

Talianne Rodrigues Santos¹
Windsor Ramos da Silva Júnior²
Inácia Sátiro Xavier de França³
Giovannini Cesar Abrantes Lima
de Figueiredo⁴

**Profile of INSS disability
beneficiaries in Paraíba
(2007-2009)**

**| Perfil do beneficiário do INSS
por invalidez, na Paraíba, no
triênio 2007-2009**

ABSTRACT | *Introduction: Disability retirement causes a limiting impact on the growth of the workforce. Objectives: Trace the socio-economic and demographic of the beneficiary retired on disability in Paraíba in the triennium 2007-2009, check the proportion of benefits and their causes. Methodology: This was an observational research, descriptive, using secondary data. Results: 7692 benefits were granted. Of these, 59.8% are over 50 years, 65.3% are male, 82.6% have an average salary between one and two minimum wages, 30.2% of the benefits were granted to unemployed people and 8.15% of the concessions were due to circulatory diseases. Conclusions: It appears that Paraíba has enormous spending on disability, therefore requiring the most effective methods to prevent and treat the health of the population.*

Keywords | *Pensions; Insurance benefits; Disability.*

RESUMO | *Introdução: Aposentadoria por invalidez provoca um impacto limitante no crescimento da força de trabalho. Objetivos: Traçar o perfil socio-econômico e demográfico do beneficiário aposentado por invalidez na Paraíba no triênio 2007-2009 e verificar a proporção de benefícios concedidos e suas causas. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, com dados secundários. Resultados: Totalizaram 7.692 benefícios por invalidez. Destes, 59,8% têm mais de 50 anos, 65,3% são do sexo masculino, 82,6% têm uma média salarial entre um e dois salários mínimos, 30,2% dos benefícios foram concedidos a pessoas desempregadas e 8,15% das concessões foram devido a doenças circulatórias. Conclusão: Constata-se que a Paraíba tem enormes gastos com a invalidez, portanto necessita de métodos mais eficazes para prevenir e tratar a saúde da população.*

Palavras-chave | *Benefícios de aposentadoria; Benefícios do Seguro; Invalidez.*

¹Enfermeira; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²Fisioterapeuta; especialista em Fisioterapia Manual; mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

³Enfermeira; doutora em Enfermagem; professora nível A da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

⁴Médico; doutor em Medicina e Saúde; professor titular da Universidade estadual da Paraíba (UEPB).

INTRODUÇÃO |

Segundo Moura, Carvalho e Silva¹⁵, a Seguridade Social no Brasil faz parte da Previdência Social, regida por um conjunto de princípios, regras e instituições, cujo objetivo é estabelecer um sistema de proteção social, mediante contribuição compulsória. Essa contribuição é feita mensalmente, com desconto em folha de um percentual aproximado de 10% do salário dos trabalhadores. As empresas também fornecem um percentual semelhante por trabalhador contratado, tendo por objetivo proporcionar os meios indispensáveis de subsistência ao segurado e à sua família, quando ocorrer certa contingência prevista em lei. A autarquia responsável pela gerência da seguridade social é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Benefício concedido é aquele cujo requerimento, apresentado pelo segurado, ou seus dependentes, à Previdência Social, é analisado e deferido, desde que o requerente preencha todos os requisitos necessários à espécie do benefício solicitado e liberado para pagamento. A concessão corresponde, portanto, ao fluxo de entrada de novos benefícios no sistema previdenciário⁷.

Ainda de acordo com o Ministério da Previdência Social⁷, a aposentadoria por invalidez é o benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados, pela perícia médica da Previdência Social, incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento, estando ou não em gozo de auxílio-doença. Quem recebe aposentadoria por invalidez tem que passar por exames médico-periciais de dois em dois anos para manter o benefício. A aposentadoria deixa de ser paga quando o segurado recupera a capacidade e volta ao trabalho. Para ter direito ao benefício, no caso de doença, o trabalhador tem que contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Em caso de acidente, esse prazo de carência não é exigido, mas é preciso estar inscrito na Previdência Social. O segurado é amparado pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Desde a década 70, diversas economias de países desenvolvidos experimentam um importante incremento da quantidade de pessoas que recebem benefícios por doenças de longa duração (auxílio-doença) e benefícios por invalidez (aposentadorias), tratando-se de um processo real a despeito das importantes melhorias observadas na saúde pública⁶. Esse problema apresenta-se ainda

mais evidente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que, em relação à concessão de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez, concedeu, no ano de 2004, em números absolutos, 143.354 auxílios-doença e 20.227 aposentadorias por invalidez. Esses benefícios em conjunto foram responsáveis por, aproximadamente, 51% do total de benefícios concedidos em 2004, evidenciando que tal magnitude tem importante repercussão econômica e social no sistema previdenciário brasileiro¹⁵.

Esses benefícios atingem não só o aposentado. Segundo Sandi e Heringer²⁰, no caso do Semiárido, cada prestação paga pela Previdência beneficia 3,5 pessoas, em média – o próprio beneficiário e outras 2,5 pessoas que vivem em seu entorno social, alcançando, dessa forma, uma população média de 9,1 milhões de habitantes, direta e indiretamente, o que corresponde a mais ou menos 47% da população total residente naquela região. Na área rural, essa relação é ainda maior, chegando a 78,5%.

Destaca-se ainda que, só em 2001, foram concedidos mais de 2,6 milhões de benefícios no Semiárido. Desses, quase 300 mil foram destinados ao Estado da Paraíba, somando-se um montante aproximado de R\$ 730 milhões em benefícios²⁰.

No tocante à quantidade de aposentadorias por invalidez concedidas nesse Estado, as informações são escassas. Atualmente, tal situação tem importante repercussão econômica e social no sistema previdenciário brasileiro e paraibano já que tais benefícios são concedidos a pessoas em idade produtiva, principalmente acometidas por patologias resultantes do processo de industrialização e urbanização. Esse processo decorre das mudanças observadas no perfil epidemiológico do País nas últimas décadas¹.

Como resultado da transição epidemiológica brasileira, atualmente os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, comuns do processo de industrialização, convivem com a expansão de doenças crônicas características da sociedade pós-industrial¹⁰. Tal fato, em conjunto com a dinâmica demográfica de cunho restritivo em curso no País, pode vir a provocar também um impacto limitante no crescimento da força de trabalho, em função da possibilidade de aumentar o número de afastamentos precoces da atividade econômica. Ademais, destaca-se a pressão que esses afastamentos exercem nas despesas previdenciárias⁸.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam a primeira causa de morbimortalidade no País. A maior parte é incapacitante para o trabalho, primeiramente de modo temporário, podendo levar a situações de

invalidez, determinando aposentadorias precoces. Dessa forma, observa-se a crescente importância das DCNTs no panorama brasileiro, determinando um aumento do volume de gastos pela previdência e um elevado custo social em decorrência da alta morbidade, mortes prematuras, muitas dessas evitáveis, ou incapacitação de pessoas em idade produtiva. As DCNTs têm sido ainda responsáveis por um aumento considerável na demanda por serviços de saúde, principalmente curativos e intervenções hospitalares. Vale ressaltar que essas doenças se constituem em importantes problemas para a saúde pública, no Brasil e em diversas regiões do mundo¹⁸. Nas próximas décadas, os chamados países emergentes, despreparados para essa demanda social, juntamente com os países industrializados, concentrarão um número ainda maior de mortes por DCNTs e, em torno de 2050, é estimado que os países emergentes tenham a maior prevalência mundial por esse grupo de doenças¹².

A Organização Mundial da Saúde (OMS), observando tal problema para a saúde pública, está envolvida no esforço mundial de priorizar a vigilância das DCNTs, com foco nos principais fatores e comportamentos de risco que são identificados, como aqueles ligados ao estilo de vida (hábitos e comportamentos), às exposições no ambiente de trabalho (doenças ocupacionais e/ou profissionais e os acidentes de trabalho) e a outros fatores de risco variados que acentuam ou interagem com os já preexistentes, propiciando sinergismo desses fatores para algumas doenças⁹.

A prevenção de agravos à saúde do trabalhador, embasada, entre outros princípios, na interdisciplinaridade, no controle social, guiada pela conformação do Sistema Único de Saúde e tendo como imagem-objetivo a melhoria da qualidade de vida no trabalho e a consequente redução nos gastos públicos com benefícios, pressupõe o estabelecimento de estratégias operacionais para essa prevenção, como: o conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora; a intervenção nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando a eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los; e a avaliação do impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes e agravos à saúde³.

Além da promoção e prevenção dos agravos à saúde do trabalhador, algumas intervenções podem ajudar a reduzir o número de casos já existentes: a reabilitação do estado físico ou mental do trabalhador que pode também ser direcionada à melhoria das capacidades profissionais; os incentivos que motivam a permanência ou o regresso ao mercado laboral, sendo conveniente considerar as ajudas salariais, de um lado, e critérios mais rigorosos de elegibilidade e benefícios

menos generosos, do outro; e os programas especiais de emprego – como o emprego assistido ou protegido – que adaptam as condições de trabalho às necessidades das pessoas com capacidades físicas ou mentais limitadas ou criam postos de trabalho adequados⁶.

Assim, diante desses fatos e da presença de poucos estudos recentes na Paraíba sobre os benefícios concedidos, objetivou-se, com o presente trabalho, traçar o perfil socioeconômico e demográfico do beneficiário aposentado por invalidez na Paraíba, durante o triênio 2007-2009; verificar a proporção de benefícios e aposentadorias concedidos no mesmo período; e analisar as causas de aposentadoria por invalidez na Paraíba, segundo os códigos de ocorrência mais frequente na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)¹⁷.

METODOLOGIA |

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo de caráter exploratório, observacional, descritivo, de abordagem indutiva e com dados secundários. Os dados foram obtidos, em formato digital, por meio de consulta a informações dos Anuários Estatísticos da Previdência Social (AEPS) disponíveis no sítio (<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>) relativos ao triênio 2007 – 2009, contendo os benefícios de aposentadoria cedidos em sua totalidade e por invalidez previdenciária pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da Paraíba, portanto, não foi necessária a submissão à Comitê de Ética em Pesquisa.

De posse dos dados, já estruturados em forma de banco de dados, realizou-se a análise descritiva, por meio da obtenção das frequências absolutas e relativas das variáveis: CID, faixa etária, gênero, faixa salarial, tempo de contribuição à previdência social, grau de instrução e o tipo de filiação do pensionista ao INSS, além da construção das tabelas, utilizando-se o software *Microsoft® Excel* 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

No Brasil, o somatório de todos os tipos de benefícios concedidos no triênio 2007 -2009 foi de 13.109.104. Na Paraíba, a quantidade chegou a 219.868. Desses, 98.194 (44,67%) eram alocados na zona urbana e 121.674 (55,33%) eram da zona rural. No total, a previdência gastou um valor de R\$108.197.000,00 no referido triênio.

Apesar da proporção de o total de benefícios concedidos ter sido maior na zona rural, pôde-se observar que a maior

parte das aposentadorias por “invalidez previdenciária” se deu na zona urbana no triênio 2007 - 2009, com a quantidade de aposentadorias por invalidez previdenciária de 5.460 (87,6%), concessões no referido triênio. Já na zona rural, a quantidade de aposentadorias por invalidez foi de 772 (12,4%), concessões no mesmo período.

Devido aos movimentos migratórios decorrentes do processo de expansão das fronteiras econômicas nos últimos 40 anos, particularmente, após a década de 50, ocorre um intenso processo de concentração urbana da população brasileira. Ao contrário dessa distribuição demográfica, grande parte da população paraibana ainda se encontra na zona rural, por isso o maior número de benefícios é concedido a essa parcela da população²³.

Ainda de acordo com Veras, Ramos e Kalache²³, a menor quantidade de aposentadorias por invalidez na zona rural sugere uma diferença de exposição e de repercussão dos fatores de risco de agravos. Outra razão dessa proporção seria a dificuldade de o trabalhador rural comprovar seu tempo de serviço como agricultor, por isso a diminuição de benefícios concedidos.

Tabela 1 – Quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez na Paraíba, no triênio 2007-2009, segundo faixa etária

Faixa etária	2007	2008	2009	TOTAL
até 19 anos	62	56	53	171
20-29 anos	81	100	94	275
30-39 anos	258	323	326	907
40-49 anos	490	648	603	1741
50-59 anos	846	1116	1077	3039
60 anos ou mais	457	526	576	1559
TOTAL	2194	2769	2729	7692

Fonte: Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe, 2007-2009).

Pode-se perceber, de acordo com a Tabela 1, que há uma relação diretamente proporcional entre o aumento da faixa etária e a quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez. É notória a diferença de aposentadorias por idade entre 50 e 59 anos, que é a faixa etária com maior número de beneficiários. Na faixa etária com mais de 60 anos, observa-se uma diminuição de 48,7% nas aposentadorias concedidas, em comparação com a faixa etária anterior. Isso se deve ao fato de que, a partir dessa idade, a quantidade de pessoas dessa população começa a diminuir. Somando as aposentadorias cedidas a todas as pessoas no período dos três anos (7692), podemos observar que 59,8% (4.598) dos benefícios são destinadas às pessoas com mais de 50

anos. De acordo com o IBGE⁵, à medida que a expectativa de vida aumenta, surge um novo elenco de demandas para atender às necessidades específicas desse grupo, e o Brasil ainda não está preparado para receber tal atribuição.

Uma série de fatores ajuda a explicar o aumento do número de casos de benefícios por invalidez durante os anos pesquisados. Um deles é a idade média em que se concedem pela primeira vez os benefícios por invalidez que tem diminuído a cada ano. Outro fator é que poucos beneficiários por invalidez conseguem reabilitar-se devidamente, possibilitando o retorno ao trabalho⁶.

No que se refere ao gênero, as aposentadorias concedidas, no triênio 2007 - 2009, foram 5.026 para o sexo masculino e 2.663 para o feminino. Podemos analisar que há uma diferença superior do homem sobre a mulher, correspondendo o primeiro a 65,3% do total de benefícios. Oliveira, Beltrão e Maniero¹⁶ afirmam que, na década passada, as taxas de morbimortalidade aumentaram para alguns grupos etários, principalmente, adultos jovens do sexo masculino. Em outro estudo realizado por Ribeiro *et al.*¹⁹, entre os anos de 1999 e 2002, foi constatada essa mesma diferença entre homens e mulheres aposentados por invalidez. Tal constatação é ainda reafirmada por perceber que as mulheres apresentam maior expectativa de vida, hábitos de vida mais saudáveis e se preocupam mais com a própria saúde¹⁴.

Tabela 2 – Quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez na Paraíba, no triênio 2007-2009, segundo faixa salarial em Salários Mínimos (SM)

Faixa Salarial	2007	2008	2009	TOTAL
< 1 SM	12	10	7	29
1 SM	1317	1665	1671	4653
1 – 2 SM	474	606	618	1698
2 – 3 SM	167	219	196	582
3 – 4 SM	78	116	114	308
4 – 5 SM	46	51	48	145
5 – 6 SM	42	58	40	140
6 – 7 SM	35	32	25	92
7 – 8 SM	17	9	8	34
8 – 9 SM	5	2	2	9
10 – 11 SM	1	1	-	2
TOTAL	2194	2769	2954	7692

Fonte: Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe, 2007 – 2009)

Somando-se a segunda e a terceira categorias da Tabela 2, é possível observar que a maioria dos aposentados (82,6%) tem uma média salarial de um a dois salários

mínimos. Já 17% têm essa média maior que dois salários mínimos, e apenas 0,4%, tem uma renda menor que um salário mínimo.

Tabela 3 – Quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez na Paraíba, no triênio 2007-2009, segundo forma de filiação

Forma de Filiação	2007	2008	2009	Total
Desempregado	655	900	774	2329
Segurado Especial	542	643	672	1857
Autônomo	412	497	485	1394
Empregado	302	398	445	1145
Facultativo	192	200	245	637
Empregado Doméstico	50	73	76	199
Optante Pela Lei nº 6.184/74	38	50	24	112
Trabalhador Avulso	3	6	7	16
Empresário	-	2	1	3
TOTAL	2194	2769	2729	7692

Fonte: Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe, 2007 – 2009)

Com referência à forma de filiação, demonstrada na Tabela 3, a maior quantidade das aposentadorias concedidas por invalidez (30,27%) foi às pessoas que não possuíam emprego anteriormente. Em segundo lugar, ficou o segurado especial, que são os trabalhadores rurais que produzem em regime de economia familiar, sem utilização de mão de obra assalariada. Estão incluídos nessa categoria cônjuges, companheiros e filhos maiores de 16 anos que

trabalham com a família em atividade rural. Também são considerados segurados especiais o pescador artesanal e o índio que exerce atividade rural e seus familiares⁷.

A previdência brasileira se baseia no modelo de repartição simples, cuja lógica pressupõe um equilíbrio coletivo: as contribuições previdenciárias pagas pelos trabalhadores ativos destinam-se a cobrir os gastos com os benefícios dos inativos. O regime de repartição, em tese, seria sustentável pelo maior número de futuros contribuintes, responsáveis pelas aposentadorias e pensões dos atuais contribuintes. Na prática, o aumento expressivo da produtividade da mão de obra faz com que essa premissa esteja incorreta, mesmo diante de um quadro de crescimento econômico sustentável, quanto mais diante de períodos de baixo ou nenhum crescimento econômico¹³.

Além disso, a transição demográfica, em países como o Brasil, tende a tornar mais crítica a desproporção entre contribuintes e beneficiários da previdência social. Com o aumento do desemprego e a diminuição do montante salarial dos contribuintes, menos trabalhadores com salários mais baixos terão que sustentar mais aposentados com salários mais altos por mais tempo. O que está ocorrendo hoje é que a aposentadoria dos mais velhos é, com frequência, a única fonte estável de renda de toda a família, e os idosos beneficiários são usurpados do direito de utilizá-la a seu critério¹.

Outro dado de relevância foi a quantidade de aposentadorias por invalidez, segundo os códigos da CID-10 (Tabela 4) que originaram a aposentadoria, nos anos de 2007 a 2009. As doenças circulatórias foram a principal causa de aposentadorias por invalidez desse período, seguidas pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e doenças renais.

Boff *et al.*², em estudo realizado em Porto Alegre, verificaram que os benefícios concedidos por condições

Tabela 4 – Quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez na Paraíba, no triênio 2007-2009, segundo códigos da CID-10 (continua)

Código CID-10	Descrição	2007	2008	2009	Fa	Fr
I69	Sequelas de doenças cerebrovasculares	91	116	54	261	3,39
I25	Doença isquêmica crônica do coração	43	63	42	148	1,92
I11	Doença cardíaca hipertensiva	36	58	51	145	1,89
N18	Insuficiência renal crônica	46	40	40	126	1,64
H54.0	Cegueira, ambos os olhos	41	39	36	116	1,51
I50	Insuficiência cardíaca	40	42	34	116	1,51
M51	Outros transtornos de discos intervertebrais	28	40	46	114	1,48
I64	Acidente vascular cerebral, não hemorrágico ou isquêmico	0	33	40	73	0,95

Fa – frequência absoluta; Fr – frequência relativa

Fonte: Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe, 2007 – 2009)

Tabela 4 – Quantidade de aposentadorias concedidas por invalidez na Paraíba, no triênio 2007-2009, segundo códigos da CID-10 (conclusão)

Código CID-10	Descrição	2007	2008	2009	Fa	Fr
H54.1	Cegueira em um olho e visão subnormal em outro	28	32	0	60	0,78
M17	Gonartrose (artrose do joelho)	20	33	0	53	0,69
M51.1	Transt. de discos intervertebrais, lombares ou não, c/ radiculop.	0	0	37	37	0,48
I42.0	Cardiomiopatias	0	0	33	33	0,43
C50	Neoplasia maligna da mama	20	0	0	20	0,26
Ignorados		588	686	845	2119	27,55
Outros		1213	1587	1471	4271	55,53
TOTAL		2194	2769	2729	7692	100,00

Fa – frequência absoluta; Fr – frequência relativa

Fonte: Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe, 2007 – 2009)

clínicas, em 1998, somaram 4119 e responderam por 61% do total de concessões. Desse montante, 60% corresponderam às doenças do aparelho circulatório que, juntamente com as doenças osteomusculares e mentais, ocuparam os primeiros lugares como causas de concessão dos benefícios^{11,22}. Mesmo após mais de uma década, é possível observar que as pesquisas corroboram os achados atuais, evidenciando as condições circulatórias como uma das primeiras causas de aposentadoria por invalidez.

Achutti e Azambuja¹ apontam que, no grupo das doenças do aparelho circulatório, as causas de concessão de benefícios foram, pela ordem, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, doenças cerebrovasculares e doenças das veias. Tal fato corresponde aos dados desta pesquisa que apontam como primeiras causas de aposentadorias por invalidez as sequelas de doenças cerebrovasculares, a doença isquêmica crônica do coração e a doença cardíaca hipertensiva²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

De acordo com a presente pesquisa, foi possível traçar o perfil socioeconômico e demográfico do beneficiário aposentado na Paraíba, no triênio 2007 - 2009, observando que, diferentemente da tendência brasileira, a concessão de aposentadorias como um todo foi bem mais acentuada na zona rural da Paraíba. Além disso, percebeu-se a diminuição da idade média para a concessão de benefícios por invalidez.

Ao analisar as causas de aposentadorias por invalidez, constatou-se que é notória a tendência das doenças circulatórias como principal causa da concessão dos benefícios, fato que demonstra a necessidade de uma maior atenção das políticas públicas com relação ao aumento do número de casos desse tipo de patologia, principalmente no tocante a programas que objetivem a promoção da

qualidade de vida e a prevenção desse tipo de agravo.

Torna-se importante citar, ainda, uma limitação encontrada durante o estudo, a grande quantidade de subnotificações dos códigos da CID-10 nos dados obtidos, impossibilitando uma análise mais acurada de todas as causas de concessão dos benefícios.

Ao descrever quem são os trabalhadores aposentados por incapacidade permanente na Paraíba e as causas dessa aposentadoria, este estudo fornece pistas para investigações posteriores e poderá auxiliar no planejamento de ações voltadas para a atenção à saúde.

AGRADECIMENTOS |

Ao Instituto Nacional do Seguro Social, em especial o gerente executivo de Campina Grande, por permitir coleta de dados e a funcionária Danúsia Sampaio por ser participante efetiva na pesquisa.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Achutti A, Azambuja, MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Rev C S Col 2009; 9(4):833-40.
- 2 - Boff BM, Leite DF, Azambuja MI. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. Rev Saúde Pública 2002; 36(3):337-42.
- 3 - Brasil. Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. [citado 2011

mar 30]. Disponível em: URL: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>>.

4 - _____. Ministério da Previdência Social. Cobertura da Previdência Social no Brasil: perfil dos não-contribuintes e evolução recente. Informe da Previdência Social. 2003. [citado 2011 mar 30]. Disponível em: URL: http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/inf_marco03.pdf.

5 - _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE e CORDE abrem encontro internacional de estatísticas sobre pessoas com deficiência. Comunicação Social. 16 set. de 2005. [citado 2011 mar 30]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=438&cid_pagina=1

6 - _____. Ministério da Previdência Social. Benefícios por invalidez: mudar a direção da corrente. Informe de Previdência Social 2006; 18(9): 1-16.

7 - _____. Ministério da Previdência Social. Aposentadoria por invalidez. [citado 2012 abr 8]. Disponível em: URL: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=18>.

8 - Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira. Texto para discussão nº 1.326. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2008.

9 - Campos MO, Neto JFR. Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. Rev Baiana Saúde Pública 2009; 33(4):561-81.

10 - Eto FN, Scarpi JA, Oliveira ERA, Gomes MJ. Estudo sobre a qualidade de vida de uma amostra de idosos do município de Vila Velha - ES. Rev Bras Pesqui Saúde 2010; 12(4):5-12.

11 - Filho NM, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. Rev Saúde Pública 2011; 45(3):494-502.

12 - Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(2): 131-7.

13 - Marques RM, Euzéby A. Um regime único de aposentadoria no Brasil: pontos para reflexão. Nova Economia 2005; 15(3):11-29.

14 - Marri IG, Wajzman S, Andrade MV. Reforma da Previdência Social: simulações e impactos sobre os diferenciais

de sexo. Rev Bras Estudos de População 2011; 28(1):37-56.

15 - Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Rev C S Col 2007; 12(6): 1661-72.

16 - Oliveira FEB, Beltrão KI, Maniero LVF. Alíquotas equânimes para um sistema de seguridade social. Texto para discussão nº 524. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.

17 - Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão. 2008. [citado 2012 abr 8]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>.

18 - Paula ACSF, Bubach S, Velten APC. Análise da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 1999 a 2008, no município de São Mateus/ES. Rev Bras Pesqui em Saúde 2011; 13(3):28-35.

19 - Ribeiro AJF, Figoli MGB, Sawyer DO, César CC. Tábuas de mortalidade dos aposentados por invalidez pelo Regime Geral da Previdência Social - 1999-2002. Rev Bras Estudos de Populaçã. 2007; 24(1):91-108.

20 - Sandi RD, Heringer LP. A previdência social nos municípios do semi-árido brasileiro. Informe de Previdência Social 2001; 13(8):1-16.

21 - Santos AMD, Lucena NMG, Vale AMT. Caracterização sociodemográfica de idosos com doença renal crônica submetidos a tratamento dialítico em um hospital filantrópico. Rev Bras Ciências da Saúde 2010; 14(4):7-12.

22 - Souza NSS, Santana VS. Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil. Cad de S Pública 2011; 27(11):2124-34.

23 - Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Pública 1987; 21(3):225-33.

Correspondência para/ Reprint request to:

Talianne Rodrigues Santos

Rua Deputado Norberto Leal, nº 980

Alto Branco - Campina Grande - PB

CEP: 58401-462

e-mail: taliannerodrigues@botmail.com

Recebido em: 17-10-2011

Aceito em: 28-3-2012