

Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil

Eli Iola Gurgel Andrade^I, Mariângela Leal Cherchiglia^I, Paulo Roberto Borges de Souza Junior^{II}, Fabíola Bof de Andrade^{III,IV}, Juliana Vaz de Melo Mambrini^{III,IV}, Maria Fernanda Lima-Costa^{III,IV}

^I Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a prevalência do recebimento de aposentadorias e pensões e analisar seus fatores associados em amostra nacional da população com 50 anos ou mais.

MÉTODOS: Foram utilizados dados de 9.130 participantes da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). O desfecho foi o recebimento do benefício por qualquer fonte. As variáveis exploratórias incluíram: idade, sexo, residência por região e zona urbana ou rural, arranjos domiciliares, escolaridade, bens domiciliares, suficiência da renda, idade em que começou a trabalhar, número de doenças crônicas e limitação funcional. As regressões de Poisson e logística binária foram utilizadas nas análises.

RESULTADOS: A prevalência do recebimento do benefício foi de 54,3%. Na análise multivariada, os seguintes fatores apresentaram associações significantes ($p < 0,05$) com o recebimento do benefício: idade [razão de prevalência (RP) = 2,59 e 3,24 para 60–69 e 70 anos], residência rural (RP = 1,23), residência no Nordeste, Sul e Sudeste em comparação ao Norte (RP variando entre 1,18 e 1,23), arranjos domiciliares (RP = 1,07 e 1,15 para morar com uma pessoa e para morar só), percepção da suficiência da renda (RP = 1,08 e 1,15 para às vezes e sempre suficiente), ter doenças crônicas (RP = 1,09 e 1,17 para 1 e ≥ 2) e limitação funcional (RP = 1,13). Associação negativa foi observada para escolaridade igual a 5–8 anos (RP = 0,88). O recebimento do benefício não foi associado com a idade em que começou a trabalhar. Participantes mais jovens (50–59 anos) com ≥ 2 doenças crônicas ou limitação funcional foram 31% e 63% mais propensos a receber o benefício. Com o aumento da idade, a força dessas associações diminuiu.

CONCLUSÕES: Os resultados sugerem que as condições de saúde são importantes determinantes da aposentadoria ou pensão precoce. As discussões para aumentar a idade da aposentadoria não podem ser separadas daquelas acerca de melhorias das condições de saúde da população brasileira.

DESCRITORES: Idoso. Aposentadoria. Pensões. Nível de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Eli Iola Gurgel Andrade
Av. Alfredo Balena, 190,
Santa Efigênia, Sala 724
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: iola@medicina.ufmg.br

Recebido: 3 jan 2018

Aprovado: 30 abr 2018

Como citar: Andrade EIG, Cherchiglia ML, Souza-Junior PRB, Bof de Andrade F, Mambrini JVM, Lima-Costa MF. Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52 Supl 2:15s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O sistema de previdência social no Brasil é um importante instrumento para a proteção na velhice e a redução das desigualdades sociais. Em 2016, um contingente de 33,6 milhões de pessoas recebeu benefícios previdenciários pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), ou seja, mais de 80% da população brasileira com 60 anos ou mais encontra-se hoje protegida pela previdência social¹.

A legislação previdenciária brasileira em vigor foi estabelecida na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Além do RGPS, que é responsável pela maior cobertura populacional, os servidores públicos são cobertos pelo Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e cada unidade federada possui o seu próprio regime, abrangendo cerca de oito milhões de beneficiários². Ambos os regimes são públicos e de filiação compulsória, financiados por contribuições de empregados e empregadores sobre os salários, taxas sobre o faturamento e o lucro líquido de empresas e outras fontes³. Um terceiro regime, privado e de adesão facultativa, é representado pela previdência complementar, de natureza aberta ou fechada⁴.

Desde 1988, foram várias as tentativas de sucessivos governos para alterar o Sistema de Seguridade Social, seja pelas regras de acesso às aposentadorias, seja pela sistemática subtração de recursos públicos ao financiamento da saúde pública e de políticas de assistência social⁵. Ao final de 2016, em meio a um pacote de medidas econômicas de ajuste fiscal de longo prazo, o governo mirou principalmente os gastos sociais: saúde e educação passaram a ter seus orçamentos congelados pelos próximos vinte anos, em patamares de gastos equivalentes aos realizados ao longo do ano de 2017. Para a previdência social, a proposta é de aumento da idade mínima para aposentadoria e demais benefícios acessíveis por idade, articulados a novas exigências que tornam menores os valores dos benefícios e maior o tempo de contribuição para as pessoas poderem se aposentar⁶.

A proposta em debate se fundamenta nas projeções dos efeitos do envelhecimento populacional sobre a sustentabilidade dos regimes de previdência. Estima-se que para 2060, a taxa de suporte potencial [ou seja, a relação entre a população em idade ativa (15 a 64 anos) e o segmento com mais de 65 anos, atualmente em cerca de 9,0 pessoas em idade ativa para cada idoso] será reduzida a uma proporção de 2,3 nos próximos 40 anos, realidade característica dos principais países desenvolvidos da Europa Central e do Norte⁷.

Em países que já completaram a transição demográfica, a investigação sobre o envelhecimento e a proteção social tem ampliado sua abrangência buscando dimensionar, entre outros aspectos, as consequências em relação à saúde, como o provimento de cuidados de longa duração demandados aos idosos com limitações funcionais, à renda, ao ciclo de vida ocupacional e aos modos de vida⁸⁻¹⁰.

Na Europa, os padrões de aposentadoria variam entre os países, embora suas tendências demográficas sejam semelhantes. Existem três grandes explicações concorrentes para isso: diferenças institucionais (o limite de idade exigido para aposentadorias), tipos de benefícios (pensões por invalidez, auxílios doença e desemprego), e diferenças de condições de saúde. Ainda na Europa, 97% das pessoas em plena idade de aposentadoria estão fora do mercado de trabalho, mas a idade isoladamente não é um determinante da aposentadoria; a ela se associam outras condições como o tipo de ocupação e a escolaridade¹¹. Em países da América Latina, o caráter eminentemente contributivo dos regimes de aposentadorias e pensões favorece aqueles com trajetórias de trabalho formal e estáveis, associadas a características de gênero e oportunidades educacionais¹²⁻¹⁴.

A alteração dos critérios de idade para acesso aos benefícios da aposentadoria tem dominado o debate atual sobre as reformas pretendidas pelo governo brasileiro para a previdência social, tornando evidente a escassez de estudos que ampliem o escopo de análise para além dos condicionantes fiscais e demográficos aos quais se encontra circunscrito¹⁵. Esse trabalho teve por objetivo estimar a prevalência de cobertura da previdência social aos adultos brasileiros mais velhos, e examinar fatores associados ao recebimento do benefício previdenciário.

MÉTODOS

Fonte de Dados

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) é uma pesquisa de base domiciliar, cuja amostra foi delineada para representar a população brasileira com 50 anos ou mais de idade. Trata-se de amostra complexa, que combina diferentes estágios de seleção, quais sejam, municípios, setores censitários e domicílios. Foi adotado o processo de amostragem inversa, com estimativa de 10.000 participantes (9.412 participaram). A pesquisa foi conduzida em 70 municípios, nas cinco macrorregiões do país. A coleta de dados da linha de base foi realizada entre 2015 e 2016. O ELSI-Brasil possui dois questionários: domiciliar (compreendendo informações gerais do domicílio e de todos os moradores) e individual (compreendendo informações sobre cada morador com 50 anos ou mais de idade). Para a presente análise, foram utilizados dados das duas fontes. Mais detalhes podem ser vistos na *homepage* da pesquisa^a.

Variáveis

A variável dependente deste estudo é o recebimento de aposentadoria ou pensão por qualquer fonte [Instituto Nacional de Previdência Social (INSS); do governo Federal, Estadual ou Municipal; ou previdência complementar]. As variáveis independentes incluíram dois domínios: (i) características sociodemográficas (idade, residência em área rural ou urbana, macrorregião de residência, número de moradores do domicílio, número de anos completos de escolaridade, escore de bens domiciliares, percepção da suficiência da renda para as despesas do domicílio e idade em que começou a trabalhar); (ii) condições de saúde (número de doenças crônicas e presença de limitação funcional).

A situação socioeconômica da família foi definida por um escore de bens domiciliares, construído com base na análise dos componentes principais, considerando o número de eletrodomésticos e de veículos existentes no domicílio, assim como a presença de trabalhador doméstico remunerado. Como o escore pode variar entre $-\infty$ a $+\infty$, na análise foi considerada a sua distribuição em quartis. O número de doenças crônicas foi definido pela história de diagnóstico médico para hipertensão, diabetes, doença do coração (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, câncer ou insuficiência renal crônica. A limitação funcional foi definida pelo relato de qualquer dificuldade (pequena, grande ou não consegue) em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD), considerando-se atravessar um cômodo para o outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar ou levantar da cama e usar o banheiro.

Análise Estatística

Conforme os parâmetros amostrais do ELSI-Brasil, os resultados foram descritos em médias e prevalências ponderadas com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para as análises não ajustadas, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e regressão linear.

As razões de prevalência (RP) estimadas através da regressão de Poisson foram utilizadas para a análise multivariada dos fatores associados ao recebimento da aposentadoria ou pensão. Dada a não existência de colinearidade entre as variáveis independentes, o modelo multivariado foi simultaneamente ajustado por todas elas. Finalmente, a regressão logística binária foi utilizada para estimar as probabilidades preditas do recebimento de aposentadoria ou pensão, por qualquer fonte, em análise estratificada pelo número de doenças crônicas (duas ou mais *versus* uma ou nenhuma doença) e limitação funcional (sim *versus* não). Esses modelos foram baseados na análise multivariada final, com avaliação de possíveis interações multiplicativas entre a idade, o número de doenças crônicas e a limitação funcional. Os resultados das probabilidades preditas foram apresentados em gráficos.

As análises foram realizadas considerando-se ambos os sexos, uma vez que na análise exploratória não foram observadas diferenças importantes nos fatores associados ao recebimento de

^a Fundação Oswaldo Cruz. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro; c2015 [citado 28 nov 2017]. Disponível em: <http://elsi.cqqr.fiocruz.br>

aposentadorias ou pensões. Todas as análises foram realizadas utilizando-se os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico Stata (*College Station, Texas, USA*), versão 14.2.

Aspectos Éticos

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais (CAAE 34649814.3.0000.5091). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para cada um dos procedimentos do estudo.

RESULTADOS

Dos 9.412 participantes da linha de base do ELSI-Brasil, 9.130 foram incluídos nesta análise. As exclusões foram devidas a informações incompletas para uma ou mais variáveis do estudo. Entre os participantes, 54,3% recebiam aposentadoria ou pensão. Como pode ser visto na Tabela 1, a média da idade dos participantes foi igual a 62,9 anos, 54,0% eram mulheres, 15,2%

Tabela 1. Características sociodemográficas e indicadores das condições de saúde dos 9.130 participantes do estudo. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	% ou média ^a	IC95 %
Recebe aposentadoria ou pensão	54,3	51,1–57,4
Faixa etária (anos)		
50–59	47,9	43,8–52,08
60–69	29,7	27,9–31,5
70 ou mais	22,4	19,7–25,4
Média da idade (anos)	62,9	62,1–63,8
Sexo feminino	54,0	50,9–57,0
Residência em área rural	15,2	11,1–20,5
Região de residência		
Norte	5,6	2,3–12,8
Nordeste	24,2	15,9–34,9
Sudeste	47,3	35,6–59,2
Sul	16,4	8,6–28,9
Centro-Oeste	6,6	3,0–13,8
Arranjos domiciliares		
Mora com duas ou mais pessoas	58,9	56,3–61,5
Mora com uma pessoa	32,2	30,1–34,3
Mora só	8,9	8,0–9,9
Anos completos de escolaridade		
Nunca estudou	13,3	10,9–16,0
1–4	38,0	35,8–40,3
5–8	21,6	19,2–24,0
9 ou mais	27,1	24,8–29,6
Escore de bens domiciliares (em quartis)		
1º (mais baixo)	25,0	20,7–29,8
2º	24,9	23,1–26,7
3º	25,1	22,8–27,6
4º (mais alto)	25,1	21,8–28,6
Percepção da suficiência da renda de todos os moradores do domicílio		
Nunca é suficiente para todas as despesas	40,9	37,8–44,1
Às vezes é suficiente para todas as despesas	25,7	24,0–27,5
Sempre é suficiente para todas as despesas	33,4	30,9–36,0
Idade em que começou a trabalhar (em anos)		
5–14	67,0	64,0–69,9
15–25	29,7	27,2–32,2
26 ou mais	3,3	2,6–4,1
Número de doenças crônicas ^b		
Nenhuma	29,2	27,5–31,0
Uma	34,8	33,3–36,3
Duas ou mais	36,0	34,1–38,0
Limitação funcional ^c	15,9	14,6–17,3

^a Todos os resultados estão representados em percentagens, exceto quando indicado. As estimativas foram feitas considerando-se o peso do indivíduo e os parâmetros amostrais.

^b Diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, doença do coração (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, câncer ou insuficiência renal crônica.

^c Dificuldade em: atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para o outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar ou levantar da cama, usar o banheiro.

%; Percentagens estimadas com relação ao total da coluna.

residiam na zona rural, 47,3% residiam na região Sudeste, 58,9% moravam com duas ou mais pessoas, 13,3% nunca haviam estudado, 40,9% informaram que a renda dos moradores era sempre insuficiente para as despesas do domicílio e 60,7% haviam começado a trabalhar antes dos 15 anos de idade. Com referência às condições de saúde, 70,8% apresentavam uma ou mais doenças crônicas e 15,9% apresentavam limitação funcional.

A Tabela 2 mostra as distribuições das características sociodemográficas e dos indicadores das condições de saúde, segundo o recebimento do benefício. Na análise univariada, as seguintes características apresentaram associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com o recebimento do benefício: faixa etária, residência rural ou urbana, arranjos domiciliares, escolaridade, escore de bens domiciliares, percepção da suficiência de renda, idade em que começou a trabalhar, número de doenças crônicas e limitação funcional.

Tabela 2. Recebimento de aposentadoria ou pensão, segundo características sociodemográficas e condições de saúde dos 9.130 participantes do estudo. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	% ^a	IC95%	p ^d
Faixa etária (anos)			
50–59	26,1	23,7–28,6	< 0,001
60–69	71,1	68,6–73,5	
70 ou mais	92,3	90,6–93,6	
Sexo			
Homens	52,2	50,4–58,0	0,952
Mulheres	54,2	50,7–57,9	
Residência			
Urbana	52,3	49,1–55,4	< 0,001
Rural	65,4	59,4–71,0	
Região de residência			
Norte	41,6	33,8–49,8	0,117
Nordeste	56,4	50,5–62,1	
Sudeste	53,8	48,9–58,6	
Sul	59,3	50,2–67,8	
Centro-Oeste	48,1	38,1–58,4	
Arranjos domiciliares			
Mora com duas ou mais pessoas	47,9	44,7–51,2	< 0,001
Mora com uma pessoa	61,0	57,5–64,4	
Mora só	72,1	67,8–76,0	
Anos completos de escolaridade			
Nunca estudou	71,8	66,7–76,3	< 0,001
1–4	59,3	55,4–63,1	
5–8	42,1	37,9–46,4	
9 ou mais	48,2	44,1–52,2	
Escore de bens domiciliares (em quartis)			
1º (mais baixo)	58,0	53,6–62,3	0,047
2º	54,4	50,2–58,5	
3º	53,6	49,2–57,9	
4º (mais alto)	51,2	47,3–55,1	
Percepção da suficiência da renda familiar para todas as despesas do domicílio			
Nunca é suficiente	47,1	44,2–49,9	< 0,001
Às vezes é suficiente	52,7	48,4–57,0	
Sempre é suficiente	64,3	60,3–68,2	
Idade em que começou a trabalhar (em anos)			
5–14	55,7	51,8–59,4	0,021
15–25	50,5	47,2–53,9	
26 ou mais	54,0	45,2–62,5	
Número de doenças crônicas ^b			
Nenhuma	42,6	38,5–46,8	< 0,001
Uma	52,9	49,2–56,4	
Duas ou mais	65,1	62,0–68,0	
Limitação funcional ^c			
Não	51,9	48,6–55,3	< 0,001
Sim	66,7	62,9–70,2	

^a Todos os resultados estão representados em percentagens. As estimativas foram feitas considerando-se o peso do indivíduo e os parâmetros amostrais.

^b Diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, doença do coração (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, câncer ou insuficiência renal crônica.

^c Dificuldade em: atravessar um cômodo ou andar de um cômodo para o outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar ou levantar da cama, usar o banheiro.

^d Teste qui-quadrado de Pearson para diferenças entre os que recebem ou não o benefício.

%; Percentagens e intervalos de confiança de 95% estimadas com relação ao total da linha.

Os resultados estatisticamente significativos da análise dos fatores associados ao recebimento do benefício podem ser vistos na Tabela 3. Associações positivas e estatisticamente significativas ($p < 0,05$) foram observadas para a idade (RP = 2,59 e 3,24 nas faixas etárias de 60–69 e 70 anos, respectivamente), residência na zona rural (RP = 1,23), residência nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, em comparação à região Norte (com RP variando entre 1,18 e 1,23), arranjos domiciliares (RP = 1,07 para morar com uma pessoa e RP = 1,15 para morar só), percepção da suficiência da renda para as despesas do domicílio (RP = 1,08 para às vezes suficiente e RP = 1,15 para sempre suficiente), ser portador de uma ou mais doenças crônicas (RP = 1,09 e 1,17, respectivamente) e ter limitação funcional (RP = 1,13). Associação negativa e estatisticamente significativa foi observada para escolaridade igual a 5–8 anos (RP = 0,88 em comparação aos que nunca estudaram).

As Figuras 1 e 2 apresentam as probabilidades previstas do recebimento de aposentadoria ou pensão ao longo da idade, segundo o número de doenças crônicas (duas ou mais *versus* uma ou nenhuma) e a limitação funcional (sim *versus* não), respectivamente. As probabilidades do recebimento da aposentadoria entre aqueles com duas ou mais doenças e entre aqueles com limitações funcionais foram claramente maiores nas idades mais jovens em comparação às mais velhas (valor de p para interação $< 0,001$ em cada um desses modelos).

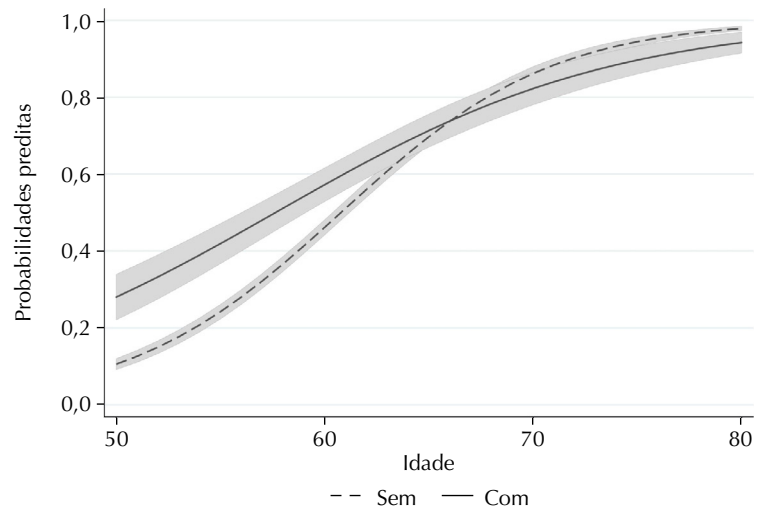
Tabela 3. Resultados estatisticamente significantes da análise multivariada da associação entre características sociodemográficas e condições de saúde e o recebimento de aposentadoria ou pensão entre os 9.130 participantes do estudo. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	RP ^a	IC95% ^a
Faixa etária (<i>versus</i> 50–59 anos)		
60–69	2,59	2,37–2,83
70 ou mais	3,24	2,95–3,55
Residência rural (<i>versus</i> urbana)		
	1,23	1,13–1,34
Região de residência (<i>versus</i> Norte)		
Nordeste	1,21	1,08–1,35
Sudeste	1,18	1,06–1,32
Sul	1,23	1,07–1,41
Centro-Oeste	1,10	0,95–1,27
Arranjos domiciliares (<i>versus</i> mora com duas ou mais pessoas)		
Mora com uma pessoa	1,07	1,03–1,12
Mora só	1,15	1,09–1,22
Anos completos de escolaridade (<i>versus</i> nunca estudou)		
1–4	0,96	0,92–1,00
5–8	0,88	0,81–0,96
9 ou mais	1,02	0,93–1,11
Percepção da suficiência da renda familiar para todas as despesas do domicílio (<i>versus</i> nunca suficiente)		
Às vezes é suficiente	1,08	1,03–1,14
Sempre é suficiente	1,15	1,09–1,21
Número de doenças crônicas (<i>versus</i> nenhuma) ^b		
Uma	1,09	1,03–1,15
Duas ou mais	1,17	1,10–1,24
Limitação funcional (<i>versus</i> não) ^c		
	1,13	1,07–1,20

^a Razão de prevalência e intervalo de confiança de 95% estimada pela regressão de Poisson robusta, considerando-se os parâmetros amostrais e os pesos do indivíduo, e ajustada por todas as variáveis listadas na tabela, além do sexo, escore de bens domiciliares (em quartis) e idade em que começou a trabalhar.

^b Diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, doença do coração (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, câncer ou insuficiência renal crônica.

^c Dificuldade em: atravessar ou andar de um cômodo para o outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar ou levantar da cama, usar o banheiro.

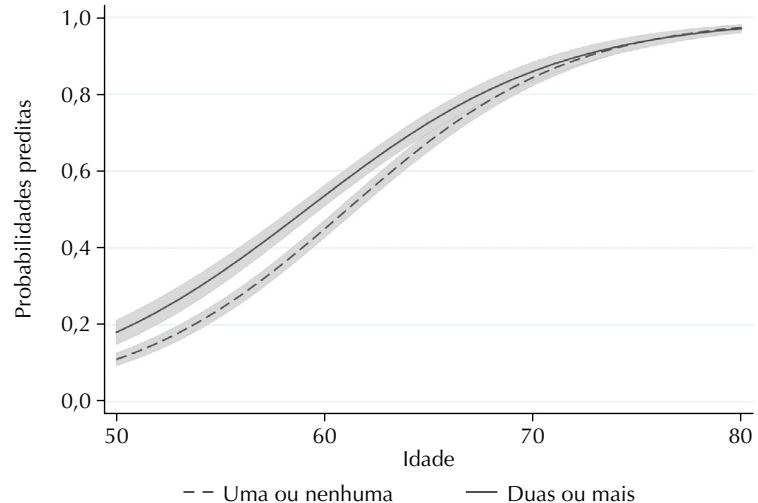


^a Probabilidades estimadas pela regressão logística binomial, considerando-se os parâmetros amostrais e os pesos do indivíduo, e ajustadas por idade, residência rural/urbana, arranjos domiciliares, escolaridade, percepção da suficiência da renda, limitação funcional, sexo, escore de bens domiciliares (em quartis) e idade em que começou a trabalhar.

^b Área sombreada.

^c Diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, doença do coração (infarto, angina ou insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, câncer ou insuficiência renal crônica.

Figura 1. Probabilidades previstas^a e respectivos intervalos de confiança de 95%^b do recebimento de aposentadoria ou pensão entre 9.130 participantes do estudo ao longo da idade, segundo o número de doenças crônicas^c. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.



^a Probabilidades estimadas pela regressão logística binomial, considerando-se os parâmetros amostrais e os pesos do indivíduo, e ajustadas por idade, residência rural/urbana, arranjos domiciliares, escolaridade, percepção da suficiência da renda, número de doenças crônicas, sexo, escore de bens domiciliares (em quartis) e idade em que começou a trabalhar.

^b Área sombreada.

^c Dificuldade em: atravessar ou andar de um cômodo para o outro no mesmo andar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar ou levantar da cama, usar o banheiro.

Figura 2. Probabilidades previstas^a e respectivos intervalos de confiança de 95%^b do recebimento de aposentadoria ou pensão entre 9.130 participantes do estudo ao longo da idade, segundo a limitação funcional^c. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho mostram que a idade foi o fator mais fortemente associado ao recebimento de aposentadoria ou pensão, como esperado. Outros fatores associados foram: residir em zona rural, residir com menor número de pessoas, perceber que a renda

é sempre ou às vezes suficiente para as despesas do domicílio, e ser portador de doenças crônicas e de limitação funcional. Os residentes nas regiões Norte e Nordeste foram menos propensos ao recebimento do benefício, em comparação aos de outras regiões. O recebimento do benefício não apresentou associação com o sexo, a idade em que começou a trabalhar e o escore de bens domiciliares.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁶ considera que garantir a cobertura dos trabalhadores, por meio de um ou mais planos de aposentadorias e pensões, é fundamental para evitar a pobreza nas idades mais velhas. Os resultados do estudo mostram que a proporção de recebimento do benefício entre brasileiros é de 26% aos 50–59 anos, 71% aos 60–69 anos e alcança cobertura quase universal (92%) aos 70 anos ou mais de idade. Essa cobertura é muito superior à observada para a população idosa na América Latina e Caribe (cerca de 40%)¹³.

A alta cobertura previdenciária no Brasil representa um avanço importante, tendo em vista que o acesso dos homens e das mulheres às relações de trabalho protegidas pelo direito previdenciário no país foi bastante tardio¹⁷. Em 1923, com a Lei Elói Chaves, os trabalhadores urbanos assumiram o protagonismo na instituição de direitos à aposentadoria. Porém, mais de 60 anos se passaram até a conquista de um novo marco constitucional, em 1988, quando se universalizaram os direitos à proteção social de trabalhadores urbanos e rurais, idosos e inválidos¹³. Homens e mulheres do campo, cônjuges ou não, trabalhando como empregados ou em regime de economia familiar, passaram a ter direito a uma aposentadoria aos 60 e 55 anos, respectivamente, cujo benefício não pode ser inferior ao valor de um salário mínimo. O regime anterior estabelecia um teto equivalente a meio salário mínimo para aposentadorias rurais, e as pensões eram limitadas a 30% do benefício principal¹⁸.

No Brasil, o impacto da universalização do seguro social previdenciário nas condições de vida da população e das famílias rurais precisa ser reconhecido. A extensão do benefício de aposentadoria à mulher, em quaisquer condições (companheira ou cônjuge), foi responsável por um dos mais destacados avanços na agenda da equidade de gênero entre os trabalhadores rurais¹⁹.

Nossos resultados evidenciam maior cobertura das aposentadorias e pensões na área rural em comparação à urbana. Valadares e Galiza²⁰ afirmam que em 2015, no Brasil, 99% das aposentadorias rurais foram por idade. Para os autores, a previdência constitui-se hoje na principal fonte de rendimento das famílias rurais, representando a garantia de movimentação dos setores de serviço e comércio na maioria dos municípios brasileiros. Nesse cenário, sublinham os autores, o sistema de aposentadorias rurais funciona como um dos pilares distributivos da seguridade social no país, ao lado do direito à saúde e à assistência.

É necessário, contudo, registrar a crescente dificuldade de acesso da população idosa ao benefício de aposentadoria especial. De fato, enquanto para os trabalhadores urbanos a comprovação de registro no Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS) é suficiente para o reconhecimento de vínculos e contribuições, para os segurados especiais, a inexistência de um serviço público e unificado de registro fragiliza-os, expondo-os a toda diversidade de exigências administrativas locais. Nos últimos anos, segundo Valadares e Galiza²⁰, cerca de 30% das aposentadorias rurais foram indeferidas na via administrativa, mas asseguradas pela Justiça. Essas dificuldades podem explicar, em parte, a heterogeneidade na concessão do benefício por macrorregiões, com menor proporção de beneficiários nas regiões Norte e Centro-Oeste do país, como observado nesta análise.

A forma de cobertura previdenciária no Brasil coloca como fatores-chave a duração e a qualidade dos vínculos de emprego ao longo da vida dos trabalhadores²¹. Por isso mesmo, é evidente a dificuldade do trabalhador, submetido a um mercado de trabalho flexível e heterogêneo, em atender à exigência de grandes e contínuos períodos de contribuições

mensais à previdência. A combinação de taxa de desemprego elevada, baixos níveis de remuneração, rotatividade e altos índices de informalidade faz com que dois terços das aposentadorias sejam concedidos por idade, com o benefício mínimo.

Os resultados deste estudo são consonantes com tais observações. Apesar de 67% dos participantes declararem o início da vida laboral entre os cinco e 14 anos de idade, a não associação entre o recebimento de aposentadoria ou pensão e a idade de entrada no mercado de trabalho revela a preponderância da idade limite como principal atributo de acesso ao benefício²². Observou-se ainda que nunca ter estudado e ter mais de nove anos de estudo estão associados ao recebimento de benefícios. A possível explicação pode estar nas características de acesso ao benefício de aposentadoria e pensões. Por um lado, encontram-se os trabalhadores rurais e os beneficiários por idade, ambas as populações com menor grau de escolaridade²³. Por outro lado, situam-se os trabalhadores com escolaridade em nível médio e superior e com maior probabilidade de trajetórias ocupacionais regulares, critério fundamental para a habilitação ao benefício²⁰.

Os arranjos domiciliares nas faixas etárias mais velhas variam entre países. Nos mais ricos, os idosos tendem a viver independentemente [sozinhos ou com o (a) companheiro (a)], enquanto nos países em desenvolvimento é mais comum morarem com filhos ou outros parentes. Entre os países da América Latina, a porcentagem de idosos que residem sós ou com o cônjuge é mais alta no Uruguai e na Argentina e mais baixa em Honduras e na Nicarágua²⁴. Na presente análise, predominou a proporção de adultos mais velhos que residem com duas ou mais pessoas; porém, observou-se expressivo percentual de idosos que recebem aposentadoria ou pensão e residem sozinhos. Tais resultados sugerem que o recebimento do benefício favorece a opção por viver independentemente.

Outro aspecto positivo a ser destacado é a percepção da suficiência de renda. Os resultados também apontam para a maior segurança econômica daqueles que recebem o benefício. A percepção de que a renda era sempre ou às vezes suficiente para cobrir as despesas do domicílio foi significativamente mais frequente entre aqueles que recebiam o benefício.

Populações mais envelhecidas apresentam maiores prevalências de doenças crônicas e de incapacidades, gerando desafios para os sistemas sociais e de saúde²⁵. Para entender a relação entre receber aposentadoria ou pensão e apresentar uma ou mais doenças crônicas ou limitação funcional, é necessário considerar a heterogeneidade do segmento de idosos. Esse grupo ensaiou trajetórias de vivências variadas e enfrenta diferentes condições de vida na velhice, devido a desigualdades sociais, de gênero e raciais, ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, a fatores ocupacionais e ambientais e a comportamentos em saúde²⁶. As diretrizes emanadas da política nacional da pessoa idosa reconhecem a centralidade da perda da capacidade funcional (habilidades físicas e mentais para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária) no comprometimento da qualidade de vida das pessoas idosas^{27,28}.

Neste estudo, 71% dos participantes apresentavam uma ou mais doenças crônicas e 16%, limitações para realizar atividades básicas da vida diária. Essa proporção ocupa uma posição intermediária entre a observada na Espanha, na Inglaterra e nos Estados Unidos²⁹. Nossos resultados mostraram uma associação independente entre ter uma ou mais doenças crônicas e o recebimento do benefício. A mesma associação foi observada para limitação funcional. Dada a natureza transversal desta análise, não é possível saber se as piores condições de saúde antecederam ou foram subsequentes ao recebimento de aposentadorias ou pensões. Entretanto, estudos longitudinais conduzidos no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa mostram que essas condições são determinantes da decisão de se aposentar³⁰.

As probabilidades preditas do recebimento do benefício entre aqueles com duas ou mais doenças crônicas, assim como entre aqueles com limitação funcional, foram maiores

nas idades mais jovens em comparação às faixas etárias superiores. Esses resultados mostram que as condições de saúde estão associadas ao recebimento precoce do benefício. Foi encontrada uma importante diferença por idade: pessoas mais jovens (50–59 anos) com duas ou mais doenças crônicas foram 31% mais propensas a receberem o benefício. A proporção para a limitação funcional foi de 63%. Com o aumento da idade, a força dessas associações diminuiu gradualmente. Esses resultados sugerem que as condições de saúde são importantes determinantes da aposentadoria precoce.

Este estudo apresenta vantagens e limitações. Entre as vantagens, podemos citar a base populacional, com representatividade nacional; entre as limitações, a natureza transversal da pesquisa, que não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis independentes e o recebimento da aposentadoria e pensão. O questionário ELSI-Brasil pode ter contribuído no sentido de diminuir a força das associações observadas ao não permitir a separação entre a fonte e a modalidade do benefício (se por aposentadoria ou pensão). Por fim, a definição autorreferida para recebimento do benefício está sujeita a viés de memória ou de informação, mas é importante salientar que a prevalência do recebimento do benefício observada nesta análise foi semelhante às registradas no Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS)¹.

Os resultados desta análise, baseada em amostra representativa da população brasileira com 50 anos ou mais de idade, mostram que o recebimento das aposentadorias e pensões está associado à percepção de mais segurança econômica e à autonomia, sendo esta determinada pela opção de viver de forma independente. Finalmente, as evidências chamam a atenção para o fato de que as discussões para elevar a idade de aposentadoria não devem ser separadas daquelas sobre melhorias das condições de saúde da população brasileira, uma vez que nossos resultados mostram que o recebimento precoce do benefício está associado a piores condições de saúde e à limitação funcional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Fazenda (BR), Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. *Anu Estat Previd Soc.* 2016;23 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/AEPS-2016.pdf>
2. Reis PRC, Silveira SFR, Braga MJ, Costa TMT. Impact of retirements and pensions on the social welfare of the households from Minas Gerais State. *Rev Contab Finanç.* 2015;26(67):106-18. <https://doi.org/10.1590/1808-057x201511890>
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm
4. Nolasco L. Evolução histórica da previdência social no Brasil e no mundo. *Ambito Jurídico.* 2012 [citado mar 2018];15(98). Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11335&revista_caderno=20
5. Khair A. Impacto fiscal da seguridade social no Brasil e no mundo. *Ambito Jurídico.* 2018 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: <http://www.joserobertoafonso.com.br/impacto-fiscal-khair>
6. Câmara dos Deputados (BR). Proposta de Emenda à Constituição PEC 287/2016. Brasília (DF); 2016 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2119881>
7. Oliveira ATR. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. *Espaço Econ.* 2016;4(8). <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.2140>
8. Carr E, Hagger-Johnson G, Head J, Shelton N, Stafford M, Stansfeld S, et al. Working conditions as predictors of retirement intentions and exit from paid employment: a 10-year follow-up of the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Ageing.* 2016;13(1):39-48. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0357-9>
9. McDonough P, Worts D, Corna LM, McMunn A, Sacker A. Later-life employment trajectories and health. *Adv Life Course Res.* 2017;34:22-33. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2017.09.002>

10. Wahrendorf M, Akinwale B, Landy R, Matthews K, Blane D. Who in Europe works beyond the State Pension Age and under which conditions? Results from SHARE. *J Popul Ageing*. 2017;10(3):269-85. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9160-4>
11. Coe NB, Zamorro G. Retirement effects on health in Europe. *J Health Econ*. 2011;30(1):77-86. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.002>
12. Wong R, Michaels-Obregón A, Palloni A, Gutiérrez-Robledo LM, González-González C, López-Ortega M, et al. Progression of aging in Mexico: the Mexican Health and Aging Study (MHAS) 2012. *Salud Publica Mex*. 2015;57 Supl 1:S79-89. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s1.7593>
13. Murillo-López S, Venegas-Martínez F. Cobertura de los sistemas de pensiones y factores asociados al acceso a una pensión de jubilación en México. *Papeles Poblac*. 2011;17(67):209-50.
14. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Cap. 8, p. 253-92.
15. Gentil DL. A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente. In: Sicsú J, organizador. Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?). São Paulo: Boitempo; 2007.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 indicators. Paris: OECD Publishing; 2013. http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en
17. Fagnani E. Tension between paradigms: notes on social policy in Brazil (1988/2008). *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):710-2. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300004>
18. Delgado G, Cardoso Jr JC. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente de universalização. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. (Texto para discussão, 688).
19. Fritz B, Lavinas L, editors. A moment of equality for Latin America? Challenges for redistribution. Florence: Routledge Taylor and Francis Group; 2016.
20. Valadares AA, Galiza M. Previdência rural: contextualizando o debate em torno do financiamento e das regras de acesso. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. (Nota técnica, 25).
21. Delgado G, Cardoso Jr JC. O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente de universalização. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.
22. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Campo Grande: Letra Livre; 2006.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Agência IBGE de Notícias. PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam- apenas-o-ensino-fundamental-completo.htm>
24. Cotlear D. Population aging: is Latin America ready? Washington (DC): World Bank Publications; 2010 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2542/588420PUB0Popu11public10BOX353816B0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Jr PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2018;187(7):1345-53. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>
26. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica*. 2012;46 Supl 1:100-7. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012005000059>
27. Brasil. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003 [citado 5 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/10.741.htm
28. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1260-70. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000600007>

29. Solé-Auró A, Crimmins EM. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Soc.* 2012;34(3):495-517. <https://doi.org/10.1017/s0144686x12001134>
30. Schirle T. Health, pensions, and the retirement decision: evidence from Canada. *Can J Aging.* 2010;29(4):519-27. <https://doi.org/10.1017/S0714980810000541>

Financiamento: A linha de base do ELSI-Brasil foi financiada pelo Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Processo 404965/2012-1); COSAPI/DAPES/SAS – Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Processos 20836, 22566 e 23700); e Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação.

Contribuição dos Autores: Concepção do estudo: EIGA, MLC, PRBSJ, FBA, JVMM, MFL-C. Coleta de dados: PRBSJ, FBA, MFL-C. Análise e interpretação dos resultados: EIGA, MLC, JVMM, MFL-C. Redação do manuscrito: EIGA, MLC, JVMM, MFL-C. Revisão crítica do manuscrito: EIGA, MLC, PRBSJ, FBA, JVMM, MFL-C. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.