

Reflexos da Hanseníase nas contas públicas da Previdência Social no Brasil: uma análise a partir dos benefícios concedidos em decorrência da doença entre 2000 e 2015

JOSÉ MARCELO DE CASTRO
FEA-RP/USP
castro.jmarcelo@gmail.com

CLÁUDIA SOUZA PASSADOR
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)
cspassador@gmail.com

Introdução

Atualmente os governos de países que dispõem de sistemas previdenciários públicos têm envidado esforços para tornar as contas públicas equilibradas. No Brasil, a expansão dos direitos sociais implicou em desequilíbrios nas contas públicas resultando em alterações na política de concessão de benefícios previdenciários. A endemia de Hanseníase no país gerou aumento na concessão de benefícios, porém observa-se ao longo do tempo a mudança da natureza dos benefícios, de permanentes para temporários.

Problema de Pesquisa e Objetivo

Os déficits frequentes da Previdência Social têm exigido revisão na política de concessão de benefícios, mudanças administrativas e de estratégias de gestão. Assim, como subsídio para ações de gestão desse tipo, objetiva-se delinear o perfil dos benefícios previdenciários concedidos por Hanseníase entre 2000 e 2015, com base na tipologia e na duração destes.

Fundamentação Teórica

Contextualiza-se a Hanseníase como um problema de saúde pública e seus reflexos na política previdenciária nacional. Os déficits sistemáticos nas contas públicas motivam a revisão da política para adequar a receita e as despesas da Previdência de forma a tornar o sistema mais eficiente e os direitos sociais sejam garantidos.

Metodologia

Com base em dados da Previdência Social foram quantificados os benefícios concedidos entre 2000-2015, em valores absolutos e relativos, agregados por tipos e sua distribuição ao longo do tempo. Os resultados foram apresentados em tabelas gráficos delineando o perfil dos benefícios.

Análise dos Resultados

Observou-se que os benefícios Aposentadoria por Invalidez por Hanseníase são mais numerosos e apresentavam aumento sistemático. A partir de 2005 essa tendência muda e o Auxílio doença passa a aumentar exponencialmente. Este último é mais adequado à finalidade de afastamento temporário para tratamento da doença, uma vez que ela é curável.

Conclusão

As alterações administrativas implementadas proporcionaram maior gestão sobre a concessão dos benefícios, o que implicou em mudança perfil das concessões e, conseqüentemente na redução de obrigações de longo prazo (aposentadorias) por auxílios-doença, o que em médio e longo prazo aumentarão a economicidade do sistema.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. MPS. Banco de Dados Históricos da Previdência Social. <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>. 2015.
- DUCATTI, I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. 2009.
- RAMOS, M.P; L.M.SABBACH. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. Rev. Adm. Pública. 2012.
- SECCHI, L. Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. 2013.

Reflexos da Hanseníase nas contas públicas da Previdência Social no Brasil: uma análise a partir dos benefícios concedidos em decorrência da doença entre 2000 e 2015

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar o perfil dos benefícios concedidos pela Previdência Social que tiveram como fator gerador a Hanseníase. A Hanseníase tem cura e foi erradicada em muitos países, no entanto, no Brasil, ainda muitas pessoas são acometidas, levando ao sofrimento físico e psicológico. Por outro lado, a expansão dos direitos civis com a Constituição de 1988 obrigou o Estado a fornecer remuneração aos doentes por Hanseníase causando custos adicionais ao erário público, contabilizados nas contas da Previdência Social. Nesse contexto, a partir de dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social-Ministério da Previdência Social sobre os benefícios concedidos entre 2000 e 2015, foram elaboradas quantificações por tipo e tempo de duração dos benefícios e analisadas no contexto de racionalização de gastos públicos. O resultado foi a constatação de que ainda há um grande número de aposentadorias por invalidez com duração acima de 10 anos e que, ainda apresentavam tendência de crescimento até 2005, implicando em obrigações de longo prazo à Previdência. Porém, após 2005 essa tendência é revertida e os benefícios Auxílio-doença, mais adequados ao propósito de afastamento temporário para recuperação do tratamento da doença, passam a aumentar exponencialmente.

Palavras-chave: Hanseníase, Previdência Social, Política Pública.

Introdução

Em vários países do mundo os sistemas de previdência têm chamado à atenção dos administradores públicos pela necessidade de revisão urgente da sistemática de concessão de benefícios. No Brasil, a melhoria nas condições de vida refletida principalmente no aumento da longevidade, tem sido um fator de grande pressão para mudanças nas regras dos benefícios, que incluem aumento da idade mínima para aposentadoria, tempo de contribuição, valor das retiradas dos benefícios, além de restrição de benefícios por doença e divergências na função da Previdência Social brasileira.

O discurso sobre a motivação de tais alterações é divergente, porém em sua maioria recaem sobre a estrutura das contas públicas como apontam (Merri; Wadjna; Andrade, 2011) objetivando reduzir o desequilíbrio fiscal dos sistemas, torná-los atuarialmente mais justos e, conseqüentemente, mais atraentes para seus participantes e para as futuras coortes. Não obstante, outro caráter que têm assumido grande relevância na discussão política tanto nacional, quanto internacional, refere-se à proteção social dos sistemas aos grupos vulneráveis economicamente e como as reformas propostas refletem-se nesta proteção.

Neste contexto, diversos são os aspectos a serem considerados, dentre eles enfatizamos neste artigo as concessões de benefícios que têm como fator gerador a Hanseníase, uma doença curável e passível de erradicação, que há muitos anos perdura entre as doenças que conduzem milhares de brasileiros à estigmatização, incapacitação física e, em muitos casos, à dependência de recursos do Estado. Adiciona-se a isso o fato de que a sobrevida dos hansenianos tende a ser grande (LANA, 2007), o que implica obrigações de longo prazo à Previdência Social com os benefícios de aposentadorias por invalidez.

Conforme dados da Previdência Social, entre 2008 e 2012 foram concedidos 24.934 benefícios por invalidez causados pela hanseníase, totalizando R\$ 15.678.306,48 (BRASIL, 2015a). No mesmo período, o tratamento e prevenção da doença somaram mais de R\$ 14 milhões, computados nas contas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil é o segundo país no mundo em incidência da doença, onde são registrados mais de 30 mil casos ao ano (WHO, 2015). Apesar disso o Ministério da Saúde têm registrado redução sistemática tanto na incidência quanto na prevalência da doença no país.

A Hanseníase é observada com maior frequência em países em desenvolvimento principalmente no Sul e Sudeste da Ásia e nas Américas, com distinção para a Índia, Indonésia e Brasil, países nos quais as condições de vida precárias propiciam a propagação da doença (DUCATTI, 2009; MACIEL, 2007; WHO, 2013). Embora os coeficientes nacionais da doença não induzam o entendimento da Hanseníase como um problema e saúde pública o fato de ela ser curável, suas sequelas serem incapacitantes, seu controle ser realizado com custos relativamente baixos e apoiado por organismos internacionais levaram a doença a ser classificada como um problema de saúde pública em nível global pela OMS (WHO, 2013).

Assim, dado o contexto nacional da doença que tem acarretado custos adicionais à Previdência Social vis-à-vis a necessidade premente de revisão das concessões de benefícios para que melhorem o equilíbrio das contas públicas objetivou-se analisar o perfil dos benefícios concedidos por Hanseníase nos últimos anos, com base em suas tipologias e durabilidade, como forma de caracterizar a política previdenciária adotada nos últimos anos no país. Para isto foram utilizadas as informações demográficas, de saúde e administrativas do banco de dados do Ministério da Previdência Social entre os anos de 2000 e 2015.

Espera-se que esta pesquisa colabore para exemplificar e demonstrar os esforços administrativos para aumentar a eficiência e a justiça do sistema de previdência nacional e contribua para as discussões sobre a política pública previdenciária.

Contexto teórico

A hanseníase (também conhecida por Lepra ou Doença de Hansen) é relacionada dentre as doenças negligenciadas focadas pela OMS para controle e erradicação. Sob o ponto de vista biológico, a hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto nem todos adoecem. Conforme a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2015) o tempo de tratamento da hanseníase dura entorno de 12 a 18 meses e a porcentagem de cura chega a mais de 90% em algumas regiões do país.

O quadro clínico da doença, em geral, não conduz o doente à morte, sua letalidade é considerada baixa. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas, que pode até afastar o doente do trabalho (temporária ou definitivamente); ainda dificulta as atividades e afazeres domésticos com implicações econômicas e sociais que afetam, não só o paciente, mas toda a relação familiar (GOMES; FRADE; FOSS, 2007; MARTINS, 2008). A OMS classifica a incapacitação ocasionada pela Hanseníase em dois níveis, apenas com alterações na sensibilidade da pele (Grau 1) ou já com perda de força muscular e/ou deformações (Grau 2).

Essas características fazem da Hanseníase uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória (BRASIL, 2014).

A Hanseníase é uma das doenças mais antigas já registradas na literatura, com casos na China, Egito e Índia, mesmo antes de Cristo. Ao longo da história a doença esteve relacionada às manifestações de preconceito e discriminação, em decorrência das mutilações ocasionadas pelas graves infecções nos períodos que antecederam os tratamentos modernos baseados na quimioterapia (LOMBARDI, 1984). Contribuiu com a estigmatização dos hansenianos a marginalização ocasionada pelo tratamento conservador que se baseava no isolamento compulsório dos doentes em leprosários, procedimento que atravessou séculos, vindo a ser banido como conduta médica apenas no final do XX (SAVASSI, 2010).

No Brasil, no início do XX a situação epidêmica da Hanseníase assumiu caráter de saúde pública exigindo para seu combate ações integradas da União, dos estados e dos municípios. Conforme Ducatti (2009), alinhados a política de isolamento compulsório, encabeçada pela elite médica paulista, o Presidente Vargas instituiu este modelo como base da política de saúde para combate à Hanseníase em todo território nacional. Ela se estruturava no isolamento para tratamento dos doentes e na atenção e assistência aos seus filhos e demais familiares, ou seja, a institucionalização dos pacientes. Para fazer frente ao montante de recursos necessários para sua execução, estados e municípios necessitavam conveniar-se à União para financiar a criação de Leprosários (local onde os doentes eram internados), Dispensários (responsáveis pelos exames e encaminhamentos dos enfermos) e os Educandários (local onde se prestava assistência aos filhos de doentes). Concentrando assim, o poder de contenção da doença na capacidade financeira do governo federal.

Em que pese a crítica de Ducatti (2009) ao modelo de tratamento e a forma política, para Santos (2006) esta estruturação representou um marco no tocante a uma política nacional em saúde. Pois consolidou a estrutura administrativa através das Delegacias Federais de Saúde e do Ministério da Educação e Saúde (MES). Segundo este autor até então as ações de saúde eram esparsas e sem sinergia entre os entes federativos, o que conduzia a uma ineficiência sistêmica.

Com a estruturação em torno de uma política comum, a União promovia e supervisionava as atividades de saúde e assistência médico-social em todas as unidades federativas. Desta maneira, a Hanseníase marcou historicamente a saúde pública brasileira propiciando uma situação que unificou a ação pública governamental estabelecendo uma única política pública de saúde para todo o país.

Mesmo após a descoberta das sulfas para tratamento dos doentes nos anos de 1940 o isolamento permanecia como forma de tratamento e a principal profilaxia. A partir de 1950 a Dapsona passou a ser utilizada no tratamento contra a Hanseníase possibilitando o tratamento ambulatorial e abriu caminho para o fim do isolamento (DUCATTI, 2009).

No fim da década de 50 a política de saúde é reformulada e conforma-se a Campanha Nacional de Combate à Lepra (CNCL), que envolvia além a desinstitucionalização dos hansenianos, a prevenção e educação da população, porém só no final dos anos de 1970 é que a profilaxia do isolamento foi abandonada.

Desde o início dos anos 90 o Brasil aderiu às campanhas promovidas pela OMS e alguns êxitos foram logrados, porém as metas não foram atingidas por completo. Segundo dados do Ministério da Saúde a taxa de prevalência caiu 72% nos últimos dez anos, passando de 4,52 por 10 mil habitantes, em 2003, para 1,27 por 10 mil habitantes, em 2014. Nesse mesmo período o número de casos novos reduziu de 51.900 para 31.064, redução de 40%.

No Brasil, muitos estudos epidemiológicos têm sido realizados para exploração de informações sobre a doença em recortes espaciais e seu comportamento ao longo do tempo. Os dados da OMS apontam o Brasil como o líder em casos da doença nas Américas com cerca de 80% do total (WHO, 2013). Pesquisas feitas nas regiões brasileiras como de Vieira et al (2014) mostra declínio gradativo na incidência da hanseníase no estado de Rondônia, no período de 2001 a 2013. Sendo a maior parte dos casos observada entre indivíduos residentes na zona urbana, sem incapacidade física e sem lesão neural periférica.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no ano de 2006, notificou 2 547 casos, representando taxa de detecção de 1,31 casos/ 10 000. No final desse mesmo ano, contava com 756 casos em registro ativo, resultando em prevalência de 1,9 casos/10 000 habitantes. Dentre os casos novos detectados em 2006, 62,8% eram multibacilares e 10,2% apresentavam grau II de incapacidade física, índices considerados altos e indicativos de que o diagnóstico tem sido realizado tardiamente (LANA et al, 2006).

No Paraná, entre 2001 a 2011, Oliveira et al (2015) apurou que foi registrado um total de 2.605 casos novos de hanseníase em três municípios: 882 em Foz do Iguaçu; 1.054 em Curitiba; e 669 em Londrina. Nesse período Curitiba, apresentou a maior proporção de casos com incapacidades físicas entre novos casos detectados e avaliados (24,6%), seguida de Foz do Iguaçu, onde tal indicador oscilou entre médio e alto.

Na proporção de casos curados com grau de incapacidade física avaliado, Curitiba mostrou melhora, enquanto Foz do Iguaçu e Londrina apresentaram resultados precários entre 2001 e 2008, voltando a regredir em 2010.

Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, mostram a sistemática redução dos coeficientes epidemiológicos calculados para o Brasil desde 2000, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores epidemiológicos de Hanseníase no Brasil, 2000-2014

Ano	Casos Novos	Coef. Prevalência ¹	Coef. GIF ² 2 ³
2000	43.196	4,71	1,52
2001	45.874	3,99	1,40
2002	49.438	4,33	1,47
2003	51.900	4,52	1,45
2004	50.565	1,71	1,46
2005	49.448	1,48	1,40
2006	43.642	1,41	1,30
2007	40.126	2,11	1,72 ⁴
2008	39.047	2,06	1,39
2009	37.610	1,99	1,27
2010	34.894	1,56	1,17
2011	33.955	1,54	1,13
2012	33.303	1,51	1,15
2013	31.044	1,42	0,99
2014	31.064	1,27	1,01

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde.

Notas: ¹ por 10.000 habitantes.

² Grau de Incapacidade.

³ por 100.000 habitantes

⁴ Grau de incapacidade influenciado por alteração no sistema de informação.

O número de casos novos caiu 28% no período de 15 anos, com uma inflexão entre 2003 e 2005 voltando aos patamares iniciais posteriormente, contudo a tendência de redução mostrou-se consistente até os números mais recentes apresentados pelo Ministério da Saúde. A prevalência acompanhou essa tendência de maneira mais intensa terminando o período com menos de 1/3 do valor original. Comportamento semelhante ao Grau 2 de incapacidade física que indica para cada 100 mil habitantes quais tiveram diagnóstico mais grave e que, possivelmente, terão sequelas que os acompanharão durante a vida.

As pesquisas têm demonstrado a tendência de quedas dos indicadores nacionais, porém ainda elevados e variação intra-regional com os estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentando maiores valores (OLIVEIRA et al, 2015; VIEIRA et al, 2014; LANA et

al, 2008), com alguns estados caracterizando áreas hiperendêmicas, segundo classificação da OMS.

Apesar de haver alguns resultados positivos no combate a Hanseníase observa-se que há outros fatores envolvidos com a transmissão e prevalência da doença que extrapolam a dimensão social Saúde e tornam as ações preventivas e de tratamento bastante complexas. Vieira et al (2014) apontam que a população com baixa instrução, carente de serviços de atenção básica em saúde, assistência social e sanitária como uma barreira ao combate à doença. Lana et al (2006) atribui às condições precárias de habitação, alimentação deficiente e, ainda, movimentos migratórios como fatores que facilitam a difusão da doença e, consequentemente seu controle.

Além desses fatores Lana et al (2006) destaca que a hanseníase deve ser pensada também pela sua transcendência, em função do sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que vêm sempre associados à doença, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada.

Essa breve contextualização teórica mostra que, embora seja observado o ritmo da queda dos indicadores epidemiológicos da Hanseníase não foram suficientes para cumprir um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU): eliminar a hanseníase até o fim de 2015.

Se por um lado a epidemia de hanseníase contribuiu histórica e politicamente para a unificação da política nacional de saúde no início do século XIX, nos anos recentes, os desdobros desse evento tornaram-se um problema a ser trabalhado pela gestão pública.

No início dos anos 2000 observou-se a expansão da fruição dos direitos civis conquistados com a Constituição de 1988, e alguns destes tiveram impacto no orçamento do sistema previdenciário nacional. Segundo Siano et al (2011) isto se deu pela natureza da principal função dos sistemas previdenciários, que é assistir financeiramente a população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho, seja por doença, seja por invalidez ou idade avançada. Ao longo de sua existência, a Previdência Social do Brasil passou por diversas modificações conceituais e estruturais, formalizadas por meio de leis, decretos e instruções normativas (IN). Dentre os quais se ressalta aqui: a Lei nº 8.213/91 (e alterações); o Decreto nº 3.048/99 (e alterações); e a IN INSS/PRES nº 20, de 11/10/2007 (alterada pela IN INSS/PRES nº 23, de 13/12/2007 e, mais recentemente, pela IN INSS/PRES nº 27, de 30/04/2008). Neles são encontradas disposições sobre o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), com a caracterização dos segurados do INSS e a regulamentação da concessão dos benefícios previdenciários.

A partir da década de 90 muitas alterações às leis previdenciárias foram efetuadas como forma de adequar as perspectivas de orçamento, às demográficas e aos anseios da população que há pouco havia conquistado o direito a participação política do país. Leite, Ness Jr, Klotzle (2010) salientam que não só os resultados financeiros da Previdência brasileira exigem a atenção à agenda política, mas também quando se compara os gastos do Brasil, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), com os demais sistemas previdenciários do mundo, o país encontra-se em posição desfavorável. Sendo o único país, dentre aqueles com regime previdenciário semelhante, que tem menos de 10% de idoso que gasta mais de 10% do PIB com previdência. Além disso, a necessidade de ajuste se expressa nos constantes e crescentes aportes do Tesouro Nacional para cobrir diferenças entre receitas e despesas. Nos gastos totais com a Previdência, o RGPS é a maior fonte de aumento de despesas, passando de 2,5% do PIB em 1988, ano de aprovação da Constituição, para quase 5% do PIB em 1994, quando foi lançado o Plano Real, superando 7% do PIB em 2004 e, segundo dados da Previdência, voltando a este patamar em 2014.

Em perspectiva da história recente, Giambiagi e Esterminio (2006) destacam dois períodos, o primeiro sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso, pretendeu-se uma

reforma estrutural na Previdência alterando a Constituição, por meio da Emenda Constitucional (EC) 20, de 1998, que retirava do texto da Constituição a fórmula de cálculo das aposentadorias para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tornando mais flexível a definição das regras de cálculo. Além disso, a EC 20 também estabeleceu a idade mínima para aposentadoria dos funcionários públicos.

Para esses autores a reforma constitucional *per se* não teve efeitos relevantes, pois, no caso RGPS, ainda dependia de aprovação de leis posteriores e, no caso dos servidores, as regras alteradas só foram mais duras para os novos funcionários, resultado na ausência de efeitos imediatos. Por outro lado essa reforma abriu caminho para outra etapa da reforma a aprovação do “fator previdenciário”, por meio da Lei 9876. Segundo esta Lei, o cálculo da aposentadoria dos novos beneficiários do INSS passaria a ser feito em função da multiplicação de dois componentes. O primeiro deles é a média dos 80% maiores salários de contribuição a partir de julho de 1994 e o segundo, o fator previdenciário, coeficiente este que varia com a idade de aposentadoria e o tempo de contribuição, e é calculado com base na expectativa de sobrevida do indivíduo.

O resultado prático da estratégia foi incentivar a decisão de postergar a decisão de aposentadoria. Giambiagi e Esterminio (2006, p.143) concluem que “As reformas em si, não implicaram uma solução duradoura para o peso crescente representado pelas aposentadorias e pensões do RGPS, associado ao fato de as pessoas continuarem a poder se aposentar em idades que são ainda precoces em relação ao resto do mundo.”

O segundo período delineado por Giambiagi e Esterminio compreende o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que segundo os autores, teve caráter complementar às reformas de FHC, porém Lula tratou basicamente do regime dos funcionários públicos. E, o processo político de negociação da EC 40 rendeu significativas alterações a proposta original pela Câmara de Deputados e pelo Senado, sendo considerada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que realizou alterações à proposta que “... reduziu o impacto da contribuição dos inativos para 0,24 PIBs. Com isso, a redução na dívida no formato final da Reforma de Lula foi de apenas 56% da proposta original.”(GIAMBIAGI; ESTERMINIO, 2006).

Embora as reformas caracterizem os esforços envidados, ambas não foram capazes de solucionar os problemas existentes e que perduram até os dias de hoje, tal como: a definição de uma regra para aposentadoria justa para trabalhadores que considere a idade, a contribuição, o piso previdenciário etc.

Siano et al (2011) destacam também que a concessão de auxílios-doença teve aumento significativo desde o início dos anos 2000, saltando de 793.825, em 2001, para 1.288.270, no ano seguinte e 1.871.903 em 2005. Dados recentes do Ministério da Previdência contabilizam 2.158.346 auxílios-doença (BRASIL, 2016). Os autores apresentam algumas hipóteses para esse aumento expressivo, que abarcam as alterações nas regras dos benefícios com as reformas de 1998-1999, a conjuntura econômica desfavorável, a facilitação de acesso à informação e direitos com a modernização da Previdência e, a mudanças na capacidade de perícia médica do INSS, que em certo ponto favoreceu o fluxo de concessão de benefícios. Decorreu dessas mudanças a introdução da Cobertura Previdenciária Estimada (COPES), que estabeleceu previamente prazos para a concessão dos benefícios e a data de retorno para a perícia subsequente, reduzindo assim as filas. Esta estratégia exigiu a contratação direta de três mil peritos médicos e o descredenciamento dos médicos terceirizados que realizavam as perícias até então, essa ação foi concluída até o início de 2006.

Atualmente o panorama da Previdência apresenta expansão, conforme o Relatório anual da Previdência Social (BRASIL, 2016) os número recentes dão a dimensão do problema. Em 2014, a Previdência Social concedeu 5,2 milhões de benefícios, dos quais

87,4% eram previdenciários, 6% acidentários e 6,6% assistenciais. Comparando com o ano de 2013, a quantidade de benefícios concedidos cresceu 0,1%, com aumento de 1,1% nos benefícios urbanos e um decréscimo de 4% nos benefícios rurais. Os benefícios concedidos à clientela urbana atingiram 80,9% e os concedidos à clientela rural somaram 19,1% do total. As espécies mais concedidas foram o auxílio-doença previdenciário (44,7%), a aposentadoria por idade (12,4%) e o salário-maternidade (12,1%).

No que se refere a valores, o relatório apresenta o total de R\$ 5,5 bilhões, em benefícios concedidos em 2014, um acréscimo de 6,7% em relação ao ano anterior, com os benefícios urbanos crescendo 7,3% e os benefícios rurais 2,6%. Considerando o valor dos benefícios, as espécies mais concedidas foram todas previdenciárias: o auxílio-doença, a aposentadoria por idade e a aposentadoria por tempo de contribuição, cujas participações foram de 46,9%, 10,1% e 10,0%, respectivamente.

Ainda segundo o Relatório, o valor médio dos benefícios apresentou um crescimento de 6,6% no ano, passando de R\$ 987,54 em 2013 para R\$ 1.052,62 em 2014. A espécie de benefício com maior valor médio é a aposentadoria por tempo de contribuição (R\$ 1.736,11), seguida da pensão por morte acidentária (R\$ 1.523,30) e da aposentadoria por invalidez acidentária (R\$ 1.393,82).

Os dados mais recentes do desempenho das contas da Previdência estão em processamento, porém informações preliminares apontam que o déficit da Previdência Social cresceu 38,4% em 2015 na comparação com 2014, em termos reais (corrigidos pelo IPCA). Associado a esse resultado negativo, causou grande impacto a perda expressiva de receita total, que caiu 6,3% (BRASIL, 2016)

Embora em números totais o montante envolvido nos benefícios gerados em decorrência da Hanseníase seja diminuto em relação aos valores totais da Previdência, no âmbito da gestão financeira, toda e qualquer racionalização de recursos deve ser analisada, neste sentido a análise presente nesse artigo se faz útil como um exercício a ser replicado com outras doenças e outras motivações para concessão de benefícios.

Pela natureza pública, tanto do problema de saúde Hanseníase, quanto dos impactos ocasionados por ela nas contas públicas da Previdência Social e, por conseguinte, da necessidade de ação governamental é que se aborda a questão no âmbito da Política Pública.

Conceitualmente a definição de política dada por Ruas (2009) é consistente com discussão posta aqui, na qual política refere-se a um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto aos bens públicos. Por sua vez a abordagem no âmbito “público” alinha-se ao sentido delineado por Secchi (2013), em que a essência da questão da saúde pública e das finanças da Previdência discutidas nesse artigo reflete um problema público. E, assim conforme o autor, uma política pública recebe este adjetivo, se tem a intenção de responder a um problema público.

Do ponto de vista teórico as Políticas Públicas são estruturadas em um ciclo que inicia-se com a Formação da Agenda, ou seja, a seleção da pauta de necessidades ou os problemas selecionados de caráter público. Esta etapa é seguida pela Formulação de Propostas, na qual as alternativas para solução do problema são produzidas. Sucede então um processo de escolha da alternativa mais de viável, Tomada de decisão, e é escolhida a opção mais adequada, segue-se à Implementação, onde efetivamente é aplicada a política selecionada, que passa a partir de então a ser acompanhada, conformando a penúltima etapa do ciclo, o Monitoramento e por fim a Avaliação. Avalia-se para verificar se política cumpre suas intenções originais e se existem quaisquer resultados não intencionais. Se a ela não é bem-sucedida em qualquer nível, os resultados da avaliação podem ser usados durante uma nova fase de definição do problema. (FARIA, 2005; SECCHI, 2013).

Pode-se afirmar, preliminarmente, que a Avaliação é um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão, do controle social sobre a efetividade da ação do Estado, esse último instrumentalizado pela divulgação de resultados das ações de governo (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Pesquisa e análise política são estratégias para avaliar se a política está cumprindo seus objetivos originais e se existem quaisquer resultados não previstos ou esperados ocorrendo. Se a política pública não é bem-sucedida em qualquer nível, os resultados da Avaliação podem ser usados durante uma nova fase de definição do problema. O ciclo de vida de uma política começa de novo e continua até que seja criada e implementada com sucesso.

Metodologia

Este estudo tem caráter descritivo e exploratório apresentando por meio de quantificações, somatórios e porcentagens, de benefícios pecuniários temporários e definitivos concedidos pela Previdência Social do Brasil por motivos relacionados à hanseníase, selecionados pelo código internacional de doenças A.30.

Os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) compreendem o período de janeiro de 2000 a setembro de 2015 tanto para benefícios ativos como cessados ou suspensos. O arquivo de dados fornecido em formato “xls” com 100.956 registros é composto pelos campos: Código de espécie, Espécie (texto), Código Internacional de Doenças (CID), Data de Nascimento, Data de Despacho do Benefício (DDB), Data de Cessação do Benefício (DCB), Motivo de Cessação/Suspensão, Município (composto por codificação específica mais sigla do estado e nome do município), Estado e Situação do Benefício que pode ser “Ativo”, quando o benefício que está em vigência, ou “Cessado” no caso dos benefícios que não estão mais sendo pagos definitivamente, ou ainda “Suspenso”, para o benefício cujo pagamento foi interrompido por ausência à perícia médica, por exemplo.

Todo procedimento de produção de dados desta análise de dados foi realizado em Microsoft Excel gerando gráficos e tabelas que sintetizam os dados trabalhados.

Apresentação e discussão dos resultados

Na Tabela 2 apresenta-se a quantificação dos benefícios concedidos no período e a situação em que estes se encontravam em setembro de 2015. Embora algumas espécies não sugiram relação com a Hanseníase, tais como os tipos: 86, 36 e 80, por exemplo, o campo CID de cada registro desses apresenta a relação da espécie do benefício com a doença, ou seja, o código A.30. Não foram disponibilizadas mais informações que possibilitassem maior esclarecimento ou justificativa dessa relação. Contudo esses benefícios aparecem em pequeno número e não influenciam o estudo.

Os benefícios que se destacam pelas quantidades mais elevadas, apenas considerando os benefícios ativos, são: Amparo Social para Pessoa Portadora de Deficiência, Aposentadoria por Invalidez e Auxílio Doença, respectivamente, 8.313; 11.545 e 5.861. A espécie “Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência” é um Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS), que garante o pagamento de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou ao cidadão com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007).

Tabela 2 - Contagem de benefícios concedidos por espécie e situação entre 2000 e 2015

Espécie de benefício	Ativo	Cessado	Suspensão	Total
87 - Amp. Social Pessoa Portadora Deficiência	8.313	2.417	165	10.895
92 - Aposent. Invalidez Acidente Trabalho	61	4		65
32 - Aposentadoria Invalidez Previdenciária	11.545	2.146	77	13.768
41 - Aposentadoria por Idade	1			1
94 - Auxílio Acidente	5			5
36 - Auxílio Acidente Previdenciário	17	12		29
91 - Auxílio Doença por Acidente do Trabalho	30	339		369
31 - Auxílio Doença Previdenciário	5.861	69.780	112	75.753
80 - Auxílio Salário Maternidade		3		3
21 - Pensão por Morte Previdenciária	42	15		57
86 - Pensão Vitalícia Dependentes Seringueiro	2	2		4
56 - Pensão Vitalícia Síndrome Talidomida	4			4
30 - Renda Mensal Vitalícia por Incapacidade	1	2		3
Total Geral	25.882	74.720	354	100.956

Fonte: Ministério da Previdência Social/INSS

Tem direito ao amparo aqueles que têm a renda por pessoa do grupo familiar menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter direito a ele. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte.

O segundo item que se destaca é a “Aposentadoria por invalidez previdenciária”, que representa um benefício concedido ao segurado que é considerado pela perícia médica do INSS incapaz definitivamente para exercer a sua profissão e não pode ser reabilitado para qualquer outra função ou profissão (BRASIL, 1991).

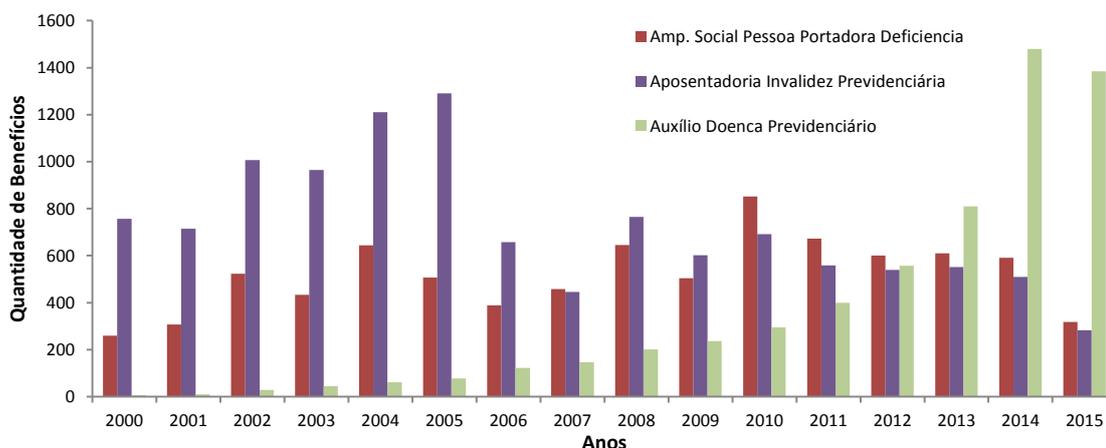
Trata-se do contingente de beneficiários que não terão mais retorno ao mercado de trabalho devido à severidade das sequelas que a hanseníase deixou no doente. Com base na Tabela 2 de benefícios ativos 44,6% são beneficiários por tempo indeterminado da Previdência Social.

O terceiro tipo de benefício previdenciário relacionado à hanseníase trata-se do “Auxílio doença previdenciário” concedido aos segurados que esteja temporariamente incapacitado para desempenhar sua atividade laboral (BRASIL, 1991). São benefícios temporários, com previsão de data de encerramento podendo ser renovados, são oferecidos enquanto os doentes estão afastados do trabalho para recuperação e/ou tratamento. Apesar dos dados da Tabela 2 mostrar que representam a terceira maior magnitude dentre as quantidades de benefícios, vem aumentando paulatinamente sua participação.

A Figura 1 mostra em perspectiva temporal que o aumento nas concessões ativas é exponencial, ou seja, vem aumentando anualmente a taxas crescentes.

Na Figura 1 observa-se que a tendência de crescimento das Aposentadorias por invalidez causadas pela hanseníase é interrompida no ano de 2005 e, a partir de então tem mantido certa estabilidade com média anual de 550 concessões. Salienta-se que no gráfico constam apenas os benefícios ativos, portanto mesmo reduzindo-se significativamente a concessão de novas aposentadorias por invalidez o montante ainda é elevado devido à cumulatividade causada pela longevidade desses portadores da doença.

Figura 1 – Evolução do número de benefícios concedidos por tipo, 2000-2015



Fonte: Ministério da Previdência Social/INSS

A seguir os benefícios foram agregados pelo seu tempo de vigência, expresso em meses na coluna Duração. Esta seleção inclui apenas os benefícios Ativos, ou seja, aqueles que estavam vigentes na data da coleta dos dados, separados pelos principais tipos de benefícios.

Tabela 3 – Duração dos benefícios por total de tipo (em percentual)

Duração (meses)	Benefícios Ativos			Total
	Aposentadoria por Invalidez	Auxílio Doença	Amparo ao Port. Def.	
Até 1 mês	0,00	0,01	0,00	0,01
De 1 n 12	1,10	7,12	1,24	9,46
De 12 n 24	1,98	4,52	2,30	8,80
De 24 n 36	2,14	2,90	2,37	7,41
De 36 n 48	2,10	2,05	2,33	6,47
De 48 n 60	2,17	1,47	2,61	6,26
De 60 n 72	2,68	1,14	3,31	7,14
De 72 n 84	2,34	0,88	1,96	5,19
De 84 n 96	2,97	0,78	2,50	6,25
De 96 n108	1,73	0,56	1,78	4,08
De 108 n 120	2,55	0,47	1,51	4,54
De 120 n 180	20,17	0,86	9,39	30,42
De 180 n 240	2,94	0,03	1,01	3,98
Mais de 240	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	44,9	22,8	32,3	25,9

Fonte: Ministério da Previdência Social/INSS

Notadamente os benefícios do tipo Aposentadoria por Invalidez apresentam maior valor relativo na classe 120-180 meses (10 a 15 anos), não só é a maior dentro deste grupo de benefícios como também é superior em relação a todas as demais categorias dos Auxílios doença e Amparo ao Portador de Deficiência, ou seja, não só concentra o maior percentual em relação aos demais tipos como também se revela o mais duradouro.

Quanto ao Auxílio-doença os maiores percentuais concentram-se nas classes 1 a 12 meses (7,12%) e 12 a 24 meses, reduzindo gradativamente nas classes de maior tempo, o que em princípio se espera de um benefício cuja função é temporária.

Por seu turno o Amparo ao Portador de Deficiência tem comportamento semelhante à Aposentadoria por Invalidez, porém em magnitude significativamente menor, apresentando maior concentração na classe 120 a 180 meses. Esta é uma característica esperada desse tipo de benefício, pois deve durar o tempo de vida de seu beneficiário.

Os benefícios ativos totalizam 25,9% dos quase 100 mil registros analisados. Em aproximadamente $\frac{1}{4}$ destes benefícios 44,9% mais 32,2% correspondem a obrigações de longo prazo para a Previdência Social que excedem 10 anos.

A observação da Tabela 2, *a priori*, gera uma série de questionamentos sobre a magnitude relativa dos dados principalmente no que se refere à concentração de benefícios concedidos na categoria Aposentadoria por Invalidez, como: se a Hanseníase tornaria a maioria dos doentes inválidos? Não, como mostram Lana et al (2006) e Oliveira et al (2015) diagnósticos tardios podem conduzir doentes ao grau 2 de incapacitação, ou seja, níveis de incapacitação severos, que tornaria os pacientes permanente inválidos ou com sérias dificuldades para inserção laboral. Os dados do Ministério da Saúde, na Tabela 1, mostram que os casos com grau de incapacitação física (GIF) 2 tem apresentado tendência de queda, de forma que, mesmo que as Aposentadorias por Invalidez ainda apresentem um valor relativo expressivo no contexto da Hanseníase, está sendo reduzido gradualmente.

Essa questão ainda pode ser explorada a partir da Tabela 3. À luz da observação de Lana (2007) de que a longevidade de hansenianos é grande, pode-se notar que o número de benefícios na classe 120 a 180 meses (10 a 15 anos) é significativamente maior que as demais classes abarcando mais de 20% dos benefícios Aposentadoria por Invalidez. A implicação disso para a Previdência Social são obrigações de longo prazo.

Por outro lado, a Figura 1 mostra que no início dos anos 2000 a tendência dos benefícios por invalidez permanente era crescente até o ano de 2005 quando sofre uma reversão e, concomitantemente é observado o aumento da concessão dos Auxílios-doença. Este fenômeno acontece ao mesmo tempo em há a alteração na sistemática de concessão de benefícios pela Previdência apontada por Siano et al (2011), na qual a contratação massiva de peritos-médicos favoreceu a concessão de Auxílios-doença expandindo consideravelmente a capacidade do órgão de efetuar avaliações periódicas e rever a prática de concessão de benefícios.

Os dados da Tabela 1 também não mostram que houve algum evento que tenha proporcionado mudanças no quadro epidemiológico que alterassem expressivamente a severidade dos casos de Hanseníase e implicassem redução dos benefícios do tipo Aposentadoria por Invalidez. Assim acredita-se que foram mudanças de ordem administrativa da Previdência Social que mudaram a tendência de crescimento e maioria absoluta dos benefícios Aposentadoria por Invalidez e os reduziram para cerca de 50% dos valores anteriores a 2005.

Conforme a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2015) o tempo de tratamento da hanseníase dura entorno de 12 a 18 meses, a Tabela 3 a categoria Auxílio-doença mostra que os benefícios tem concentração entre 1 e 2 anos, o que reforça a ideia de que as concessões estão adequadas a função desse tipo de benefício, ou seja, fornecer remuneração durante o período de tratamento da doença.

Faz-se também necessária a ressalva de Lana et al (2006), que a hanseníase deve ser pensada também pela sua transcendência, em função do sofrimento humano, discriminação social e prejuízos econômicos que vêm sempre associados à doença, principalmente se não for oportunamente diagnosticada e tratada.

Considerações finais

Com o breve resgate histórico realizado buscou-se mostrar a importância da Hanseníase para o desenvolvimento da Saúde e da política pública do Brasil, por outro lado mostrou-se que a obrigação do Estado de fornecer condições mínimas de dignidade e subsistência à população acometida pela doença tem refletido negativamente nas contas públicas, principalmente pela avaliação inadequada dos benefícios concedidos.

Esta pesquisa constitui um exemplo que demonstra os esforços administrativos para aumentar a eficiência e a justiça do sistema de previdência nacional tal como foi concebida para assistir financeiramente a população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho, seja por doença, seja por invalidez ou idade avançada.

Longe de fomentar a discussão da função da Previdência Social ou questionar a validade ou pertinência de um tipo de benefício em relação ao outro, o que se mostrou aqui foi que as ações implementadas para adequação da gestão podem aumentar a eficiência e a justiça previdenciária. O objeto desse estudo – os benefícios originados pela Hanseníase – conforma-se apenas em um exemplo desse esforço que deve ser realizado para que os direitos civis sejam garantidos, expandam-se e alcancem aqueles que realmente necessitam, sem que com isso se desvirtue a prudência fiscal e econômica.

Referências bibliográficas

BRASIL. LEI Nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

BRASIL. DECRETO Nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação, 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Banco de Dados Históricos da Previdência Social. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>> Acessado em: 28 jul. 2015a.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br>> Acessado em: 10 dez. 2015b.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEPS%202014%20para%20WEB.pdf>> Acessado em: 01 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br>.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador**. f.199. Dissertação (Mestrado) São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, 2009.

FARIA, C.A.P. A Política da Avaliação de Políticas Públicas. **RBCS**. vol. 20 n. 59. 2005.

GIAMBIAGI, F; ESTERMÍNIO, I. Reforma Previdenciária no Brasil: elevado investimento de capital político, escassos resultados e desafios não resolvidos. Revista de Economia, v.32, n.1, p.135-156, jan-jun 2006.

GOMES, F.G; FRADE, M.A.C; FOSS, N.T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 433-437. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 jul. 2015.

LANA, F.C.F et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 6, p. 696-700, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200700060014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 jul. 2015.

LANA, F.C.F et al . Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.6, p.993-997, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 mar 2016.

LEITE, A.R.; NESS JR, W.L; KLOTZLE, M.C. Previdência Social: fatores que explicam os resultados financeiros. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 437-457, abr. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 mar. 2016.

MACIEL, L.R. "**Em proveito dos sãos, perde o lázaro a sua liberdade**": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Rio de Janeiro: UFF, 2007.

MARRI, I. G; WAJNMAN, S; ANDRADE, M. V. Reform of the Brazilian Social Security System: simulations and impacts on differences between the sexes. **Rev. bras. estud. popul.** São Paulo, v.28, n.1, p.37-56, jun. 2011 Acessado em: 1 jul. 2016.

OLIVEIRA, K. S. de et al . Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.507-516, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300507&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 mar 2016.

RAMOS, M.P; L.M.SABBACH. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro. n.46. set./out. p.1271-294. 2012.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2009. 130p.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. 2ª Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SIANO, A.K; RIBEIRO, L.C; SANTIAGO, A.E; RIBEIRO, M.S. Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2189-2198, abr. 2011. Acessado em: 11 jan. 2016.

SOCIEDADE BRAILEIRA DE DERMATOLOGIA. <http://www.sbd.org.br/doencas/hanseníase/>. Acessado em 6 de jul. 2015.

VIEIRA, G. D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.2, p.269-275, jun 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200269&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 mar 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy update, 2014; reducing disease burden**. Year 90, n.36. Sept.2015. p.461-476. (Weekly Epidemiological Record).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected diseases**. Geneva: WHO Press. 2013.