

## Posição socioeconômica e duração do benefício por incapacidade devido a doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho

Socioeconomic position and duration of disability benefit due to work-related musculoskeletal disorders

Norma Sueley Souto Souza <sup>1</sup>  
Vilma Sousa Santana <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Auditoria Regional em Salvador, Instituto Nacional do Seguro Social, Salvador, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

### Correspondência

N. S. S. Souza  
Auditoria Regional em Salvador, Instituto Nacional do Seguro Social,  
Av. Sete de Setembro, 91/93,  
2º andar, Salvador, BA  
41760-035, Brasil.  
nsouto@uol.com.br

### Abstract

*This study estimated the effect of socioeconomic position on the duration of disability benefits due to musculoskeletal disorders affecting the neck and/or upper limbs. A cohort study including 563 insured workers from the city of Salvador, Bahia, Brazil, registered in the General Social Security System and who received temporary disability benefits due to musculoskeletal disorders affecting the neck and/or upper limbs, was performed in 2008 using data from the National Social Security Institute. The results show that among union member workers with high psychosocial demands at work, those with low socioeconomic status are almost twice as likely to receive benefit for a shorter period of time compared to those with a higher socioeconomic position (RR = 1.89; 95%CI: 1.25-2.87). These results reveal an inequitable situation or unnecessary use of insurance for workers with a higher socioeconomic position. Future research aimed at elucidating the differences in the use of benefits are needed so that social insurance system managers may take the appropriate steps to resolve this issue.*

*Cumulative Trauma Disorders; Insurance Benefits; Social Class*

### Introdução

Investigações sobre a relação entre posição socioeconômica e duração da incapacidade para o trabalho motivada por doença são raras. Nos Estados Unidos, onde se concentram, Volinn et al. <sup>1</sup> estudaram a associação entre fatores socioeconômicos e duração da incapacidade, mensurada por dias perdidos de trabalho. Examinaram benefícios ocupacionais concedidos por lombalgia, encontrando uma relação inversa entre renda e duração do afastamento do trabalho, em ambos os sexos. Há também evidências de tendências semelhantes com a educação, como pode ser visto no trabalho de Straaton et al. <sup>2</sup> que estudaram indivíduos com incapacidade por distúrbios musculoesqueléticos elegíveis para o Serviço de Reabilitação Profissional do Alabama, Estados Unidos. Especificamente, encontrou-se casos de pessoas com  $\geq 12$  anos de escolaridade que tinham melhor resultado após a reabilitação, com retorno mais breve ao trabalho. Esses achados são consistentes com as conclusões de uma revisão da literatura realizada por Waddell et al. <sup>3</sup> que mostrou existir associação inversa entre classe social e duração do afastamento do trabalho por lombalgia, sobretudo entre homens, apesar das diferenças encontradas nas definições operacionais de classe social entre os diversos estudos. Em resumo, esses estudos mostram que pessoas com menor grau de escolaridade e/ou menor renda tinham maior duração da incapacidade

por problemas de saúde relacionados ou não ao trabalho em comparação com os demais.

No contexto nacional, um estudo exploratório em Salvador, Bahia, mostrou que segurados com posição socioeconômica baixa tinham uma taxa quase 30% maior de cessação do seu benefício por doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores, em comparação àqueles com posição socioeconômica alta (razão de risco – RR = 1,29; intervalo de 95% de confiança – IC95%: 1,02-1,64) <sup>4</sup>. Análises preliminares da base de dados do Sistema Único de Benefícios (SUB), do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para o ano 2000, na Bahia, também mostraram uma associação positiva entre valor mensal do benefício por incapacidade, que indiretamente mede salário do trabalhador, e duração do benefício, com tendência linear estatisticamente significativa. Especificamente, com base nos resultados da regressão linear bivariada, encontrou-se uma associação positiva estatisticamente significativa tanto para os benefícios temporários não relacionados a agravos ocupacionais ( $\beta = 31,3$ ;  $p < 0,0001$ ) como para os relacionados a agravos ocupacionais ( $\beta = 67,8$ ;  $p < 0,0001$ ) <sup>5</sup>. Esses achados distinguem-se dos verificados em outros países e apontam uma situação de possível desigualdade no sistema do seguro social, favorável aos mais privilegiados economicamente. Todavia, as pesquisas nacionais citadas eram exploratórias e não testavam hipóteses específicas.

Estudos sobre incapacidade têm investigado principalmente as doenças musculoesqueléticas. Essas enfermidades representam a maior causa de recebimento de compensações do seguro social em diversos países, notadamente quando relacionadas ao trabalho (Ministério da Previdência Social. Informações estatísticas gerais da Previdência Social. <http://creme.dataprev.gov.br/infologo/GCON/Con07.php>, acessado em 31/Mar/2008) <sup>6,7</sup>. No Brasil, em 2006, 48,2% dos benefícios previdenciários por doença do trabalho, excluindo-se os acidentes de trabalho, foram concedidos por doenças musculoesqueléticas <sup>8</sup>, enquanto na Bahia, estas doenças predominaram (84,5%) entre aquelas ocupacionais com afastamento do trabalho por mais de 15 dias em 2000, com base nos benefícios do sistema de previdência social <sup>9</sup>. Assim, considerando a magnitude das doenças musculoesqueléticas no contexto dos benefícios por incapacidade, focalizam-se nesta pesquisa estas enfermidades e, em particular, as doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho.

Esta investigação estima o efeito da posição socioeconômica do segurado sobre a duração

dos benefícios por incapacidade devido às doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho, considerando variáveis de confusão e modificação de efeito. A hipótese proposta é de que existe associação positiva entre a posição socioeconômica do segurado e a duração dos benefícios por incapacidade. Optou-se por focar a posição socioeconômica do segurado como variável preditora principal, considerando a magnitude da desigualdade social vigente no país e a necessidade de estimar as suas consequências para o seguro social, tema ainda pouco estudado.

## Métodos

Este é um estudo de coorte ambispectivo, de população dinâmica, compreendendo todos os trabalhadores segurados do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) que receberam benefício temporário por incapacidade, de espécie acidentária – assim denominado o benefício decorrente de acidente/doença do trabalho – devido a doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho, no Município de Salvador, em 2008. Foram considerados elegíveis os beneficiários em sua primeira entrada no sistema, em 2008, e que preencheram os seguintes critérios: a data de início do benefício entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2008, e os diagnósticos constantes da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) compatíveis com doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho, especificamente G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, M50, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M53.1, M54.1, M54.2, M65, M65.2, M65.3, M65.4, M65.8, M65.9, M67, M67.8, M67.9, M70, M70.0, M70.8, M70.9, M75, M75.0, M75.1, M75.2, M75.3, M75.4, M75.5, M75.8, M75.9, M77, M77.0, M77.1, M79. Os critérios de exclusão foram: (1) agravo decorrente de trauma agudo e (2) história prévia de recebimento de benefício por doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho, em qualquer época. O seguimento durou até 31 de dezembro de 2009, o que permitiu pelo menos um ano de observação para cada segurado. Considerou-se evento a cessação do benefício por decisão médica. No final do seguimento, foi considerado também o tempo de acompanhamento de todos os segurados que não foram considerados eventos, porque ain-

da estavam recebendo benefício ou tiveram seu benefício temporário cessado por outro motivo que não a ausência de incapacidade, a exemplo da transformação do benefício temporário em aposentadoria por invalidez.

O número de indivíduos examinados ( $n = 563$ ) foi adequado para cumprir o objetivo do estudo, considerando um erro  $\alpha = 0,5$  e um  $\beta = 0,20$ , para uma proporção de não expostos/expostos de 1:4 e proporção de 50% de cessação de benefícios nos primeiros seis meses entre os trabalhadores de posição socioeconômica alta. Seria necessário estudar 561 indivíduos para detectar um risco relativo de, pelo menos, 1,3.

Os dados são secundários e provêm de duas fontes. A primeira delas é o SUB que integra registros administrativos do INSS, no qual cada concessão é processada. Foram também utilizados dados obtidos em um projeto sobre benefícios por incapacidade temporária devido às doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores, desenvolvido pela Auditoria Regional do INSS, em Salvador. Esse projeto correspondeu a uma Ação de Auditoria que abrangeu todos os trabalhadores integrantes do RGPS, cujos benefícios por incapacidade temporária devido às doenças musculoesqueléticas que acometeram a região cervical e/ou os membros superiores relacionadas ao trabalho foram concedidos no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2008, nas Agências da Previdência Social (APS) do Município de Salvador. Subsequente à concessão do benefício, os segurados eram convocados pela auditoria para responder a um questionário que continha informações socio-demográficas do segurado, história ocupacional, demandas físicas e fatores psicossociais no trabalho, características do agravo atual, tipo de assistência médica, outras informações sobre a saúde (comorbidades), expectativa quanto à incapacidade motivada pela doença, dentre outras. A autorização para o uso dos dados de ambas as fontes foi obtida junto à direção da Auditoria Regional Salvador. Com exceção da data e do motivo da cessação do benefício – cuja listagem foi cedida pela auditoria em janeiro de 2010 – o acesso aos demais dados ocorreu em abril de 2009.

O modelo teórico do estudo, baseado na revisão da literatura, prevê a existência de associação positiva entre posição socioeconômica e duração do benefício, tendo como confundidores potenciais a idade, sexo e intensidade da dor; e como modificadores de efeito potenciais a sindicalização, fatores psicossociais relacionados ao trabalho, demanda física do trabalho e expectativa de retorno à atividade.

A variável resposta foi a duração do benefício por incapacidade em dias, que correspondeu ao intervalo entre a data do início e a da cessação do benefício por decisão do perito médico do INSS. Essa medida pode ser considerada um substituto do tempo de retorno ao trabalho, embora duração do benefício e tempo até o retorno ao trabalho não sejam necessariamente coincidentes. A variável preditora principal, posição socioeconômica, foi mensurada pelo escore obtido com a aplicação do Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil de classificação econômica. <http://www.abep.org/?usaritem=arquivos&iditem=23>, acessado em 28/Abr/2008) para os pontos relativos à posse de bens e à escolaridade do chefe da família. Com base nas classes do Critério Brasil foram definidas duas categorias: baixa (classes C, D e E – escores de 0 a 22) e alta (classes A e B – escores de 23 a 46).

A intensidade da dor foi aferida pelo próprio indivíduo, baseando-se em sua percepção, utilizando uma escala de 0 a 10, em que 0 expressa ausência de dor e 10, dor insuportável<sup>10</sup>, categorizada em baixa (< mediana) e alta ( $\geq$  mediana). A mediana foi utilizada quando não havia normalidade da distribuição, dessa e das demais variáveis contínuas. Fatores psicossociais relacionados ao trabalho foram aferidos com o *Job Content Questionnaire* (JCQ)<sup>11,12,13</sup>, cujas questões permitem a estimativa de escores para seus três componentes: demanda psicológica, controle e suporte social. Cada um desses componentes foi analisado de forma dicotômica (alta e baixa), tomando como base as suas respectivas medianas. A variável demandas psicossociais no trabalho foi criada a partir da combinação dessas três medidas<sup>14</sup>: (1) baixa – corresponde a alto suporte/alto controle, alto controle/baixa demanda ou alto suporte/baixa demanda; e (2) alta – baixo controle/baixo suporte, baixo controle/alta demanda ou baixo suporte/alta demanda. Demandas físicas do trabalho foram definidas com base nas respostas do segurado às questões propostas no instrumento adaptado por Fernandes<sup>15</sup>, referentes a gestos repetitivos, força muscular com os braços ou mãos, levantamento de carga e elevação de braços acima da altura dos ombros. Escores foram construídos com a soma da pontuação correspondente a cada resposta e analisados como baixa exposição e alta exposição, também com ponto de corte na mediana. A expectativa do segurado de retorno ao trabalho foi aferida com uma questão adaptada do índice de capacidade para o trabalho<sup>16</sup>: “Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a dois anos, fazer seu trabalho atual?”. A expectativa foi classificada como baixa se a resposta do segurado foi “é im-

provável” ou “não estou muito certo”, e alta se a resposta foi “provável” ou “bastante provável”.

A análise de sobrevida foi empregada para verificar a associação entre a posição socioeconômica do segurado e a duração do benefício por incapacidade, medida com a razão de densidade de incidência (*hazard ratio*) que equivale à RR, e o seu respectivo IC95%. Neste estudo, RR maior que 1 indica uma chance maior para a cessação do benefício e, por conseguinte, uma duração menor do benefício previdenciário em comparação ao grupo de referência. Esta análise foi realizada com a aplicação do modelo de Cox.

A seleção das variáveis para modelagem tomou como base o modelo teórico e os resultados da análise estratificada tabular. A identificação de modificadores de efeito foi realizada comparando-se os graus de ajustamento dos modelos de regressão de Cox, completo e sem os termos de interação (termos-produtos), por meio do teste da razão da verossimilhança, com modelagem do tipo *backward*. Modificadores de efeito foram as variáveis cujos termos-produtos melhoraram o ajuste do modelo em níveis estatisticamente significantes ( $\alpha = 0,10$ ). Compreende-se que a decisão de ajuste para confundimento não se limita a evidências empíricas, mas também teóricas, o que levou à manutenção de todos os potenciais confundidores no modelo final<sup>17</sup>. As variáveis que se apresentaram como modificadoras de efeito não foram avaliadas como confundidoras. Resultados finais da medida de associação principal são apresentados por estratos específicos dos modificadores de efeito encontrados, ajustados pelos confundidores potenciais.

O pressuposto da proporcionalidade dos riscos necessário ao modelo de Cox foi avaliado com a abordagem gráfica e com um teste estatístico baseado na análise dos resíduos de Schoenfeld<sup>18</sup>. O gerenciamento das bases de dados foi realizado com o Epi Info, versão 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), e o Stata 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) empregado para a condução da análise. O projeto deste trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. O acesso aos dados nominais foi restrito à primeira autora.

## Resultados

Em 2008, período do estudo, foram concedidos 1.738 benefícios por doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores relacionadas ao trabalho, o que correspondeu a 32% de todos os benefícios

ocupacionais, incluindo doenças e acidentes do trabalho, recebidos por trabalhadores segurados, residentes no Município de Salvador. Esses benefícios corresponderam a 1.692 indivíduos, considerando que 46 receberam dois benefícios temporários por essas mesmas doenças musculoesqueléticas no ano. Desses 1.692 trabalhadores, 1.016 foram considerados inelegíveis. Especificamente, 972 segurados apresentavam histórico de recebimento de benefício anterior com diagnóstico compatível ao dessas doenças musculoesqueléticas, e para 44 as lesões decorreram de trauma agudo.

Dos 676 segurados elegíveis para o estudo, 563 (83,3%) responderam ao questionário aplicado pela auditoria do INSS. Dos 113 (16,7%) que não participaram, 61 não compareceram, mesmo após terem recebido comunicação por carta ou telefone, e 52 não foram localizados. A população do estudo compõe-se de 563 trabalhadores que foi comparada com os não-participantes ( $n = 113$ ), verificando-se, entre os primeiros, uma proporção maior de mulheres e de segurados com idade acima de 38 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa para a renda mensal paga pelo INSS entre participantes e não-participantes. A mediana da duração do benefício foi maior para os participantes em comparação aos não-participantes, e a diferença entre as curvas de sobrevivência para a duração do benefício destes dois grupos foi estatisticamente significativa.

Idade acima de 38 anos, cor branca e sindicalização foram mais frequentes entre os segurados com posição socioeconômica alta em comparação ao grupo de referência, assim como alto controle do trabalho, baixa demanda psicossocial no trabalho e maior tempo de trabalho na empresa. Comorbidades, maior duração do agravo prévia ao recebimento do benefício e realização de terapia psicológica também foram mais observadas no grupo com posição socioeconômica alta em comparação àquele com posição socioeconômica baixa. Alta demanda física no trabalho, maior intensidade da dor, sintomatologia depressiva e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram mais frequentes entre os trabalhadores com posição socioeconômica baixa em referência ao grupo de comparação. Não houve diferenças entre os grupos em relação a sexo, insatisfação com o trabalho, demanda psicológica, suporte social no trabalho, expectativa de retorno ao trabalho e nível de reposição de renda pelo INSS (Tabela 1).

Os resultados da regressão usando o modelo de Cox mostraram a existência de interação estatística das covariáveis sindicalismo (razão de máxima verossimilhança – RMV –  $\chi^2 = 5,73$ ; 1gl;

Tabela 1

Características da população do estudo de acordo com a posição socioeconômica. Salvador, Bahia, Brasil, 2008 (n = 563).

Variáveis	Posição socioeconômica			
	Alta		Baixa	
	n = 110	%	n = 453	%
Sociodemográficas				
Idade (anos)				
≥ 39	78	70,91	221	48,79
< 39	32	29,09	232	51,21
Sexo				
Feminino	82	74,55	318	70,20
Masculino	28	25,45	135	29,80
Cor				
Branca	43	39,09	53	11,70
Não branca	67	60,91	400	88,30
Situação conjugal				
Sem companheiro	31	28,18	163	35,98
Com companheiro	79	71,82	290	64,02
Situação empregatícia				
Desempregado	6	5,45	21	4,64
Empregado	104	94,55	432	95,36
Sindicalização				
Sim	77	70,00	207	45,70
Não	33	30,00	246	54,30
Fatores de trabalho psicossociais				
Demanda psicossocial				
Alta	46	41,82	241	53,20
Baixa	64	58,18	212	46,80
Controle no trabalho				
Baixo	23	20,91	234	51,66
Alto	87	79,09	219	48,34
Demanda psicológica				
Alta	64	58,18	260	57,40
Baixa	46	41,82	193	42,60
Suporte social				
Baixo	47	42,73	219	48,34
Alto	63	57,27	234	51,66
Insatisfação no trabalho				
Alta	48	43,64	239	52,76
Baixa	62	56,36	214	47,24
Expectativa relativa ao retorno ao trabalho				
Negativa	64	58,18	289	63,80
Positiva	46	41,82	164	36,20

(continua)

p = 0,10) e demanda psicossocial no trabalho (RMV;  $\chi^2 = 5,73$ ; 1gl; p = 0,10) para a associação entre posição socioeconômica e duração do benefício. Idade, sexo e intensidade da dor foram analisados como variáveis de confusão. Obser-

vou-se que entre os trabalhadores sindicalizados com alta demanda psicossocial no trabalho, os com baixa posição socioeconômica tinham maior taxa de cessação de benefício (RR ajustado = 1,89; IC95%: 1,25-2,87), mesmo com o ajuste

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Posição socioeconômica			
	Alta		Baixa	
	n = 110	%	n = 453	%
Outros fatores do trabalho				
Demanda física				
Alta	36	32,73	280	61,81
Baixa	74	67,27	173	38,19
Tempo de trabalho (anos)				
≤ 1	2	1,82	57	12,58
> 1	108	98,18	396	87,42
Empresa com alta rotatividade				
Sim	46	41,82	221	48,79
Não	64	58,18	232	51,21
Características clínicas				
Realização de cirurgia devido ao agravo				
Sim	17	15,45	69	15,23
Não	93	84,55	384	84,77
Intensidade da dor				
Alta	53	48,18	288	63,58
Baixa	57	51,82	165	36,42
Sintomatologia depressiva				
Sim	37	33,64	203	44,81
Não	73	66,36	250	55,19
Outras doenças (comorbidades)				
Sim	54	49,09	163	35,98
Não	56	50,91	290	64,02
Duração do agravo (em dias)				
> 532	74	67,27	206	45,47
≤ 532	36	32,73	247	54,53
Realização de terapia psicológica				
Sim	18	16,36	21	4,64
Não	92	83,64	432	95,36
Assistência à saúde				
Atendimento pelo SUS				
Sim	8	7,27	203	44,81
Não	102	92,73	250	55,19
Seguro social				
Renda do INSS maior que o salário do segurado				
Sim	55	50,00	209	46,14
Não	55	50,00	244	53,86

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social; SUS: Sistema Único de Saúde.

pelas três variáveis de confusão. Portanto, há menor duração do benefício nesse grupo em comparação com os trabalhadores de posição socioeconômica alta. Dentre os trabalhadores sindicalizados e com baixa demanda psicossocial foi verificada uma associação inversa limítrofe entre posição socioeconômica e cessação do benefício previdenciário (RR = 1,44; IC95%: 0,99-2,10), mas nenhum efeito estatisticamente significativo foi

encontrado após o ajustamento por idade, sexo e intensidade da dor. Não houve associação entre posição socioeconômica e duração do benefício no grupo de trabalhadores não sindicalizados, seja entre aqueles com alta demanda psicossocial no trabalho seja entre os com baixa demanda (Tabela 2).

Tabela 2

Associação entre posição socioeconômica e duração do benefício previdenciário, de acordo com a sindicalização e a demanda psicossocial do trabalho em segurados com doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores relacionadas ao trabalho. Salvador, Bahia, Brasil, 2008 (n = 563).

Sindicalização	Demanda psicossocial do trabalho					
	Alta			Baixa		
	n	RR	IC95%	n	RR	IC95%
Sim	144			140		
Modelo 1 (não ajustado)		1,97	1,32-2,93		1,44	0,99-2,11
Modelo 2 final (ajustado por idade, sexo, intensidade da dor)		1,89	1,25-2,87		1,33	0,88-2,00
Não	143			136		
Modelo 1 (não ajustado)		1,15	0,58-2,26		0,69	0,44-1,08
Modelo 2 final (ajustado por idade, sexo, intensidade da dor)		1,18	0,59-2,33		0,69	0,43-1,08

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RR: razão de risco.

Nota: RR maior que 1 representa chance aumentada de cessação do benefício e consequentemente de menor duração do benefício.

## Discussão

Os resultados do presente estudo são sugestivos de que posição socioeconômica é um preditor da duração do benefício por incapacidade apenas entre os trabalhadores sindicalizados, com alta demanda psicossocial. Especificamente nesse grupo, aqueles com posição socioeconômica baixa têm maior chance de o benefício ser cessado, ou seja, de o benefício ter menor duração, comparados aos trabalhadores com posição socioeconômica alta. Esse achado persistiu mesmo após o ajustamento para potenciais confundidores, como idade, sexo e intensidade da dor. Tais resultados contrastam com aqueles verificados em estudos de outros países<sup>1,2,19,20</sup>, nos quais quando evidenciada associação entre posição socioeconômica e duração do benefício, a direção desta foi inversa a da apontada no presente trabalho, o que indica uma situação de possível iniquidade no funcionamento do seguro social, com desvantagem para os segurados com posição socioeconômica baixa.

Segundo Whitehead<sup>21</sup>, diferença socialmente determinada não significa necessariamente a ocorrência de injustiça. Essa advém quando as diferenças são desnecessárias e evitáveis. Assim, tem-se o conceito de iniquidade, que se refere às desigualdades evitáveis e consequentemente injustas, passíveis de intervenção por meio de políticas diversas<sup>22</sup>. Aplicando ao seguro social o que Whitehead<sup>21</sup> propõe como definição para equidade no acesso a serviços de saúde, esta poderia ser verificada na concessão/manutenção dos benefícios por incapacidade se observadas três características: (1) mesma disponibilidade (concessão) de benefícios para necessidades si-

milares; (2) mesma qualidade da prestação dos serviços do seguro para todos e; (3) utilização (manutenção/duração) semelhante de benefícios para necessidades semelhantes. No presente estudo foi focado o último aspecto e para este, especificamente, Whitehead<sup>21</sup> reforça a afirmação de que diferenças encontradas nas taxas de utilização de serviços por diferentes grupos sociais não significam necessariamente a ocorrência de injustiça. Ainda segundo essa autora, a maior utilização de alguns serviços por um determinado grupo social pode, por exemplo, em vez de denotar iniquidade, indicar a sua utilização desnecessária. Sobre esse aspecto, pesquisadores, especialmente da área da economia, têm chamado a atenção para a questão do “risco moral”, no que se refere à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade. De acordo com Durbin<sup>23</sup>, risco moral não estaria relacionado à ética, *per se*, mas sim a mudanças no comportamento do indivíduo, em resposta a incentivos do seguro social, o que poderia acarretar uma expectativa subjetiva aumentada de ganho pessoal. Os meios pelos quais o risco moral poderia apresentar-se no seguro social vão desde a solicitação de benefícios para problemas de saúde que não cursam com incapacidade laborativa até a solicitação de benefícios em razão de possíveis mudanças nas condições econômicas, por exemplo, o receio do desemprego, e, uma vez em benefício, o indivíduo poderia tentar estender a sua duração<sup>23</sup>. Assim, do ponto de vista do risco moral, a concessão excessiva e a duração prolongada de benefícios podem sugerir o uso desnecessário do sistema de seguro. Tais considerações econômicas não devem ser confundidas com julgamentos morais sobre a motivação dos indivíduos, uma

vez que a questão central situa-se no incentivo financeiro exercido pelo seguro <sup>3,24</sup>.

Desse modo, se a possível explicação para os resultados deste estudo for a cobertura inadequada do seguro, ou seja, tempo insuficiente concedido aos trabalhadores de posição socioeconômica baixa para a recuperação da sua capacidade laborativa, evidencia-se uma situação de desigualdade evitável e injusta e, portanto, de iniquidade. Põe-se, assim, em questão a própria missão do sistema de proteção previdenciária cujo princípio básico é a promoção da justiça social e, por conseguinte, da equidade. Para os segurados seriam esperados deveres e direitos iguais no que concerne aos benefícios previdenciários. Sabe-se que, mesmo no espaço do trabalho formal, existe uma extrema heterogeneidade socioeconômica entre os trabalhadores, encontrando-se o Brasil entre os países de maior desigualdade salarial do mundo <sup>25</sup>. Aos indivíduos com posição socioeconômica mais privilegiada seria conferida, em geral, maior capacidade de vocalização junto aos seus empregadores e às instituições do Estado, maior conhecimento dos seus direitos e do funcionamento do seguro social, o que poderia determinar diferença na utilização dos benefícios previdenciários. Um estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos mostrou que trabalhadores afastados do trabalho e auferindo benefícios relataram o não recebimento de informação sobre o funcionamento do seguro ou a receberam em quantidade suficiente; entretanto, em qualquer destas situações, referiram pouco entendimento sobre o sistema e não se sentiram no controle da situação <sup>26</sup>. Waddell et al. <sup>3</sup>, em uma revisão sobre o seguro social em diversos países chamam a atenção para a complexidade crescente desses sistemas, que pode gerar iniquidades no que se refere aos direitos aos benefícios, bem como impõe dificuldades para o seu entendimento pelos usuários. Possivelmente, esse aspecto negativo do funcionamento do seguro social deve atingir de maneira mais acentuada trabalhadores com posição socioeconômica menos privilegiada.

Por outro lado, se as diferenças encontradas na duração do benefício em relação à posição socioeconômica decorrerem do uso desnecessário do seguro pelos trabalhadores com condição socioeconômica alta, a situação mostrada neste estudo não poderia ser caracterizada como iniquidade, mas sim como uma disfunção na utilização do seguro social, resultante da falta de monitoramento e controle necessários ao funcionamento efetivo do sistema, de forma a prevenir a ocorrência de abusos.

São surpreendentes os resultados relativos à interação da sindicalização para a associação principal evidenciada neste estudo. Foi no grupo

de sindicalizados com alta demanda psicossocial no trabalho que se encontrou menor duração do benefício entre os segurados de posição socioeconômica baixa, quando comparados aos de posição socioeconômica alta. Sabe-se que trabalhadores sindicalizados têm maior acesso a informações sobre seguro social, saúde e segurança. O conhecimento dos direitos sobre saúde e segurança pelos trabalhadores é um dos fatores reconhecidos como determinantes do maior registro de agravos ocupacionais <sup>27,28</sup>, bem como da duração do afastamento do trabalho <sup>29</sup>. Ademais, prepostos de empresas com maior grau de sindicalização têm menor possibilidade de ocultar informação sobre o seguro social ou de desencorajar trabalhadores a solicitarem benefício quando incapacitados. Trabalhadores sindicalizados também devem sentir-se mais protegidos contra a possibilidade de retaliação pela empresa na situação de requerimento de benefícios, além de terem acesso a recursos do sindicato, como advogados e médicos do trabalho <sup>28,30</sup>. Os resultados do presente estudo mostram que o fato de ser sindicalizado não contribuiu como seria esperado para a atenuação das diferenças na utilização do benefício previdenciário entre os diferentes grupos socioeconômicos. Ao contrário, essa diferença somente foi evidenciada no grupo de trabalhadores sindicalizados. Isso sugere que o resultado da ação sindical no tocante às questões de saúde, segurança no trabalho e seguro social apresenta-se de forma desigual entre os trabalhadores, na dependência da posição socioeconômica predominante do grupo de indivíduos que cada sindicato representa. Possivelmente, a desigualdade socioeconômica do país também vem se refletindo na atuação sindical. Segundo Pochmann <sup>31</sup>, o movimento de descentralização das negociações coletivas de trabalho no Brasil pode estar provocando maior heterogeneidade nas remunerações e nas condições e relações de trabalho não traduzindo, portanto, resultados semelhantes para todas as categorias de trabalhadores. Ao analisar o quadro de crise da vitalidade política dos sindicatos a partir dos anos 90, Coimbra <sup>32</sup> enumera como um dos determinantes a tendência a uma ação sindical setorial e neocorporativista, na qual os sindicatos passaram a adotar uma prática que visa ao atendimento dos interesses estritos de sua categoria, em detrimento das lutas gerais dos trabalhadores. Ademais, a ação sindical em saúde do trabalhador no Brasil restringe-se a sindicatos que representam categorias profissionais com expressivo número de membros, importância econômica e grande capital político <sup>33</sup>.

No tocante à interação entre a demanda psicossocial e a posição socioeconômica para a du-

ração dos benefícios por doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores, sabe-se que os fatores psicossociais relacionados ao trabalho têm sido encontrados em associação com a duração do afastamento do trabalho. Trabalhadores em atividades com alta demanda psicossocial têm maior risco de permanecer mais tempo afastados do trabalho do que os com baixa demanda <sup>34,35</sup>. Conforme referido anteriormente, alta demanda psicossocial foi definida como baixo controle do trabalho/baixo suporte social, ou baixo controle/alta demanda psicológica ou baixo suporte social/alta demanda psicológica. Assim, baixo controle no trabalho poderia impedir, por exemplo, que o trabalhador evitasse situações de risco para doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores, o que dificultaria o seu retorno ao trabalho. Baixo suporte social no trabalho implicaria menos ajuda em tarefas que envolvem demanda física, dificuldade para negociar com as chefias a redução de carga horária e a restrição de atividades <sup>34</sup>. Alta demanda psicológica refere-se à pressão organizacional sobre o trabalhador e a demandas conflitantes <sup>11</sup>. Em resumo, todas essas situações poderiam propiciar o afastamento do trabalho por tempo prolongado e consequentemente maior duração do benefício. Neste estudo, associação entre posição socioeconômica e duração do benefício foi encontrada apenas entre os trabalhadores sindicalizados com alta demanda psicossocial. Isso reforça o caráter desigual da utilização do seguro social, na medida em que diante de situação similar de condição inadequada de trabalho observou-se diferença na duração do afastamento, na dependência da situação socioeconômica do trabalhador.

Neste estudo, as perdas representaram 16,7% dos segurados selecionados. Não houve diferenças entre os participantes e os não-participantes

no que se refere à renda mensal paga pelo INSS, variável que se aproxima teoricamente da posição socioeconômica. Entretanto, a mediana da duração do benefício foi maior para os participantes em comparação com os não-participantes. Possivelmente os não-participantes, que apresentaram menor duração do benefício em relação aos participantes, eram trabalhadores que já haviam retornado ao trabalho quando receberam a comunicação para participação no projeto da Ação de Auditoria. Como essa participação somente esteve associada à duração do benefício, mas não à posição socioeconômica, viés de seleção possivelmente não deve ter ocorrido <sup>36</sup>. A utilização de informações restritas ao primeiro benefício do segurado constituiu-se em outra limitação do estudo, pois tal procedimento poderia subestimar a duração da incapacidade devido as doenças musculoesqueléticas que acometem a região cervical e/ou membros superiores serem enfermidades crônicas, podem acarretar afastamentos recorrentes do trabalho.

Os dados do presente estudo apontam que posição socioeconômica é um preditor da duração do benefício por incapacidade entre trabalhadores sindicalizados, com alta demanda psicossocial do trabalho. Todavia, com os resultados obtidos não se pode distinguir se as diferenças encontradas na duração do benefício em relação à posição socioeconômica correspondem: (1) a uma situação de iniquidade em que os trabalhadores com posição socioeconômica baixa não tiveram a cobertura suficiente do seguro social, ou (2) ao uso desnecessário do seguro pelos trabalhadores com posição socioeconômica alta. Investigações futuras são necessárias para explicar essas diferenças na utilização dos benefícios previdenciários por grupos de distintas posições socioeconômicas, de forma a subsidiar abordagens apropriadas a essa questão pelos gestores do seguro social.

## Resumo

*Neste estudo, estima-se o efeito da posição socioeconômica sobre a duração dos benefícios por incapacidade devido a doenças musculoesqueléticas. Dados de um inquérito conduzido pela Auditoria Regional do Instituto Nacional do Seguro Social, com todos os segurados que receberam benefício por incapacidade temporária por doenças musculoesqueléticas da região cervical e membros superiores, em 2008, juntamente com os registros administrativos, foram utilizados para formar uma coorte de 563 trabalhadores. Todos eram residentes em Salvador, Bahia. Entre os trabalhadores sindicalizados e com alta demanda psicossocial no trabalho, a posição socioeconômica se associava positivamente com a duração do benefício (RR = 1,89; IC95%: 1,25-2,87). Esses resultados correspondem ou a uma situação de iniquidade ou ao uso desnecessário do seguro pelos trabalhadores com posição socioeconômica alta. Investigações futuras que visem a elucidar as diferenças na utilização dos benefícios são necessárias para subsidiar a abordagem apropriada dessa questão pelos gestores do seguro social.*

*Transtornos Traumáticos Cumulativos; Benefícios do Seguro; Classe Social*

## Colaboradores

N. S. S. Souza contribuiu na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada. V. S. Santana colaborou na interpretação dos dados, revisou o manuscrito e aprovou a versão final a ser publicada.

## Referências

1. Volinn E, Van Koevering D, Loeser JD. Back sprain in industry. The role of socioeconomic factors in chronicity. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991; 16:542-8.
2. Straaton KV, Maisiak R, Wrigley JM, Fine PR. Musculoskeletal disability, employment, and rehabilitation. *J Rheumatol* 1995; 22:505-13.
3. Waddell G, Aylward M, Sawney P. Back pain, incapacity for work and social security benefits: an international literature review and analysis. London: Royal Society of Medicine Press; 2002.
4. Souza NSS. Doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, seguro social e benefícios por incapacidade [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2010.
5. Santana VS, Bouzón A, Bouzas Filho J, Nobre L, Campos M, Silva M. Estimativa da carga e custos indiretos com os acidentes de trabalho: relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Kraut A. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. *Am J Ind Med* 1994; 25:267-78.
7. Buckle PW, Devereux JJ. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. *Appl Ergon* 2002; 33:207-17.
8. Leigh JP, Robbins JA. Occupational disease and worker's compensation: coverage, costs, and consequences. *Milbank Q* 2004; 82:689-721.

9. Souza NSS, Santana VS, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:630-8.
10. Carvalho DS, Kowacs PA. Avaliação da intensidade de dor. *Migrâneas Cefaleias* 2006; 9:164-8.
11. Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *SJWEH Suppl* 2008; (6):52-9.
12. Karasek RA. Job Content Questionnaire and user's guide. Lowell: Department of Work Environment, University of Massachusetts Lowell; 1985.
13. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3:322-55.
14. Devereux JJ, Vlachonikolis IG, Buckle PW. Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occup Environ Med* 2002; 59:269-77.
15. Fernandes RCP. Distúrbios musculoesqueléticos e trabalho industrial [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2004.
16. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EdUFSCar; 2005.
17. Kleinbaum DG. Logistic regression: a self-learning text. New York: Springer-Verlag; 1994.
18. Kleinbaum DG, Klein M. Survival analysis: a self-learning text. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Springer Science; 2005.
19. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Functional disability due to back pain. A population-based study indicating the importance of socioeconomic factors. *Arthritis Rheum* 1987; 30:1247-53.
20. Tate DG. Workers' disability and return to work. *Am J Phys Med Rehabil* 1992; 71:92-6.
21. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45.
22. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:23-36.
23. Durbin D. Workplace injuries and the role of insurance: claims costs, outcomes, and incentives. *Clin Orthop Relat Res* 1997; (336):18-32.
24. Dembe AE, Boden LI. Moral hazard: a question of morality? *New Solut* 2000; 10:257-79.
25. Pochmann M. Modernizar sem excluir. In: Lobato LVC, Fleury S, organizadores. *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2009. p. 101-15.
26. Strunin L, Boden LI. The workers' compensation system: worker friend or foe? *Am J Ind Med* 2004; 45:338-45.
27. Walters V, Haines T. Worker's use and knowledge of the "internal responsibility system". Limits to participation in occupational health and safety. *Can Public Policy* 1988; 14:411-23.
28. Morse T, Punnett L, Warren N, Dillon C, Warren A. The relationship of unions to prevalence and claim filing for work-related upper-extremity musculoskeletal disorders. *Am J Ind Med* 2003; 44:83-93.
29. Taylor GS. A reanalysis of the relation between unionization and workplace safety. *Int J Health Serv* 1987; 17:443-53.
30. Hirsch BT, Macpherson DA, DuMond JM. Workers' compensation reciprocity in union and nonunion workplaces. *Ind Labor Relat Rev* 1997; 50:213-36.
31. Pochmann M. Desafios atuais do sindicalismo brasileiro. In: Toledo EG. *Sindicatos y nuevos movimientos sociales en América Latina*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2005. p. 163-80. (Colección Grupos de Trabajo).
32. Coimbra ALS. Sindicalismo e cidadania: análise da participação institucional dos sindicatos dos trabalhadores cutistas em período de crise [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
33. Repullo Júnior R, Gomes JR. Brazilian union actions for workers' health protection. *São Paulo Med J* 2005; 123:24-9.
34. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand J. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med* 2001; 40:374-92.
35. Gimeno D, Amick B, Habeck R, Ossmann J, Katz J. The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occup Environ Med* 2005; 62: 778-85.
36. Pearce N, Checkoway H, Kriebel D. Bias in occupational epidemiology studies. *Occup Environ Med* 2007; 64:562-8.

---

Recebido em 23/Jun/2011

Versão final reapresentada em 21/Ago/2011

Aprovado em 15/Set/2011