

INFORME DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

DEZEMBRO/2015

Volume 27 • Número 12



Artigo

A Importância do Exercício Físico para um Envelhecimento Saudável*

Nota técnica

Resultado do RGPS de novembro/2015

Expediente

Ministro do Trabalho e Previdência Social
Miguel Soldatelli Rosseto

Secretário Executivo
Claudio Alberto Castelo Branco Puty

Secretário Especial de Previdência Social
Carlos Eduardo Gabas

Secretário de Políticas de Previdência Social
Benedito Adalberto Brunca

Diretor do Departamento do Regime Geral de Previdência Social
Emanuel de Araújo Dantas

Diretor do Departamento dos Regimes de Previdência no Serviço Público
Narlon Gutierre Nogueira

Diretor do Departamento dos Regimes de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional
Marco Antônio Gomes Pérez

Coordenador-Geral de Estudos Previdenciários
Edvaldo Duarte Barbosa

Corpo Técnico
Albamaría Paulino de Campos Abigail
Andrea Velasco Rufato
Avelina Alves Lima Neta
Carolina Fernandes dos Santos
Carolina Verissimo Barbieri
Jurilza Maria Barros de Mendonça

O Informe de Previdência Social é uma publicação mensal do Ministério da Previdência Social – MPS, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Previdência Social e elaborada pela Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários.

Diagramação: Assessoria de Comunicação Social/MPS.

Também disponível na internet, no endereço: www.previdencia.gov.br

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação desde que citada a fonte.

ISSN da versão impressa 2318-5759

Correspondência

Ministério da Previdência Social • Secretaria de Políticas de Previdência Social
Esplanada dos Ministérios Bloco F, 7º andar, Sala 750 • 70059-900 – Brasília-DF
Tel. (0XX61) 2021-5011. Fax (0XX61) 2021-5408
E-mail: cgep@previdencia.gov.br



Artigo

A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO
PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL*

Filipe Fernandes Oliveira Dantas

Professor do curso de Bacharelado em Educação Física do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, Doutor em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Especialista em Exercício Físico Aplicado para Grupos Especiais pela Universidade Potiguar – UNP, Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e Membro do Grupo de Estudos do Treinamento Físico Aplicado à Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

**As ideias e opiniões expressas neste artigo são de inteira responsabilidade de seu autor e não refletem, necessariamente, a posição de qualquer instituição à qual esteja vinculado.*

Introdução

O envelhecimento tem sido amplamente definido como um declínio funcional dependente do tempo, que afeta a maioria dos organismos vivos, sendo causado, especialmente, pelo acúmulo de danos celulares adquiridos ao longo do tempo (Lopez-Otin et al., 2013). O envelhecimento é caracterizado por uma degeneração progressiva dos tecidos, a qual repercute negativamente na estrutura e na função dos órgãos vitais. Além disso, no processo de envelhecimento, a perda da integridade fisiológica do idoso resulta num declínio progressivo da homeostase e na redução da capacidade destes indivíduos em responderem a estímulos ambientais, contribuindo, assim, para uma diminuição da independência física e para um aumento do risco de doenças (Macnee; Rabinovich; Choudhury, 2014).

Com relação ao envelhecimento populacional, a literatura descreve-o como um fenômeno de amplitude mundial na atualidade, estando comumente associado às regiões mais desenvolvidas (Del Duca; Silva; Hallal, 2009). Tal processo iniciou-se no final do século XIX, em países da Europa Ocidental, espalhou-se pelo resto do Primeiro Mundo, no século passado, e estendeu-se, nas últimas décadas, por vários países do Terceiro Mundo, inclusive, o Brasil (Carvalho; Garcia, 2003).

Interessante reportar que, ao contrário do que ocorreu nos países desenvolvidos, o crescimento da população idosa brasileira tem acontecido de forma acelerada. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao Censo-2010 revelam que a população de indivíduos com 60 anos ou mais ultrapassa os 20 milhões, o que corresponde a, aproximadamente, 10,8% da população total. Estimativas adicionais revelam uma tendência de crescimento do número de idosos, visto que os dados indicam um contingente 15 vezes maior em 2025 e, no futuro, o Brasil poderá representar a sexta população idosa do mundo (IBGE, 2011).

O envelhecimento populacional tem se tornado um grande desafio para sociedade, em função da forte

associação entre o avanço da idade e o aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis (Harris, 2013). Sabe-se que o envelhecimento é considerado um dos principais fatores de risco para a maioria das doenças crônicas. Na verdade, isso pode ser entendido não simplesmente pelo fato do processo de envelhecimento por si próprio, mas pelo aumento da vulnerabilidade do organismo do idoso (Macnee et al., 2014).

Tais aspectos negativos relacionados ao envelhecimento podem ser minimizados por uma mudança no estilo de vida dos idosos. Neste sentido, a prática regular de exercício físico é considerada como uma estratégia eficaz para aumentar a expectativa de vida, por meio da atenuação no desenvolvimento de doenças crônicas, das mudanças biológicas relacionadas à idade e por seus efeitos associados com saúde e bem-estar, além da preservação da capacidade funcional (Chodzko-Zajko et al., 2009). No entanto, o que tem sido relatado pela literatura é um aumento do nível de inatividade física em indivíduos idosos. A prevalência de inatividade física é aproximadamente igual a 60% em idosos brasileiros na faixa etária entre 60 e 70 anos de idade, atingindo valores acima de 75% naqueles acima de 70 anos (Hallal et al., 2014).

A inatividade física pode repercutir num aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à idade, resultando numa carga significativa sobre os custos de cuidados de saúde pública, tanto em países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que o baixo nível de atividade física da população, tanto no trabalho como em atividades esportivas e de lazer, está associado com um aumento de mais de 50% nos gastos do governo federal com remédios e nas despesas gerais com saúde pública (Codogno et al., 2015).

No tocante à diferença conceitual entre atividade física e exercício físico, considera-se que atividade física está relacionada com as ações diárias nas quais ocorrem os movimentos corporais com o uso da musculatura esquelética. Por outro lado, exercício

físico é uma subcategoria da atividade física, o qual é planejado, estruturado e tem como objetivo a melhora de componentes específicos da aptidão física (Bherer; Erickson; Liu-Ambrose, 2013).

Neste sentido, algumas barreiras para prática regular de exercício físico têm sido destacadas pela literatura. Apesar de as barreiras variarem entre diferentes países (desenvolvidos e em desenvolvimento) e entre diferentes regiões do mesmo país, a literatura aponta para dois grandes tipos de barreiras, quais sejam: barreiras externas (fatores que estão fora do alcance do controle do indivíduo) e barreiras internas (fatores que estão relacionados com a decisão pessoal do indivíduo) (Cassou et al., 2011; Justine et al., 2013). Entre os indivíduos idosos, as três principais barreiras externas relatadas por eles são:

1. Não ter tempo para praticar exercício (opinião geral de que fazer uma sessão de exercício tomará muito tempo, a ponto de atrapalhar nas outras ocupações);
2. Nenhuma companhia para praticar exercício (sentimento de monotonia durante a realização solitária da atividade);
3. Ausência de facilidades para praticar exercício (ausência de centros de treinamento próximos à moradia, condições urbanas, tipo calçamento, ou até mesmo o trânsito, não são atrativos para que os indivíduos idosos saiam de casa).

Entre as principais barreiras internas que os idosos relatam, destacam-se (Reichert et al., 2007):

1. Sensação de estar cansado (possivelmente relacionada com as comorbidades associadas à idade);
2. Falta de motivação;
3. Falta de dinheiro.

Tais barreiras podem estar sendo responsáveis por milhões de mortes ao redor do mundo. Esta informação se baseia no estudo de Lee, I. M. et al. (2012), no qual os autores descreveram que, no ano de 2008, a inatividade física foi responsável por quase 57 milhões de mortes ocorridas em vários países. Além disso, os autores indicaram que a conversão da população para um estilo de vida ativo poderia eliminar entre 6% e 10% as principais doenças crônicas não transmissíveis, além de aumentar a expectativa de vida. Dessa forma, o estilo de vida ativo pode ter um grande impacto sobre a saúde mundial. Diante disso, tanto a gestão pública, como também a gestão privada, deveria se preocupar em promover ações que estimulasse os indivíduos idosos para uma mudança no seu estilo de vida, a fim de que inúmeros benefícios fossem alcançados.

Para esses indivíduos, os maiores benefícios promovidos pela prática regular de exercício físico, que por sua vez irão repercutir num envelhecimento saudável, são os alcançados, especialmente, nas seguintes funções orgânicas: cognitiva, cardiorrespiratória, vascular e neuromuscular.

Exercício físico e função cognitiva do idoso

A literatura sugere que o exercício físico pode promover efeitos protetores contra o declínio cognitivo nos idosos, além de prevenir a demência (Etgen et al., 2010; Larson et al., 2006; Laurin et al., 2001). Apesar desta premissa, ainda está para ser elucidado o caminho pelo qual o exercício promove os impactos benéficos na taxa e na prevalência do declínio cognitivo (Bherer et al., 2013). Entre as questões que ainda precisam ser elucidadas, destacam-se a relação entre dose (exercício) – resposta (demência), o nível de mudança ou proteção promovida pelo exercício, os mecanismos biológicos e fisiológicos pelos quais os efeitos ocorrem, e se o exercício físico pode ser benéfico a despeito das comorbidades crônicas e das limitações físicas observadas nos pacientes fragilizados.

No tocante à fragilidade do idoso, a literatura descreve-a como um complexo estado de saúde caracterizado por um aumento na vulnerabilidade do organismo a agentes estressores, em função do declínio em múltiplos sistemas orgânicos (Fried et al., 2001). Um dos únicos ensaios clínicos da literatura que demonstram que o exercício físico pode ajudar idosos fragilizados a obterem uma melhora cognitiva é o estudo de Langlois et al. (2013). Os autores verificaram que três meses de exercícios físicos, realizados numa frequência semanal de três vezes (caminhada e musculação), resultaram em melhoras de variáveis relacionadas com a cognição e com a capacidade física dos idosos fragilizados.

Com relação ao Alzheimer, a literatura aponta que sua prevalência em idosos na faixa etária de 65 a 85 anos, e naqueles acima de 85 anos, é correspondente a 13% e 43%, respectivamente (Association, 2011). Atualmente, não existe cura para esta doença. No entanto, têm surgido algumas pesquisas sugerindo que a atividade física e o exercício físico podem reduzir significativamente o risco para desenvolvê-la. Num recente estudo transversal que comparou 198 sujeitos com deficiência cognitiva moderada e 1.126 com cognição normal, foi observado que exercício físico moderado, durante a fase da meia-idade, está associado a uma redução de 39% no risco de adquirir déficits cognitivos moderados nas idades mais avançadas. Caso o programa de exercício seja iniciado nas idades mais avançadas, a redução do risco fica em 32% (Geda et al., 2010).

Ainda dentro deste contexto, Burns et al. (2008) examinaram a correlação entre a aptidão cardiorrespiratória com a atrofia cerebral e cognição em idosos no estágio inicial da doença do Alzheimer. Os resultados indicaram que o aumento da aptidão cardiorrespiratória estava associado a uma redução na atrofia cerebral e a uma melhora na cognição dos idosos. Entre os mecanismos sugeridos pelos autores, no intuito de explicar os resultados encontrados, destacaram-se o aumento da vascularização e a elevação de fatores do crescimento em áreas importantes para memória. Além disso, eles sugeriram que o aumento da neurogênese no

hipocampo (região responsável pela memória na qual contém neurônios com elevada atividade metabólica) pode contribuir para melhora cognitiva dos idosos, assim como para retardar o processo de degeneração cerebral. Vale ressaltar que todos estes mecanismos, especulados pelos autores, foram observados em estudos experimentais com animais (Neeper et al., 1995; Van Praag et al., 2005).

De maneira geral, são necessários estudos futuros para entender, especialmente, a intensidade, duração e tipos de exercício que melhor promovem os benefícios para a função cognitiva em idosos.

Exercício físico e função cardiorrespiratória e vascular do idoso: aspectos relacionados à hipertensão arterial

A função cardiorrespiratória e a função vascular, normalmente, apresentam um declínio com o processo de envelhecimento (Kenney; Wilmore; Costill, 2013). Tal declínio acarreta uma série de consequências, especialmente, com relação às atividades da vida diária. Neste sentido, o idoso possui uma maior predisposição para o cansaço, o que por sua vez está ligado a uma diminuição da velocidade da marcha e, conseqüentemente, maior incapacidade e menor independência (Fried et al., 2001).

A função cardiorrespiratória pode ter sua capacidade avaliada por meio do volume de oxigênio consumido por minuto ($\text{mlO}_2/\text{kg}/\text{min}$), durante um teste de esforço progressivo. Em média, a capacidade cardiorrespiratória declina $0,44 \text{ mlO}_2/\text{kg}/\text{min}$ por ano, até os 75 anos de idade, naqueles indivíduos que não praticam exercício físico regular. Tal declínio representa cerca de 1% por ano ou 10% por década (Jackson et al., 1995; Stathokostas et al., 2004).

No tocante ao sistema vascular, o indivíduo idoso apresenta inúmeras alterações anatômicas e fisiológicas

inerentes à idade (Miranda et al., 2002). Do ponto de vista anatômico, entre as mudanças mais consistentes que têm sido relatadas pela literatura, destacam-se o alargamento do lúmen vascular com espessamento da parede arterial (remodelação) e a redução das propriedades elásticas ao nível das artérias de grande calibre (enrijecimento), sendo tal processo denominado de arteriosclerose (Izzo; Shykoff, 2001; Lee, H. Y.; Oh, 2010). Outra importante alteração estrutural que ocorre no envelhecimento é a degeneração da camada média dos vasos sanguíneos, a qual é responsável pelo enrijecimento progressivo das artérias de grande calibre (Lee, H. Y.; Oh, 2010). A camada média arterial é composta, principalmente, pela integração de células musculares lisas com fibras elásticas e colágenas, formando um tipo de lâmina musculoelástica funcional (Jacob, 2003). A proliferação das células musculares lisas, na camada média, com migração subsequente para dentro da camada íntima, juntamente com as alterações das fibras elásticas, que se tornam tecido fibroso, comprometem as propriedades mecânicas do vaso do indivíduo idoso (Atkinson, 2008; Miranda et al., 2002).

Do ponto de vista da fisiologia neurovascular, sabe-se que o sistema nervoso autonômico influencia tônica e reflexamente o sistema cardiovascular (Mostarda et al., 2009). As terminações nervosas dos nervos simpáticos às quais inervam os vasos de resistência da circulação sistêmica, ao liberarem noradrenalina, modificam o estado contrátil do músculo liso vascular e, assim, a resistência vascular periférica (Guyton et al., 2006). O idoso apresenta um aumento na atividade simpática para o coração e para o sistema vascular com o decorrer do envelhecimento, estando tal aumento associado à elevação dos níveis de pressão arterial (Seals; Dineno, 2004). Além disso, a disfunção endotelial, que normalmente acomete os indivíduos idosos, pode contribuir para a patogênese, manutenção e desenvolvimento da aterosclerose, promovendo uma atenuação da vasodilatação dependente do endotélio e, assim, favorecendo também para um aumento dos níveis pressóricos (Higashi; Kihara; Noma, 2012; Zeiher et al., 1993).

Devido a essas alterações cardiorrespiratórias e, especialmente, as alterações vasculares nos idosos, a hipertensão arterial sistêmica tem sido identificada como a morbidade de maior prevalência nestes indivíduos, a qual exige monitoramento e tratamento contínuo (Mendes Tde et al., 2013).

Além do tratamento medicamentoso, a contribuição da terapêutica não farmacológica (mudança dos hábitos e estilo de vida) é essencial para a diminuição da morbimortalidade cardiovascular, assim como para normalizar os níveis pressóricos em idosos hipertensos (Ruivo; Alcântara, 2012).

Neste sentido, a prática regular de exercício físico tem sido fortemente recomendada para idosos hipertensos. Os resultados de diversos estudos demonstraram que o exercício físico regular pode reduzir os níveis pressóricos em idosos hipertensos (Haskell et al., 2007), todavia os mecanismos envolvidos na queda da pressão arterial (PA) ainda não estão perfeitamente esclarecidos. De fato, Brandao Rondon et al. (2002) evidenciaram que 45 minutos de treinamento físico de baixa intensidade provocou queda da PA em idosos hipertensos não obesos pelo período de 22 horas após o treinamento. Esse declínio dos níveis de PA foi acompanhado de redução do volume sistólico e diastólico nesses pacientes, refletindo-se em diminuição do trabalho cardíaco.

Considerando a importância da disfunção autonômica na gênese da hipertensão no envelhecimento, estudos têm sugerido que a redução da PA pode estar associada à melhora da função autonômica. Neste aspecto, um estudo observou aumento considerável da variabilidade da frequência cardíaca após o período de treinamento físico aeróbico em indivíduos idosos saudáveis (Stein et al., 1999). Além disso, outros autores evidenciaram melhor sensibilidade barorreflexa em indivíduos de meia-idade e idosos fisicamente ativos em relação aos indivíduos sedentários, pareados pela idade (Carter; Banister; Blaber, 2003; Davy et al., 1998).

De maneira geral, a literatura tem demonstrado que, após um programa de exercícios aeróbios, as melhorias na função cardiorrespiratória e vascular podem representar uma redução de 6 mmHg na pressão arterial sistólica e diastólica de indivíduos hipertensos (Cornelissen; Smart, 2013). Os principais benefícios alcançados são a diminuição na rigidez vascular, diminuição da atividade simpática para o coração e vasos sanguíneos, maior sensibilidade barorreflexa e melhora do balanço autonômico (Mostarda et al., 2009).

Atualmente, a prescrição do exercício aeróbio para indivíduos idosos e hipertensos deve seguir as seguintes diretrizes (Chodzko-Zajko et al., 2009): para atividades de moderada intensidade, acumular pelo menos 30 ou até 60 minutos por dia (para maiores benefícios), totalizando de 150 a 300 minutos por semana. Caso a atividade seja de intensidade mais vigorosa, acumular pelo menos 20 ou até 30 minutos por dia, totalizando 75 a 150 minutos por semana. O tipo de modalidade recomendada pode ser qualquer uma que não promova excessivo estresse ortopédico, tais como caminhada. Exercícios aquáticos e bicicleta estacionária podem ser mais vantajosos para aqueles indivíduos nos quais haja uma tolerância limitada para atividades em que o peso tenha que ser suportado.

Exercício físico e função neuromuscular do idoso: aspectos relacionados à sarcopenia e osteoporose

Além das alterações cognitivas e naquelas relacionadas com o sistema cardiorrespiratório e vascular, o idoso apresenta uma significativa redução da força e da massa muscular. A perda de massa muscular que acomete os indivíduos idosos tem sido denominada de sarcopenia, a qual é consequência, principalmente, das alterações no sistema neuromuscular desses indivíduos (Boutin et al., 2015). Entre as principais alterações neuromusculares, destacam-se aquelas relacionadas às propriedades

contráteis do músculo e à função neurológica (Clark; Manini, 2008).

A sarcopenia é uma das variáveis utilizadas para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos, conferindo maior risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade (De Araujo Silva et al., 2006). Múltiplos fatores inter-relacionados contribuem para o desenvolvimento e progressão da sarcopenia, tais como: fatores hormonais, nutricionais, imunológicos, os quais atuam convergindo para que os idosos tenham perda de fibras musculares e de unidades motoras (Wilson; Morley, 2003). Neste sentido, o treinamento de força destaca-se como uma intervenção poderosa para a prevenção e tratamento da sarcopenia e, utilizado de forma progressiva, influencia positivamente as respostas do sistema neuromuscular, da composição corporal e das taxas de síntese de proteína (Roth; Ferrell; Hurley, 2000).

A literatura é consensual em afirmar que mudanças corporais favoráveis, incluindo aumento da massa livre de gordura e diminuição da massa gorda, podem ocorrer em idosos que participam de um programa de treinamento de força com intensidade moderada a alta (Chodzko-Zajko et al., 2009). Os homens tendem a ter maiores aumentos na massa livre de gordura após um programa de treinamento de força, em comparação com as mulheres (Hunter et al., 2002). Embora a literatura aponte que este aumento seja primeiramente devido a uma ampliação na quantidade total de água (Campbell et al., 1994), tanto o tecido muscular quanto o ósseo são influenciados pelo treinamento de força (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Dentro deste contexto, além dos benefícios relacionados à sarcopenia, a osteoporose pode ser influenciada benéficamente pela prática regular do treinamento de força (Jovine et al., 2006).

A osteoporose é um acontecimento típico de envelhecimento, podendo provocar dor crônica, deformidade, limitações funcionais e morte (Heinemann,

2000). Trata-se de uma doença esquelética sistêmica caracterizada por baixa densidade mineral óssea (DMO) e deterioração da microestrutura trabecular, tornando os ossos mais frágeis e suscetíveis às fraturas (Lin; Lane, 2004). Devido à osteoporose, quedas, pancadas, bem como ações simples como levantar de uma cadeira ou caminhar, são eventos capazes de provocar fraturas em um ou mais ossos (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Caso a sobrecarga e o volume de treinamento de força sejam compatíveis com as adaptações esqueléticas, pode-se esperar que os idosos praticantes desta modalidade possuam ossos mais fortes em relação aos seus pares sedentários (Vincent; Braith, 2002). O posicionamento específico do Colégio Americano de Medicina do Esporte sugere que, para ter impacto na DMO, o treinamento de força deve ser de alta intensidade, com cargas progressivas e constantemente renovadas, com alta taxa de deformação óssea (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Um dos estudos mais clássicos da literatura, dentro desta temática da osteoporose, demonstrou que as atividades de suporte de peso corporal foram mais importantes e significativas para o grau de DMO do que a quantidade de cálcio ingerida (Welten et al., 1994). Portanto, não só o treinamento de força como também o exercício de caminhada podem ter efeitos benéficos na DMO. Isso foi relatado por Kohrt et al. (2004), os quais verificaram um aumento na DMO de mulheres pós-menopausadas, após um ano de prática de caminhada, numa frequência de três a cinco dias por semana. Os autores ainda descreveram que as mulheres praticantes de caminhada conseguiram contra-atacar as perdas de massa óssea relacionada à idade, além de obter uma redução no risco de fraturas no quadril, em relação aos seus pares sedentários.

Considerações finais

Embora nenhum tipo de exercício físico possa cessar o processo biológico do envelhecimento, existe, na literatura, uma grande quantidade de evidências

demonstrando que praticar exercício regularmente pode minimizar os efeitos fisiológicos deletérios do envelhecimento, através do combate contra o desenvolvimento e progressão das doenças crônicas e da incapacidade funcional.

Uma combinação de exercício aeróbio (caminhada, bicicleta, etc.) com exercício de força (musculação, pilates, hidroginástica, etc.) parece ser mais efetiva em combater os distúrbios relacionados à saúde no sistema cognitivo, cardiorrespiratório, vascular e neuromuscular do idoso, do que praticar tais modalidades de maneira isolada.

Portanto, tanto a gestão pública, como também, a gestão privada deveriam se preocupar em promover ações de incentivo aos idosos para praticarem regularmente exercício físico, em função dos benefícios alcançados à saúde, os quais perduram ao longo de suas vidas. Tais ações se fazem ainda mais importante devido aos idosos fazerem parte de uma parcela da população na qual o nível de inatividade física é maior do que em qualquer outro grupo etário.

Referências

- ASSOCIATION, A. S. 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, v. 7, n. 2, p. 208, 2011.
- ATKINSON, J. Age-related medial elastocalcinosis in arteries: mechanisms, animal models, and physiological consequences. *J Appl Physiol* (1985), v. 105, n. 5, p. 1643-51, Nov 2008.
- BHERER, L.; ERICKSON, K. I.; LIU-AMBROSE, T. A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res*, v. 2013, p. 657508, 2013.
- BOUTIN, R. D. et al. Sarcopenia: Current Concepts and Imaging Implications. *AJR Am J Roentgenol*, v. 205, n. 3, p. W255-66, Sep 2015.

- BRANDAO RONDON, M. U. et al. Postexercise blood pressure reduction in elderly hypertensive patients. *J Am Coll Cardiol*, v. 39, n. 4, p. 676-82, Feb 20 2002.
- BURNS, J. M. et al. Cardiorespiratory fitness and brain atrophy in early Alzheimer disease. *Neurology*, v. 71, n. 3, p. 210-6, Jul 15 2008.
- CAMPBELL, W. W. et al. Increased energy requirements and changes in body composition with resistance training in older adults. *Am J Clin Nutr*, v. 60, n. 2, p. 167-75, Aug 1994.
- CARTER, J. B.; BANISTER, E. W.; BLABER, A. P. Effect of endurance exercise on autonomic control of heart rate. *Sports Med*, v. 33, n. 1, p. 33-46, 2003.
- CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. saúde pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.
- CASSOU, A. C. et al. Barriers to physical activity among Brazilian elderly women from different socioeconomic status: a focus-group study. *J Phys Act Health*, v. 8, n. 1, p. 126-32, Jan 2011.
- CHODZKO-ZAJKO, W. J. et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, v. 41, n. 7, p. 1510-30, Jul 2009.
- CLARK, B. C.; MANINI, T. M. Sarcopenia \neq dynapenia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 63, n. 8, p. 829-34, Aug 2008.
- CODOGNO, J. S. et al. Physical inactivity of adults and 1-year health care expenditures in Brazil. *Int J Public Health*, v. 60, n. 3, p. 309-16, Mar 2015.
- CORNELISSEN, V. A.; SMART, N. A. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*, v. 2, n. 1, p. e004473, Feb 2013.
- DAVY, K. P. et al. Elevated heart rate variability in physically active young and older adult women. *Clin Sci (Lond)*, v. 94, n. 6, p. 579-84, Jun 1998.
- DE ARAUJO SILVA, T. A. et al. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev Bras Reumatol*, v. 46, n. 6, p. 391-397, 2006.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. D.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.
- ETGEN, T. et al. Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study. *Arch Intern Med*, v. 170, n. 2, p. 186-93, Jan 25 2010.
- FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 56, n. 3, p. M146-56, Mar 2001.
- GEDA, Y. E. et al. Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Arch Neurol*, v. 67, n. 1, p. 80-6, Jan 2010.
- GUYTON, A. C. et al. *Fisiología médica*. Elsevier, 2006.
- HALLAL, P. C. et al. Ten-year trends in total physical activity practice in Brazilian adults: 2002-2012. *J Phys Act Health*, v. 11, n. 8, p. 1525-30, Nov 2014.
- HARRIS, R. E. *Epidemiology of Chronic Disease*. Jones & Bartlett Publishers, 2013. ISBN 0763780472.
- HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*, v. 39, n. 8, p. 1423-34, Aug 2007.
- HEINEMANN, D. F. Osteoporosis. An overview of the National Osteoporosis Foundation clinical practice guide. *Geriatrics*, v. 55, n. 5, p. 31-6; quiz 39, 2000.
- HIGASHI, Y.; KIHARA, Y.; NOMA, K. Endothelial dysfunction and hypertension in aging. *Hypertens Res*, v. 35, n. 11, p. 1039-47, Nov 2012.

- HUNTER, G. R. et al. Resistance training and intra-abdominal adipose tissue in older men and women. *Med Sci Sports Exerc*, v. 34, n. 6, p. 1023-8, Jun 2002.
- IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, p. 261, 2011.
- IZZO, J. L., JR.; SHYKOFF, B. E. Arterial stiffness: clinical relevance, measurement, and treatment. *Rev Cardiovasc Med*, v. 2, n. 1, p. 29-34, 37-40, Winter 2001.
- JACKSON, A. S. et al. Changes in aerobic power of men, ages 25-70 yr. *Med Sci Sports Exerc*, v. 27, n. 1, p. 113-20, Jan 1995.
- JACOB, M. P. Extracellular matrix remodeling and matrix metalloproteinases in the vascular wall during aging and in pathological conditions. *Biomed Pharmacother*, v. 57, n. 5-6, p. 195-202, Jul-Aug 2003.
- JOVINE, M. S. et al. Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose após a menopausa: estudo de atualização. *Rev. bras. epidemiol*, v. 9, n. 4, p. 493-505, 2006.
- JUSTINE, M. et al. Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore Med J*, v. 54, n. 10, p. 581-6, Oct 2013.
- KENNEY, W.; WILMORE, J.; COSTILL, D. *Fisiologia do esporte e do exercício*. Barueri: Manole 2013.
- KOVRT, W. M. et al. American College of Sports Medicine Position Stand: physical activity and bone health. *Med Sci Sports Exerc*, v. 36, n. 11, p. 1985-96, Nov 2004.
- LANGLOIS, F. et al. Benefits of physical exercise training on cognition and quality of life in frail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v. 68, n. 3, p. 400-4, May 2013.
- LARSON, E. B. et al. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med*, v. 144, n. 2, p. 73-81, Jan 17 2006.
- LAURIN, D. et al. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*, v. 58, n. 3, p. 498-504, Mar 2001.
- LEE, H. Y.; OH, B. H. Aging and arterial stiffness. *Circ J*, v. 74, n. 11, p. 2257-62, Nov 2010.
- LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 219-29, Jul 21 2012.
- LIN, J. T.; LANE, J. M. Osteoporosis: a review. *Clinical orthopaedics and related research*, v. 425, p. 126-134, 2004.
- LOPEZ-OTIN, C. et al. The hallmarks of aging. *Cell*, v. 153, n. 6, p. 1194-217, Jun 6 2013.
- MACNEE, W.; RABINOVICH, R. A.; CHOUDHURY, G. Ageing and the border between health and disease. *Eur Respir J*, v. 44, n. 5, p. 1332-52, Nov 2014.
- MENDES TDE, A. et al. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of Sao Paulo city, Brazil. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 11, p. 2275-86, Nov 2013.
- MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens*, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.
- MOSTARDA, C. et al. Hipertensão e modulação autonômica no idoso: papel do exercício físico. *Rev Bras Hipertens*, v. 16, n. 1, p. 55-60, 2009.
- NEEPER, S. A. et al. Exercise and brain neurotrophins. *Nature*, v. 373, n. 6510, p. 109, Jan 12 1995.
- REICHERT, F. F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity.

Am J Public Health, v. 97, n. 3, p. 515-9, Mar 2007.

ROTH, S. M.; FERRELL, R. F.; HURLEY, B. F. Strength training for the prevention and treatment of sarcopenia. J Nutr Health Aging, v. 4, n. 3, p. 143-55, 2000.

RUIVO, J. A.; ALCÂNTARA, P. Hipertensão arterial e exercício físico. Revista Portuguesa de Cardiologia, v. 31, n. 2, p. 151-158, 2012.

SEALS, D. R.; DINENNO, F. A. Collateral damage: cardiovascular consequences of chronic sympathetic activation with human aging. Am J Physiol Heart Circ Physiol, v. 287, n. 5, p. H1895-905, Nov 2004.

STATHOKOSTAS, L. et al. Longitudinal changes in aerobic power in older men and women. J Appl Physiol (1985), v. 97, n. 2, p. 781-9, Aug 2004.

STEIN, P. K. et al. Effect of exercise training on heart rate variability in healthy older adults. Am Heart J, v. 138, n. 3 Pt 1, p. 567-76, Sep 1999.

VAN PRAAG, H. et al. Exercise enhances learning and hippocampal neurogenesis in aged mice. The Journal of Neuroscience, v. 25, n. 38, p. 8680-8685, 2005.

VINCENT, K. R.; BRAITH, R. W. Resistance exercise and bone turnover in elderly men and women. Med Sci Sports Exerc, v. 34, n. 1, p. 17-23, Jan 2002.

WELTEN, D. et al. Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake. Journal of Bone and Mineral Research, v. 9, n. 7, p. 1089-1096, 1994.

WILSON, M. M.; MORLEY, J. E. Invited review: Aging and energy balance. J Appl Physiol (1985), v. 95, n. 4, p. 1728-36, Oct 2003.

ZEIHER, A. M. et al. Endothelium-mediated coronary blood flow modulation in humans. Effects of age, atherosclerosis, hypercholesterolemia, and hypertension. J Clin Invest, v. 92, n. 2, p. 652-62, Aug 1993.

Receitas e Despesas



Saldo Previdenciário e Arrecadação

NECESSIDADE DE FINANCIAMENTO (INPC DE NOV/2015)

No mês (nov/2015)	R\$ 14,80 bilhões
Acumulado em 2015	R\$ 91,46 bilhões
Últimos 12 meses	R\$ 89,51 bilhões

Toda a análise feita nesta seção está baseada em valores deflacionados pelo INPC. Valores nominais terão referência expressa ao longo do texto.

Tabela 1

Evolução: Arrecadação Líquida, Despesa com Benefícios Previdenciários e Resultado Previdenciário, Segundo a Clientela Urbana e Rural (2014 e 2015) – Resultado de Novembro – em R\$ milhões de Novembro/2015 – INPC

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C / B)	VAR. % (C / A)	ACUMULADO DO ANO		VAR. %
						2014	2015	
1. Arrecadação Líquida (1.1 + 1.2)	31.979,4	26.330,4	25.953,2	(1,4)	(18,8)	332.700,5	313.227,0	(5,9)
1.1 Arrecadação Líquida Urbana Total	31.385,5	25.725,1	25.342,7	(1,5)	(19,3)	325.893,6	306.647,9	(5,9)
1.1.1 Arrecadação Líquida Urbana	29.511,3	25.721,0	25.336,0	(1,5)	(14,1)	307.485,3	286.524,8	(6,8)
1.1.2 Compensação Desoneração da Folha de Pagamento	1.874,0	-	-	-	(100,0)	18.401,5	20.084,8	9,1
1.1.3 Compreve	0,2	4,1	6,7	62,3	3.822,1	6,9	38,3	458,1
1.2 Arrecadação Líquida Rural	593,9	605,3	610,5	0,9	2,8	6.806,9	6.579,2	(3,3)
2. Despesa com Benefícios (2.1 + 2.2 + 2.3)	40.758,5	46.357,7	40.750,9	(12,1)	(0,0)	398.717,6	404.690,6	1,5
2.1 Benefícios Previdenciários	36.787,4	45.352,7	36.575,4	(19,4)	(0,6)	386.935,1	393.394,2	1,7
2.1.1 Urbano	27.384,5	36.253,2	27.189,1	(25,0)	(0,7)	297.943,6	303.535,3	1,9
2.1.2 Rural	9.402,9	9.099,6	9.386,2	3,2	(0,2)	88.991,5	89.858,9	1,0
2.2 Passivo Judicial	3.798,8	868,4	4.028,2	363,8	6,0	9.823,2	9.704,0	(1,2)
2.2.1 Urbano	2.827,8	694,2	2.994,4	331,4	5,9	7.471,2	7.395,2	(1,0)
2.2.2 Rural	971,0	174,2	1.033,7	493,3	6,5	2.352,1	2.308,8	(1,8)
2.3 Compreve	172,4	136,5	147,4	8,0	(14,5)	1.959,3	1.592,4	(18,7)
3. Resultado Previdenciário (1 - 2)	(8.779,2)	(20.027,3)	(14.797,7)	(26,1)	68,6	(66.017,1)	(91.463,6)	38,5
3.1 Urbano (1.1 - 2.1.1 - 2.2.1 - 2.3)	1.000,8	(11.358,8)	(4.988,3)	(56,1)	(598,4)	18.519,6	(5.875,0)	(131,7)
3.2 Rural (1.2 - 2.1.2 - 2.2.2)	(9.780,0)	(8.668,5)	(9.809,4)	13,2	0,3	(84.536,7)	(85.588,5)	1,2

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo Sistema Informar)

Elaboração: SPPS/MPS

No mês de novembro de 2015, a despesa com pagamento de benefícios urbanos, incluídas as despesas com sentenças judiciais urbanas e Compreve, foi de R\$ 30,3 bilhões, o que representa queda de 18,2% (-R\$ 6,8 bilhões) em relação a outubro de 2015 e diminuição de 0,2% (-53,7 milhões) entre novembro de 2015 e o mês correspondente de 2014. Já a despesa rural, incluídas as sentenças judiciais rurais, foi de R\$10,4 bilhões em novembro de 2015, registrando

Resultado das Áreas Urbana e Rural

Em novembro de 2015, a arrecadação líquida urbana, incluída a arrecadação Compreve, foi de R\$ 25,3 bilhões, registrando leve diminuição de 1,5% (-R\$ 382,4 milhões) em relação ao mês de outubro do corrente ano e de 19,3% (-R\$ 6,0 bilhões) quando comparada a novembro de 2014. A arrecadação líquida rural foi de R\$ 610,5 milhões, o que representa queda de 0,9% (-R\$ 5,2 milhões) em relação ao mês de outubro de 2015 e queda de 2,8% (-R\$ 16,6 milhões) em relação a novembro de 2014, dados mostrados na Tabela 1.

crescimento de 12,4% (+R\$ 1,1 bilhão) perante outubro de 2015 e leve aumento de 0,4% (+R\$ 46,1 milhões) quando comparado ao mesmo mês de 2014.

Ressalta-se que o pagamento do 13º salário, normalmente dividido em duas parcelas (setembro e dezembro), tem impacto em quatro meses no fluxo caixa do RGPS. Isso ocorre devido à antecipação para os meses imediatamente anteriores ao pagamento de cada parcela (agosto e novembro) dos benefícios previdenciários de até 1 salário mínimo, de acordo com a Lei nº 11.665, de 29/4/2008. Em 2015, a primeira parcela do 13º salário foi postergada para o mês de outubro no valor de R\$ 15,6 bilhões, o que produziu seu primeiro impacto na despesa do mês anterior (setembro), no valor de R\$ 3,6 bilhões, e, em outubro, de R\$ 12,0 bilhões. O pagamento da segunda parcela implicou impacto de 3,6 bilhões em novembro, já que neste mês foi paga a 2ª parcela do 13º dos benefícios de até 1 salário mínimo.

Portanto, em novembro de 2015, a clientela urbana e a rural registraram necessidade de financiamento de R\$ 5,0 bilhões e R\$ 9,8 bilhões, respectivamente. Em relação a novembro de 2014, a necessidade de financiamento da clientela rural é, praticamente, a mesma, com patamar igual de arrecadação e despesa. Já a clientela urbana, nessa mesma comparação, apresenta, em novembro de 2014, superávit de R\$ 1,0 bilhão, puxado pela forte arrecadação registrada naquele mês.

No acumulado de janeiro a novembro de 2015, a arrecadação líquida na área urbana, incluída a arrecadação Compreve, chegou ao montante de R\$ 306,6 bilhões, mostrando queda de 5,9% (-R\$ 19,2 bilhões) em relação ao mesmo período de 2014. Já a arrecadação rural somou, de janeiro a novembro do corrente ano, R\$ 6,6 bilhões, registrando queda de 3,3% (-R\$ 227,7 milhões). A despesa com benefícios previdenciários urbanos, incluídas as despesas com sentenças judiciais urbanas e Compreve, totalizou R\$ 312,5 bilhões e R\$ 92,2 bilhões para a clientela rural, incluídas as sentenças judiciais rurais.

No acumulado do ano de 2015, as clientelas urbana e rural registraram necessidade de financiamento de R\$ 5,9 bilhões e R\$ 85,6 bilhões, respectivamente. Interessante observar que, em relação ao mesmo período de 2014, a necessidade de financiamento rural é praticamente a mesma, com crescimento de apenas 1,2%. Já a resultado da clientela urbana passou, nessa comparação, de superávit, em 2014, para déficit, em 2015, resultado da forte queda na arrecadação urbana.

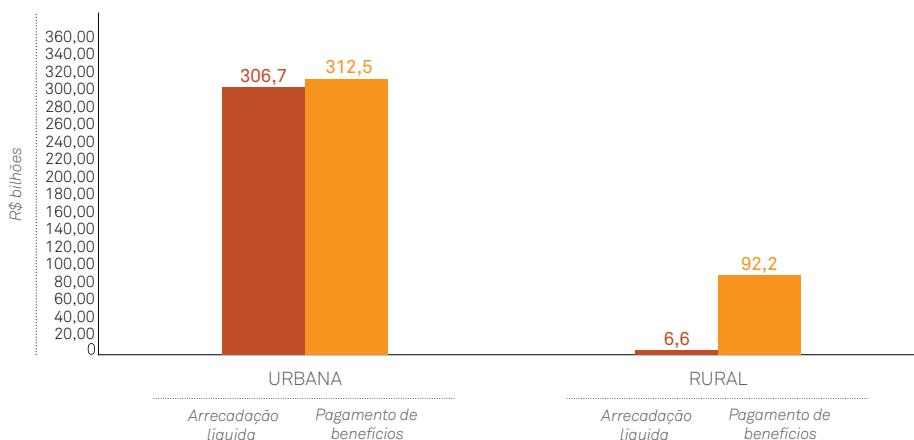


Gráfico 1

Evolução da Arrecadação Líquida, Despesa com Benefícios Previdenciários e Resultado Previdenciário, Segundo a Clientela Urbana e Rural – Acumulado até Novembro – R\$ bilhões de Novembro/2015 – INPC

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar)
Elaboração: SP/PS/MPS

Resultado em Conjunto das Áreas Urbana e Rural



No mês de novembro de 2015, a arrecadação líquida da Previdência Social foi de R\$ 26,0 bilhões, registrando queda de 1,4% (-R\$ 377,2 milhões) perante outubro de 2015. Em relação ao mesmo mês de 2014, houve maior queda, de 18,8% (-R\$ 6,0 bilhões). As despesas com benefícios previdenciários registraram R\$ 40,8 bilhões, o que corresponde a uma diminuição de 12,1% (-R\$ 5,6 bilhões) em relação a outubro de 2015 e, quando comparado ao mês de novembro de 2014, o resultado permaneceu praticamente o mesmo. A necessidade de financiamento registrada foi de R\$ 14,8 bilhões, R\$ 6,0 bilhões a mais que a necessidade de financiamento registrada em novembro de 2014.

Tabela 2

Arrecadação Líquida,
Benefícios Previdenciários
e Saldo Previdenciário
– Novembro/2014,
Outubro/2015 e
Novembro/2015 – Valores
em R\$ milhões de
Novembro/2015 – INPC

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar)
Elaboração: SPPS/MPS

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C/B)	VAR. % (C/A)	ACUMULADO (JAN A NOV)		VAR. %
						2014	2015	
1. Arrecadação Líquida (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4 + 1.5)	31.979,4	26.330,4	25.953,2	(1,4)	(18,8)	332.700,5	313.227,0	(5,9)
1.1. Receitas Correntes	31.268,3	28.412,8	27.870,6	(1,9)	(10,9)	336.355,7	319.436,8	(5,0)
Pessoa Física (1)	1.137,8	1.147,1	865,5	(24,5)	(23,9)	12.603,3	12.249,8	(2,8)
Simples – Recolhimento em GPS (2)	1.451,7	1.401,3	1.400,7	(0,0)	(3,5)	15.442,4	15.369,9	(0,5)
Simples – Repasse STN (3)	3.140,0	2.861,0	2.826,2	(1,2)	(10,0)	31.110,4	31.566,9	1,5
Empresas em Geral	17.138,6	15.630,0	15.513,6	(0,7)	(9,5)	189.833,7	179.593,6	(5,4)
Setores Desonerados – DARF	1.939,3	1.565,2	1.530,8	(2,2)	(21,1)	18.987,2	17.305,2	(8,9)
Entidades Filantrópicas (4)	241,5	236,2	228,9	(3,1)	(5,2)	2.596,4	2.677,4	3,1
Órgãos do Poder Público – Recolhimento em GPS (5)	2.086,2	2.182,8	1.885,7	(13,6)	(9,6)	24.501,5	22.717,5	(7,3)
Órgãos do Poder Público – Retenção FPM/FPE (6)	692,4	603,8	629,6	4,3	(9,1)	7.107,3	6.983,9	(1,7)
Clubes de Futebol	11,0	8,9	13,5	51,8	22,9	127,2	132,2	4,0
Comercialização da Produção Rural (7)	369,3	408,0	408,7	0,2	10,7	4.475,1	4.409,7	(1,5)
Retenção (11%)	2.204,5	1.896,4	1.838,9	(3,0)	(16,6)	24.683,3	21.264,5	(13,9)
Fundo de Incentivo ao Ensino Superior – FIES (8)	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-
Reclamatória Trabalhista	402,4	274,6	321,5	17,1	(20,1)	3.374,0	2.960,7	(12,2)
Outras Receitas	453,6	197,5	407,0	106,1	(10,3)	1.513,9	2.205,3	45,7
1.2. Recuperação de Créditos	2.053,3	861,5	869,6	0,9	(57,6)	15.157,4	9.531,3	(37,1)
Arrecadação / Comprev / Dec. 6.900/09	0,2	4,1	6,7	62,3	3.822,1	6,9	38,3	458,1
Arrecadação / Lei 11.941/09	1.210,5	188,7	166,9	(11,5)	(86,2)	5.810,0	2.202,4	(62,1)

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C/B)	VAR. % (C/A)	ACUMULADO (JAN A NOV)		VAR. %
						2014	2015	
Programa de Recuperação Fiscal – REFIS (9)	23,9	9,9	8,5	(13,9)	(64,3)	131,2	100,5	(23,4)
Depósitos Judiciais – Recolhimentos em GPS (10)	10,3	1,4	3,7	173,6	(63,7)	38,4	24,0	(37,5)
Depósitos Judiciais – Repasse STN (11)	98,8	72,0	93,1	29,2	(5,8)	1.176,9	927,1	(21,2)
Débitos (12)	49,1	53,7	67,0	24,7	36,3	752,7	535,8	(28,8)
Parcelamentos Convencionais (13)	660,6	531,8	523,7	(1,5)	(20,7)	7.241,4	5.703,1	(21,2)
1.3. Restituições de Contribuições (14)	1.874,0	0,0	0,0	-	(100,0)	0,0	0,0	-
1.4. Transferências a Terceiros	(51,2)	(28,8)	(11,6)	(59,7)	(77,3)	(347,7)	(326,2)	(6,2)
1.5. Compensação da Desoneração – STN	(3.165,0)	(2.915,1)	(2.775,3)	(4,8)	(12,3)	(36.866,4)	(35.499,6)	(3,7)
2. Despesas com Benefícios Previdenciários	40.758,5	46.357,7	40.750,9	(12,1)	(0,0)	398.717,6	404.690,6	1,5
Pagos pelo INSS	36.959,8	45.489,2	36.722,8	(19,3)	(0,6)	388.894,3	394.986,6	1,6
Sentenças Judiciais – TRF (15)	3.798,8	868,4	4.028,2	363,8	6,0	9.823,2	9.704,0	(1,2)
3. Resultado Previdenciário (1 – 2)	(8.779,2)	(20.027,3)	(14.797,7)	(26,1)	68,6	(66.017,1)	(91.463,5)	38,5

No acumulado de janeiro a novembro de 2015, a arrecadação líquida foi de R\$ 313,2 bilhões. Já as despesas com benefícios previdenciários somaram R\$ 404,7 bilhões, resultando na necessidade de financiamento de R\$ 91,5 bilhões. Comparando com o mesmo período de 2014, a arrecadação líquida registrou queda de 5,9% (-19,5 bilhões) e as despesas com benefícios previdenciários aumentaram 1,5% (+R\$ 6,0 bilhões), conseqüentemente, a necessidade de financiamento subiu 38,5% (+R\$ 25,4 bilhões).

Entre os principais fatores que contribuíram para o crescimento da despesa com benefícios previdenciários, pode-se citar: (i) o reajuste concedido ao salário mínimo, em janeiro de 2015, que, em novembro, determinou o valor recebido por 67,2% dos beneficiários da Previdência Social; (ii) o crescimento vegetativo, natural, do estoque de benefícios; (iii) o reajuste dos benefícios com valor superior a 1 salário mínimo, concedido em janeiro de 2015, com base no INPC do período de janeiro a dezembro de 2014 e, nesse mês, (iv) o pagamento da 2ª parcela do 13º salário para beneficiários que recebem até 1 salário mínimo.

Receitas Correntes e Mercado de Trabalho



No mês de novembro de 2015, o valor total das receitas correntes foi de R\$ 27,9 bilhões, registrando diminuição de 1,9% (-R\$ 542,2 milhões) em relação ao mês de outubro de 2014.

Tabela 2 (continuação)

Arrecadação Líquida, Benefícios Previdenciários e Saldo Previdenciário – Novembro/2014, Outubro/2015 e Novembro/2015 – Valores em R\$ milhões de Novembro/2015 – INPC

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar) – Elaboração: SPPS/MPS

Obs. Para algumas rubricas de arrecadação: calculados percentuais de participação de cada rubrica no arrecadado, apurada por meio do sistema INFORMAR, e aplicados posteriormente à arrecadação bancária do fluxo de caixa do INSS.

(1) Contribuinte individual, empregado doméstico, segurado especial e facultativo.

(2) Recolhimento em Guia da Previdência Social – GPS – relativo à contribuição do segurado empregado de empresas optantes pelo Simples.

(3) Repasse, pela Secretaria do Tesouro Nacional, dos valores recolhidos relativos à cota patronal de empresas optantes pelo Simples.

(4) Recolhimento relativo à contribuição do segurado empregado de entidades filantrópicas dos áreas de saúde, educação e assistência social, que têm isenção da cota patronal.

(5) Recolhimento em Guia da Previdência Social – GPS – em relação aos servidores da administração direta, autarquias e fundações, do União, estados e municípios, vinculados ao GPS.

(6) Valores retidos do Fundo de Participação dos Estados – FPE – ou do Fundo de Participação dos Municípios – FPM – para pagamento das contribuições correntes de estados e municípios.

(7) Valores recolhidos por produtores rurais pessoa física e jurídica, quando da comercialização de sua produção.

(8) Dívida das universidades junto à Previdência repassada ao INSS por meio do Fundo de Incentivo ao Ensino Superior – FIES.

(9) Arrecadação proveniente do Programa de Recuperação Fiscal, que promove a regularização de créditos da União, decorrentes de débitos de pessoas jurídicas, relativos a tributos e contribuições administrados pela SRF e pelo INSS.

(10) Recolhimento em Guia da Previdência Social – GPS – de parcelas de créditos previdenciários das pessoas jurídicas que ingressam com ações contra a Previdência.

(11) Valor repassado pela Secretaria do Tesouro Nacional referente a parcela do crédito previdenciário das pessoas jurídicas que ingressam com ações contra a Previdência (Lei nº 9.709/98).

(12) Débitos quitados por meio de Guia da Previdência Social – GPS – ou recebidos em decorrência de contrato de assunção, confissão e compensação de créditos.

(13) Pagamento de parcelamentos não incluídos em programa específico de recuperação de crédito.

(14) Inclui ressarcimentos de arrecadação.

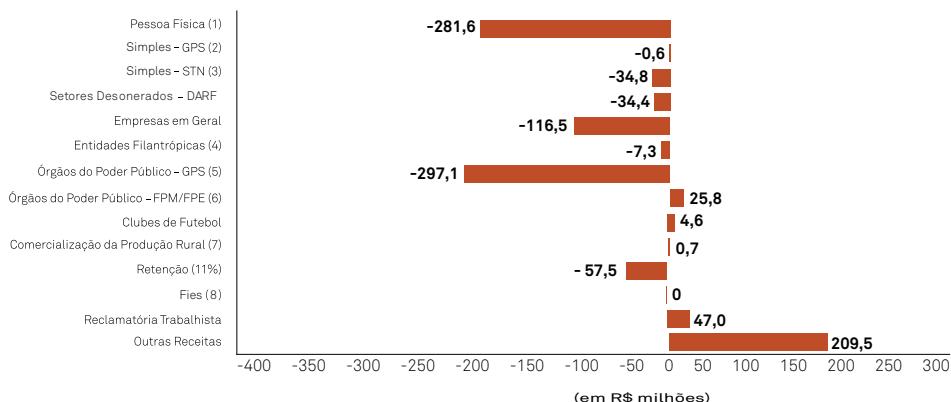
(15) Pagamento de precatórios de benefícios e de requisições de pequeno valor resultantes de execuções judiciais. A Lei nº 10.524, de 25/7/2002, no seu art. 28, determinou que as dotações orçamentárias para pagamento destes valores seriam descentralizadas aos Tribunais, não mais sendo pagas pelo INSS.

A rubrica Órgãos do Poder Público – Retenção FPM/FPE, referente aos valores do fundo de participação dos estados e municípios, teve crescimento de 4,3% em relação a outubro. No entanto, nessa mesma comparação, a rubrica Órgão do Poder Público – Recolhimento em GPS teve queda de 13,6% (-R\$ 297,1 milhões), assim como a rubrica Pessoa Física, com recuo de 24,5% (-R\$ 281,6 milhões), e Empresas em Geral, registrando leve queda de 0,7% (-R\$ 116,5 milhões). Em comparação com novembro de 2014, com exceção da rubrica Clubes de Futebol e Comercialização da Produção Rural, todas as outras tiveram desempenho negativo.

Gráfico 2

Varição das Receitas Correntes (Novembro) de 2015 em Relação ao mês Anterior – Em R\$ milhões de Novembro/2015 (INPC)

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar) – Elaboração: SPPS/MPS

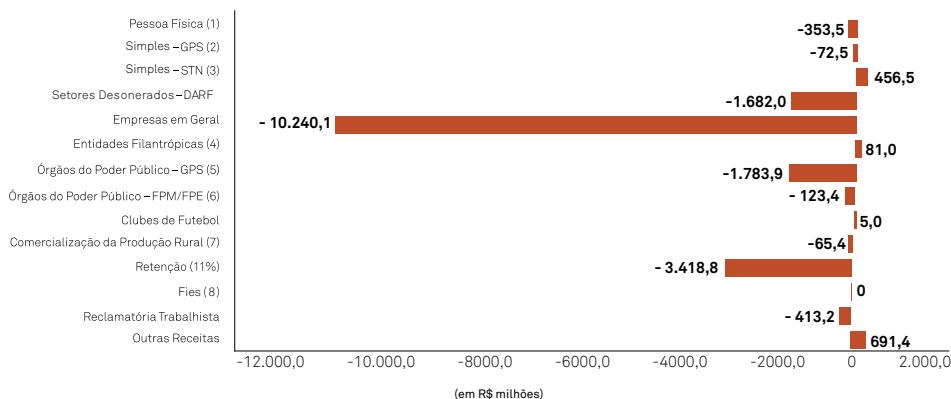


No acumulado de janeiro a novembro de 2015, as receitas correntes somaram R\$ 319,4 bilhões, valor 5,0% (-R\$ 16,9 bilhões) menor que o registrado no mesmo período de 2014. Com exceção do Repasse do Tesouro Nacional, Clubes de Futebol e Entidades Filantrópicas, as demais rubricas tiveram queda. Esse desempenho negativo se deu, principalmente, pela queda nas rubricas Empresas em Geral, 5,4% (-R\$ 10,2 bilhões), Setores Desonerados – DARF, registrando diminuição de 8,9% (-R\$ 1,7 bilhão), Órgão do Poder Público – Recolhimento em GPS, 7,3% (-R\$ 1,8 bilhão), e Retenção 11%, com queda de 13,9% (-R\$ 3,4 bilhões).

Gráfico 3

Varição das Receitas Correntes (Janeiro a Novembro) de 2015 em Relação ao Mesmo Período de 2014 – Em R\$ milhões de Novembro/2015 (INPC)

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar) – Elaboração: SPPS/MPS



As receitas correntes, pela sua natureza, possuem uma vinculação muito estreita com o mercado de trabalho formal, o que fica evidente ao se analisar os principais indicadores do mercado de trabalho para o mês de outubro de 2015.

Mercado de Trabalho (outubro/2015)

Dados da pesquisa CAGED mostram que, em outubro de 2015, o emprego formal celetista apresentou queda de 169.131 postos de trabalho, equivalente ao declínio de 0,42% em relação ao estoque do mês anterior. Esse resultado originou-se de 1.237.454 admissões e de 1.406.585 desligamentos. Com esse resultado, no acumulado do ano, verificou-se redução de 818.918 postos de trabalho, equivalente à variação negativa de 1,99%, e, nos últimos 12 meses, o montante de empregos perdidos atingiu 1.381.992 empregos, representando redução de 3,31%. No recorte setorial, os dados revelam que, em todos os setores de atividade econômica, houve diminuição do emprego formal. A maior queda ocorreu na Construção Civil (-49.830 postos ou -1,74%), devido, em parte, às atividades relacionadas à Construção de Edifícios (-18.055 postos) e Obras de Geração e Distribuição de Energia Elétrica (-7.689 postos). Em sequência, vêm a Indústria de Transformação (-48.444 postos de trabalho ou -0,61%) e os Serviços (-46.246 postos ou -0,27%). O setor Comércio apresentou a menor queda desde março de 2015, quando obteve elevação do emprego de 6.070 postos de trabalho. O emprego no conjunto das nove áreas metropolitanas registrou redução de 0,41% ou perda de 67.654 postos de trabalho. Esse resultado foi oriundo da queda do nível de emprego em todas as áreas metropolitanas, principalmente nas regiões metropolitanas de São Paulo (-24.103 postos ou -0,36%) e Belo Horizonte (-12.648 postos ou -0,44%). No interior desses aglomerados urbanos, o emprego registrou declínio de 0,50%, ou decréscimo de 73.459 postos, proveniente da redução em oito dos nove aglomerados, apresentando resultado mais desfavorável que o registrado para o conjunto das áreas metropolitanas, após nove meses consecutivos de registros de saldos mais favoráveis. Os interiores dos estados desses aglomerados urbanos que mais perderam empregos foram: São Paulo (-26.320 postos) e Minas Gerais (-18.498 postos). Em contrapartida, merece destaque o desempenho positivo do interior do Pernambuco (+904 postos).

A Pesquisa Mensal de Empregos do IBGE – PME mostrou que o contingente de desocupados, em outubro de 2015, foi estimado em 1,9 milhão de pessoas no agregado das seis regiões investigadas, não registrando variação perante setembro último. Na comparação anual (com outubro de 2014), ocorreu acréscimo de 771 mil pessoas em busca de trabalho (67,5%). Regionalmente, a análise mensal mostrou que a taxa de desocupação perante setembro último só variou em São Paulo, com crescimento de 0,8 ponto percentual; nas demais regiões, ficou estável. Contudo, na comparação com outubro de 2014, houve crescimento da taxa em todas as regiões: em Salvador, a taxa passou de 8,5% para 12,8% (+4,3 pp); em São Paulo, de 4,4% para 8,1% (+3,7 pp); em Recife, de 6,7% para 9,8% (+3,1 pp); em Belo Horizonte, de 3,5% para 6,6% (3,1 pp); no Rio de Janeiro, de 3,8% para 6,0% (+2,2 pp); e, em Porto Alegre, de 4,6% para 6,8% (+2,2 pp). O rendimento médio real habitual dos trabalhadores foi estimado em outubro de 2015, para o conjunto das seis regiões pesquisadas, em R\$ 2.182,10. Este resultado ficou 0,6% menor que o verificado em setembro (2.194,71) e 7,0% abaixo do apurado em outubro de 2014 (R\$ 2.345,81). Regionalmente, em relação a

setembro último, o rendimento ficou estável em: Salvador, São Paulo e Porto Alegre. Caiu 3,5% em Belo Horizonte, 1,9% em Recife e 1,1% no Rio de Janeiro. Perante outubro de 2014, o quadro foi de queda em todas as regiões, sendo a maior em Salvador (-10,1%) e a menor em Porto Alegre (-5,8%). A massa de rendimento médio real habitual dos ocupados foi estimada em 49,6 bilhões em outubro de 2015 e ficou 1,7% menor que a estimada em setembro. Na comparação anual esta estimativa recuou 10,4%. Estas variações são explicadas pelas quedas da população ocupada e do rendimento médio nesse período.

De acordo com a Pesquisa Industrial Mensal de Emprego e Salário – PIMES/IBGE, em outubro de 2015, o total do pessoal ocupado assalariado na indústria mostrou queda de 0,7% diante do patamar do mês imediatamente anterior, na série livre de influências sazonais, décima taxa negativa consecutiva, acumulando nesse período perda de 6,8%. Com esses resultados, o índice de média móvel trimestral apontou recuo de 0,7% no trimestre encerrado em outubro de 2015 diante do patamar assinalado no mês anterior e manteve a trajetória descendente iniciada em abril de 2013. O emprego industrial mostrou queda de 7,2% no índice mensal de outubro de 2015, quadragésimo nono resultado negativo consecutivo nesse tipo de confronto e o mais intenso desde o início da série histórica. No índice acumulado para os dez meses de 2015, o total do pessoal ocupado na indústria assinalou recuo de 5,9%, ritmo de queda mais acentuado do que o observado no primeiro semestre do ano (-5,2%), ambas as comparações contra iguais períodos do ano anterior. A taxa anualizada, índice acumulado nos últimos 12 meses, ao recuar 5,6% em outubro de 2015, assinalou o resultado negativo mais intenso desde o início da série histórica e manteve a trajetória descendente iniciada em setembro de 2013 (-1,0%).

Os Indicadores Industriais da Confederação Nacional da Indústria apontaram que, pelo nono mês consecutivo, emprego e horas trabalhadas caíram na indústria da transformação. O indicador de emprego caiu 0,9% em outubro perante setembro e o indicador de horas trabalhadas diminuiu 0,7% no mesmo período, quando excluídos os efeitos sazonais dos indicadores. O emprego industrial em outubro é 7,7% menor do que o medido em outubro de 2014. Considerando os resultados de janeiro a outubro de 2015, o emprego na indústria de transformação caiu 5,6% em relação ao mesmo período de 2014. O faturamento real, que apresentou aumento em setembro, não sustentou a recuperação e caiu 4% entre setembro e outubro, no dado dessazonalizado. Também foi detectado aumento no rendimento médio real (0,1%) e redução na massa salarial real (1,0%) na mesma comparação. Além disso, a ociosidade persiste com a Utilização da Capacidade Instalada (UCI) marcando apenas 77,7% em outubro, na série livre de efeitos sazonais. A UCI aumentou 0,1 ponto percentual, na série livre de influências sazonais.

Portanto, observa-se que, nos últimos 18 meses, em virtude da diminuição dos postos de trabalho nesse período, mostrada nos indicadores das pesquisas citadas anteriormente, a arrecadação previdenciária corrente, puxada fortemente pelas Empresas em Geral, vem apresentando, a partir de janeiro de 2015, leve tendência de declínio, conforme pode ser visto no Gráfico 4.

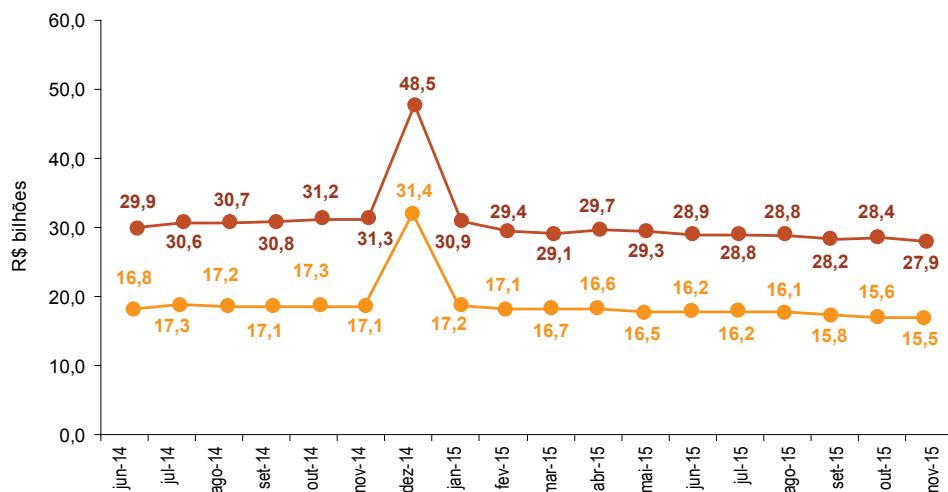


Gráfico 4

Arrecadação de Receitas Correntes e Empresas em Geral nos Últimos 18 meses – Em R\$ bilhões de Novembro/2015 – INPC

Legendas

- Empresas em Geral
- Receitas Correntes

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo Sistema Informar)
Elaboração: SPPS/MPS

Receitas Oriundas de Medidas de Recuperação de Créditos

Em novembro de 2015, as receitas provenientes de medidas de recuperação de créditos foram de R\$ 869,6 milhões, registrando leve crescimento de 0,9% (+R\$ 8,0 milhões) em relação a outubro de 2015. Nessa mesma comparação, a rubrica Arrecadação/Comprev/Dec. nº 6.900/09 aumentou 62,3% (+R\$ 2,6 milhões), assim como a rubrica Depósitos Judiciais – Recolhimento em GPS, com 173,6 % (+R\$ 2,4 milhões), Depósitos Judiciais – Repasse STN, 29,2% (+R\$ 21,1 milhões), e Débitos registrando aumento de 24,7% (+R\$ 13,2 milhões).

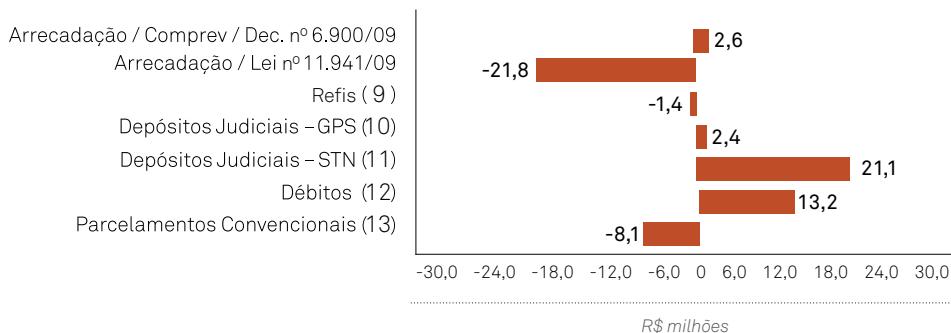


Gráfico 5

Variação das Receitas de Recuperação de Créditos (Novembro/2015) em Relação ao Mês Anterior – Em R\$ milhões de Novembro/2015 (INPC)

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo Sistema Informar)
Elaboração: SPPS/MPS

Em comparação com o mesmo mês de 2014, a queda nas receitas provenientes de recuperação de créditos foi de 57,6% (-R\$ 1,2 bilhão). Essa queda se deu principalmente pelo recuo nas rubricas Arrecadação/Lei nº 11.941/09 e Parcelamentos Convencionais, que foi

de 86,2% (-R\$ 1,0 bilhão) e 20,7% (-R\$ 136,8 milhões), nessa ordem. No entanto, as rubricas Arrecadação Comprev e Débitos tiveram desempenho positivo.

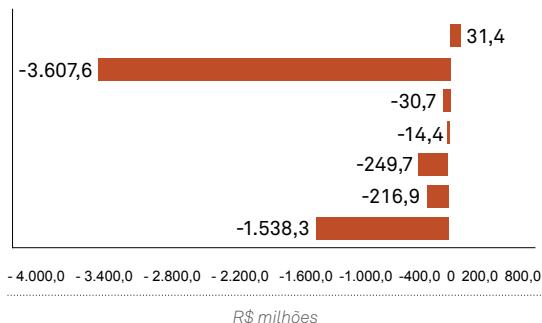
No acumulado de janeiro a novembro de 2015, as receitas originadas de recuperação de créditos registraram o montante de R\$ 9,5 bilhões, o que evidencia queda de 37,1% em relação ao mesmo período de 2014. Essa diminuição se deu, principalmente, pela queda da Arrecadação/Lei nº 11.941/09 (parcelamento especial), que foi de 62,1% (-R\$ 3,6 bilhões), e na rubrica Parcelamentos Convencionais, referente aos parcelamentos não incluídos em programa específico de recuperação de crédito, que foi de 21,2% (-R\$ 1,5 bilhão).

Gráfico 6

Variação das Receitas de Recuperação de Créditos (Janeiro a Novembro) de 2015 em Relação ao Mesmo Período de 2014 – Em R\$ milhões de Novembro/2015 (INPC)

Fonte: INSS (fluxo de caixa ajustado pelo sistema Informar)
Elaboração: SPPS/MPS

Arrecadação / Comprev / Dec. nº 6.900/09
Arrecadação / Lei nº 11.941/09
Refis (9)
Depósitos Judiciais – GPS (10)
Depósitos Judiciais – STN (11)
Débitos (12)
Parcelamentos Convencionais (13)



Benefícios Emitidos e Concedidos



A quantidade de benefícios emitidos, em novembro de 2015 (estoque de benefícios), foi de 32,6 milhões, registrando leve aumento de 0,2% (+79,3 mil benefícios) em relação ao mês anterior e crescimento de 1,6% (+528,6 mil) perante o mesmo mês de 2014. Comparando com o igual período do ano anterior, os Benefícios Previdenciários registraram aumento de 1,7% (+447,9 mil), assim como os Benefícios Assistenciais, com crescimento de 2,3% (+97,0 mil). Já os Benefícios Acidentários apresentaram redução de 1,8% (-15,2 mil benefícios), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3

Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social (Novembro/2014, Outubro/2015 e Novembro/2015)

Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPPS/MPS

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C/B)	VAR. % (C/A)
	32.078.061	32.527.345	32.606.694	0,2	1,6
PREVIDENCIÁRIOS	26.895.497	27.269.887	27.343.417	0,3	1,7
Aposentadorias	17.888.922	18.299.420	18.350.079	0,3	2,6
Idade	9.479.020	9.697.692	9.729.272	0,3	2,6
Invalidez	3.171.912	3.208.271	3.207.545	(0,0)	1,1
Tempo de Contribuição	5.237.990	5.393.457	5.413.262	0,4	3,3
Pensão por Morte	7.302.323	7.382.506	7.399.127	0,2	1,3
Auxílio-Doença	1.515.753	1.441.735	1.438.709	(0,2)	(5,1)
Salário-Maternidade	88.830	43.202	50.392	16,6	(43,3)
Outros	99.669	103.024	105.110	2,0	5,5
ACIDENTÁRIOS	861.474	847.517	846.238	(0,2)	(1,8)
Aposentadorias	195.673	200.931	201.056	0,1	2,8

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C/B)	VAR. % (C/A)
Pensão por Morte	118.712	116.700	116.523	(0,2)	(1,8)
Auxílio-Doença	176.350	156.973	155.633	(0,9)	(11,7)
Auxílio-Acidente	312.011	317.218	317.589	0,1	1,8
Auxílio-Suplementar	58.728	55.695	55.437	(0,5)	(5,6)
ASSISTENCIAIS	4.297.949	4.387.772	4.394.901	0,2	2,3
Amparos Assistenciais	4.116.440	4.224.320	4.233.023	0,2	2,8
- LOAS					
Idoso	1.871.976	1.906.302	1.911.091	0,3	2,1
Portador de Deficiência	2.244.464	2.318.018	2.321.932	0,2	3,5
Pensões Mensais	-	-	-	-	-
Vitalícias	-	-	-	-	-
Rendas Mensais	181.509	163.452	161.878	(1,0)	(10,8)
Vitalícias					
Idade	34.598	28.916	28.399	(1,8)	(17,9)
Invalidez	146.911	134.536	133.479	(0,8)	(9,1)
ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS DA UNIÃO (EPU)	23.141	22.169	22.138	(0,1)	(4,3)

Entre novembro de 2015 e o mês correspondente de 2014, cabem destacar as aposentadorias por idade e invalidez, que cresceram 2,6% (+250,2 mil aposentadorias) e 1,1% (+35,6 mil aposentadorias), respectivamente. As aposentadorias por tempo de contribuição aumentaram 3,3% (+175,3 mil aposentadorias), assim como as pensões por morte, com crescimento de 1,3% (+96,8 mil benefícios). Já o auxílio-doença recuou 5,1% (-77,0 mil benefícios).

Da quantidade média de 32,5 milhões de emissões verificadas no período de janeiro a novembro de 2015, 58,1% (18,9 milhões) foram destinados a beneficiários da área urbana, 28,4% (9,2 milhões) a beneficiários da área rural e 13,5% (4,4 milhões) aos assistenciais (Gráfico 7). De 2007 a 2015, a quantidade de benefícios emitidos apresentou incremento de 30,5% no meio urbano, de 24,9% no meio rural e de 45,5% nos benefícios assistenciais.

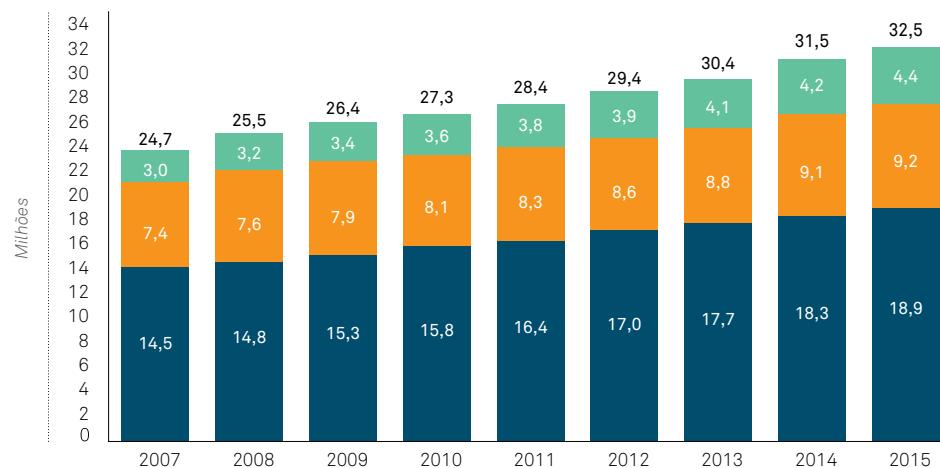


Tabela 3 (continuação)

Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social (Novembro/2014, Outubro/2015 e Novembro/2015)

*Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPPS/MPS*

Gráfico 7

Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social, Segundo a Clientela (2007 a 2015) – Em milhões de benefícios – Média de Janeiro a Novembro

Legenda

Urbano

Rural

Assistencial

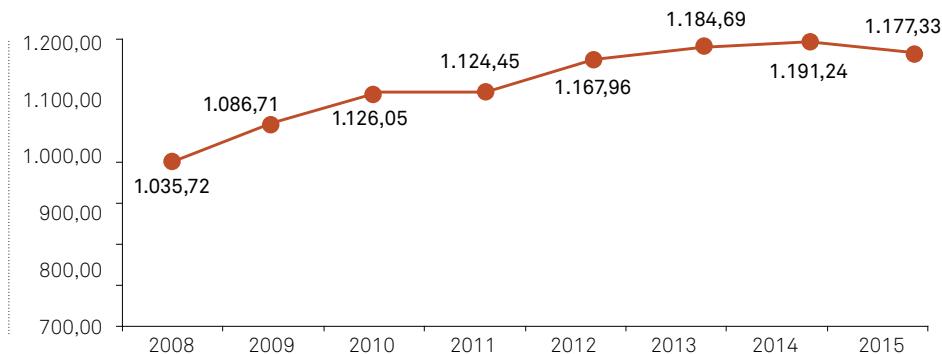
*Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPPS/MPS*

O valor médio dos benefícios emitidos foi de R\$ 1.177,33, média de janeiro a novembro de 2015, evidenciando aumento de 13,7% em relação ao mesmo período de 2008 (Gráfico 8).

Gráfico 8

Valor Médio do Total dos Benefícios Emitidos (Média de Janeiro a Novembro de cada ano) – 2008 a 2015 – em R\$ de Novembro/2015 (INPC)

Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPPS/MPS



Em novembro de 2015, foram concedidos 371,4 mil novos benefícios, evidenciando queda de 18,1% (-82,2 mil benefícios) em relação ao mês anterior. Os Benefícios Previdenciários recuaram 18,8% (-76,3 mil benefícios), assim como os Benefícios Acidentários, 20,0% (-3,7 mil benefícios), e Assistenciais, 7,8% (-2,2 mil benefícios), quando comparados com outubro de 2015.

Em relação a novembro de 2014, a concessão de benefícios recuou 11,9% (-50,1 mil benefícios). A concessão de Benefícios Previdenciários apresentou queda de 10,2% (-37,5 mil benefícios), assim como os Benefícios Acidentários, com recuo de 39,9% (-9,5 mil benefícios), e os Benefícios Assistenciais, que registraram queda de 10,4% (-3,0 mil benefícios). Os dados mostrados podem ser visualizados na Tabela 4. Destaca-se que a queda na concessão, em relação ao ano de 2014, ainda é reflexo da greve geral dos servidores do INSS, em quase todo o País, iniciada no final do mês de junho de 2015 e que acabou no final do mês de setembro do corrente ano. Por isso a concessão demandará um tempo para se estabilizar novamente.

Tabela 4

Evolução da Quantidade de Benefícios Concedidos pela Previdência Social (Novembro/2014, Outubro/2015 e Novembro/2015 e acumulado de Janeiro a Novembro (2014 e 2015))

Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPPS/MPS

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C / B)	VAR. % (C / A)	ACUM. JAN. A NOV		VAR. %
						2014	2015	
TOTAL	421.465	453.642	371.405	(18,1)	(11,9)	4.841.629	4.098.107	(15,4)
PREVIDENCIÁRIOS	367.978	406.743	330.436	(18,8)	(10,2)	4.230.436	3.622.682	(14,4)
Aposentadorias	92.332	129.786	104.528	(19,5)	13,2	1.065.917	989.214	(7,2)
Idade	51.732	76.540	60.801	(20,6)	17,5	599.171	535.941	(10,6)
Invalidez	14.700	12.727	9.986	(21,5)	(32,1)	175.192	155.225	(11,4)
Tempo de Contribuição	25.900	40.519	33.741	(16,7)	30,3	291.554	298.048	2,2
Pensão por Morte	32.574	49.379	37.397	(24,3)	14,8	379.616	339.204	(10,6)
Auxílio-Doença	190.724	151.938	126.378	(16,8)	(33,7)	2.164.749	1.742.740	(19,5)

	NOV/14 (A)	OUT/15 (B)	NOV/15 (C)	VAR. % (C / B)	VAR. % (C / A)	ACUM. JAN. A NOV		VAR. %
						2014	2015	
Salário-Maternidade	49.405	72.450	59.206	(18,3)	19,8	588.096	523.704	(10,9)
Outros	2.943	3.190	2.927	(8,2)	(0,5)	32.058	27.820	(13,2)
ACIDENTÁRIOS	24.260	18.465	14.779	(20,0)	(39,1)	291.654	213.117	(26,9)
Aposentadorias	840	556	429	(22,8)	(48,9)	10.093	8.447	(16,3)
Pensão por Morte	31	48	29	(39,6)	(6,5)	387	344	(11,1)
Auxílio-Doença	21.691	16.389	13.095	(20,1)	(39,6)	261.700	188.645	(27,9)
Auxílio-Acidente	1.689	1.453	1.215	(16,4)	(28,1)	19.331	15.554	(19,5)
Auxílio-Suplementar	9	19	11	(42,1)	22,2	143	127	(11,2)
ASSISTENCIAIS	29.179	28.356	26.146	(7,8)	(10,4)	318.961	261.822	(17,9)
Amparos Assistenciais - LOAS	29.179	28.356	26.146	(7,8)	(10,4)	318.961	261.822	(17,9)
Idoso	13.158	16.464	15.969	(3,0)	21,4	148.483	131.770	(11,3)
Portador de Deficiência	16.021	11.892	10.177	(14,4)	(36,5)	170.478	130.052	(23,7)
Pensões Mensais Vitalícias	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendas Mensais Vitalícias	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade	-	-	-	-	-	-	-	-
Invalidez	-	-	-	-	-	-	-	-
ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS DA UNIÃO (EPU)	48	78	44	(43,6)	(8,3)	578	486	(15,9)

Tabela 4 (continuação)

Evolução da Quantidade de Benefícios Concedidos pela Previdência Social (Novembro/2014, Outubro/2015 e Novembro/2015 e acumulado de Janeiro a Novembro (2014 e 2015))

*Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social – BEPS
Elaboração: SPSS/MPS*

No acumulado de janeiro a novembro de 2015, a quantidade de benefícios concedidos foi de 4,1 milhões, apresentando queda de 15,4% (-743,5 mil benefícios) em relação ao mesmo período de 2014. Os Benefícios Previdenciários registraram o montante de 3,6 milhões, também registrando queda de 14,4% (-607,8 mil benefícios). Os Acidentários tiveram redução de 26,9% (-78,5 mil benefícios). Os Benefícios Assistenciais também diminuíram 17,9% (-57,1 mil benefícios).

Cabe observar que a concessão mensal de benefícios está sujeita a uma série de particularidades, como: número de dias úteis, disponibilidade de perícia médica etc., o que pode prejudicar a comparação e a análise mensal dos dados. Já anualmente é possível estabelecer uma base de comparação mais estável. No entanto, durante o ano, um período longo de greve interfere diretamente na concessão de novos benefícios, como foi o caso deste ano, em que o INSS passou por uma greve de, aproximadamente, três meses, o que justifica uma diminuição mais expressiva.



The background of the image is a blurred financial newspaper page. On the left, there is a large table of stock prices with columns for company names and numerical values. On the right, there is a line graph showing a fluctuating trend. A dark green vertical bar is positioned on the right side of the image, containing the word 'Anexos' in white text.

Anexos

Tabela 1

Relação entre a Arrecadação Líquida e a Despesa com Benefícios

(R\$ milhões de nov/2015 – INPC)

Fonte: CGF/INSS

Elaboração: SPPS/MPS

Obs. Em outubro de 1998, as contas do INSS foram centralizadas na conta única do Tesouro Nacional.

(1) Inclui Arrecadação do Simples. A partir de 1999, inclui as restituições de arrecadação.

(2) Para o ano de 1993, estão sendo considerados os benefícios totais, isto é, previdenciários + especiais (EPU).

A partir de 1994, consideram-se apenas os benefícios previdenciários.

(3) A partir de 1999, considera-se a devolução de benefícios.

(4) Nos meses de janeiro a julho de 1999, inclui valores de Imposto de Renda (IR) de benefícios previdenciários que foram provenientes de emissões de DARF sem transferência de recursos.

(5) Em out/97, não foram provisionados recursos para pagamento de benefícios no montante de R\$ 2,288 bilhões, os quais foram pagos pela rede bancária, segundo acordo firmado com o INSS.

PERÍODO	ARRECADAÇÃO BRUTA (1)	TRANSFERÊNCIAS A TERCEIROS	ARRECADAÇÃO LÍQUIDA	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS	RELAÇÃO %	SALDO
	(A)	(B)	C = (A - B)	(2) (3) (4) (5) (D)	E=(D/C)	F= (C - D)
VALORES REFERENTES AO ACUMULADO ATÉ O MÊS DE NOVEMBRO, A PREÇOS DE NOV/2015 INPC						
2005	181.063	12.374	168.689	224.361	133,0	(55.671)
2006	201.750	15.267	186.484	256.808	137,7	(70.324)
2007	224.276	20.571	203.704	272.962	134,0	(69.258)
2008	246.680	24.192	222.488	282.599	127,0	(60.111)
2009	261.012	25.194	235.818	303.115	128,5	(67.297)
2010	288.306	27.778	260.528	327.161	125,6	(66.633)
2011	315.169	30.828	284.342	338.749	119,1	(54.407)
2012	336.551	33.462	303.090	363.522	119,9	(60.432)
2013	354.159	35.518	318.641	385.081	120,9	(66.440)
2014	369.567	36.866	332.700	398.718	119,8	(66.017)
2015	348.727	35.500	313.227	404.691	129,2	(91.464)
nov/13	33.433	3.139	30.294	36.175	119,4	(5.881)
dez/13	51.981	3.078	48.903	42.515	86,9	6.389
jan/14	34.005	5.448	28.557	33.907	118,7	(5.350)
fev/14	32.458	3.170	29.288	32.273	110,2	(2.985)
mar/14	31.928	3.210	28.718	33.915	118,1	(5.197)
abr/14	33.656	3.145	30.511	34.007	111,5	(3.497)
mai/14	33.210	3.103	30.108	34.499	114,6	(4.391)
jun/14	33.229	2.890	30.339	35.428	116,8	(5.089)
jul/14	33.409	3.178	30.231	35.862	118,6	(5.631)
ago/14	34.520	3.153	31.368	37.963	121,0	(6.596)
set/14	34.051	3.227	30.824	46.101	149,6	(15.277)
out/14	33.957	3.179	30.777	34.004	110,5	(3.226)
nov/14	35.144	3.165	31.979	40.759	127,5	(8.779)

continua ▀

PERÍODO	ARRECAÇÃO BRUTA (1)	TRANSFERÊNCIAS A TERCEIROS	ARRECAÇÃO LÍQUIDA	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS	RELAÇÃO %	SALDO
	(A)	(B)	C = (A - B)	(2) (3) (4) (5) (D)	E=(D/C)	F= (C - D)
dez/14	51.492	3.279	48.213	46.262	96,0	1.951
jan/15	33.606	5.441	28.164	34.306	121,8	(6.142)
fev/15	32.196	3.201	28.995	35.307	121,8	(6.312)
mar/15	31.684	3.069	28.615	35.518	124,1	(6.903)
abr/15	35.051	3.050	32.001	35.271	110,2	(3.270)
mai/15	32.470	3.001	29.468	36.035	122,3	(6.567)
jun/15	31.526	3.026	28.500	34.970	122,7	(6.471)
jul/15	31.785	3.046	28.738	34.561	120,3	(5.823)
ago/15	31.490	2.851	28.639	33.917	118,4	(5.278)
set/15	30.946	3.123	27.824	37.697	135,5	(9.873)
out/15	29.246	2.915	26.330	46.358	176,1	(20.027)
nov/15	28.729	2.775	25.953	40.751	157,0	(14.798)

conclusão ■

Tabela 1 (continuação)

Relação entre a Arrecadação Líquida e a Despesa com Benefícios (R\$ milhões de nov/2015 – INPC)

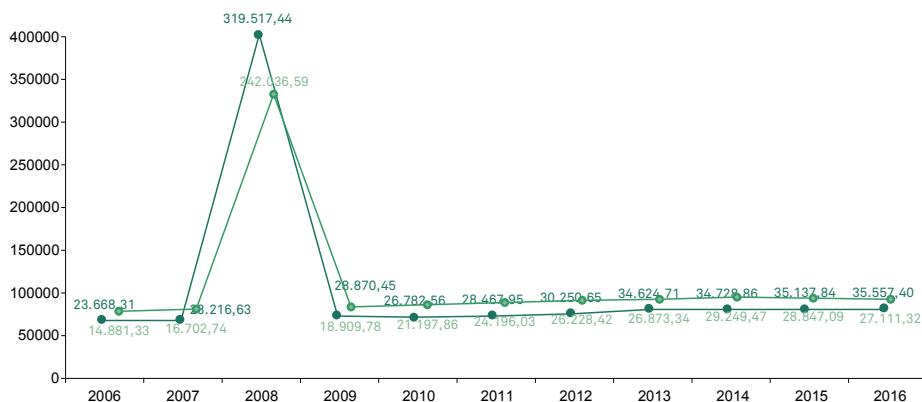


Gráfico 1

Arrecadação Líquida X Despesa com Benefícios (acumulado até o mês de novembro de cada ano, em R\$ milhões de nov/2015 – INPC)

Legenda

- Arrecadação Líquida
- Benefícios Previdenciários

*Secretaria de Políticas
de Previdência Social*



PREVIDÊNCIA SOCIAL
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL