



FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS. FATECS
CURSO: CIÊNCIAS CONTÁBEIS

FABIANO FIGUEIRÔA CASTELLS
2080547/8

O IMPACTO CAUSADO PELO USO DO ÁLCOOL NO REGIME
GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

FABIANO FIGUEIRÔA CASTELLS

**O IMPACTO CAUSADO PELO USO DO ÁLCOOL NO REGIME
GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL**

Trabalho de Conclusão Curso (TCC)
apresentado como um dos requisitos para
conclusão do curso de Ciências Contábeis
do UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília.

Orientador: Prof. Alexandre Zioli
Fernandes

FABIANO FIGUEIRÔA CASTELLS

O IMPACTO CAUSADO PELO USO DO ÁLCOOL NO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como um dos requisitos para conclusão do curso de Ciências Contábeis do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Orientador: Prof. Alexandre Zioli
Fernandes

Brasília/DF, ____ de _____ de 2013.

Banca Examinadora

Prof. Alexandre Zioli Fernandes
Orientador

Professor (a):
Examinador

Professor (a):
Examinador

O IMPACTO CAUSADO PELO USO DO ÁLCOOL NO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

Fabiano Figueirôa Castells

RESUMO

O consumo excessivo de álcool hoje é um motivo recorrente do auxílio doença. Neste contexto, o presente trabalho teve por objetivo analisar o impacto do consumo do álcool nos benefícios do Regime Geral de Previdência Social. A pesquisa bibliográfica foi feita a fim de obter informações sobre conceitos, leis, normas e procedimentos relacionados com os temas abordados no trabalho. Foi realizada uma pesquisa exploratória com a finalidade de levantar dados monetários e quantitativos no sistema SUIBE (base de dados do INSS) utilizando apenas CIDs relacionados com álcool. Como resultado, foram identificados aumentos relativos a gastos no período de 2007 a 2012, sem nenhuma previsão de redução, pois na média feita para 2013 o número de beneficiários e valores gastos tendem a ser os maiores do período.

Palavras-chave: Álcool; Previdência Social; Auxílio doença; Aposentadoria por invalidez.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	REFERÊNCIAL TEÓRICO	3
2.1.	SOBRE O ALCOOL	3
2.1.1.	ALCOOLISMO	5
2.1.2.	ALCOÓLATRAS ANÔNIMOS.....	7
2.1.3.	CLINICAS DE REABILITAÇÃO.....	8
2.2.	PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	10
2.2.1.	AUXÍLIO DOENÇA.....	11
2.2.2.	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.....	12
3.	METODOLOGIA.....	12
4.	ANÁLISE DOS DADOS	13
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6.	REFERENCIAS	19
7.	ANEXO I – RELAÇÃO DOS CÓDIGOS CID UTILIZADOS	21

1. INTRODUÇÃO

Os hábitos sociais que as pessoas possuem podem trazer conseqüências nocivas às suas próprias saúdes e levar a impactos negativos tanto em seu convívio na sociedade como também em seu desempenho no mercado de trabalho. Dentre esses tipos de hábitos, os mais comuns são aqueles ligados ao consumo de álcool e de substâncias proibidas é o caso das drogas, que quando o consumo ultrapassa limites de segurança os usuários enfrentam complicações de diversas ordens.

Segundo O Globo (2013), em uma matéria publicada em sua versão *online*, crack e cocaína são responsáveis por mais afastamento do trabalho que o álcool. Dados apresentados mostram que apenas em janeiro de 2013 o número de auxílios-doença concedidos pelo INSS em função de drogas como cocaína e crack, chegou a 2.457, mais que o dobro do concedido por consumo de álcool. Como o uso de crack é ilegal, e sua venda não gera impostos para financiar os gastos públicos. Além disso, ao se conceder um benefício previdenciário, aumenta-se o gasto que o INSS adquire com pessoas sendo afastadas por esse motivo de doença e também se reduz a contribuição previdenciária em decorrência de seu afastamento do mercado de trabalho.

Por outro lado, segundo Exame (2013), há uma maior procura do álcool por adolescentes cada vez mais novos. Segundo a pesquisa, 74% dos entrevistados com idades entre 13 e 17 anos já experimentaram bebida alcoólica em casa. Além disso, o alcoolismo pode ser um fator importante que leva as pessoas a se afastarem de suas atividades profissionais, agravando o problema social.

Diferentemente das drogas, o consumo de álcool é permitido e é um produto tributado, gerando assim o pagamento de impostos. Dessa forma, o Governo tem

possibilidades de impor normas e tributos que visam restringir ou controlar seu comércio.

Com base nas informações acima, surgiu um questionamento: qual o impacto causado pelo uso do álcool no RGPS (Regime de Previdência Social). Esse estudo se faz importante para podermos entender melhor os impactos financeiros que sofremos com o aumento de dependentes alcoólicos.

Este artigo tem como objetivo geral, fazer uma análise em cima de uma visão econômico-financeira, os valores gastos com auxílios-doença por consumo de álcool e seu impacto no RGPS. Ao final, de acordo com o resultado, pode-se propor uma política compensatória sobre a indústria de bebidas alcoólicas visando transferência de recursos diretamente às contas da Previdência Social.

A fim de chegar ao objetivo geral do artigo é preciso estabelecer alguns objetivos específicos:

- Descrição sobre bebidas alcoólicas e seus efeitos;
- Grupos de apoio como os Alcoólatras Anônimos e Clínicas de Reabilitação;
- Descrição sobre o papel desempenhado pela Previdência Social e os planos de benefícios, dentre eles as regras para a participação do auxílio-doença;
- Levantamento de dados sobre os efeitos do álcool na concessão de benefícios previdenciários;
- Análise dos dados sobre a questão do equilíbrio financeiro.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1. SOBRE O ALCOOL

As bebidas alcoólicas são ingeridas como produtos alimentícios e às vezes medicinais, possuem também um forte valor simbólico em rituais sociais, culturais e religiosos. Sua história começa desde os tempos antigos com o consumo de vinho pela própria religião, em que alguns cultos são feitos com o consumo desta bebida. Até mesmo no meio cultural sua existência se destaca, como podemos observar com destaque para figuras mitológicas de Dioniso (da mitologia grega, ou Baco pela mitologia romana, considerado o deus do vinho¹) e de, Icário².

Segundo o sitio da UNIFESP (2013), os efeitos do álcool dependem de alguns fatores tais quais: quantidade de álcool consumido em um determinado tempo, massa corporal, metabolismo de quem bebe e quantidade de comida no estômago. Existem alguns sintomas que podem ser observado através da quantidade de álcool ingerido, conforme a seguir:

- Doses até 99mg/dl: sensação de calor/rubor facial, prejuízo de julgamento, diminuição da inibição, coordenação reduzida e euforia;

Nessa primeira fase, o consumidor costuma sentir aumento na temperatura corporal, pensa ser capaz de tudo e que nada vai acontecer com ele, sem pensar nas consequências de seus atos.

- Doses entre 100 e 199mg/dl: aumento do prejuízo do julgamento, humor instável, diminuição da atenção, diminuição dos reflexos e descordenação motora;

¹ Wikipédia (2013).

² Wikipédia (2013b).

Nessa fase, o consumidor já tem problemas para ficar em pé com estabilidade, dificuldades para prestar atenção e reage com atraso aos acontecimentos. Alguns choram, outros estão felizes e de maneira rápida trocam de humor.

- Doses entre 200 e 299mg/dl: fala arrastada, visão dupla, prejuízo de memória e da capacidade de concentração, diminuição de resposta a estímulos, vômitos;

Nessa fase, o consumidor já não consegue se comunicar de forma clara, tem dificuldades de memória e vontade constante de vomitar.

- Doses entre 300 e 399mg/dl: anestesia, lapsos de memória, sonolência;

Nessa fase, o consumidor já não consegue sentir partes do corpo, partes tais que se encontram dormentes, além de muito sono e vontade de deitar, o consumidor ainda fica com a memória cheia de vazios, partes do dia faltando.

- Doses maiores de 400mg/dl: insuficiência respiratória, coma, morte.

Nessa última e perigosa fase, o consumidor sente dificuldade de respirar, grande probabilidade de entrar em coma alcoólico e, por conseguinte, levar à própria morte.

Para chegar a essa medida de concentração no sangue, é necessário entre 30 e 90 minutos depois da ingestão da bebida, pois, após absorvido, ele circula rapidamente pelo estômago, intestino delgado e pelo cólon.

Apesar da aceitação pela sociedade, o sitio da Equipe Brasil Escola (2013) alerta: “o álcool é uma droga psicotrópica que atua no sistema nervoso central,

podendo causar dependência e mudanças no comportamento”, ou seja, todo o cuidado é pouco. Segundo o sitio da JUNAAB (2013), houve um aumento de pessoas que procuram clinicas de reabilitação por causa do consumo de álcool.

2.1.1. ALCOOLISMO

O Dr. Abílio, médico perito da FSSDF (Fundação do Serviço Social do Distrito Federal) constatou um elevado índice de mortes por alcoolismo durante o exercício de sua profissão. Segundo seu livro “Estudo clínico do alcoolismo” de 1998, foi feita uma pesquisa e naquele momento as mortes causadas pelo alcoolismo estavam em terceiro lugar no *ranking* das doenças que mais causam óbitos, perdendo apenas para doenças cardiovasculares e câncer. O autor conceitua o alcoolismo de várias formas em seu livro, dentre elas:

“Alcoolismo é uma doença caracterizada pela compulsão para ingestão de bebidas alcoólicas de forma a experimentar seus efeitos psíquicos ou para evitar o desconforto da sua falta. Em geral ocorre aumento progressivo do uso.”

Ainda segundo Abílio, o alcoolista é um doente (dependente do álcool), um indivíduo que perdeu a liberdade de escolher entre beber ou não beber. Não bebe por prazer, mas sim por uma necessidade orgânica. Ele classifica o alcoolismo em duas frentes: agudo e crônico.

- Alcoolismo agudo: mais conhecido como embriaguez, que se caracteriza por apresentar uma concentração sanguínea maior que 50% (em 100ml de sangue há 50mg de álcool).
- Alcoolismo crônico: é quando ultrapassa a fase de embriaguez e já está em uma fase avançada de sintomas que o álcool produz, como coma alcoólico e parada respiratória.

Já segundo Schuckit (*in*: REIS, N. RODRIGUES, C.(2003)):

“um paciente que desenvolve um abuso de álcool após o início de outra doença psiquiátrica principal possuem alcoolismo secundário, enquanto que o outro, que não evidencia um problema psiquiátrico preexistente seria considerado portador de alcoolismo primário.”

Bertolote (*in*: REIS, N. RODRIGUES, C. (2003)) também diagnostica o alcoolismo como primário e secundário, porém além do fator psíquico, ele leva em consideração fatores físicos para determinar essa classificação.

Segundo Abílio, a definição de vício vem de muito tempo atrás pela lei romana, que explicava vício como uma detenção, quando alguém detinha poder sobre outra pessoa (escravidão) aquele detento seria um considerado um viciado. No século XVI na Inglaterra observava-se o mesmo significado: “Se você é escravo de alguma coisa, você é viciado”. Obviamente que naquela época o sentido focava mais para os escravos, mesmo com a abolição da escravidão, a frase continua válida, porém vista de um ângulo diferente. Ao invés de pessoas serem escravas de outras, agora as pessoas estão escravas de produtos e/ou substâncias viciantes.

Em uma tentativa de minimizar a utilização desses produtos, foram feitas várias campanhas educativas, impactantes e assustadoras. Uma dessas campanhas é a “Diga não às drogas”. Essa e outras campanhas não impedem os usuários de utilizarem as drogas, porém a ideia dessa propaganda era retardar o início da utilização de drogas por crianças, pois quanto antes entrar nesse mundo, pior e mais sequelas ela pode vir a ter.

Após pesquisa feita pelo escritor Robert Schwebel, ao perguntar o que os pais achavam ao saber que o próprio filho bebe, a resposta mais escutada foi: “Fico feliz em saber que meu filho não fuma maconha, ele apenas bebe uma cervejinha”. Essa frase e esse tipo de pensamento são completamente inaceitável, a própria bebida já é considerada uma droga, podendo viciar, causar transtornos como abstinência, e

levar o cidadão a praticar atos ilegais, como dirigir embriagado que pode causar até mesmo a morte do motorista e de outros.

2.1.2. ALCOÓLATRAS ANÔNIMOS

Segundo o sitio dos Alcoólatras Anônimos do Distrito Federal (2013), o surgimento do Alcoólatras Anônimos (AA) se deu no ano de 1840, em um bar da cidade de Baltimore, Virgínia, onde:

“seis bebedores passaram a se reunir habitualmente para discutir o tema da moda de então, a temperança. Algo novo lhes aconteceu, que já, três dias depois da primeira reunião, brindavam as virtudes da temperança e condenavam a maldição do alcoolismo. Os seis são tidos como precursores dos Grupos Washingtonianos e podem ser considerados como o primeiro embrião de movimentos outros que, assim como Alcoólicos Anônimos, dispõem hoje, de um programa permanente de recuperação de alcoólicos”.

O grupo alcoólatras anônimos tem a mesma função desde sua criação, encontros em que viciados e ex-viciados compartilham experiências vividas. Falam sobre problemas já vividos, problemas pelos quais estão passando, procuram ajuda e ajudar os outros.

Segundo o sitio da JUNAAB, uma vez alcoólatra em recuperação, nunca mais o cidadão voltará a conseguir beber socialmente. Eles não se consideram “curados”, estão sempre em recuperação, se autodenominam “alcoólatras sóbrios”.

Quanto à instituição AA, a JUNAAB diz ser autossuficiente com ajuda de seus membros, dispensando ajuda externa. Por isso não ter nenhum tipo de afiliação, mesmo apesar de frequentemente terem conhecimento de clinicas de tratamento, para que o membro que quiser buscar esse tratamento tenha facilidade de busca.

Para quem quiser participar, contribuir ou apenas tem curiosidade de como são os encontros do AA, existem reuniões abertas para quem quiser, basta ir ao local de encontro. Além desses encontros abertos ao publico, existem também

aqueles fechados para os membros do AA, onde existe total anonimato. Por causa desse anonimato, não existe hoje um número certo de pessoas que procuram e frequentam os grupos do AA.

2.1.3. CLINICAS DE REABILITAÇÃO

As clínicas de reabilitação são lugares onde o dependente pode se tratar com ajuda de profissionais especializados 24 horas por dia. Normalmente são lugares acolhedores, confortáveis para que o paciente se sinta confortável e a vontade, facilitando assim o tratamento.

Para tratar de seus pacientes, o Grupo Vida (2013), uma das mais renomadas clínicas de reabilitação do Brasil, define algumas modalidades de tratamento, fazendo assim um tratamento mais específico para seus pacientes.

Segundo seu site, as modalidades adotadas para o tratamento de seus pacientes são:

- Tratamento contra a vontade do alcoolismo: o alcoólatra se nega a necessidade do tratamento e de seu estado (viciado), diz conseguir parar de beber a hora que quiser e que tem o controle. Já estão fisicamente e psicologicamente abalados, não se alimentam direito, trocam a noite pelo dia e fazem ameaças quando questionados sobre se tratar.
- Tratamento espontânea vontade do alcoolismo: o alcoólatra percebe que necessita de ajuda e que não consegue por si só parar de beber. Pede ajuda para clínicas especializadas, onde recebem tratamento, apesar de não estarem tão comprometido quanto o involuntário, recebem a mesma atenção.

- Tratamento curta duração do alcoolismo: este tipo de tratamento é aplicado geralmente por conta de duas situações: (a) quando o alcoólatra não se encontra em uma situação crítica e não dispõem de tempo para seu tratamento, normalmente autônomos e empresários. (b) o alcoólatra veio de um tratamento, porém teve uma recaída, neste caso além do tempo curto existe a urgência para a cura, prevendo uma piora no quadro do paciente.
- Tratamento sem internação do alcoolista: também conhecido como tratamento ambulatorio, por ser realizado em um ambulatório médico. Nesse tipo de tratamento, o alcoólatra se dirige ao ambulatório para uma consulta, nela ele será entrevistado e avaliado.
- Tratamento personalizado do alcoolismo: são para alcoólatras que necessitam de uma atenção especial, por não poderem se dirigir a uma clinica ou ambulatório, necessitando assim um atendimento em casa. Esse tipo de tratamento é apenas para alguns pacientes seletos.
- Tratamento da prevenção a recaída: é um tratamento para pessoas que já se curaram e não querem mais beber. Este programa procura sempre lembrar o paciente dos malefícios que o álcool fez a sua vida, para que ele não pense em voltar, é tratado de uma maneira atual e dinâmica.
- Tratamento para o familiar do alcoolista: este tipo de tratamento foca no ente afetado pela situação de viciado. Geralmente seus participantes são esposas, mães e pais.

- Tratamento exclusivo feminino: existe todo o tratamento dito anteriormente, porém em um ambiente apenas para mulheres, onde elas possam se sentir mais a vontade durante o tratamento.

2.2. PREVIDÊNCIA SOCIAL

Segundo Jaime Mariz, Secretário de Políticas de Previdência Complementar do Ministério da Previdência Social (MPS), que teve seu artigo “Previdência Complementar dos Servidores da União” publicado no sitio do Ministério da Previdência Social (2012), o sistema brasileiro de previdência social é dividido em três regimes:

- O Regime Geral de Previdência Social (RGPS), controlado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), garante renda aos contribuintes que sofreram casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice.
- O Regime de Previdência Próprio do Servidor Público (RPPS) tem os mesmos objetivos, porém com um benefício maior.
- O Regime de Previdência Complementar (RPC), regido pelo art. 202 da Constituição. Objetivando uma renda adicional ao RGPS ou RPPS, tem caráter facultativo e contratual.

Segundo o próprio sitio, a Previdência Social “é uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados”. É um seguro para o contribuinte que perde a capacidade de trabalho por vários motivos, são eles:

- Doença;

- Invalidez;
- Idade avançada;
- Morte; e
- Desemprego involuntário.

Para a análise do presente trabalho, faremos enfoque apenas no regime RGPS e dois motivos de concessão do direito: doença e invalidez causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas.

2.2.1. AUXÍLIO DOENÇA

Segundo MPS (2013) o auxílio doença é o benefício concedido ao segurado impossibilitado de trabalhar por motivos de doença ou acidente através de um requerimento formal e exames feitos pela própria Previdência Social. Para ser contemplado, existem alguns itens em que o requerente precisa comprovar:

- ✓ Mais de 15 dias consecutivos de ausência;
- ✓ No mínimo 12 meses de carência de contribuição;
- ✓ Estar em dia com a contribuição mensal;
- ✓ Para permanência do benefício, deverá realizar exames periódicos para comprovar sua incapacidade de exercer suas atividades.

Se o beneficiário tiver carteira assinada (exceto doméstico), seus primeiros 15 dias de ausência serão pagos pelo empregador, caso contrário a Previdência arcará com as despesas desde o primeiro dia.

O auxílio só deixará de ser pago quando o segurado retornar as suas atividades ou quando o benefício se transformar em aposentadoria por invalidez.

Segundo o art. 61 da lei 8.213/91, o valor do auxílio doença é de 91% do salário do benefício respeitando o valor mínimo de um salário mínimo como relata o art. 33 da mesma lei.

2.2.2. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Benefício devido para contribuintes da Previdência Social que por motivos de doença ou acidente de trabalho não possam mais exercer suas atividades. Assim como o auxílio doença, o requerente deve se enquadrar em alguns requisitos:

- ✓ No mínimo 12 meses de carência de contribuição (menos em casos de acidente de trabalho);
- ✓ Estar em dia com a contribuição mensal;
- ✓ Para permanência do benefício, deverá realizar exames periódicos de 2 em 2 anos para comprovar sua incapacidade de exercer suas atividades.

No caso do beneficiário do auxílio doença ser aposentado por invalidez ao comprovar que não existe possibilidade do paciente voltar aos seus afazeres, o pagamento deste será concedido no dia seguinte à cessão do antigo auxílio. Já aquele que não estava contemplado com o auxílio, receberá a partir do 16º dia de afastamento ou pela data de entrada do requerimento em casos que a diferença entre esses dois for maior que 30 dias.

3. METODOLOGIA

Para responder ao problema de pesquisa, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, coletando dados para maior familiaridade com o tema. Segundo Gil (2010), esse tipo de pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa exploratória.

O instrumento utilizado para alcançar o objetivo dessa pesquisa foi utilizar base de dados do INSS para ter acesso a documentações, informações e evidências o que para Medeiros (2010) caracteriza-se por uma pesquisa documental.

Foi feita uma coleta na base de dados do INSS, através do Sistema Único de Informações de Benefícios – SUIBE, filtrando apenas os CIDs (Classificação Internacional de Doenças) que se referem às doenças cuja origem está associada ao alcoolismo³.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Para analisarmos os dados agrupamos os valores em dois grupos de espécies: Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez. O primeiro é considerado temporário, pois apenas é concedido no período de tratamento, que poderá voltar ao trabalho ou pular para o segundo grupo que já se enquadra em um auxílio vitalício.

Na tabela 1 apresentaremos a quantidade de benefícios concedidos anualmente pelos grupos apresentados acima. Nossa pesquisa colheu dados dos anos de 2004 até o primeiro trimestre de 2013. O que está representado abaixo são concessões, quantidade de pedidos concedidos, ainda serão somados com os benefícios em manutenção para formar o estoque de benefícios.

³ A relação dos códigos CID utilizados na filtragem dos dados encontra-se no Anexo I

Tabela 1 - Quantidade de Benefícios Concedidos por Problemas Decorrentes do Uso de Álcool

Ano	Grupos de Espécie		
	Auxílio-Doença	Aposentadoria por Invalidez	Total RGPS
2004	11.391	1.325	12.716
2005	11.602	1.644	13.246
2006	14.033	891	14.924
2007	13.407	612	14.019
2008	13.383	1.092	14.475
2009	12.277	872	13.149
2010	12.630	833	13.463
2011	13.637	803	14.440
2012	14.016	765	14.781
2013	5.097	237	5.334

Fonte: INSS - SUIBE

Como podemos observar na tabela 1, o ano de 2006 foi o que apresentou maior cessão de benefícios dentre o período analisado, somando os dois grupos chegou a 14.924 novos beneficiários, sendo que a média anual foi de 13.912. Quando olhamos para os grupos separadamente, o ano de 2006 também foi recorde para o auxílio doença, com 14.033 beneficiários, porém a aposentadoria por invalidez teve seu recorde marcado em 2005 quando 1.644 contribuintes tiveram seus pedidos aceitos.

Para 2013, se fizermos uma estimativa média anual com os três primeiros meses apresentados, chegaremos a um novo recorde para o auxílio doença, ultrapassando o número de 20 mil novos beneficiários.

Já na tabela 2, apresentaremos valores monetários para os mesmos benefícios concedidos na tabela 1. Foi analisado o mesmo período da tabela anterior

Tabela 2 - Valor dos Benefícios Concedidos por Problemas Decorrentes do Uso de Álcool (em R\$ nominais)

Ano	Grupos de Espécie		Total
	Auxílio-Doença	Aposentadoria Invalidez	
2004	7.594.456	952.757	8.547.213
2005	7.904.632	1.285.439	9.190.072
2006	10.280.540	735.425	11.015.966
2007	10.282.452	551.196	10.833.648
2008	10.846.040	1.019.879	11.865.918
2009	10.345.046	863.361	11.208.406
2010	11.416.759	864.583	12.281.342
2011	13.187.190	868.237	14.055.426
2012	14.348.131	918.614	15.266.745
2013	5.428.467	278.117	5.706.584

Fonte: INSS - SUIBE

Podemos observar na tabela 2 que a aposentadoria por invalidez também teve seu recorde no ano de 2005 assim como na tabela 1. Porém quando tratamos do auxílio doença, vemos uma estabilidade entre os anos de 2006 a 2009, porém a partir desta data, observa-se um crescimento de gastos que só aumentam até bater o recorde no ano de 2012, último ano completo de nossa análise.

Fazendo uma estimativa média anual com o primeiro trimestre de 2013, chegaremos a um novo recorde, desta vez ultrapassando o valor de 21 milhões de reais.

Na tabela 3 apresentaremos a quantidade de benefícios emitidos no mês de março 2013. Esses dados são considerados o estoque, pois se referem ao total de benefícios pagos no mês, cuja concessão ocorreu em mês anterior. Para nossa análise dividimos os valores por faixa etária para assim poder analisar qual grupo que apresenta maior demanda pelo benefício.

Tabela 3 - Quantidade de Benefícios Emitidos por Faixa Etária, em março de 2013, cuja Concessão foi Decorrente de Problemas com Álcool

Faixa etária	Grupos de Espécie		
	Auxílio-Doença	Aposentadoria por Invalidez	Total RGPS
até 19 anos	2	0	2
20-29 anos	172	6	178
30-39 anos	891	167	1.058
40-49 anos	2.028	1.629	3.657
50-59 anos	1.931	4.564	6.495
60-69 anos	359	3.165	3.524
70 anos ou +	0	676	676
Total	5.383	10.207	15.590

Fonte: INSS - SUIBE

Podemos observar pela tabela 3 que a quantidade de beneficiados pela aposentadoria por invalidez é quase o dobro de auxílio doença no mês de março 2013. Isso faz com que o custo com auxílio vitalício do RGPS seja maior que o temporário.

Pessoas entre 50 e 59 anos representam quase a metade dos beneficiários da aposentadoria por invalidez, que por coincidência é a mesma e uma faixa etária acima das maiores quantidades do auxílio doença.

Tendo em vista que a idade para aposentadoria normal é de 60 anos para mulheres e de 65 para homens, podemos concluir que mais de 60% recebem esse auxílio de aposentadoria são pessoas com idade ativa e por conta do álcool deixam de contribuir para o INSS, gerando uma receita a menor e ainda ganham o benefício, gerando uma despesa maior que o esperado. Para mostrar os valores gastos no mês de março 2013 com esses auxílios temos, abaixo, a tabela 4.

Tabela 4 - Valor dos Benefícios Emitidos por Faixa Etária, em março de 2013

Faixa etária	Valor da Emissão (R\$)		
	Auxílio-Doença	Aposentadoria Invalidez	Total RGPS
até 19 anos	1.697	0	1.697
20-29 anos	148.673	4.247	152.920
30-39 anos	836.217	160.850	997.068
40-49 anos	2.237.789	2.008.541	4.246.330
50-59 anos	2.350.159	6.451.124	8.801.283
60-69 anos	385.795	3.872.189	4.257.984
70 anos ou +	0	556.997	556.997
Total	5.960.330	13.053.949	19.014.279

Fonte: INSS - SUIBE

Assim como na tabela 3, a maior parte dos valores gastos com aposentadoria está com os beneficiados entre 50 e 59 anos, faixa essa que representa pessoas com idade ativa.

Fazendo uma estimativa média anual com base no estoque do mês de março e as concessões do primeiro trimestre, considerando inclusive o pagamento do abono anual, chegamos a um valor de aproximadamente 99,2 milhões de reais para gastos com auxílio doença e 170,8 milhões de reais para aposentadoria por invalidez no ano de 2013, o que representa uma despesa total estimada em R\$ 270 milhões somente com os benefícios gerados a partir de problemas com o uso do álcool.

Depois do estudo e análise dos valores levantados, podemos concluir a injustiça do custeio de alcoólatras pelos contribuintes do RGPS. Algumas soluções possíveis para a arrecadação do dinheiro para arcar com esses gastos poderiam advir de outras fontes, tais como:

- Aumento de impostos em cima desses produtos;
- Indenizações feitas em fabricantes e/ou distribuidora desses produtos;

- Leis que dificultem o acesso e o consumo desses produtos. Ex.: nos EUA não se pode consumir bebidas alcoólicas em lugares públicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado proporcionou esclarecer normas e leis que regem o RGPS, especialmente quanto aos benefícios auxílio doença e aposentadoria por invalidez, que se fazem uma importante ferramenta para aqueles que desejam sair do vício e retornar à uma vida saudável.

Explicita também sobre os perigos do uso excessivo do álcool, como dependência da substância, possibilidade de coma e a própria morte. Isso fora o perigo eminente de atos de indisciplina, como dirigir embriagado e agressividade.

Informou os procedimentos disponíveis para a reabilitação, tais como grupos de alcoólicos anônimos e clínicas especializadas, com tratamentos específicos para cada tipo paciente.

Os objetivos propostos foram alcançados através de pesquisas bibliográficas exploratórias e se fizeram necessários para responder o questionamento levantado: “o impacto causado pelo uso do álcool no equilíbrio financeiro atuarial do RGPS”. Esse impacto vem batendo recorde todo o ano desde 2010, chegando a mais de 15 milhões de reais em 2012. Segundo média feita para 2013, esse valor será batido novamente, chegando a mais de R\$ 21 milhões.

Outros estudos podem ser feitos tomando a ideia deste como base. A mesma análise pode ser feita com outras substâncias nocivas à saúde, como o cigarro. É de conhecimento público que o cigarro é tóxico e pode levar o fumante a ter vários problemas de saúde como o câncer em diversos órgãos, a morte por infarto, gangrena e problemas na gestação.

6. REFERENCIAS

Alcoólicos Anônimos. **Como surgiu o Alcoólicos Anônimos**. Disponível em: <http://www.aaareadodf.org/index.php/nossa-historia/como-surgiu-alcoolicos-anonimos>.

EDWARDS, G. MARSHALL, E. COOK, C. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Equipe Brasil Escola. **Álcool**. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/drogas/alcool.htm>.

Exame. **74% dos adolescentes experimentaram bebida alcoólica em casa**. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/estilo-de-vida/saude/noticias/74-dos-adolescentes-experimentaram-bebida-alcoolica-em-casa>. Acesso em: 10 Abr. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Grupo Vida. **Modalidades de Tratamentos Alcoolismo**. Disponível em: <http://www.tratamentodoalcoolismo.com.br/tratamento.htm>. Acesso em 23 Mar 2013.

O Globo. **Crack e cocaína afastam do trabalho mais que álcool**. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/crack-cocaina-afastam-do-trabalho-mais-que-alcool-7658815>. Acesso em: 15 Abr. 2013.

Jaime Moriz de Faria Junior. **Previdência Complementar dos Servidores da União**. http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/20_120726-155655-690.pdf. Acesso em: 07 Maio. 2013.

JUNAAB. Disponível em: <HTTP://alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 02 Abr. 2013.

LAPA, A. **Estudo clínico do alcoolismo**. Brasilia: Editora, 1998.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação Científica: A Prática de Fichamentos, Resumos, Resenhas**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Ministério da Previdência Social. **Publicações**. Disponível em: <HTTP://www.mpas.gov.br>. Acesso em: 10 Maio. 2013.

REIS, N. RODRIGUES, C. **Nutrição clínica alcoolismo**. Rio de Janeiro: Rubio, 2003.

ROUSSAUX, J. KREIT, B. HERS, D. **O alcoólico em família**. Lisboa: Climepsi, 2000.

UNIFESP. **Departamento de psicobiologia/ drogas**. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/alcool.htm>.

WILSON, M. **Conviver com quem bebe**. São Paulo: Summus, 1997.

WIKIPÉDIA. **Dioniso**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Dioniso>. Acesso em: 21 Abr. 2013.

WIKIPÉDIA. **Icário (ateniense)**. Disponível em:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Ic%C3%A1rio_%28ateniense%29. Acesso em: 21 Abr. 2013.

7. ANEXO I – RELAÇÃO DOS CÓDIGOS CID UTILIZADOS NESTE TRABALHO

F10 Transt Mentais Comport Dev Uso Alcool

F10.0 Intox Aguda

F10.1 Uso Nocivo p/A Saude

F10.2 Sindr de Dependencia

F10.3 Sindr de Abstinencia

F10.4 Sindr de Abstinencia c/Delirium

F10.5 Transt Psicotico

F10.6 Sindr Amnesica

F10.7 Trans Psicotico Residual Instalacao Tar

F10.8 Outr Transt Mentais ou Comport

F10.9 Transt Mental ou Comport Ne

G31.2 Degeneracao do Sist Nervoso Dev Alcool

K86.0 Pancreatite Cronica Induz p/Alcool

X65 Auto-Intox Voluntaria p/Alcool

X65.0 Residencia

X65.1 Habitacao Coletiva

X65.2 Escolas Outr Instit Areas Admin Publica

X65.3 Area p/A Pratica de Esportes e Atletism

X65.4 Rua e Estrada

X65.5 Areas de Comercio e de Servicos

X65.6 Areas Industriais e em Construcao

X65.7 Fazenda

X65.8 Outr Locais Espec

X65.9 Local Ne

Y15 Envenen Alcool Intencao nao Determinada

Y15.0 Residencia

Y15.1 Habitacao Coletiva

Y15.2 Escolas Outr Instit Areas Admin Publica

Y15.3 Area p/A Pratica de Esportes e Atletism

Y15.4 Rua e Estrada

Y15.5 Areas de Comercio e de Servicos

- Y15.6 Areas Industriais e em Construcao
- Y15.7 Fazenda
- Y15.8 Outr Locais Espec
- Y15.9 Local Ne
- Y90 Evidencia Alcoolismo Det p/Taxas Alcool
 - Y90.0 Alcoolemia Infer a 20 Mg/100 MI
 - Y90.1 Alcoolemia de 20-39 Mg/100MI
 - Y90.2 Alcoolemia de 40-59 Mg/100MI
 - Y90.3 Alcoolemia de 60-79 Mg/100MI
 - Y90.4 Alcoolemia de 80-99 Mg/100MI
 - Y90.5 Alcoolemia de 100-119 Mg/100MI
 - Y90.6 Alcoolemia de 120-199 Mg/100MI
 - Y90.7 Alcoolemia de 200-239 Mg/100MI
 - Y90.8 Alcoolemia Igual ou Super a 240 Mg/100M
 - Y90.9 Presenca de Alcool no Sangue Taxa Ne
- Z72.1 Uso de Alcool