 36% no período 2004–2013^{2,3}. O benefício previdenciário é um bom indicador das principais causas de adoecimento motivadoras de afastamento do trabalho e maior risco para aposentadoria por invalidez e mortalidade⁴.

Entre as doenças incapacitantes, destacam-se as cardiovasculares (DCV), que vêm passando por modificações epidemiológicas desde o século passado no Brasil, possivelmente relacionadas com as alterações no estilo de vida das pessoas, inclusive no ambiente ocupacional⁵⁻⁷. Ainda, o acidente vascular encefálico (AVE) foi considerado uma doença cardiovascular por compartilhar do processo fisiopatogênico aterosclerótico e dos fatores de risco associados⁸. Além disso, estima-se que os custos *per capita* de pacientes com DCV cresçam significativamente à medida que a população envelhece e a prevalência de casos graves aumente, o que já repercutiu no sistema previdenciário, cujos gastos com afastamentos por DCVs foram de R\$ 354.809.849,44 em 2011 e de R\$ 380.402.308,87 em 2015^{9,10}.

As DCVs podem ser relacionadas ao trabalho pela aplicação dos nexos técnicos previdenciários, e não só do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que é a relação estatístico-epidemiológica entre o código da doença e o ramo de atividade econômica do vínculo empregatício do trabalhador. Isso com base no histórico dos benefícios concedidos pelo INSS, quando houve aumento das doenças do trabalho por presunção, antes tidas como doenças comuns, dependendo do código no atestado médico¹¹.

Levando em conta que novos estudos podem ser viáveis operacionalmente, que boa parte dos países está preocupada com a despesa econômica dos benefícios por incapacidade, que há escassez de estudos regionais atualizados sobre a concessão de benefícios por DCVs, que os resultados podem servir como aperfeiçoamento da avaliação previdenciária e que o pesquisador é perito médico previdenciário da Gerência

Executiva (GEX) do INSS no Recife, Pernambuco, pretendeu-se analisar os benefícios concedidos pelas cinco principais DCVs que impactam entre os segurados da Previdência Social que requereram benefício na circunscrição em estudo.

MÉTODOS

O estudo foi descritivo, de corte transversal, com coleta de informações na Superintendência Regional Nordeste, estrutura do INSS localizada na cidade do pesquisador, Recife, e análise dos benefícios concedidos pelas DCVs também no Recife, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, por meio do Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe), uma espécie de sistema corporativo informatizado.

Nesta pesquisa, foi realizada uma análise clínica e econômica dos benefícios previdenciários por incapacidade relacionados às DCVs. Depois, foram selecionados os seguintes códigos da Classificação Internacional das Doenças (CID): I10 (hipertensão arterial sistêmica – HAS), I20 (angina do peito), I25 (infarto agudo do miocárdio – IAM), I50 (insuficiência cardíaca) e I64 (acidente vascular encefálico – AVE), excluindo-se as causas de má-formação congênita, valvulopatias e HAS secundária, que foram os principais tipos de DCV em outros estudos.

O prosseguimento deu-se pela coleta das variáveis: duração do benefício (em dias), data do início do benefício (DIB), data da cessação do benefício (DCB), forma de filiação, faixa salarial, ramo de atividade, sexo, faixa etária (em grupos de idade) e valor inicial da renda mensal.

Posteriormente, foram separados os tipos de benefícios concedidos:

- auxílio-doença previdenciário, ou espécie 31: benefício previdenciário concedido após 15 dias de afastamento laboral;
- aposentadoria por invalidez previdenciária, ou espécie 32: benefício previdenciário concedido por tempo indeterminado, estando ou não em gozo de auxílio-doença;
- auxílio-doença acidentário, ou espécie 91: benefício previdenciário concedido após 15 dias de afastamento laboral por acidente relacionado ao trabalho;
- aposentadoria por invalidez acidentária, ou espécie 92: benefício previdenciário concedido por tempo indeterminado, por acidente relacionado ao trabalho.

Os instrumentos de pesquisa que viabilizaram a coleta de dados foram:

- pesquisa documental: análise do banco de dados Suíbe, buscando os benefícios concedidos pela GEX Recife em razão de DCVs e a distribuição dessas doenças entre as espécies de benefícios, após a Carta de Anuência, a Autorização de Uso de Dados e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54694416.7.0000.5208, e aprovação final sob nº 2.324.172;
- formulários estruturados com roteiro planejado em formas de planilhas do Excel e as variáveis de interesse do estudo anteriormente listadas.

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram expressos em frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, usando média, desvio padrão e mediana como cálculos estatísticos; e nos percentis P25 e P75 para as variáveis numéricas. Em caso de não se ter encontrado distribuição normal das amostras, foi utilizada a mediana. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas, aplicou-se o teste χ^2 de Pearson, e para a comparação entre as variáveis categóricas e as variáveis numéricas se usaram o teste de Mann-Whitney (duas categorias) e o de Kruskal-Wallis (mais de duas categorias) — esses dois últimos principalmente para a distribuição dos afastamentos em dias pelos grupos de CID e pelas espécies de benefícios previdenciários concedidos, assim como para o valor mensal recebido segundo cada uma das variáveis (sexo, faixa etária, CID e espécie). A verificação da hipótese de normalidade foi feita pelo teste de Shapiro-Wilk. A margem de erro nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha Excel, e o programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 23^{12,13}.

RESULTADOS

No quinquênio 2011–2015 foram concedidos 186.058 benefícios previdenciários por incapacidade na cidade do Recife, sendo 8.968 (4,8%) por todas as DCVs e entre os quais 6.049 (67,5%) foram selecionados, de acordo com os CIDs escolhidos para este estudo.

Na Tabela 1, ressalta-se que a maioria dos benefícios foi concedida para previdenciários do sexo masculino (77,6%);

Tabela 1. Características clínicas e de trabalho dos benefícios concedidos por doença cardiovascular na cidade do Recife, Pernambuco, 2011–2015 (n=6.049).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	4.694	77,6
Feminino	1.355	22,4
Faixa etária (em anos)		
20 a 24	28	0,5
25 a 29	83	1,4
30 a 34	173	2,9
35 a 39	314	5,2
40 a 44	548	9,1
45 a 49	1.024	16,9
50 a 54	1.419	23,5
55 a 59	1.415	23,4
60 a 64	882	14,6
65 a 69	137	2,3
70 ou mais	26	0,4
Ramo de atividade		
Comércio	5.834	96,4
Serviço público	10	0,2
Rural	114	1,9
Indústria	2	0,0
Ignorado	2	0,0
Transportes de carga	87	1,4
Forma de filiação previdenciária		
Empregado	3.361	55,6
Autônomo	1.043	17,2
Desempregado	1.052	17,4
Doméstico	308	5,1
Facultativo	89	1,5
Segurado especial	111	1,8
Trabalhador avulso	85	1,4
Faixa salarial (em salários mínimos)		
< 1	2.890	47,8
1 a <2	2.178	36,0
2 a <3	610	10,1
3 a <4	223	3,7
4 a <5	120	2,0
5 a <6	27	0,4
6 ou mais	1	0,0
CID-10		
I10	1.216	20,1
I20	826	13,7
I21	1.148	19,0
I50	1.097	18,1
I64	1.762	29,1
Espécie do benefício previdenciário		
31	4.790	79,2
32	1.135	18,8
91	100	1,6
92	24	0,4

CID: Classificação Internacional das Doenças.

os maiores percentuais corresponderam às faixas de idade entre 50 e 54 anos (23,5%), 55 e 59 anos (23,4%), 45 e 49 anos (16,9%) e 60 e 64 anos (14,6%); os percentuais das demais faixas etárias variaram de 0,4 a 9,1%; a ampla maioria (96,4%) enquadrava-se no ramo de atividade de comércio; as três formas de filiação mais frequentes foram empregado (55,6%), autônomo (17,2%) e desempregado (17,4%); e os percentuais foram decrescentes com as faixas de renda, sendo 47,8% na faixa com menos de um salário mínimo, 36,0% na faixa de um a menos de dois salários mínimos e 10,1% na faixa de dois a menos de três salários mínimos.

Além disso, na mesma tabela, é possível verificar que o maior percentual correspondeu ao CID I64 (29,1%), o menor ao CID I20 (13,7%) e houve variação de 18,1 a 20,1% nos outros três CIDs pesquisados; aproximadamente a metade (49,2%) correspondeu à espécie 31, seguida de 18,8% a espécie 32; e as espécies correspondentes a benefícios acidentários foram 124 (2,1%), sendo 1,6% a espécie 91 e 0,4% a espécie 92.

Na Tabela 2, enfatiza-se que as médias e medianas do número de dias de benefício foram correspondentemente mais elevadas para o sexo masculino do que para o sexo

Tabela 2. Distribuição dos afastamentos em dias pelas variáveis (sexo, faixa etária, grupos de CID e espécie de benefícios previdenciários) concedidos na cidade do Recife, Pernambuco, 2011-2015 (n=6.049).

Variáveis	Estatísticas		
	Mediana	P25	P75
CID-10			
I 10	66,50 ^(A)	40,00	101,00
I 20	98,00 ^(B)	69,00	139,00
I 21	100,0 ^(B)	71,00	138,00
I 50	138,00 ^(C)	100,00	184,00
I 64	135,00 ^(C)	90,00	196,00
Valor de p	p ⁽²⁾ < 0,001*		
Espécie			
31	105,00	68,00	156,00
91	87,00	56,00	131,50
Valor de p	p ⁽¹⁾ < 0,001*		

CID: Classificação Internacional das Doenças; *diferença significativa ao nível de 5,0%; ¹através do teste de Mann-Whitney; ²através do teste de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas do referido teste. Se as letras entre parênteses são distintas, comprovam-se diferenças significativas entre as categorias correspondentes.

feminino (médias de 119,69 × 112,17 dias e medianas de 107,00 × 98,00 dias); foram mais elevadas na faixa etária de 60 anos ou mais (médias de 132,91 dias e medianas de 121,00 dias), seguidas da faixa de 50 a 59 anos (média de 119,03 dias e mediana de 107,00), e nas outras três faixas etárias as médias variaram de 107,57 a 111,79 dias e medianas de 87,00 e 97,00. A média foi mais elevada no CID I64 (149,85 dias), seguido de I50 (146,28 dias), e foi menos elevada no I10 (76,60 dias). A mediana foi mais alta no I50 (138,00 dias), seguido do I64 (135,00 dias), e foi menos elevada no I10 (66,50 dias). A média e a mediana do número de dias foram correspondentemente mais elevadas na espécie 31 do que na 91 (médias de 118,41 × 93,73 e medianas de 105,00 × 87 dias).

Foram registradas diferenças significativas entre as categorias de todas as variáveis analisadas (p<0,001), e, por meio dos testes de comparações múltiplas, comprovaram-se diferenças significativas entre: as faixas etárias de 50 a 59 anos e de 60 anos ou mais, e entre todas as faixas etárias consideradas e as outras variáveis deste estudo. Exceto entre os CIDs I20 e I21 e I50 e I64 nos demais pares, notaram-se diferenças significativas.

Na Tabela 3, salienta-se que a média e a mediana do valor total do benefício foram mais elevadas no sexo masculino do que no feminino (médias de R\$ 4.458,02 × R\$ 2.992,01 e medianas de R\$ 3.462,04 × 2.454,07), indicando diferença significativa entre os sexos. As referidas média e mediana aumentaram também com a faixa de idade: média igual a R\$ 3.208,87 e mediana de R\$ 2.421,70 na faixa etária de 20 a 29 anos, e média igual a R\$ 4.840,25 e mediana de R\$ 3.785,75 na faixa etária de 60 anos ou mais. A média mais elevada correspondeu aos CIDs I64 (R\$ 4.994,20), seguidos de I50 (R\$ 4.712,94), e foi menos elevada no I10 (R\$ 2.504,12), e a mediana foi mais alta no I50 (R\$ 3.952,94), seguido de I64 (R\$ 3.897,87), e menos elevada no I10 (R\$ 1.958,69). A média e mediana foram correspondentemente mais elevadas na espécie 31 do que na 91 (médias de R\$ 4.112,65 × 3.881,82 e medianas de 3.204,53 × 3.129,69).

Exceto entre as espécies, foram registradas diferenças significativas entre as categorias de todas as variáveis analisadas (p<0,001) e com diferenças significativas, com exceção entre as faixas etárias 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, entre todos os demais pares; e ainda entre os pares I20 e I21 e I50 e I64, entre todos os demais pares.

DISCUSSÃO

Neste estudo, os benefícios concedidos por DCVs na cidade do Recife, quinquênio 2011–2015, foram relativamente baixos (4,8%) em relação aos dados nacionais da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev)¹⁰ (8%). Duas hipóteses locais para essa discrepância podem ser: subnotificação da patologia de base, ou maior mortalidade por DCVs geradas por dificuldades de acesso aos serviços de previdência e precariedade da saúde, respectivamente. Outra hipótese local pode ser a baixa filiação à Previdência Social por diversos motivos sociais e trabalhistas.

Tabela 3. Valor mensal recebido segundo cada uma das variáveis, na cidade de Recife, 2011-2015 (n=6.049).

Variáveis	Mediana	P25	P75
Sexo			
Masculino	3462,04	2127,60	5551,47
Feminino	2454,07	1499,40	3912,75
Valor de p	p ⁽¹⁾ <0,001*		
Faixa etária (em anos)			
20 a 29	2421,70 ^(A)	1498,98	4061,21
30 a 39	2653,87 ^(A)	1525,01	4339,20
40 a 49	2868,96 ^(B)	1795,93	4617,19
50 a 59	3412,60 ^(C)	2098,65	5439,02
60 ou mais	3785,75 ^(D)	2250,49	5892,38
Valor de p	p ⁽²⁾ <0,001*		
CIDs			
I 10	1958,69 ^(A)	1114,60	3176,54
I 20	3342,67 ^(B)	2060,45	5697,50
I 21	3256,10 ^(B)	2124,23	5017,97
I 50	3952,94 ^(C)	2709,48	5580,52
I 64	3897,87 ^(C)	2405,07	5977,12
Valor de p	p ⁽²⁾ <0,001*		
Espécie			
31	3204,53	1954,80	5148,27
91	3129,69	1722,42	5086,87
Valor de p	p ⁽²⁾ <0,354		

CID: Classificação Internacional das Doenças; *diferença significativa ao nível de 5,0%; ¹através do teste de Mann-Whitney; ²através do teste de Kruskal-Wallis com comparações múltiplas do referido teste. Se as letras entre parênteses são distintas, comprovam-se diferenças significativas entre as categorias correspondentes.

A maioria expressiva de auxílios-doença (quase 80%) demonstrou a alta morbidade cardiovascular da amostra selecionada, enquanto a frequência de aposentadoria por invalidez foi de quase 20%. Em dois estudos prévios, a amostra levada em conta foram todas as doenças do aparelho circulatório, e não uma exclusiva de DCVs, como na presente pesquisa. Acusaram-se frequência próxima de 11% e aposentadoria por invalidez de quase 23,62% num estudo local (Recife, PE)¹⁴, enquanto a aposentadoria por invalidez em outro estado (Campina Grande, PB)¹⁵ foi de 25,3%.

No que tange ao perfil clínico desses benefícios por DCVs, a faixa etária predominante dos beneficiários foi de 45 a 59 anos (perto de 64%), considerada como a de máximo desenvolvimento profissional¹⁶. O resultado foi parecido com o trabalho do Recife¹⁴, com quase 50% de auxílio-doença e 60% de aposentadoria por invalidez entre 39 e 58 anos de idade, e da Paraíba¹⁵, com quase 60% de aposentadoria por invalidez entre 40 e 59 anos.

No tocante às DCVs, o AVE foi a que ensejou mais benefícios (29,1%), entretanto um estudo local¹⁴ constatou a HAS como a causa mais comum (perto de 25%). Na atualidade, a HAS pode levar à menor incapacidade laboral, diante da rápida recuperação clínica, mas é também causa importante de AVE, não podendo ser ignorada.

O sexo masculino predominou entre os beneficiários. De forma semelhante, um estudo nacional e dois europeus mostraram que os homens foram o gênero mais associado à concessão de benefícios por DCVs¹⁶⁻¹⁸. Além disso, entre os homens, houve mais acometimento por IAM e aposentadoria, enquanto entre as mulheres se viu predominância da HAS. É plausível que a diferença metabólica possa contribuir, seja por fator hormonal (estrogênio) favorável às mulheres, seja pela presença simultânea dos fatores de risco (como, por exemplo, dislipidemia e hábitos de vida não saudáveis), que levam os homens à mais vulnerabilidade aos eventos cardiovasculares, até mesmo pela tendência masculina de resistir à procura de tratamento e reabilitação, permanecendo por mais tempo na atividade mesmo com dor e/ou desconforto^{8,19}.

O período de afastamento pelas DCVs variou de 60 a 150 dias. É possível que a duração dos benefícios esteja associada à espera de exames, procedimentos ou acesso a um especialista para tratamento adequado. Fora isso, a própria história natural da doença cursa com recuperação mais rápida da HAS, geralmente em menos de 15 dias, o

que não geraria benefício, assim como o AVE está ligado à lenta recuperação das sequelas sensitivo-motoras⁴.

Outras características analisadas nesta investigação foram bem significativas e refletiram o perfil contributivo ativo dos segurados em gozo do benefício por DCVs, com predominância no ramo de atividade laboral de comércio, nas formas de filiação previdenciária empregada e autônoma.

A maioria dos benefícios correspondeu ao auxílio-doença previdenciário (próximo de 80%), que indica o grau de morbidade das DCVs, reduzindo-se com a faixa etária neste estudo, enquanto a aposentadoria por invalidez previdenciária teve concessão aumentada com a faixa etária crescente⁴.

Apesar de a participação dos benefícios acidentários ter sido mínima, o resultado não deve refletir a realidade dos processos de trabalho, considerando que a exposição a fatores ocupacionais possa ser um risco independente para o desenvolvimento de DCVs^{11,20,21}.

No que se refere à faixa salarial, foi nítida a concentração dos segurados que ganhavam até três salários mínimos mensais, quer seja por fatores assistenciais, quer seja por dependência previdenciária, acarretando impacto importante na arrecadação tributária total no país, por ser ela a faixa salarial com maior número de contribuintes²².

A quantidade de aposentadorias por DCVs vem decrescendo no Brasil no período investigado, e vem aumentando a quantidade de benefícios concedidos por auxílio-doença, o que pode ser justificado pelos melhores critérios de avaliação previdenciária, que incluem o retorno laboral pela patologia de base compensada e o controle clínico pelo tratamento otimizado.

Com a transição epidemiológica no Brasil aliada ao envelhecimento populacional, torna-se enfático que vários estudos estimem os custos em saúde, sobretudo das DCVs, como a principal causa de morbimortalidade e potencial afastamento laboral por doença no país.

As maiores limitações estão relacionadas à população-alvo, que não compreende a totalidade dos trabalhadores, tendo em vista que exclui a informalidade, a qual não contribui com a Previdência Social e, conseqüentemente, não está no banco de dados do Suíbe. Isso pode causar seleção pela tendência a subestimar a ocorrência dos problemas de saúde, pois os trabalhadores em atividade seriam mais saudáveis e aptos do que os indivíduos suscetíveis fora da força de trabalho, além das próprias limitações.

Entendeu-se que os custos com as DCVs estão em crescimento, e é fundamental que medidas de promoção de saúde ocorram para a redução das mortes prematuras, diminuição de morbidade e perda de trabalhadores em sua fase mais proativa, particularmente numa região metropolitana do Nordeste brasileiro como Recife.

CONCLUSÃO

Os custos diretos e indiretos das DCVs no Brasil vêm aumentando nos últimos cinco anos no país, principalmente da Previdência Social (66%), além dos medicamentos e da morbidade. Esses dados são indicativos indiretos de que existe aumento na população que convive com as DCVs. A quantidade de benefícios previdenciários aumentou nos últimos cinco anos proporcionalmente aos auxílios-doença, já sendo possível visualizar a queda das aposentadorias ocorridas por DCVs.

A faixa etária prevalente foi entre 45 e 59 anos de idade, embora o afastamento seja mais duradouro acima dos 50 anos de idade, e os valores maiores de benefícios acima dos 60 anos. O gênero mais comum foi o sexo masculino, inclusive no tempo de benefício e no seu valor total. O tipo de doença mais frequente foi o AVE, sendo responsável pela maior duração dos benefícios e pelos maiores valores, em média. O absenteísmo ao trabalho e custos foram maiores no AVE e na IC, em média. A HAS pode levar à menor incapacidade laboral diante da rápida recuperação clínica, mas também é causa importante de AVE, não podendo ser ignorada.

O benefício mais comum foi o auxílio-doença previdenciário. O afastamento ao trabalho durou até seis meses, e o valor total por benefício custou até R\$ 6 mil ao Estado. A filiação mais significativa foi a empregada, o ramo de atividade mais expressivo foi o comércio, e a faixa salarial predominante foi de até três salários mínimos, corroborando o perfil contributivo do segurado incapacitado.

A luta na prevenção e na melhoria da qualidade de vida da população é urgente, principalmente para reduzir as mortes prematuras, a morbidade e a perda de trabalhadores em sua fase mais proativa, particularmente numa região metropolitana do Nordeste brasileiro como o Recife, onde os recursos são escassos, atenuando o impacto na Previdência Social, no mundo do trabalho e na sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999 [Internet]. Brasil; 1999 [citado 5 jun. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm
2. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
3. Brasil. Ministério da Previdência Social. 2º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. Principais causas de afastamento do trabalho entre homens e mulheres da iniciativa privada. Brasília: Secretaria de Políticas da Previdência Social; 2014.
4. Jakobi HR. Incapacidade para o trabalho no Brasil: análise de benefícios auxílio-doença segundo um recorte de atividade econômica, diagnóstico e localização geográfica [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
5. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr*. 2004;17(4):523-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>
6. Evora PRB, Nather JC, Rodrigues AF. Prevalência das doenças cardíacas ilustrada em 60 anos dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(1):3-9. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140001>
7. Rocha RS, Conti RAS. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. *Rev Bras Med Trab*. 2005;3(1):10-21.
8. Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco, EC. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(4):301-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000400012>
9. Azambuja MIA, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(3):163-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001500005>
10. Brasil. Ministério da Saúde. DATAPREV (dados abertos): Benefícios por incapacidade concedidos por Classificação Internacional de Doenças (CID) [Internet]. Brasília: Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social; 2016 [citado 5 abr. 2016]. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/beneficios-por-incapacidade-concedidos-por-classificacao-internacional-de-doencas-cid10>
11. Barbosa-Branco A. O impacto do NTEP na caracterização dos acidentes de trabalho no Brasil. *Rev CIPA*. 2008;29(345):50-5.
12. Altman GD. *Practical Statistics for Medical Research*. Londres: Chapman and Hall; 1991. 611p.
13. Zar HZ. *Biostatistical Analysis*. 4ª ed. Nova York: Prentice Hall; 1999. 929p.
14. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social - temas livres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1661-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600027>
15. Santos TR, Silva Júnior VR, França ISX, Cavalcanti AL, Fernandes MGM. Perfil socioeconômico-demográfico do beneficiário do Instituto Nacional do Seguro Social aposentado por invalidez e suas causas, no Estado da Paraíba, no quinquênio 2007-2011. *Rev Bras Est Popul*. 2012;29(2):349-59.
16. Bernhoeft R. Tempo a favor o que você vai ser ter, ou parecer após os 40? São Paulo: Saraiva; 2008.
17. Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of work and non-work related benefit claims in Brazil. *Amer J Ind Med*. 2011;54(11):858-71. <https://doi.org/10.1002/ajim.20974>
18. Bekker MHJ, Rutte CG, Rijswijk KV. Sickness absence: A gender-focused review. *Psychol Health Med*. 2009;14(4):405-18. <https://doi.org/10.1080/13548500903012830>
19. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occup Environ Med*. 2008;65:325-30. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.033910>
20. Britto IAGS, Elias PVO. Análise comportamental das emoções. *Psicol Amer Lat* [Internet]. 2009 [citado 20 jul. 2016];16. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100004&lng=pt&nrm=iso
21. Andrade RCV, Fernandes RCP. Hipertensão arterial e trabalho: fatores de risco. *Rev Bras Med Trab*. 2016;14(3):252-61.
22. Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação. Quem recebe até três salários mínimos é quem mais paga impostos no Brasil [Internet]. [citado jul. 2016]. Disponível em: <https://ibpt.com.br>

Endereço para correspondência: Adilson da Silva Morato Filho - Rua Costa Gomes, 150, 1.402 - Madalena - CEP: 50710-510 - Recife (PE), Brasil - E-mail: morato3@hotmail.com