

Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil

Effects of retirement pensions according to contribution time and age on Brazilians' health and wellbeing

Efectos de las jubilaciones por tiempo de contribución y por edad sobre la salud y bienestar de los individuos en Brasil

Rodrigo Carvalho Oliveira ^{1,2}
Rachel Helena Coelho ¹

doi: 10.1590/0102-311X00084120

Resumo

O processo de envelhecimento da população brasileira diante das diversidades de características populacionais e territoriais do país incentivou o estudo realizado acerca dos efeitos das aposentadorias sobre saúde e bem-estar. Nesse sentido, são analisados os efeitos das aposentadorias no Brasil por idade e tempo de contribuição por meio de medidas de saúde geral autoavaliada, sintomas depressivos da escala CES-D e rendas domiciliar e individual do responsável pelo domicílio. As análises também foram desagregadas por gênero e localidade. O método utilizado foi o Propensity Score Matching com dados de 9.412 indivíduos com 50 anos ou mais, obtidos do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), coletados nos anos de 2015 e 2016. Sobre a saúde geral autoavaliada, há aumento na probabilidade de avaliação da saúde como boa ou excelente para as mulheres da zona urbana, tanto para as que aposentaram por tempo de contribuição, em mais de 9%, como por idade, em mais de 7%. Há redução na probabilidade de presença de sintomas depressivos para as mulheres que aposentaram por tempo de contribuição em 11%, e, para homens da zona rural, há redução em mais de 16%. Já sobre a renda, os efeitos são de aumentos expressivos para todos os subgrupos. A pesquisa buscou contribuir para mitigar a escassez de evidências sobre efeitos das aposentadorias no Brasil, e, em geral, os resultados sugerem que os efeitos das aposentadorias sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos são benéficos, contudo, bastante heterogêneos entre homens e mulheres das zonas rural e urbana.

Aposentadoria; Satisfação Pessoal; Idoso; Envelhecimento

Correspondência

R. H. Coelho
Universidade Federal da Bahia.
Praça Treze de Maio 6, 4º andar, Salvador, BA 40.060-300,
Brasil.
rachcoelho@yahoo.com

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² United Nations University World Institute for Development, Helsinki, Finland.



Introdução

A aposentadoria é caracterizada não apenas pela saída total ou parcial da população economicamente ativa, mas por uma transição para os últimos estágios da fase adulta e consequente alteração da qualidade das saúdes física e mental ¹. Além disso, a aposentadoria é considerada um seguro por cobrir a perda financeira ocasionada pela redução do tempo no qual os indivíduos se dedicam à atividade laboral. Em outros casos, a aposentadoria também funciona como um seguro pelo comprometimento das capacidades físicas, mentais e/ou cognitivas. A explicação para a decisão de aposentar e a redução das atividades laborais estão relacionadas às características sociais, raciais e regionais ².

Devido à transição demográfica, especificamente ao envelhecimento da população decorrente da queda da taxa de mortalidade e da queda na taxa de fecundidade, mais desafios foram estabelecidos para a sustentabilidade financeira dos sistemas de proteção social ³, já que considerável parcela dos países possui sistemas nos quais a contribuição financeira dos mais jovens é utilizada para compor os recursos destinados às aposentadorias. Desse modo, diversos países passaram a estimular a aposentadoria tardia e a promoverem reformas em seus sistemas previdenciários ^{4,5}. Por outro lado, a transição demográfica pode provocar um aumento da carga de doenças não transmissíveis, com consequências para as políticas e práticas de saúde ⁶.

Ao criarem regras de prolongamento do tempo na força de trabalho para solucionar problemas fiscais, os formuladores de políticas têm que analisar o impacto sobre o bem-estar e a saúde dos indivíduos que são obrigados a postergar a aposentadoria ⁷, já que a funcionalidade preservada em idades avançadas, pré-requisito para permanência na força de trabalho, sofre variabilidade devido ao gradiente social. Quanto maior a educação e o nível de renda, menor a probabilidade de funcionalidade física deteriorada. Quanto ao aspecto cognitivo, que embora diminua com a idade, já parte de um patamar inferior nos grupos socioeconômicos mais baixos em comparação às classes mais elevadas ⁸.

As desigualdades em saúde, portanto, relacionadas às classes sociais, mantêm-se em fases mais avançadas, ainda que os indivíduos estejam aposentados, resultado do efeito indireto da ocupação e do estilo de vida ⁹. A depender das circunstâncias de vida e das preferências individuais, Behncke ¹⁰ considera que a aposentadoria pode apresentar efeitos muito diversos sobre a saúde. A autora encontra evidências de que a aposentadoria desencadeia problemas de saúde na população americana, entretanto, pondera ser apenas um fator de risco entre tantos outros fatores.

Ao contrário de Behncke ¹⁰, que encontra efeitos adversos sobre medidas objetivas, como doenças crônicas, e subjetivas, como a avaliação de saúde geral, diversos outros estudos de análises de impacto evidenciam relação causal positiva entre aposentadoria e saúde e bem-estar dos indivíduos ^{7,11,12,13,14,15}. Tais estudos sugerem efeitos positivos da aposentadoria sobre a autoavaliação da saúde geral ^{7,11,14,15} e sobre a saúde mental ^{7,12,13,14,15}, sobretudo, em pesquisas realizadas em países desenvolvidos. Há diferentes vias pelas quais o impacto é gerado, como diminuição do estresse e exigências físicas do trabalho, aumento do tempo de lazer, entre outras.

Coe & Zamarro ¹¹ encontram impactos relevantes da aposentadoria sobre a preservação da saúde geral em países europeus. Oshio & Kan ¹⁵ constatarem efeitos imediatos sobre a diminuição da avaliação ruim sobre a saúde geral apenas entre os homens no Japão. Gorry et al. ⁷ mostram melhorias na avaliação de saúde e nas limitações funcionais somente quatro anos ou mais após a aposentadoria nos Estados Unidos. Já Eyjólfssdóttir et al. ⁵ não encontram nenhum efeito sobre as medidas de saúde geral subjetivas na Suécia.

Impactos positivos sobre avaliação subjetiva de saúde geral dos aposentados também são encontrados por Eibich ¹⁴, na Alemanha, além de efeitos positivos sobre a saúde mental. O autor atribui os efeitos a maior frequência de exercícios físicos, maior duração do sono e alívio do estresse no trabalho por meio de recuperação da saúde física, especialmente para quem tinha funções com esforço físico intenso.

Atalay & Barrett ¹³ também mostram impactos positivos sobre a saúde mental para mulheres na Austrália. E, por meio de medidas de memória de homens americanos, Coe et al. ¹² evidenciam que o maior tempo de aposentadoria teve impactos positivos na proteção da cognição dos trabalhadores de baixo status ocupacional comparados aos pares com menor tempo de aposentadoria. Oshio & Kan ¹⁵ demonstram também impacto imediato da aposentadoria sobre a diminuição de sofrimento psicológico, além de Gorry et al. ⁷, que também encontram menores níveis de depressão.

Diferente da extensa literatura para tais países, são escassas as evidências para países em desenvolvimento. Especificamente para o Brasil, também são poucas as análises causais da relação entre as regras de benefícios sociais que vigoraram desde a *Constituição Federal* de 1988 até a reforma previdenciária aprovada em 2019. A única análise de impacto encontrada sobre os indicadores de saúde não mostra efeitos nos aspectos analisados, relacionados à probabilidade de estar doente e procura de serviços de saúde pelos aposentados rurais ¹⁶. Já o estudo que aborda o impacto da aposentadoria rural sobre a segurança alimentar dos indivíduos mostra efeito positivo, o que sugere uma evidência indireta para os indicadores de saúde ¹⁷.

Nesse aspecto, esta pesquisa objetiva analisar os efeitos das aposentadorias sobre saúde e bem-estar de homens e mulheres das zonas rural e urbana do Brasil. Considerando que os regimes nacionais diferem muito entre as modalidades, são explorados os efeitos dos tipos de aposentadoria, por idade ou por tempo de contribuição, sobre os indicadores selecionados.

Contexto institucional: regras previdenciárias até 2019

No contexto institucional brasileiro até 2019, os requisitos para as aposentadorias foram estabelecidos pela *Constituição Federal* por meio das *Leis nº 8.212/1991* ¹⁸ e *nº 8.213/1991* ¹⁹. O tempo exigido de contribuição era um período mínimo de 30 anos, para as mulheres, e de 35 anos, para os homens, sem idade mínima necessária. Para servidores públicos, a aposentadoria por idade exigia idade mínima de 55 anos, para mulheres, e de 60, para homens ²⁰. A idade mínima para o setor público, porém, só foi estabelecida em 1998 ², enquanto, para os trabalhadores do setor privado, a aposentadoria por idade mínima era de 60 anos, para mulheres, e de 65, para homens, além de tempo de contribuição mínimo de 180 meses ²⁰.

Adicionalmente aos benefícios da previdência considerados contributivos, de caráter obrigatório, existem os benefícios não contributivos, que são os benefícios de assistência social, as aposentadorias rurais e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). O benefício de assistência social corresponde ao valor de um salário-mínimo ².

A população rural, portanto, dentre as formas regulares de aposentadoria, na prática, aposenta por idade, com exigência inferior em relação às mulheres e aos homens da zona urbana, 55 e 60 anos, respectivamente, com comprovação de atividade rural por 15 anos ^{2,20}. O BPC é assegurado aos indivíduos urbanos que não atingiram o tempo mínimo necessário de contribuição, ou que nunca contribuíram, com idade igual ou superior a 65 anos e que moram em domicílios com renda menor do que um quarto do salário mínimo por residente ².

Métodos

População de estudo

Os dados utilizados na pesquisa foram obtidos da linha de base do *Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil – <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>, acessado em 22/Mai/2019) coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Instituto René Rachou, Fiocruz Minas), e pela Universidade Federal de Minas Gerais. O banco de dados (<http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/arquivos/>) foi solicitado, conforme instrução, e disponibilizado pelos responsáveis.

A linha de base do ELSI é a primeira etapa de ondas de coleta de dados, que tem como objetivo fomentar pesquisas com informações relevantes dos idosos e do processo de transição para idades avançadas. Os dados foram coletados em 70 municípios das cinco regiões do país em 2015 e 2016, resultando em uma amostra de 9.412 indivíduos com 50 anos ou mais.

Definição dos grupos de tratamento e controle e dos desfechos

A variável binária de tratamento é igual a 1, caso o indivíduo tenha se aposentado, e 0, caso não tenha se aposentado, além de realizada a subdivisão de aposentados por tempo de contribuição e por idade para o tratamento, dadas as características heterogêneas entre indivíduos e aposentadorias. Tal como

a literatura aponta, os efeitos da aposentadoria variam entre regiões geográficas e entre gêneros, de modo que também foram exploradas heterogeneidades desses subgrupos.

Foram considerados aposentados, os indivíduos que declararam receber rendimento de aposentadoria do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou de Governo Federal, estadual, municipal ou aposentadoria privada, excluindo as pessoas que declararam receber renda de pensão para evitar distorções de valores em caso de pensões que não sejam relativas ao BPC. As variáveis explicativas, suas respectivas estatísticas descritivas, assim como das variáveis de tratamento seguem na Tabela 1.

Com o intuito de identificar o efeito causal das aposentadorias sobre saúde e bem-estar dos indivíduos aposentados (desfechos) e o mecanismo que melhor explica a mudança de estado físico, mental e social, diferentes variáveis dependentes foram utilizadas. A escolha dessas medidas seguiu a literatura especializada no tema: saúde geral ^{5,7,11,14,15} e sintomas depressivos CES-D/8 (*The Center for Epidemiological Studies-Depression scale*) ^{7,9}. Os questionamentos dessas medidas subjetivas estão presentes no questionário individual ELSI-Brasil (<http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/questionario-e-manual-de-treinamento/entrevista-individual/>, acessado em 22/Mai/2019).

As medidas para a saúde geral do questionário individual para a resposta à pergunta – “Em geral, como o Sr(a) avalia a sua saúde?” são: (1) muito boa ou excelente; (2) boa; (3) regular; (4) ruim e (5) muito ruim. Foi criada variável binária para a avaliação da saúde geral, sendo: saúde geral “(1) muito boa ou excelente” ou “(2) boa” = 1; e, caso contrário, = 0. A variável foi nomeada saúde geral avaliada como boa ou excelente.

A variável sintomas depressivos foi gerada pelas respostas consideradas positivas para a depressão da escala CES-D ²¹, com oito questionamentos presentes integralmente no questionário individual ELSI-Brasil. Por meio da soma das respostas positivas para a depressão e com a escala variando de 0 a 8 pontos, foi criada a variável sintomas depressivos = 1, se pontuação da escala ≥ 4 ; e sintomas depressivos = 0, se pontuação da escala < 4 . Os sintomas depressivos igual à unidade indicam depressão. Tal critério de correspondência, relativo a 4 ou mais respostas positivas, é o ponto de corte especificado por Van de Velde et al. ²² e McGorven & Nazroo ⁹.

Além das medidas subjetivas, medidas objetivas da renda individual do responsável pelo domicílio (com 50 anos ou mais) e da renda domiciliar foram utilizadas como variáveis dependentes captadas pelas respostas ao questionário domiciliar do ELSI (<http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/questionario-e-manual-de-treinamento/entrevista-domiciliar/>, acessado em 22/Mai/2019). A mudança na renda devido à aposentadoria pode provocar variação no bem-estar. E muitos idosos são provedores de parte da renda das famílias, via benefícios das aposentadorias, ou são dependentes financeiramente delas ³. Turra et al. ²³ mencionam que o Brasil se destaca pela elevada transferência de renda dos idosos para filhos e netos.

Procedimento de análise dos dados

Como método para captar o efeito da aposentadoria sobre saúde e bem-estar dos aposentados, foi utilizado o *Propensity Score Matching* (PSM), proposto, inicialmente, por Rosenbaum & Rubin ²⁴. Esse método quase-experimental busca criar um grupo de comparação a partir das características observáveis dos indivíduos, o contrafactual, que é o grupo mais similar possível ao grupo de tratamento, sendo que apenas o último inclui indivíduos que recebem aposentadorias ^{25,26,27}.

A maior dificuldade nas análises de impactos de aposentadorias é que a decisão de saída da força de trabalho pode ser provocada por problemas de saúde, o que gera um problema de causalidade reversa. Contudo, em geral, as pessoas que optam por aposentar antes da idade mínima no Brasil se referem ao grupo de aposentados por tempo de contribuição. Nesse caso, a crítica é parcialmente resolvida quando se analisa apenas o grupo que se aposenta por idade, dado que o grupo não atingiu os requisitos necessários de contribuição para se aposentar antes da idade mínima exigida da aposentadoria por idade, tendo que, obrigatoriamente, permanecer no mercado de trabalho.

Para estimar o escore de propensão, foi utilizada uma regressão logística, considerando as características observáveis individuais disponíveis no banco de dados. As variáveis consideradas para o cálculo do escore de propensão são as mesmas apresentadas na Tabela 1 – estatísticas descritivas. Para garantir que as variáveis não tenham sido afetadas pela aposentadoria, foram consideradas apenas as características pré-tratamento, isto é, aquelas que não foram afetadas pela aposentadoria.

Tabela 1

Estatísticas descritivas das variáveis de tratamento e explicativas.

Binárias	Observados	%
Variáveis de tratamento		
Recebe aposentadoria	5.416	57,54
Não recebe aposentadoria	3.990	42,39
Sem resposta	6	0,06
Aposentou		
Por tempo de contribuição	1.527	28,19
Por idade	2.166	39,99
Outro motivo	1.723	31,81
Variáveis explicativas		
Sexo		
Masculino	5.240	55,67
Feminino	4.172	44,33
Local de residência		
Zona urbana	7.935	84,31
Zona rural	1.477	15,69
Estado civil		
Solteiro, viúvo ou divorciado	3.970	42,18
Casado	5.442	57,82
Escolaridade		
Analfabeto ou Ensino Fundamental incompleto	3.463	36,80
Ensino Fundamental completo ou Ensino Médio incompleto	3.872	41,14
Ensino Médio completo ou Ensino Superior incompleto	1.457	15,38
Ensino Superior completo ou mais	558	5,96
Sem resposta	62	0,66
Cor		
Negro (preto ou pardo)	5.170	54,93
Branco	3.590	38,14
Indígena	220	2,34
Amarelo	90	0,96
Sem resposta	342	3,63
Região		
Norte	743	7,89
Nordeste	2.549	27,08
Sudeste	3.922	41,67
Sul	1.278	13,58
Centro-oeste	920	9,77
Ocupação na maior parte da vida		
Trabalho doméstico	1.608	17,45
Trabalho setor privado	2.976	31,62
Trabalho setor público	937	10,17
Trabalho por conta própria	2.538	26,97
Outras	1.172	12,42
Contínuas		
	Média	DP
Idade	63,56	10,15
Número de filhos	3,53	2,62

DP: desvio padrão.

Fonte: elaboração própria com base em dados do *Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil – <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>, acessado em 22/Mai/2019).

A grande limitação do método é a não correção dos possíveis vieses gerados por variáveis omitidas, o que torna ainda mais relevante a escolha adequada das variáveis explicativas utilizadas na análise ²⁵. Após o cálculo do escore de propensão, os indivíduos foram pareados utilizando as técnicas de vizinhos mais próximos e Kernel. Foram considerados os resultados aos níveis de significância de 1%; 5% e 10%. O software utilizado para as estimações foi o Stata 15.1 (<https://www.stata.com/>).

Para as rendas, foram realizadas transformações logarítmicas, criando, portanto, as variáveis (contínuas): logaritmo da renda individual do responsável pelo domicílio e logaritmo da renda domiciliar – que serão referidas apenas como renda individual (do responsável pelo domicílio) e renda domiciliar. A transformação logarítmica permite uma análise mais precisa em termos de variações proporcionais da renda.

Aspectos éticos

A pesquisa ELSI-Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz Minas, e o processo está cadastrado na Plataforma Brasil (protocolo nº 886.754) (<http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/a-pesquisa/aspectos-eticos/>, acessado em 20/Nov/2020)

Resultados

Antes de apresentar os resultados das estimações, é importante mostrar se o método conseguiu balancear a amostra de forma satisfatória. Os resultados das médias das variáveis antes e depois do pareamento podem ser observados na Tabela 2.

Após o pareamento, as características dos grupos de tratamento e controle são muito mais similares. Além disso, os valores dos pseudos R^2 são menores, corroborando a hipótese de suposição de independência condicional (*Conditional Independence Assumption* – CIA) ²⁵, isto é, após o pareamento, apenas o tratamento deve impactar a variável dependente.

Saúde geral avaliada como boa ou excelente

A avaliação subjetiva da saúde geral como excelente ou boa é igual a 42% das avaliações da saúde geral. Dentre essa porcentagem, do total das 9.412 observações da base de dados, 9.390 dos indivíduos responderam ao questionamento; os demais não souberam avaliar a saúde geral ou não responderam, o que gerou 22 *missings*, que representam apenas 0,002% da amostra.

No painel A da Tabela 3, são apresentados os resultados dos efeitos das aposentadorias sobre a saúde geral autoavaliada. Os resultados sugerem que a aposentadoria tem efeitos positivos que podem ser observados, sobretudo, para as mulheres da zona urbana. Há efeitos positivos tanto para as mulheres que aposentaram por tempo de contribuição como para as que aposentaram por idade, sendo que os resultados são mais elevados e com maior nível de significância para aposentadorias por tempo de contribuição. Não se verificou impacto sobre a probabilidade de avaliação da saúde geral como boa ou excelente para os homens.

Para as mulheres da zona urbana, após a aposentadoria, há variação positiva na probabilidade de avaliação da saúde geral como boa ou excelente de 9,7% e 13%, a depender do método de pareamento utilizado. Já para aposentadoria por idade, há aumento na probabilidade de avaliação da saúde geral como boa ou excelente por mulheres da zona urbana em torno de 7,7% e 9,3%.

Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos relativos à presença de quatro ou mais sintomas foram relatados por 35% dos indivíduos que responderam a todas as perguntas da escala ou que não tiveram ajuda para responder, representando um total de 8.303. Portanto, do total das 9.412 observações da base de dados, 1.109 entrevistados não souberam ou não responderam a todas as perguntas ou, ainda, tiveram ajuda para responder (1.109 *missings*), sendo que a maioria dos dados faltantes são relacionados à ajuda para responder.

Tabela 2

Resultado do balanceamento das variáveis antes e depois do pareamento.

	Saúde geral (média)		Sintomas depressivos (média)		Renda domiciliar (média)	
	T	C	T	C	T	C
Idade						
Antes	68,56	56,72	67,66	56,54	68,56	56,72
Depois	67,96	68,48	67,13	67,39	67,96	68,3
Negro						
Antes	0,53	0,58	0,53	0,58	0,52	0,58
Depois	0,53	0,55	0,53	0,56	0,53	0,55
Casado						
Antes	0,53	0,68	0,55	0,68	0,53	0,68
Depois	0,54	0,58	0,55	0,58	0,54	0,59
Filhos						
Antes	3,88	3,03	3,81	3,04	3,88	3,04
Depois	3,85	3,90	3,79	3,67	3,85	3,91
Possui Ensino Superior						
Antes	0,07	0,06	0,07	0,06	0,07	0,06
Depois	0,07	0,05	0,07	0,05	0,07	0,06
Região Sul						
Antes	0,15	0,12	0,13	0,11	0,14	0,12
Depois	0,15	0,14	0,13	0,15	0,15	0,15
Região Sudeste						
Antes	0,41	0,43	0,43	0,43	0,41	0,43
Depois	0,41	0,49	0,43	0,47	0,41	0,47
Região Nordeste						
Antes	0,28	0,24	0,27	0,24	0,28	0,24
Depois	0,28	0,22	0,27	0,23	0,28	0,23
Região Norte						
Antes	0,07	0,10	0,07	0,10	0,07	0,1
Depois	0,07	0,05	0,07	0,05	0,07	0,05
Trabalhador doméstico						
Antes	0,14	0,21	0,14	0,21	0,14	0,21
Depois	0,14	0,23	0,14	0,19	0,14	0,19
Trabalhador do setor privado						
Antes	0,32	0,34	0,33	0,34	0,32	0,34
Depois	0,32	0,29	0,33	0,35	0,32	0,29
Trabalhador do setor público						
Antes	0,13	0,07	0,13	0,07	0,13	0,07
Depois	0,13	0,10	0,13	0,12	0,13	0,12
Trabalhador por conta própria						
Antes	0,26	0,29	0,25	0,29	0,26	0,29
Depois	0,26	0,24	0,25	0,22	0,26	0,25
Pseudo R ² (antes)	0,334		0,332		0,334	
Pseudo R ² (depois)	0,017		0,013		0,011	

T: grupo tratado; C: grupo controle.

Notas: na linha "Antes", estão os dados não pareados, e, na linha "Depois", estão os dados pareados. Nas duas últimas linhas, estão os resultados do pseudo R² antes e depois do pareamento.

Tabela 3

Impacto da aposentadoria na probabilidade de avaliação da saúde geral como boa ou excelente e na probabilidade de presença de sintomas depressivos da escala CES-D/8 (*The Center for Epidemiological Studies-Depression scale*) 7,9.

	Todos	Mulher	Homem	Rural	Urbano	Mulher rural	Homem rural	Mulher urbana	Homem urbano
Painel A: saúde geral autoavaliada boa ou excelente									
Aposentou por tempo de contribuição									
N(1)									
ATT	0,087 *	0,130 **	0,004	0,167	0,063	0,061	0,205	0,097 ***	-0,006
SE	0,042	0,038	0,044	0,129	0,046	0,196	0,137	0,051	0,043
Kernel									
ATT	0,077 **	0,147 **	0,008	0,144	0,069 *	0,178	0,045	0,130 *	0,009
SE	0,029	0,046	0,037	0,096	0,031	0,155	0,121	0,051	0,039
Aposentou por idade									
N(1)									
ATT	0,048	0,081	-0,029	0,115	0,016	0,142	-0,017	0,093 ***	0,047
SE	0,031	0,049	0,060	0,119	0,037	0,185	0,160	0,054	0,060
Kernel									
ATT	0,046 ***	0,085 *	0,007	0,016	0,053 ***	0,140	-0,023	0,077 ***	0,030
SE	0,027	0,038	0,039	0,076	0,031	0,131	0,095	0,041	0,047
Painel B: sintomas depressivos (escala CES-D/8)									
Aposentou por tempo de contribuição									
N(1)									
ATT	-0,061 ***	-0,091 ***	-0,050	-0,103	-0,064	0,148	-0,088	-0,061	-0,004
SE	0,035	0,052	0,039	0,118	0,041	0,091	0,185	0,056	0,030
Kernel									
ATT	-0,079 *	-0,084 ***	-0,054	-0,102	-0,085 **	0,130	-0,184	-0,110 *	-0,041
SE	0,029	0,047	0,034	0,098	0,031	0,187	0,119	0,052	0,036
Aposentou por idade									
N(1)									
ATT	-0,054	-0,065	-0,081 *	-0,090	-0,069 ***	-0,075	-0,193 **	-0,002	-0,063
SE	0,036	0,050	0,038	0,089	0,040	0,117	0,073	0,041	0,067
Kernel									
ATT	-0,062 *	-0,070 ***	-0,067 ***	-0,072	-0,043	0,009	-0,167 ***	-0,040	-0,040
SE	0,028	0,040	0,039	0,077	0,032	0,150	0,096	0,043	0,048

Notas: a primeira linha de cada método de pareamento apresenta o efeito médio do tratamento sobre os tratados (*Average Treatment Effect on the Treated* – ATT), e a segunda linha, o erro padrão (*Standard Error* – SE).

* $p < 5\%$;

** $p < 1\%$;

*** $p < 10\%$.

No painel B da Tabela 3, são apresentados os resultados sobre a probabilidade de apresentar sintomas depressivos da escala CES-D/8 que indiquem depressão. Não são observados resultados significativos em análise para todos os indivíduos que recebem aposentadoria. Entretanto, há efeitos claros de redução dos sintomas depressivos identificados sobre mulheres que aposentaram por tempo de contribuição, e, para aposentadoria por idade, há efeitos claros de redução dos sintomas sobre homens da zona rural.

Para quem aposentou por tempo de contribuição, diminuíram em 6,1% e 7,9% os sintomas depressivos que indicam depressão para todos os indivíduos aposentados. Ao analisar indivíduos da zona urbana, o efeito foi de redução em 8,5%, e, quando analisado por gênero, é observada redução concentrada apenas sobre mulheres, em 11%.

Já para indivíduos que aposentaram por idade, há diminuição na probabilidade de apresentarem sintomas depressivos em 6,7% e 8,1% sobre homens, que, quando analisados por localidade, os resultados mostram que são resultantes da elevada diminuição para homens da zona rural, em 16,7% e 19,3%.

Renda domiciliar e renda individual

A renda dos indivíduos responsáveis pelo domicílio maiores do que 50 anos, aposentados ou não, tem a média igual a R\$ 1.447,82. Enquanto a renda domiciliar tem a média de R\$ 2.144,80. Observa-se que a renda média individual do responsável pelo domicílio representa 67,5% da média da renda domiciliar.

Em relação à distribuição da renda domiciliar dividida em dez intervalos de R\$ 1.000,00 para os indivíduos com mais de 50 anos que se aposentaram por idade ou por tempo de contribuição, pode ser observado que, em geral, a renda dos aposentados por idade é inferior à renda dos aposentados por tempo de contribuição e se concentra, sobretudo, em rendas de até R\$ 2.000,00 por domicílio em 2015 ou 2016.

A renda por tempo de contribuição, embora também apresente concentração nos menores intervalos de renda, tem uma distribuição mais homogênea ao longo dos intervalos de renda mais elevados, ou seja, há maior dispersão em todos os intervalos de renda quando comparada à dispersão da aposentadoria por idade, que praticamente se distribui somente pelos cinco menores intervalos de renda, com quase 50% das rendas correspondentes ao intervalo de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 nos anos das entrevistas.

A Tabela 4 mostra os resultados da aposentadoria sobre renda total domiciliar (Painel A) e individual do responsável pelo domicílio (Painel B). As aposentadorias elevam as rendas de um modo geral. A renda domiciliar tem grande variação positiva, porém, comparativamente menor do que a individual. Enquanto as aposentadorias por tempo de contribuição não possuem impacto sobre a renda na zona rural, as aposentadorias por idade têm significativos efeitos. Em geral, aposentadorias por idade têm um efeito maior sobre a renda do que aposentadorias por tempo de contribuição, especialmente para homens da zona rural e mulheres da zona urbana.

A aposentadoria por tempo de contribuição, quando analisadas entre a renda domiciliar, mostra que o impacto positivo para homens da zona urbana varia em pouco mais de 90% e 103%, enquanto a renda domiciliar para mulheres varia positivamente em torno de 72% e 85%.

Dentre os aumentos na renda provocados pela aposentadoria por idade, a menor variação relativa é observada para homens urbanos, com aumento de 58%. Para mulheres, o efeito da aposentadoria no aumento da renda domiciliar é de 90% aproximadamente.

Em análise à renda individual, a aposentadoria por tempo de contribuição proporcionou aumentos próximos ou superiores a 100% para quase todos os resultados, com variação positiva ainda maior para homens urbanos em 123% e 137%; para mulheres, a renda aumentou entre 90% e 101%.

A variação observada na renda provocada pela aposentadoria por idade, quando considerada a renda individual entre gêneros, aumenta em mais de 180% a quase 190% para mulheres, variação relativa muito superior à renda dos homens, que aumenta, aproximadamente, em 60%. Diferença significativa também encontrada entre as rendas da zona rural, porém, maior entre homens. A variação positiva na renda das mulheres é de 127%, enquanto, para os homens, há aumento em até 218%.

Discussão

A pesquisa buscou contribuir para mitigar a escassez de evidências em avaliações de impacto sobre efeitos das aposentadorias no Brasil, principalmente em saúde e bem-estar, medidos em variáveis de saúde geral, sintomas depressivos e rendas domiciliar e individual. O método utilizado para identificar os efeitos de todas as aposentadorias conjuntamente, aposentadoria por tempo de contribuição

Tabela 4

Impacto da aposentadoria na probabilidade de variação das rendas individual e domiciliar.

	Todos	Mulher	Homem	Rural	Urbano	Mulher rural	Homem rural	Mulher urbana	Homem urbano
Painel A: renda total domiciliar									
Aposentou por tempo de contribuição									
N(1)									
ATT	0,613 *	0,743 **	0,839 *	0,039	0,889 *	0,454	-0,579 **	0,855 ***	1,030 **
SE	0,169	0,345	0,212	0,267	0,190	0,358	0,346	0,380	0,300
Kernel									
ATT	0,777 *	0,741 *	0,825 *	0,148	0,809 *	0,696	-0,072	0,718 *	0,917 *
SE	0,141	0,230	0,180	0,430	0,155	0,639	0,548	0,263	0,191
Aposentou por idade									
N(1)									
ATT	0,742 *	1,064 *	0,587 *	0,804 *	0,792 ***	0,963 ***	0,759 *	0,903 *	0,581 ***
SE	0,142	0,174	0,141	0,264	0,154	0,390	0,243	0,196	0,231
Kernel									
ATT	0,815 *	0,956 *	0,644 *	0,832 ***	0,800 *	0,906 **	0,632	0,895 *	0,585 *
SE	0,132	0,188	0,187	0,362	0,149	0,545	0,461	0,205	0,224
Painel B: renda total individual do responsável pelo domicílio com idade superior a 50 anos									
Aposentou por tempo de contribuição									
N(1)									
ATT	0,934 *	0,759 ***	1,194 *	-0,094	1,152 *	0,768	-0,603	1,009 *	1,235*
SE	0,241	0,329	0,267	0,362	0,230	0,854	0,528	0,359	0,331
Kernel									
ATT	1,138 *	0,905 *	1,220 *	-0,007	1,224 *	0,459	-0,216	0,902 *	1,368 *
SE	0,180	0,291	0,230	0,591	0,197	0,809	0,772	0,328	0,241
Aposentou por idade									
N(1)									
ATT	1,207 *	1,972 *	0,594 ***	1,573 *	1,281 *	1,270 *	2,188 ***	1,872 *	0,450
SE	0,204	0,269	0,268	0,504	0,209	0,384	0,999	0,282	0,374
Kernel									
ATT	1,273 *	1,813 *	0,795 *	1,532 *	1,248 *	1,122	1,447 *	1,833 *	0,600 ***
SE	0,170	0,235	0,242	0,488	0,190	0,793	0,621	0,254	0,289

Notas: a primeira linha de cada método de pareamento apresenta o efeito médio do tratamento sobre os tratados (*Average Treatment Effect on the Treated* – ATT), e a segunda linha, o erro padrão (*Standard Error* – SE).

* $p < 1\%$;

** $p < 10\%$;

*** $p < 5\%$.

e aposentadoria por idade, foi o PSM, com dados do ELSI-Brasil, analisados para diferentes subgrupos, de gênero e localidade.

Os resultados encontrados mostram efeitos benéficos, quando significantes, da aposentadoria sobre os indivíduos para todas as variáveis analisadas. Os efeitos positivos, sobretudo para mulheres, da aposentadoria em maiores avaliações da saúde geral como boa ou excelente corroboram os resultados positivos mostrados por Coe & Zamorro ¹¹ e Eibich ¹⁴. Esse efeito pode ser atribuído à maior prática de hábitos saudáveis devido à maior disponibilidade de tempo e também ao alívio da sobrecarga do trabalho sobre a saúde geral, como abordado por Eibich ¹⁴.

A maior prática de hábitos saudáveis pode também ser facilitada devido à segurança conferida pela renda da aposentadoria, possibilitando que as pessoas possam se dedicar a um maior tempo de lazer. Nesse sentido, a aposentadoria pode proporcionar mudanças de estilos de vida habituais e estabelecer novas rotinas, como encontraram Ding et al. ⁶ em estudo com aposentados australianos. A aposentadoria foi associada às reduções da chance de fumar, de inatividade física, de ficar tempo excessivo sentado e de ter padrões inadequados de sono.

Os efeitos positivos encontrados na redução de sintomas depressivos para mulheres estão de acordo com os resultados antes evidenciados por Gorry et al. ⁷, Atalay & Barrett ¹³, Eibich ¹⁴, Oshio & Kan ¹⁵. Menos sintomas depressivos para as mulheres, assim como a melhora na avaliação da saúde geral, também podem ser explicados por aumento da renda e maior disponibilidade de tempo e, em decorrência disso, maior viabilidade de adesão a hábitos saudáveis de vida.

Conforme mencionado por Behncke ¹⁰, o valor atribuído ao tempo pode diminuir após a aposentadoria, dada a sua maior disponibilidade, e, dessa forma, o custo do tempo para investir em saúde também diminui. Portanto, para o aposentado, pode tornar menos custoso ir a uma consulta médica ou cozinhar alimentos saudáveis. Adicionalmente, Andrade et al. ²⁸, em estudo também com a linha de base do ELSI-Brasil, mostram que os benefícios de aposentadorias e pensões são diretamente relacionados à percepção de mais segurança econômica e autonomia.

Já uma possível explicação para a não evidência encontrada para mulheres que se aposentam por idade, em associação a menores níveis socioeconômicos, pode ser atribuída ao alívio dos estressores apenas do trabalho e não em outros contextos ²⁹. Em relação às mulheres da zona rural, o efeito não encontrado pode ser atribuído, como levantado por Ponczek ¹⁶, ao fato de que brasileiras rurais só têm autonomia sobre suas rendas quando chefes de família.

Os resultados para homens da zona rural, por meio da diminuição substancial na probabilidade de presença de sintomas depressivos, podem estar relacionados às condições de trabalho, além da segurança financeira proporcionada pelo benefício da aposentadoria e do aumento da renda. Uma pior saúde mental é encontrada em trabalhadores que enfrentam alta carga de estresse, alta demanda e baixo controle sobre o trabalho ³⁰, assim como Eibich ¹⁴ atribui o resultado de melhor saúde mental após a aposentadoria aos alívios de estresse do trabalho, principalmente com alta exigência física. O que sugere também que desigualdades em saúde permanecem em fases mais avançadas da vida devido à ocupação exercida, como levantado por McGorven & Nazroo ⁹, dada a não evidência de melhores avaliações de saúde geral para os homens aposentados da zona rural.

Os resultados nas rendas encontrados para aposentados são expressivamente maiores do que a renda de não aposentados. Possíveis explicações para impactos tão elevados são (i) trabalho remunerado mesmo após a aposentadoria; (ii) renda auferida muito baixa pelos trabalhadores no mercado de trabalho; (iii) trabalhadores que se inserem na população economicamente ativa (PEA) desempregados; e (iv) diminuição do valor relatado da renda auferida pelo grupo de controle devido à não contribuição previdenciária.

No país, grande parte dos trabalhadores beneficiados pela aposentadoria continuam no mercado de trabalho, especialmente os trabalhadores aposentados por tempo de contribuição, promovendo o acúmulo das rendas de aposentadoria e trabalho ². Os trabalhadores que aposentam e retornam ao mercado por causa da remuneração exercem o chamado emprego-ponte para a aposentadoria integral, que pode ser considerado um emprego até a saída definitiva da força de trabalho. A natureza dos trabalhos pode ser diferente daqueles exercidos na maior parte da vida – pode, por exemplo, assumir um caráter de empreendimento ou trabalho autônomo e em regime de meio período ³¹.

Há também sugestiva relação no país da maior expectativa de vida e níveis socioeconômicos mais elevados ², ou seja, a relação entre renda e longevidade. Turra et al. ²³ afirmam que a renda notadamente mais alta na faixa dos idosos brasileiros pode associar-se à menor expectativa de vida dos mais pobres, o que leva à comparação entre idosos de classes sociais mais elevadas com adultos de todas as classes. Ainda, para os autores, com garantias mínimas mesmo para pessoas sem histórico de contribuição, o benefício de assistência social já é suficiente para a elevação da renda dos idosos brasileiros além da renda máxima dos intervalos inferiores da população mais jovem – maior do que a renda dos 40% mais pobres. Além de as maiores rendas dos idosos poder decorrer dos benefícios previdenciários e da acumulação de riqueza.

Os avanços médicos permitiram, até então, viver mais e com mais saúde, além de terem permitido uma vida profissional mais longa em empregos de carreira ou empregos-ponte³¹. Tais avanços, entretanto, podem não ter alcançado todos os brasileiros da mesma forma, especialmente para os que estiveram mais isolados de bens e serviços de saúde durante a maior parte da vida.

Camarano et al.² afirmam que a aposentadoria reforça as desigualdades sociais enfrentadas pelos homens de diferentes classes ao longo da vida, o que pode ser corroborado pelas diferenças dos resultados encontrados entre as aposentadorias entre homens da zona urbana, em que a proporção do aumento da aposentadoria por idade é comparativamente menor do que o aumento da aposentadoria por tempo de contribuição, e que, além disso, é historicamente associada a trabalhos de maiores remunerações.

Para as mulheres, as aposentadorias reduzem as desigualdades de gênero geradas pelas discrepâncias das remunerações e dupla jornada de trabalho durante a idade ativa em relação aos homens, que são revertidas, após aposentadoria, em maior tempo de benefício dada a maior expectativa de vida^{2,32}. Por meio dos resultados, há demonstração de maior aumento proporcional da renda das mulheres que aposentaram por idade em relação à renda dos homens urbanos que também aposentaram por idade. Fato oposto ao evidenciado para as proporções das remunerações das aposentadorias por contribuição na zona urbana.

Sobre o maior impacto entre as rendas quando responsável pelo domicílio, uma interpretação é que, enquanto responsáveis pelo domicílio, os indivíduos ainda têm sua funcionalidade preservada e podem obter renda de outras fontes além da aposentadoria, como oriunda do trabalho, seja por meio de emprego-ponte ou de emprego de carreira.

Conclusão

Os efeitos encontrados das aposentadorias sobre a saúde mental das mulheres sugerem que os mecanismos que mais explicam os efeitos positivos são a renda e, como consequência, maior controle sobre o meio em que vivem. Enquanto os efeitos da aposentadoria sobre os trabalhadores rurais sugerem que esses são gerados por meio de melhora na saúde mental que, por sua vez, parece ser proporcionada pelos alívios das exigências físicas dos trabalhos e também pelo maior controle do meio em que vivem, dada a segurança proporcionada pelo benefício.

Em especial, o artigo evidencia quão importante é a renda dos benefícios sociais para a população brasileira, ressaltada nos efeitos sobre mulheres e trabalhadores rurais. Tais resultados sugerem o acúmulo de sobrecargas e desigualdades vivenciadas durante a vida profissional desses grupos, como dupla jornada de trabalho e menores remunerações para as mulheres, e, para a população rural, sobrecarga à saúde física e menor acesso aos serviços básicos como de saúde e saneamento, além de insegurança alimentar.

Dadas essas evidências e a atual mudança das regras para aposentadoria para as mulheres, com o aumento da idade em dois anos, há de se considerar a possibilidade de efeitos adversos na saúde, como aumento de demandas de saúde decorrente do comprometimento da funcionalidade em todos os aspectos. Atalay & Barrett¹³ mostram que a reforma previdenciária australiana, além de ter reduzido a riqueza relativa à seguridade social das mulheres, pode ser explicação da crescente necessidade de programas como os que se destinam à incapacidade funcional.

Mais anos no mercado de trabalho traz à tona outra necessidade para não incorrer em maiores gastos públicos em saúde, a do idoso autônomo e independente. Portanto, são limitações deste estudo os efeitos da aposentadoria sobre tempo dedicado a hábitos saudáveis de vida e, de modo oposto, efeitos sobre sedentarismo, doenças crônicas e dependência funcional. Pesquisas futuras que abordem esses pontos podem ser avanços deste estudo. Já as evidências encontradas, além da contribuição à literatura internacional, são importantes para abrir o caminho a novas pesquisas nacionais sobre aposentadoria e bem-estar, sendo importante base de comparação, especialmente para estudos de avaliação de impacto de aposentadorias.

Colaboradores

R. C. Oliveira contribuiu na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho. R. H. Coelho contribuiu na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho.

Informações adicionais

ORCID: Rodrigo Carvalho Oliveira (0000-0002-5724-9208); Rachel Helena Coelho (0000-0001-8949-3822).

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento.

Referências

1. Reitzes DC, Mutran EJ, Fernandez ME. Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *Gerontologist* 1996; 36:649-56.
2. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. (Texto para Discussão, 1890).
3. Borges GM, Campos MB, Silva LGC. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP, organizadores. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. p. 138-51. (Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica, 3).
4. Anxo D, Ericson T, Miao C. Impact of late and prolonged working life on subjective health: the Swedish experience. *Eur J Health Econ* 2019; 20:389-405.
5. Eyjólfssdóttir HS, Baumann I, Agahi N, Fritzell J, Lennartsson C. Prolongation of working life and its effect on mortality and health in older adults: propensity score matching. *Soc Sci Med* 2019; 226:77-86.
6. Ding D, Grunseit AC, Chau JY, Vo K, Byles J, Bauman AE. Retirement – a transition to a healthier lifestyle? Evidence from a Large Australian Study. *Am J Prev Med* 2016; 51:170-8.
7. Gorry A, Gorry D, Slavov SN. Does retirement improve health and life satisfaction? *Health Econ* 2018; 27:2067-86.
8. Marmot M. Introduction. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. Retirement, health and relationships of the older population in England: the 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2). London: The Institute for Fiscal Studies; 2006. p. 1-8.
9. McGovern P, Nazroo JY. Patterns and causes of health inequalities in later life: a Bourdieusian approach. *Sociol Health Illn* 2015; 37:143-60.
10. Behncke S. Does retirement trigger ill health? *Health Econ* 2012; 21:282-300.
11. Coe NB, Zamarro G. Retirement effects on health in Europe. *J Health Econ* 2011; 30:77-86.
12. Coe NB, von Gaudecker HM, Lindeboom M, Maurer J. The effect of retirement on cognitive functioning. *Health Econ* 2012; 21:913-27.
13. Atalay K, Barrett GF. The causal effect of retirement on health: new evidence from Australian pension reform. *Economics Letters* 2014; 125:392-95.
14. Eibich P. Understanding the effect of retirement on health: mechanisms and heterogeneity. *J Health Econ* 2015; 43:1-12.

15. Oshio T, Kan M. The dynamic impact of retirement on health: Evidence from a nationwide ten-year panel survey in Japan. *Prev Med* 2017; 100:287-93.
16. Ponczek V. Income and bargaining effects on education and health in Brazil. *Journal of Development Economics* 2011; 94:242-53.
17. Duque D. Rural Pensions and household welfare in Brazil: estimating effects on income, labor supply and food insecurity with a regression discontinuity design. http://www.ridge.uy/wp-content/uploads/2019/04/Rural_Pensions_in_Brazil__1_.pdf (acessado em 12/Dez/2019).
18. Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 25 jul.
19. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 25 jul.
20. Souza PHGF, Vaz FM, Paiva LH. Efeitos redistributivos da reforma da Previdência. Brasília/Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. (Texto para Discussão, 2424).
21. Radloff LS. The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1:385-401.
22. Van de Velde S, Levecque K, Bracke P. Measurement equivalence of the CES-D 8 in the general population in Belgium: a gender perspective. *Arch Public Health* 2009; 67:15-29.
23. Turra CM, Holz M, Cotlear D. Who benefits from public transfers? Incidence across generations in Brazil and Chile. In: Cotlear D, editor. *Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Human development*. Washington DC: The World Bank; 2011. p. 211-31.
24. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70:41-55.
25. Angrist JD, Pischke J-S. *Mostly harmless econometrics: an empiricist's companion*. Princeton: Princeton University Press; 2009.
26. Pinto C. Pareamento. In: Menezes-Filho NA, Pinto CCX, organizadores. *Avaliação econômica de projetos sociais*. 3ª Ed. São Paulo: Fundação Itaú Social; 2017. p. 111-44.
27. Gertler PJ, Martínez S, Premand P, Rawlings L, Vermeersch C. *Avaliação de impacto na prática*. 2ª Ed. Washington DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial; 2018.
28. Coursolle KM, Sweeney MM, Raymo JM, Ho JH. The association between retirement and emotional well-being: does prior work – family conflict matter? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010; 65:609-20.
29. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ* 2006; 332:521-5.
30. Andrade EIG, Cherchiglia ML, Souza-Junior PRB, Bof de Andrade F, Mambrini JVM, Lima-Costa MF. Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública* 2018; 52 Suppl 2:15s.
31. Beehr TA, Bennett MM. Working after retirement: features of bridge employment and research directions. *Work Aging Retire* 2015; 1:112-28.
32. Wajnman S, Marri I, Turra CM. Os argumentos de proteção social e equidade individual no debate sobre previdência e gênero no Brasil. In: *Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1860/1819> (acessado em 18/Nov/2019).

Abstract

Aging of the Brazilian population with the country's diversity of demographic and territorial characteristics motivated this study on the effects of retirement pensions on health and wellbeing. The study thus analyzes the effects of retirement pensions in Brazil by age and contribution time through measures of overall self-rated health, depressive symptoms on the CES-D scale, and household and head-of-household income. The analyses were also disaggregated by gender and locality. The method used was Propensity Score Matching with data from 9,412 individuals 50 years or older obtained from the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil), collected in the years 2015 and 2016. In overall self-rated health, there was an increase in the probability of rating health as good or excellent for women in urban areas, both for those retired by contribution time (more than 9%) and by age (more than 7%). There was a reduction in the probability of depressive symptoms for women that retired by contribution time (11%), while for men from rural areas there was a reduction of more than 16%. There were important increases in income in all the subgroups. The study aimed to help offset the lack of evidence on the effects of retirement pensions in Brazil, and the results generally suggest that the effects of retirement pensions on individuals' health and wellbeing are beneficial but quite heterogeneous between men and women and between rural and urban areas.

Retirement; Personal Satisfaction; Aged; Aging

Resumen

El proceso de envejecimiento de la población brasileña ante las diversas características poblacionales y territoriales del país incentivó el estudio realizado acerca de los efectos de las jubilaciones sobre salud y bienestar. En ese sentido, se analizan los efectos de las jubilaciones en Brasil por edad y tiempo de contribución, a través de medidas de salud general autoevaluadas, síntomas depresivos de la escala CES-D, rentas domiciliarias y la individual del responsable del domicilio. Los análisis también fueron desagregados por género y localidad. El método utilizado fue el Propensity Score Matching con datos de 9 412 individuos con 50 años o más, obtenidos del Estudio Brasileño Longitudinal de la Salud del Envejecimiento (ELSI-Brasil), recogidos durante los años de 2015 y 2016. Sobre la salud general autoinformada, existe un aumento en la probabilidad de evaluación de la salud como buena o excelente para las mujeres de la zona urbana, tanto para las que se jubilaron por tiempo de contribución, en más de un 9%, como por edad, en más de un 7%. Existe reducción en la probabilidad de presencia de síntomas depresivos para las mujeres que se jubilaron por un tiempo de contribución en un 11%, y, para hombres de la zona rural, existe reducción en más de un 16%. Ya sobre la renta, los efectos son de aumentos expresivos para todos los subgrupos. La investigación procuró contribuir a la escasez de evidencias sobre efectos de las jubilaciones en Brasil y, en general, los resultados sugieren que los efectos de las jubilaciones sobre la salud y el bienestar de los individuos son benéficos, no obstante, bastante heterogéneos entre hombres y mujeres de las zonas rurales y urbanas.

Jubilación; Satisfacción Personal; Anciano; Envejecimiento

Recebido em 24/Abr/2020

Versão final reapresentada em 04/Dez/2020

Aprovado em 15/Jan/2021