



University of  
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Unversitário Santo Agostinho

# revistafsa

[www4.fsnet.com.br/revista](http://www4.fsnet.com.br/revista)

Rev. FSA, Teresina, v. 17, n. 12, art. 9, p. 176-199, dez. 2020

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

<http://dx.doi.org/10.12819/2020.17.12.9>

DOAJ DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

WZB  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung



Zeitschriftendatenbank



MIAR



## Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Servidores Públicos Aposentados por Invalidez

### Social-Demographic and Health Profile of Disability Pensioners

#### Camila Caminha Caro

Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos  
Analista previdenciário/Terapeuta Ocupacional do Regime Próprio de Previdência Social de São José do Rio Preto  
E-mail: [camilacaminhacar@gmail.com](mailto:camilacaminhacar@gmail.com)

#### Vagner Augusto Takahashi Arakawa

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos  
Psicólogo da Prefeitura Municipal de Pontal  
E-mail: [vaharakawa@gmail.com](mailto:vaharakawa@gmail.com)

#### Emanuelli Virginia Betoli de Andrade

Graduação em Serviço Social pela Universidade Paulista  
Analista previdenciário/Assistente Social do Instituto Nacional de Previdência Social, São José do Rio Preto  
E-mail: [manubetoliandrade@gmail.com](mailto:manubetoliandrade@gmail.com)

---

#### Endereço: Camila Caminha Caro

Endereço: Rua General Glicério, 3553, Centro - São José do Rio Preto - SP - Brasil. CEP: 15015-400 Brasil.

#### Endereço: Vagner Augusto Takahashi Arakawa

Endereço: Rua General Glicério, 3553, Centro - São José do Rio Preto - SP - Brasil. CEP: 15015-400 Brasil.

#### Endereço: Emanuelli Virginia Betoli de Andrade

Endereço: Rua General Glicério, 3553, Centro - São José do Rio Preto - SP - Brasil. CEP: 15015-400 Brasil.

#### Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 12/09/2020. Última versão recebida em 28/09/2020. Aprovado em 29/09/2020.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação

## RESUMO

A aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário destinado aos trabalhadores que, devido a comprometimentos irreversíveis e totais em sua saúde, apresentam dificuldades para desenvolver suas atividades laborais. Objetivo: O objetivo deste estudo foi traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de servidores públicos municipais aposentados por invalidez de um regime próprio de previdência social de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Método: Tratou-se de um estudo exploratório descritivo, desenvolvido a partir de um estudo documental de 101 processos de aposentadoria por invalidez. Para a coleta de dados realizou-se a leitura e análise dos processos de aposentadoria por invalidez em vigência no referido regime no mês de novembro do ano de 2016. Para analisar os dados utilizou-se a análise descritiva simples. Resultados: Houve preeminência de sujeitos do sexo feminino (78%), auxiliares de serviços gerais (27,7%) e professores do ensino básico (21,7%). Observaram-se as seguintes médias: idade 61,9 anos, idade de início do benefício 54 anos, tempo de duração do benefício 7,5 anos e renda 3,4 salários mínimos, sendo 80% dos proventos integrais. As doenças mais incidentes que ocasionaram a aposentadoria foram os transtornos mentais e do comportamento (39,6%), especialmente entre mulheres. Conclusão: O estudo traz reflexões sobre o adoecimento dos servidores e suas possíveis relações com as atividades laborais e organização e divisão do trabalho, destacando a importância de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção em saúde e em políticas de reabilitação profissional voltadas aos servidores.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Seguro por Invalidez. Previdência Social. Política Social. Perfil de Saúde.

## ABSTRACT

Retirement due to disability is a social security benefit for workers who have difficulties to develop their activities due to irreversible and total health impairments. Objective: The objective of this study was to outline a social-demographic and health profile of disability pensioners who worked as public workers of a Specific System of Social Security of a medium-sized city of the state of São Paulo. Methods: It was a descriptive exploratory case study type, developed by a documental study of 101 cases of disability pensioners. The researchers read and analyzed the active records and the information from the cases of all people retired due to disability in November 2016 to collect the data. A simple descriptive analysis was used to analyze the data. Results: There was a pre-eminence of female subjects (78%), general service assistants (27.7%) and primary school teachers (21.7%). The following means were observed: age 61.9 years, age of the beginning of the benefit 54 years, duration of benefit 7.5 years and income 3.4 minimum wages, 80% of full benefits. About the diseases related to the disability, mental and behavior disorders had the highest incidence (39.6%), especially among women. Conclusion: The study brings reflections on the illness among servers and their possible relations with labor activities and organization and division of labor, highlighting the importance of public policies aimed at prevention and promotion in health and in professional rehabilitation policies aimed at public service.

**KEYWORDS:** Occupational Therapy. Insurance Disability. Social Security. Public Policy. Health Profile.

## 1 INTRODUÇÃO

### Histórico da Aposentadoria por Invalidez

A aposentadoria por invalidez é fruto da construção dos direitos previdenciários, que se consolidaram com base em determinações sócio históricas, especialmente relacionadas à construção de políticas sociais (YAZBEK, 2008), as quais foram efetivadas a partir de lutas e movimentos dos trabalhadores como forma de enfrentamento do poder despótico do capital (PEREIRA, 2013).

As primeiras iniciativas referentes a questões previdenciárias surgiram no século XX, na Alemanha, com o modelo bismarckiano, baseado na lógica de seguro social e de contribuição direta do proletariado. Posteriormente, em 1942, surge na Inglaterra o Plano *Beveridge* que apresenta críticas ao modelo alemão, na medida em que propõe a instituição do *welfare state*, cujo principal objetivo era a luta contra a pobreza e a garantia de direitos universais aos cidadãos. Assim, as diferenças entre esses modelos provocaram o surgimento de instituições de seguridade social em vários países, todavia com diferenças no que tange às relações entre o Estado e as classes sociais (BOSCHETTI, 2009).

No Brasil, o primeiro registro legal sobre a aposentadoria por invalidez encontra-se na Constituição Brasileira de 1891, o qual era restrito ao funcionário público em caso de prestação de serviço à Nação (DEZOTTI; MARTA, 2011). Em 1923, houve a implantação de um modelo de proteção social predominantemente baseado na lógica do seguro<sup>1</sup>, a partir da instituição da Lei Eloy Chaves, com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) (BEHRING; BOSCHETTI, 2010). A partir de 1930, com o agravamento da questão social e o reconhecimento do Estado e do empresariado das lutas operárias, o sistema previdenciário se expandiu com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e, a partir daí, uma série de alterações foram ocorrendo para atender as necessidades sociais e econômicas do país (RANGEL *et al.*, 2009).

Com o processo de redemocratização, tem-se um marco nas conquistas dos direitos sociais com a Constituição Federal em 1988, pois a Seguridade Social passou a ser garantida legalmente com base no direito à Saúde, Assistência Social e Previdência Social, momento em que a proteção social sai do contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista, passando a adquirir conotação de direito de cidadania (RANGEL *et al.*, 2009). Em 1990 é

---

1 Atualmente no Brasil, a Seguridade Social se situa entre o seguro e a assistência, na medida em que a previdência social é de caráter contributivo; a saúde universal e a assistência social para os que precisarem (BOSCHETTI, 2009).

criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal responsável pela gestão do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), garantindo aos segurados os meios indispensáveis de manutenção por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente (BRASIL, 1991). Também surgem os Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) no texto constitucional, como possibilidade de proteção social dos servidores efetivos estatutários<sup>2</sup>, tendo suas regras gerais para organização e funcionamento, dispostas na Lei Federal nº 9.717/98 (BRASIL, 1988, 1998).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir da expansão da cobertura previdenciária e da instituição da Seguridade Social no Brasil, a aposentadoria configura-se como um benefício previdenciário vinculado ao histórico de proteção social e, paulatinamente, passa a abranger maiores categorias profissionais por meio da luta dos trabalhadores, configurando-se atualmente enquanto um direito (BEHRING; BOSCHETTI, 2010; YAZBEK, 2008). Trata-se de um programa de pagamento em dinheiro e/ou serviços prestados aos sujeitos e/ou seus dependentes, condicionado à preexistência de um vínculo contributivo ao sistema como a finalidade de compensação parcial ou total da perda da capacidade laborativa, a qual pode ser efetiva ou presumida (OLIVEIRA et al., 2004), tendo como objetivo assegurar ao trabalhador condições financeiras de subsistência (MENDES et al., 2005).

### 2.1 A aposentadoria por invalidez no Brasil e o RPPS

A aposentadoria por invalidez, a incapacidade para o trabalho em decorrência do adoecimento pressupõe a interrupção da produtividade, constituindo-se como um impeditivo para um retorno ao trabalho, comprometendo a capacidade de sobrevivência do sujeito, com relevância social à luz do princípio da dignidade humana (ALVARENGA, 2010). Legalmente, este benefício é destinado ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício

---

2 Compreendido como a pessoa legalmente investida em cargo de provimento efetivo, inserida em espaços de trabalho no âmbito da Administração Pública, seja ela direta ou indireta, conforme Lei Federal 8112/90 (BRASIL, 1988, 1990).

de atividade que lhe garanta a subsistência enquanto permanecer nessa condição (BRASIL, 1991).

No INSS, a avaliação para a concessão deste benefício especificamente é estritamente médica, sujeita a homologação de outro médico perito, a fim de ratificar ou não a sugestão de invalidez verificada através de perícia na qual constatou-se possível incapacidade irreversível e permanente do segurado (BRASIL, 2018). Desde 2016, o INSS já vem desenvolvendo medidas para revisar os benefícios de longa duração, através do Programa de Revisão dos Benefícios por Incapacidade (PRBI) instituído pela Resolução nº 544 /PRES/INSS, de 9 de agosto de 2016 (BRASIL, 2016). Atrelada a esta legislação, a Medida Provisória 767 de janeiro de 2017, transformada na Lei 13457/2017, determinou que a reavaliação dos benefícios por incapacidade compreendidos em aposentadoria por invalidez e auxílio-doença, passasse a ser realizada com maior rigor, tendo em vista que prevê que o segurado, em ambos casos, seja convocado a qualquer momento pelo INSS para perícia médica, incluindo neste fluxo os benefícios concedidos administrativamente ou judicialmente (BRASIL, 2017). De acordo com os dados recentes divulgados pela Previdência, em vinte dias, a cada dez pessoas que passaram pela perícia médica de reavaliação, sete tiveram seus benefícios cancelados (ECONOMIA UOL, 2018).

No RPPS, o auxílio-doença é considerado um direito do segurado a partir do momento em que for constatada sua incapacidade permanente e a impossibilidade de reabilitação, devendo o adoecimento ser irreversível e incapacitante ao ponto de comprometê-lo totalmente para o cargo que ocupa (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001). O benefício pode ser requerido pelo próprio segurado bem como por indicação do médico perito e equipe transdisciplinar, composta por assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, durante o gozo de auxílio-doença. Em ambas as possibilidades, a indicação pressupõe avaliação da equipe e do perito, sendo realizada posteriormente uma junta médica, composta por 3 peritos, para avaliação dos quesitos, a qual dependerá da aprovação da maioria dos médicos. Anualmente, aposentados por invalidez e pensionistas inválidos são submetidos anualmente a um exame médico de reavaliação, com exceção daqueles com cinquenta e cinco anos ou mais de idade e com mais de quinze anos de vigência do benefício de aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a precedeu; ou após completarem sessenta anos de idade (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2018).

No contexto do RGPS, um levantamento revela que a maioria dos beneficiados por aposentadoria por invalidez são homens, apresentando predominância das doenças do sistema osteomuscular (DO) e tecido conjuntivo, seguidas das doenças do aparelho circulatório

(DAC), neoplasias, transtornos mentais e comportamentais (TMC), entre outras (MTPS, 2014). No contexto de serviços públicos, foram identificados estudos do município de São Luís/MA e do Estado do Rio de Janeiro, com perfis diferentes de aposentados por invalidez. O primeiro verificou uma alta incidência de aposentadorias devido a neoplasias, seguidas das DAC e DO, idade entre 61 e 70 anos, prevalecendo sujeitos do sexo feminino e cargos de agente administrativo, professor, auxiliar de serviços gerais entre outros (ALMEIDA et al., 2016). Por sua vez, o segundo identificou a preponderância de sujeitos do sexo feminino, em que os TMC foram a primeira causa de invalidez em todos os anos, assim como para todos os cargos estudados (FERREIRA, 2010).

O Brasil é um país carente de estudos sobre as causas de aposentadoria por invalidez no âmbito da previdência social, especialmente quando se trata dos RPPS (GOMES; FIGOLI; RIBEIRO, 2010). Igualmente escassos são os sistemas de informação em saúde do servidor no âmbito do Serviço Público (ALMEIDA *et al.*, 2016) bem como dados consolidados sobre esse grupo de trabalhadores no país (CUNHA; BLANK; BOING, 2009). Assim, considerando a necessidade de se abordar discussões a respeito da aposentadoria por invalidez no âmbito de um RPPS, levantou-se como questão a que este estudo pretende responder: Qual o perfil sociodemográfico e de saúde dos aposentados por invalidez de um RPPS de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo. O objetivo deste estudo é identificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos aposentados por invalidez de um RPPS.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo exploratório descritivo, desenvolvido a partir de um estudo documental de 101 processos de aposentadorias por invalidez de um RPPS, responsável pela gestão das aposentadorias dos servidores públicos da Prefeitura Municipal, Câmara Municipal e Autarquias de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo, cuja população média é de 400.000 a 500.000 habitantes.

Previamente a qualquer procedimento de coleta e análise das informações, este estudo obteve a autorização formal da superintendência do referido RPPS, via documentos de comunicação interna do próprio serviço.

Para seleção dos documentos relacionados aos segurados aposentados por invalidez considerou-se enquanto critério de inclusão: servidores cujas tramitações já tivessem recebido o ato concessório do benefício até novembro de 2016; e exclusão: aposentados por invalidez

em situação de inatividade devido ao falecimento ou reversão da aposentadoria, considerando-se como referência o mês de novembro do ano de 2016.

O levantamento documental foi realizado no sistema informatizado utilizado pelo regime de previdência do referido município, intitulado ASPPREV, o qual consiste em um sistema de gestão previdenciária e serviços e que contém dados dos segurados com atualização periódica (ASPPREV; 2016); e nos processos físicos de aposentadoria por invalidez dos segurados, o qual é composto por toda a documentação relacionada à tramitação da aposentadoria. No sistema supracitado foram coletados dados referentes ao perfil sociodemográfico dos aposentados por invalidez, a saber: idade atual, idade em que se o benefício teve início, sexo, cargo, tempo de benefício, tipo de aposentadoria, renda. Já no segundo foram coletados dados referentes ao perfil de saúde, de forma a identificar a doença que ocasionou a aposentadoria.

Inicialmente foi realizado o levantamento de todos os aposentados por invalidez que estivessem cadastrados no sistema ASPPREV, dentre os quais foram identificados 126 segurados. Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 25 processos em razão de não contemplarem as propostas deste estudo, restando um total de 101 processos de aposentados por invalidez. Estes processos foram selecionados para o estudo, sendo os dados colhidos nos registros eletrônicos do sistema ASPPREV e nos documentos dos respectivos processos físicos. Toda a coleta de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2016.

Para análise dos dados coletados utilizou-se a análise descritiva simples visando ao estudo das variáveis analisadas, a fim de realizar o cálculo do mínimo, máximo, média e desvio padrão de algumas variáveis, sendo os primeiros, respectivamente, o menor e o maior valor estudados; enquanto os últimos a medida de centralidade e a medida de dispersão dos dados (MORETTIN; BUSSAB, 2006). Os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®. Sequencialmente, os dados quantitativos foram submetidos a testes estatísticos de análise descritiva e, por fim, os resultados foram apresentados com auxílio de figuras e tabelas para melhor compreensão.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

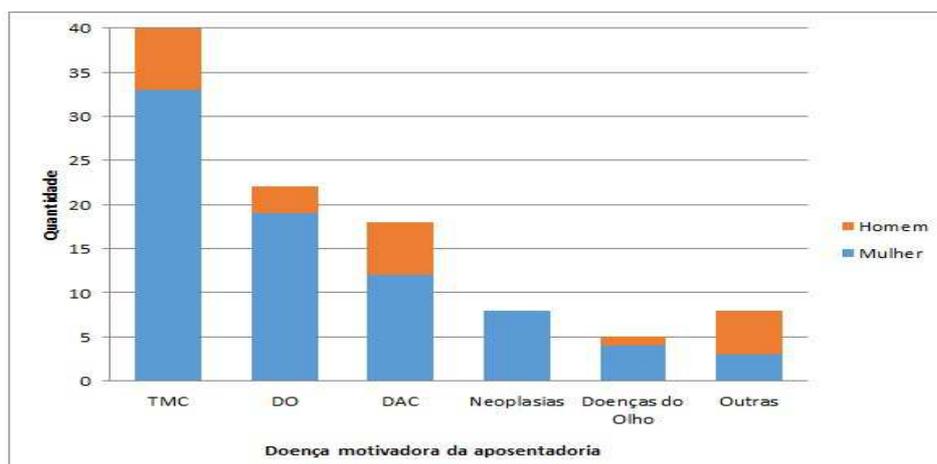
Observou-se que os aposentados por invalidez tinham a média de idade de 61,9 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (78%), em maioria, auxiliares de serviços gerais (ASG) (27,7%) e professores do ensino básico (PEB) (22%) (Tabela 1). Observou-se um

maior número de mulheres em diversos cargos, como ASG (n=27), PEB (n=22), auxiliar de enfermagem (Aux Enf) (n=9) e dentista (n=3); ao contrário do cargo dos motoristas que eram todos do sexo masculino (n =8) (Figura 1).

**Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos segurados**

n=101	Mínimo/Máximo	Média (DP)
Idade Atual (anos)	44/82	61,9 (8,5)
n=101	Classificação	% (n)
Sexo	Feminino	78 (79)
	Masculino	22 (22)
Cargos	Auxiliar de Serviços Gerais	27,7 (28)
	Professor do Ensino Básico	21,7 (22)
	Auxiliar de Enfermagem	10,8 (11)
	Motorista	7,9 (8)
	Dentista	3,9 (4)
	Agente de Saúde	2,9 (3)
	Médico	2,9 (3)
	Outros	27,7 (28)

**Figura 1 – Distribuição dos aposentados por invalidez segundo o cargo e sexo (n=101)**

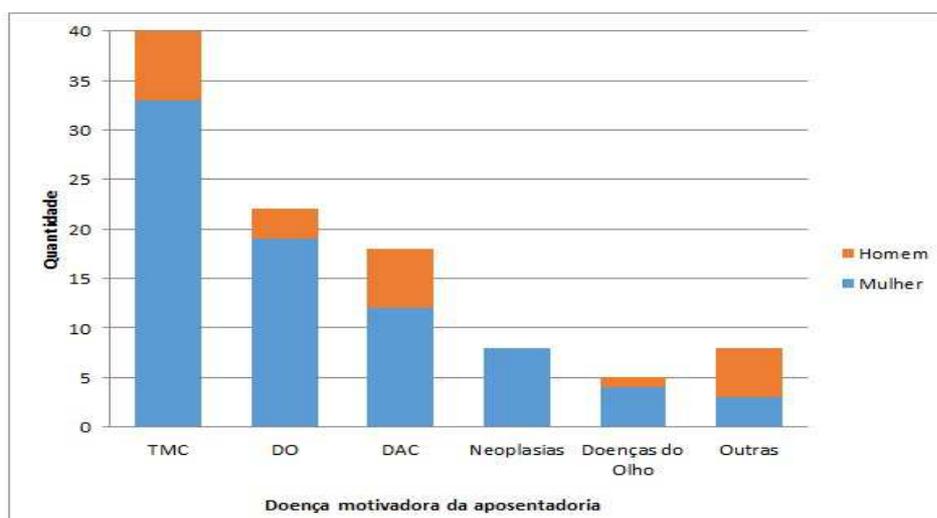


Em relação a aposentadoria, observou-se idade média de início do benefício igual a 54 anos, com preeminência de aposentadorias que se iniciaram na faixa etária entre 50 e 59 anos (39%). O tempo de concessão do benefício apresentou média de 7,5, sendo que a maioria recebe proventos integrais (80%). O valor médio da aposentadoria é de 3,4 salários mínimos, sendo a faixa mais prevalente entre 1 a 2 salários mínimos (46%). As doenças mais preeminentes neste estudo foram: os TMC (39,6%), DO (21,7%) e DAC (17,8%) (Tabela 2).

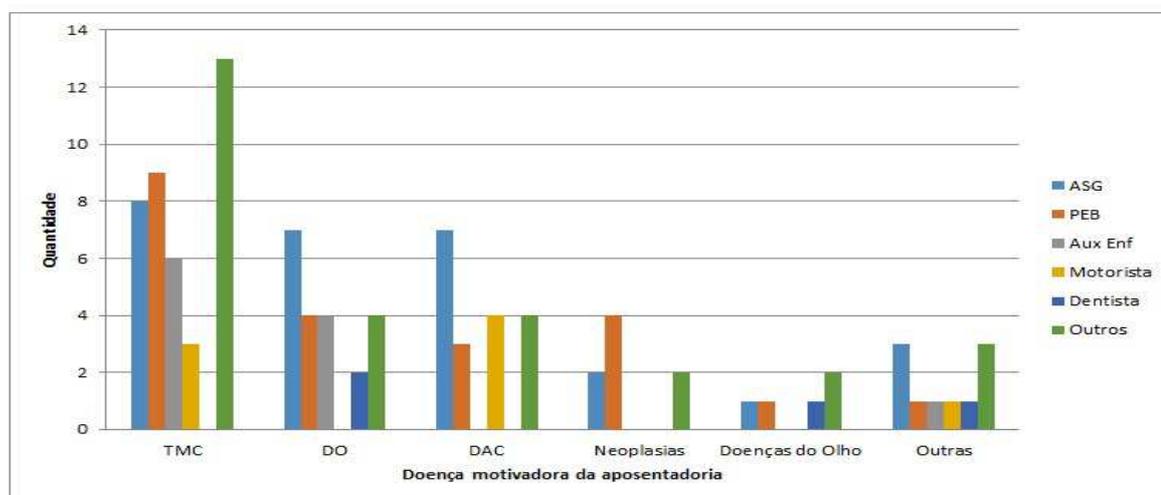
**Tabela 2 – Dados relacionados à aposentadoria (n=101)**

n=101	Mínimo/Máximo	Média (DP)
Idade de início da aposentadoria (anos)	30/69	54 (8,3)
Tempo de benefício (anos)	0/50	7,5 (8,4)
Valor da aposentadoria (salários mínimos)	1/12	3,4 (2,4)
n=101	Classificação	% (n)
Idade de início da aposentadoria por faixas etárias	30 a 39	3 (3)
	40 a 49	29 (29)
	50 a 59	39 (40)
	60 a 69	29 (29)
Tipo de aposentadoria	Integral	80 (81)
	Proporcional	20 (20)
Valor da aposentadoria (salários mínimos)	Entre 1 e 2	46 (47)
	Entre 3 e 4	30 (30)
	Entre 5 e 6	10 (10)
	Acima de 6	14 (14)
Doenças	TMC	39,6 (40)
	DO	21,7 (22)
	DAC	17,8 (18)
	Neoplasias	7,9 (8)
	Doenças do olho	4,9 (5)
	Outras	7,9 (8)

Os TMC (n=33), DO (n=19), DAC (n=12), neoplasias (n=8) e doenças do olho (n=4) apresentaram maior distribuição entre o sexo feminino, enquanto as doenças endócrinas (n=2) e doenças do sistema nervoso (n=2) apresentaram maior incidência no sexo masculino (Figura 2). Os TMC e as DO foram mais frequentes entre os ASG (n=9; n=8), PEB (n=9; n=4) e auxiliares de enfermagem (n=6; n=4); enquanto as DAC foram mais observadas entre os ASG (n=7), motoristas (n=4) e PEB (n=3) (Figura 3).

**Figura 2 – Distribuição dos aposentados por invalidez segundo o CID e sexo (n=101)**

**Figura 3 – Distribuição dos aposentados por invalidez segundo o CID e cargo (n=101)**



#### 4.1 A aposentadoria por incapacidade e suas possíveis relações

Os TMC foram a primeira causa geral de aposentadorias por invalidez deste estudo, especialmente entre as mulheres e entre os cargos de ASG, PEB e auxiliares de enfermagem. Essa realidade corrobora com um estudo realizado no setor público que identificou os TMC como a primeira causa de invalidez em todos os anos analisados, principalmente entre as mulheres e em cargos semelhantes (FERREIRA, 2010). Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem apontando um aumento da incidência dos TMC no universo do trabalho (BRASIL, 2001; BRASIL, 2015). Autores têm apontado relações entre o trabalho e o adoecimento psíquico, sugerindo que tais doenças sejam secundárias a fatores relativos à gestão do trabalho na atualidade bem como as exigências contemporâneas, repercutindo em aumento do estresse do trabalhador (JACQUES; AMAZARRAY, 2006; ALVES, 2007).

A preeminência de TMC como causa de aposentadoria por invalidez entre os professores deste estudo corrobora com estudos nacionais e internacionais que apresentaram altos índices de TMC entre profissionais dessa categoria, aposentados por motivos de doença (MAGUIRE; O’CONNELL, 2007; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2016). Autores têm apontado a relação entre o adoecimento psíquico e essa categoria profissional (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO 2005), o que pressupõe ser desdobramentos de características inerentes ao desgaste da profissão, como é o caso da exaustão emocional que repercute no quadro de *burnout* (BERNARDO *et al.*, 2011). Outra possível justificativa é a estrutura da educação pública brasileira em razão do comprometimento das condições de trabalho diante de uma estrutura física e pedagógica deficitária (SILVA *et al.*, 2012).

Os TMC também foram a principal causa de aposentadorias por invalidez entre ASG. Similarmente, autores têm apontado altos índices dessas doenças entre trabalhadores com menores índices de escolaridade, como é o caso dos trabalhadores rurais, agentes comunitários de saúde, motoristas e cobradores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Condições relacionadas ao trabalho são possíveis fatores relacionados ao adoecimento desses trabalhadores, como a rotina, a demanda, a exigência, o controle, o processo de trabalho e as condições ambientais (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Aspectos relacionados aos sujeitos também podem explicar a presença dos TMC entre esses grupos, como as condições socioeconômicas, a baixa escolaridade, o sexo feminino, e a dificuldade no acesso a bens de consumo (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Contrariamente ao perfil de aposentados por invalidez da nossa amostra, dados nacionais do RGPS revelam as DO como a principal causa de incapacidade permanente para o trabalho, especialmente entre homens (MTPS, 2014; BRASIL, 2015). A discrepância entre o setor público e o RGPS pode ser um reflexo da diferença entre as atividades contempladas nos setores privado e público após o processo de terceirização. No Brasil, esse processo iniciou-se na década de 1980 como uma prática ainda restrita às necessidades das empresas de substituir trabalhadores em períodos curtos ou demandas sazonais, propagando-se na década de 1990 com a adoção dos contratos mais flexíveis de trabalho (COSTA, 2017). Assim, alguns serviços e funções relacionadas a atividades-meio deixaram de ser providas através de concurso público nos últimos anos (SANTOS; CAMARGOS, 2012). No RPPS deste estudo, os cargos de merendeira; coletores de lixo; motoristas e auxiliares de serviços gerais foram extintas do quadro efetivo, respectivamente em 1997, 1999 e 2001 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1997; 1999; 2001), logo, restaram apenas servidores nesses cargos ingressados anteriormente a tais datas.

Embora Martins (2001) aponte como vantagem da terceirização o maior controle da qualidade dentro da empresa bem como a diminuição de encargos trabalhistas e previdenciários, autores apontam uma relação direta entre o adoecimento e as condições de trabalho das categorias de trabalhadores terceirizados, já que entendem que esse processo desencadeia relações de trabalho flexíveis e precárias, implicando na saúde do trabalhador (SEVERIANO; MACÊDO, 2015). Logo, o aumento das terceirizações na década de 1990 e seus efeitos negativos apontados podem ser possíveis razões para o crescimento no número de aposentadorias ocasionadas por DO na segunda metade da década de 1990 no país (SAMPAIO *et al.*, 2003).

As DO foram a segunda causa de aposentadorias por invalidez entre os ASG do presente estudo, corroborando com estudos que também apresentam a preeminência destas entre trabalhadores com baixa escolaridade (FERREIRA, 2010; SAMPAIO et al., 2003). Isso pode ser reflexo de diversos aspectos do trabalho, como os esforços repetitivos, exigência de força, exposição à vibração e ao frio, sobrecarga contínua das estruturas anatômicas ou falta de tempo para se recuperar, predispondo lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) (BRASIL, 2001). Outra possível justificativa são as condições inadequadas de trabalho, como espaço físico e ambiente térmico, e aspectos da organização do trabalho (VALENÇA; ALENCAR, 2017).

As aposentadorias por incapacidade entre profissionais com baixa qualificação neste estudo também foram reportadas em outro estudo em que a maioria dos aposentados por invalidez era advinda de cargos com altas exigências físicas, sobretudo relacionadas à prestação de serviço fora do órgão (SANTOS *et al.*, 2013). Essa realidade pode ser explicada pela baixa escolaridade desses sujeitos, que é considerada um dos principais fatores dificultadores no retorno ao trabalho após o adoecimento (TOLDRÁ *et al.*, 2010). Isso decorre dos déficits funcionais e a desatualização das habilidades e conhecimentos entre esses sujeitos (YENG *et al.*, 2001) ou pela experiência restrita a cargos que possuem grande exigências de esforço físico em detrimento do intelectual, o que se torna um empecilho para a reinserção em casos de pessoas com limitações físicas e/ou deficiências (VELTRONE; ALMEIDA, 2010). Por outro lado, sujeitos com piores estados de saúde ou incapacidade, mas com maiores níveis de escolaridade, apresentam mais chances de serem reinseridos e de permanecerem no trabalho após remanejamento para outra função (MCDONOUGH, 2001).

De forma geral, os dados do nosso estudo demonstram um perfil de doenças crônicas entre os aposentados por invalidez deste estudo. Corroborando com esses achados, autores indicam que no Brasil essas doenças representam a primeira causa de morbidade e mortalidade, sendo a maioria incapacitante para o trabalho, a princípio de maneira temporária, com possíveis desdobramentos em situações de invalidez e aposentadorias precoces (SILVA et al., 2003; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Possíveis aspectos relacionados a essas questões é o processo de industrialização e urbanização nas últimas décadas; mudanças no perfil epidemiológico, com redução nas doenças infecciosas e parasitárias, em detrimento do aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007); e o processo de envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida (FÉLIX; CATÃO, 2013).

Também observou-se a preeminência de aposentados por invalidez do sexo feminino, sendo a maioria de cargos considerados tipicamente femininos, como auxiliar de serviços gerais (ASG), principalmente destinado a atividades de manutenção e limpeza; e de cargos no contexto da educação e saúde, respectivamente, PEB e auxiliares de enfermagem e dentista. Reforçando esses achados, evidências apontam que, a despeito do aumento da participação da mulher no universo do trabalho, a atuação desta na última década ainda era expressivamente mais frequente em carreiras tipicamente femininas, principalmente nas áreas da saúde e educação, em cargos de professora, secretária e enfermeira (90%) (MADALOZZO, 2010). Isso reforça a lógica de que cabe aos homens tarefas que geram mais retornos econômicos, enquanto às mulheres as tarefas que tenham ligação com o lado cuidadoso, amoroso e altruísta “feminino”, demonstrando que tal hierarquização ainda não foi superada (SOUZA; GUEDES, 2016).

A predominância de sujeitos do sexo feminino em nosso estudo é reforçado por outros estudos no âmbito do serviço público brasileiro (FERREIRA, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2016), diferentemente do perfil observado no RGPS, no qual predominam sujeitos do sexo masculino (MTPS, 2014). Essa discrepância entre o serviço público e o RGPS pode ser explicada pela preeminência da mulher no serviço público brasileiro (IBGE, 2012); e pelo aumento expressivo da participação desta nesse contexto e no mercado de trabalho em geral nos últimos anos (MADALOZZO, 2010). Esse fator tem contribuído para o acúmulo de papéis pela mulher, que, além da participação no mercado de trabalho, responsabiliza-se por atividades domésticas e cuidados com a família (MADALOZZO; MARTINS; SHIRATORI, 2010), como outro reflexo da hierarquia de gênero no universo do trabalho (SOUZA; GUEDES, 2016). Consequentemente, tal acúmulo de papéis decorrentes da dupla jornada de trabalho, com altos níveis de estresse, pode ser um fator que contribui para impactos na saúde da mulher (SADIR, BIGNOTTO; LIPP, 2010).

De forma geral, os dados observados sugerem que o adoecimento/incapacidade do trabalhador, muitas vezes, traz como pano de fundo uma relação com o trabalho desempenhado e a organização/configuração dos processos no universo do trabalho (LOURENÇO; 2008; ANTUNES; PRAUN, 2015). Incluem nesse contexto as divisões assimétricas do trabalho entre os sexos, criando e reproduzindo as desigualdades de papéis e funções na sociedade (SOUZA; GUEDES, 2016). Logo, é possível pensar sobre a relevância de ações voltadas a melhoria das condições gerais de trabalho bem como minimização das desigualdades nesse âmbito como forma de promoção e prevenção em saúde dos trabalhadores.

## 4.2 A aposentadoria por incapacidade e seus possíveis desdobramentos

Observou-se que a média de idade dos aposentados do nosso estudo era de 61,9 anos, sendo a faixa mais prevalente de início das aposentadorias por invalidez é a de 50 a 59 anos. Corroborando com esses estudos, levantamentos do âmbito público e no INSS em Recife, embora tenham suas diferenças demográficas, apresentaram faixas de idades de início do benefício próximas, respectivamente, 49 e 58 anos (SANTOS *et al.*, 2013) e 39-58 anos (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). O início do benefício tanto em nosso estudo quanto nos outros apresentados mostraram-se precoces, sobretudo para os homens, que necessitam de maior idade e tempo de contribuição como critérios gerais para a concessão de outros tipos de aposentadorias (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2016; FERREIRA, 2010; GOMES; FIGOLI; RIBEIRO, 2010). Isso é ainda mais discrepante na aposentadoria compulsória do serviço público, recentemente alterada para 75 (BRASIL, 2015).

O período de vigência dos benefícios do nosso estudo apresentou média de 7,5 anos com valores que variam de 0 a 50 anos. A literatura tem reconhecido o impacto das aposentadorias precoces no que diz respeito ao aumento dos gastos previdenciários e no elevado impacto social e econômico, determinando um importante problema de saúde pública (SILVA *et al.*, 2003; MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Essa problemática é expressa em dados do RGPS que, em 2014 concedeu um total de 162.751 aposentadorias por invalidez, com custos aproximados de R\$ 195.924.000,00, pressupondo importante repercussão econômica e social na previdência (MTPS, 2014). Isso pode ser ainda mais preocupante quando se considera o processo de envelhecimento populacional pelo qual o Brasil tem passado no momento atual, devido ao aumento da expectativa de vida (CAMARANO, 2002).

Além dos impactos previdenciários, a aposentadoria por invalidez também traz implicações econômicas aos sujeitos, já que muitos sujeitos em idade produtiva passam a depender do benefício, inclusive, com redução da renda familiar (SANTOS *et al.*, 2013). Essa questão foi observada em nosso estudo, tendo em vista que 20% dos aposentados por invalidez recebem proventos proporcionais ao tempo de contribuição, o que possivelmente implicou em uma redução na renda familiar, o que pode também ter sido agravado com a maior demanda de gastos com a saúde pelo adoecimento. Essa situação mostra-se mais delicada quando se considera que quase metade da amostra deste estudo (46%) recebe renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, dados semelhantes aos apresentados no contexto do RGPS em Recife (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Considerando que o quadro de invalidez pressupõe a necessidade de maiores cuidados com a saúde, a redução dos proventos

pode ser um fator demasiadamente negativo, impactando também a saúde dos sujeitos (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2004; MENEZES, 2007).

Além desses aspectos, as atuais mudanças na gestão da aposentadoria por invalidez no RGPS e a iminente reforma previdenciária na atual conjuntura econômica e política, prevendo mudanças nos benefícios previdenciários, incluindo por incapacidade, podem trazer grandes impactos sociais. Ataiades e Santos (2017) apontam a relevância dessas medidas para a sustentabilidade do sistema previdenciário e questão econômica brasileira, já que apontam gastos de mais de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional com o RGPS brasileiro, com perspectivas de aumento nas próximas décadas devido ao envelhecimento da população. Por outro lado, Boschetti (2017) mostra-se contrário a tal proposta, já que em seu entendimento estas medidas não beneficiam o trabalhador tampouco aumentam a qualidade de vida; pelo contrário, concorrem para a expropriação da classe que vive do trabalho, constituindo-se como um processo de subtração de direitos e retrocesso social.

Possíveis estratégias para tais embates seriam os investimentos em políticas de reabilitação profissional, que consistem em estratégias de resposta pública à problemática da incapacidade, buscando a redução e a superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades e prevendo o atendimento integral ao trabalhador, a partir da prevenção, tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção do mesmo (TOLDRÁ *et al.*, 2010). Autores apontam que essas consistem em estratégias para lidar com a problemática da incapacidade de forma ambivalente, tanto na minimização e superação das desvantagens produzidas pelas incapacidades, quanto na regulação econômica, possibilitando a redução do tempo dos benefícios por incapacidade (MOOM; GEICKER, 1998). A possibilidade institucional de oferecer remanejamento e reabilitação profissional é um dos fatores que interferem na decisão do afastamento permanente do trabalho (SAMPAIO *et al.*, 2003), logo, contribui para redução das indicações de aposentadoria por invalidez.

Embora o Brasil tenha aderido às recomendações da ONU, OMS e OIT e implantado políticas de reabilitação profissional no contexto do RGPS (BRASIL, 1991), ainda são diversas as limitações reportadas na literatura. Autores apontam problemas do programa de reabilitação profissional do INSS no que tange a centralização da avaliação do potencial laborativo na figura do médico, dificultando o encaminhamento para a reabilitação; dificuldades com recursos humanos e materiais com participação restrita de profissionais não médicos no processo; e a falta de efetividade do programa em termos a reinserção no trabalho, com ausência de contatos presenciais com as empresas para a reintegração desses trabalhadores (TOLDRÁ *et al.*, 2010). Além disso, autores têm apontado críticas no que tange

ao processo de reversão das aposentadoria por invalidez no contexto do INSS, já que frequentemente a sugestão de retorno ao trabalho acontece sem a preparação dos sujeitos e sem um programa específico para o acompanhamento e reinserção laboral (CAMPANHOLI; GOUVEIA, 2017; MELLO; GOUVEIA, 2017; PANCOTTI; PANCOTTI, 2017).

Já no serviço público existe a previsão legal da readaptação como uma forma de provimento de cargo que prevê a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental (BRASIL, 1990; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1990). No RPPS em que foi realizado este estudo, anteriormente a 2010, a avaliação dos servidores públicos estatutários durante o período de auxílio-doença e a decisão em relação à aposentadoria por invalidez eram atribuições exclusivamente médicas. Todavia, com a inserção de profissionais da área de serviço social, psicologia e terapia ocupacional no referido serviço, observou-se uma ampliação dessas avaliações com resultados expressivos em termos de reinserção laboral dos servidores através de estratégias de reabilitação profissional, evitando possíveis aposentadorias por invalidez (CARO; TAKAHASHI; ANDRADE, 2018a). Resultados expressivos também foram observados no trabalho com servidores com períodos prolongados de afastamento na autarquia (CARO; TAKAHASHI; ANDRADE, 2018b). Isso reforça a relevância de um trabalho multidisciplinar, sob a perspectiva de diferentes saberes técnico-científicos, buscando a superação do modelo estritamente médico voltado à avaliação dos critérios para o benefício (MTE, 2013).

Outra possível estratégia para redução dos custos previdenciários no país é a identificação das causas relacionadas ao adoecimento dos trabalhadores bem como a implantação de políticas voltadas à redução desses. Autores consideraram que identificar os fatores que possam predizer as aposentadorias por invalidez constitui um grande avanço, pois possibilita uma melhor fundamentação das políticas de promoção e proteção à saúde do trabalhador, reforçando a necessidade da prevenção de adoecimentos e auxiliando no processo de planejamento de ações voltadas à saúde dos servidores (SAMPAIO *et al.*, 2003). Essas devem incluir a aproximação entre Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador por meio de práticas integradas, devido à necessidade de romper com a ideologia de que o adoecimento é causado unicamente por um quadro de fragilidade psíquica, sem considerar outros determinantes no processo de adoecimento do trabalhador (BERNARDO *et al.*, 2011); bem como a garantia de condições e ambientes de trabalho adequados, de forma a prevenir o surgimento de doenças com uma abordagem focada na prevenção de incapacidades (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

Todavia, a implantação dessas políticas voltadas à saúde do trabalhador no cenário brasileiro ainda é um grande desafio, já que existe pouco envolvimento dos setores previdenciários na promoção e prevenção em saúde do trabalhador. Contrariamente, países europeus como a Dinamarca, Suécia e Finlândia buscam a prevenção de adoecimentos bem como o aumento da qualidade de vida no trabalho como estratégias para redução dos gastos previdenciários (EASHW, 2016). Possíveis fatores que inviabilizam investimentos desse tipo no âmbito brasileiro são a falta de recursos materiais e humanos nos serviços da previdência e de saúde e a falta de integração entre os diferentes serviços em saúde do trabalhador (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

A superação das limitações e dificuldades na prática das políticas de reabilitação profissional bem como no campo da promoção e prevenção em saúde do trabalhador são grandes demandas do cenário brasileiro, sobretudo quando se considera o grande impacto das incapacidades. Trata-se de desafios que envolvem diversos setores, incluindo a saúde e previdência social, com evidentes necessidades em termos de formulação, aprimoramento e execução de políticas públicas voltadas para essas práticas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo identificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos aposentados por invalidez de um RPPS. Os achados demonstram que os segurados aposentados por invalidez do RPPS eram preeminentemente do sexo feminino, com idades que antecedem os critérios para aposentadoria voluntária e com longos períodos de vigência dos benefícios. Também se observou que, em maioria, advinham de cargos como auxiliar de serviços gerais e professor do ensino infantil, e tinham como fatores motivadores da aposentadoria os TMC e DO como motivadores da incapacidade para o trabalho.

O estudo traz reflexões sobre o adoecimento dos servidores e suas possíveis relações com as atividades laborais e organização e divisão do trabalho, destacando a necessidade de um olhar voltado para essas questões através da implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção em saúde dos trabalhadores. Ainda nesse aspecto, são imprescindíveis as ações no âmbito da saúde do trabalhador voltadas à reabilitação profissional, como um direito ao trabalho em condições compatíveis com a capacidade funcional apresentada pelos trabalhadores. Isso é relevante na medida em que a garantia de boas condições de trabalho, além de ser um direito do trabalhador, também é um fator determinante para a prática laboral e prevenção de aposentadorias precoces.

Por outro lado, também são observadas limitações no referido estudo no que diz respeito às informações sobre as atividades desempenhadas pelos servidores em seus cargos, os níveis de escolaridade, o tempo de trabalho no serviço público, o tempo de afastamento do trabalho por auxílio-doença e o início da doença. Outra limitação deste estudo é o fato de tratar-se de um recorte de aposentados por invalidez que estavam cadastrados como ativos no mês de novembro de 2016. Logo, foram excluídos todos aqueles que já haviam falecido, o que pode ter afetado uma visão mais global do perfil dos beneficiários devido invalidez. Por fim, é válido destacar que se trata de um estudo de uma realidade específica de servidores advindos de um serviço público municipal, mas que não deixa de dialogar com outros estudos no contexto nacional, sobretudo aqueles no âmbito do serviço público.

Fazem-se necessários estudos em outros RPPS e setores públicos, a fim de compreender os aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico dos segurados a partir de uma avaliação integral que considere os fatores do adoecimento juntamente com o contexto social do sujeito, tendo em vista a necessidade de se romper com o modelo de avaliação baseado estritamente em critérios médicos/clínicos. Esses estudos são essenciais para comparações mais efetivas entre diferentes segmentos públicos bem como levantamento de possíveis relações entre adoecimento e trabalho no âmbito estatutário municipal. Ademais, é importante elencar a necessidade de novos estudos em torno de relações estatísticas sobre as causas de adoecimento, afastamento do trabalho e desdobramentos em aposentadorias por invalidez, bem como a influência de outros fatores determinantes nesse processo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. F. P. *et al.* Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 37-44, 2016.

ALVARENGA, R. Z. Aposentadoria por Invalidez. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 76, 2010. Disponível em: <[www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7603](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7603)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho**. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.

ASPPREV. Disponível em: <<http://www.aspprev.com.br/>>. Acesso em: 20 jan.2016.

ATAIDES, C. M.; SANTOS, M. S. A Reforma Previdenciária: uma análise do saldo deficitário do Regime Geral de Previdência Social e sua relação com as mudanças demográficas do Brasil. **Revista de Auditoria Governança e Contabilidade**, Monte Carmelo, v. 5, n. 19, p.78-94, 2017. Disponível em: <[www.fucamp.edu.br/editora/index.php/ragc/article/view/996](http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/ragc/article/view/996)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. Biblioteca Básica do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2010.

BERNARDO, M. H. *et al.* Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 8-11, 2011.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília, 2009.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 54-71, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei Complementar nº 152, de 3 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a aposentadoria compulsória por idade, com proventos proporcionais, nos termos do inciso II do § 1º do art. 40 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 2015. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp152.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp152.htm)>. Acesso em: 01 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8112cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

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 República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 nov. 1998. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/Leis/L9717.htm](https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L9717.htm)>. Acesso em: 24 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.457, de 26 de junho de 2017. Altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória da Carreira de Perito Médico Previdenciário e da Carreira de Supervisor Médico-Pericial; e institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 2017.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13457.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13457.htm)>. Acesso em: 17 mai. 2018.

BRASIL. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária**, 2018. Disponível: <<http://www.ibdp.org.br/noticia.php?n=3220>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Série A. Normas e manuais técnicos, n. 103. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **Monitoramento de benefícios por incapacidade: 2º Boletim Quadrimestral sobre Benefício por Incapacidade**. Brasília, 2015.

BRASIL. **Resolução 544 /PRES/INSS, de 9 de agosto de 2016**. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/72/INSS-PRES/2016/544.htm>>. Acesso em: 20 maio 2018.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMPANHOLI, M. A.; GOUVEIA, C. A. V. A Lei 13.457, de 26 de junho de 2017 e as novas regras em relação aos benefícios por incapacidade. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 163, 2017.

CARO, C. C.; TAKAHASHI, V. A.; ANDRADE, E. V. B. Experience of a transdisciplinary team's work along with servers in sick leave. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 225-240, 2018.

CARO, C.; ARAKAWA, V.; ANDRADE, E. A reinserção laboral de funcionários públicos após longo período de ausência por doença em Regime Próprio de Previdência Social brasileiro. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line**, v.5, p.1-11, 2018.

COSTA, M. S. Terceirização no Brasil: velhos dilemas e a necessidade de uma ordem mais incluyente. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.115-131, 2017.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995 – 2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-236, 2009.

DEZOTTI, D. F.; MARTA, T. N. Marcos Históricos da Seguridade Social. **Revista do Mestrado em Direito**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 430-459, 2011.

ECONOMIA UOL. **De cada 10 pessoas, 7 têm auxílio-doença cortado após revisão do INSS**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/amp/s/economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/03/26/inss-auxilio-doenca-aposentadoria-revisao-pente-fino-beneficios.amp.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (EASHW). **Rehabilitation and return to work:** Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. 2016. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state/view>>. Acesso em: 26 maio 2018.

FÉLIX, Y. T. M.; CATÃO, M. F. Envelhecimento e a aposentadoria por policiais rodoviários. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 420-429, 2013.

FERREIRA, N. V. **Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008.** 2010. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.

GOMES, M. M. F.; FÍGOLI, M. G. B.; RIBEIRO, A. J. F. Da atividade à invalidez permanente: um estudo utilizando dados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) do Brasil no período 1999-2002. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 297-316, 2010.

IBGE. Pesquisa Mensal de Emprego – PME. **Mulher no mercado de trabalho:** perguntas e respostas. 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/Mulher\\_Mercado\\_Trabalho\\_Perg\\_Resp\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2016

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY, M. R. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 93-105, 2006.

LOURENÇO, E. A. S. O mundo do trabalho adoece. **Revista da Rede de Estudos do Trabalho**, Marília, n. 3, p. 1-36, 2008.

MAGUIRE, M.; O'CONNELL, T. Ill-health retirement of schoolteachers in the Republic of Ireland. **Occupational Medicine**, London, v. 57, n. 3, p. 191-193, 2007.

MCDONOUGH, P.; AMICK, B. C. The social context of health selection: a longitudinal study of health and employment. **Social Science & Medicine**, England, v. 53, n. 1, p. 135-145, 2001.

MADALOZZO, R. Occupational segregation and the gender wage gap in Brazil: an empirical analysis. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 147-168, 2010.

MADALOZZO, R.; MARTINS, S. R.; SHIRATORI, L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 557-566, 2010.

MARTINS, S. P. **A Terceirização e o direito do trabalho.** São Paulo: Atlas, 2001.

MELLO, I.; GOUVEIA, C. A. V. Auxílio-doença e aposentadoria por invalidez em face da Lei nº 13.457, de 26 de junho de 2017. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 163, s.p., 2017.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n.4, p. 422-426, 2005.

MENEZES, A. O desemprego e suas consequências biopsicossociais. **Ciente Fico**, Salvador, v. 1, n. 7, 2007. Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/ADM/ADM.MENEZES.F1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO – MTE. **Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2013. Disponível em: <<http://www.diesat.org.br/arquivos/DIRETRIZES-RP.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL – MTPS. **Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS 2014**, 2014. Disponível em: <[www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf](http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/AEPS-2014.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MOOM, W.; GEICKER, O. **Disability: Concepts and Definitions**. Disability and Work. Encyclopedia of Occupational Health and Safety [versão em CDROM]. Geneva: OIT, 1998.

MORETTIN, P. A. BUSSAB, W. O. **Estatística Básica**. São Paulo: Saraiva, 2006.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

OLIVEIRA, F. E. B. *et al.* O idoso e a previdência social. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 411-426.

PANCOTTI, L. G. B.; PANCOTTI, H. H. S. Análise Crítica da Lei 13.457/2017, a Necessária Observância da Fraternidade no Atendimento ao Segurado da Previdência Social Brasileira. **Revista Jurídica Luso Brasileira**, Lisboa, n. 3, p. 1451-1473, 2017.

PEREIRA, P. A. P. Proteção Social Contemporânea: cui prodest? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, 2013.

RANGEL, L. A. *et al.* Conquistas, Desafios e Perspectivas da Previdência Social no Brasil: Vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: **Boletim de Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise**. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal”. Brasília: IPEA, 2009. p. 41- 87.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SAMPAIO, R. F. *et al.* Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 60-66, 2003.

SANTOS, C. A.; CAMARGOS, E. R. Terceirização e adoecimento dos funcionários da escola. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 6, n. 11, p. 365-377, 2012.

SANTOS, D. C. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos aposentados por invalidez dos órgãos atendidos pela perícia médica oficial da Secretaria de Administração Pública do Distrito Federal SEAP/DF no quinquênio 2006-2010. In: ENCONTRO NACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO SERVIÇO PÚBLICO, 2013, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Decreto nº 10979 de 25 de janeiro de 2001. Disponível em: <[proposicoes.saojosedoriopreto.sp.leg.br/arquivo?id=269668](http://proposicoes.saojosedoriopreto.sp.leg.br/arquivo?id=269668)>. Disponível em: 27 mai. 2018.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Instrução normativa nº 48 de 23 de fevereiro de 2018. Disponível em: <[http://www.riopreto.sp.gov.br/PortalGOV/do/subportais\\_Show?c=120](http://www.riopreto.sp.gov.br/PortalGOV/do/subportais_Show?c=120)>, de 23 de fevereiro de 2018. Acesso em: 13 jun. 2018.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Lei complementar nº 05, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial**, São José do Rio Preto, 28 dez. 1990. Disponível em: <[http://www.sspm.org.br/site/detalhes\\_lei.asp?id\\_lei=85070037](http://www.sspm.org.br/site/detalhes_lei.asp?id_lei=85070037)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Lei complementar nº 139, de 29 de dezembro de 2001. Dispõe sobre o Regime Próprio de Previdência Social do Município de São José do Rio Preto, cria e estrutura a entidade de previdência, denominada RIOPRETOPREV, e dá outras providências. *Diário Oficial*, São José do Rio Preto, 29 dez. 2001. Disponível em: <<http://www.riopreto.sinoinformatica.com.br/camver/leicom/00139.html>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Lei nº 7378 de 10 de fevereiro de 1999. **Diário Oficial**, São José do Rio Preto, 10 fev. 1999. Disponível em: <<http://proposicoes.saojosedoriopreto.sp.leg.br/arquivo?id=254298>>. Acesso em: 27 maio 2018.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Resolução nº 891 de 03 de outubro de 1997. **Diário Oficial**, São José do Rio Preto, 03 out. 1997. Disponível em: <[proposicoes.saojosedoriopreto.sp.leg.br/arquivo?id=282725](http://proposicoes.saojosedoriopreto.sp.leg.br/arquivo?id=282725)>. Acesso em: 27 maio 2018.

SEVERIANO, E. M. O.; MACÊDO, A. C. Previdência Social: a saga entre trabalho e Adoecimento. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 172-181, 2015.

SILVA, E. B. F. *et al.* Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 505-514, 2012.

SILVA, J. J. B. *et al.* Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, A. N. (Org.) **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 289-311.

SOUZA, L. P.; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 87, 2016.

TOLDRÁ, R. C. *et al.* Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador – SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.121, p. 10-22, 2010.

VALENÇA, J. B. M.; ALENCAR, M. C. B. Aspectos do trabalho e os distúrbios osteomusculares de trabalhadoras em um lactário de escola. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 137-146, 2017.

VASCONCELOS, Z. B.; OLIVEIRA, I. D. (Org.). **Orientação vocacional**: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos. São Paulo: Vetor, 2004.

VELTRONE, A. A.; ALMEIDA, M. A. Perfil da pessoa com deficiência no mercado de trabalho na cidade de São Carlos. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 23, n. 36, p. 73-90, 2010.

YAZBEK, M. C. **Estado e políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

YENG, L. T. *et al.* A. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: TEIXEIRA, M. J. **Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001. p. 237-53.

**Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:**

CARO, C. C; ARAKAWA, V. A. T; ANDRADE, E. V. B; Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Servidores Públicos Aposentados por Invalidez. **Rev. FSA**, Teresina, v.17, n. 12, art. 9, p. 176-199, dez. 2020.

Contribuição dos Autores	C. C. Caro	V. A. T. Arakawa	E. V. B. Andrade
1) concepção e planejamento.	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X