

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

FLÁVIA CORRÊA AZEREDO DE FREITAS

**A EVOLUÇÃO RECENTE DO AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO E O PAPEL
DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**



**NITEROI, RJ
2013**

FLÁVIA CORRÊA AZEREDO DE FREITAS

**A EVOLUÇÃO RECENTE DO AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO E O PAPEL
DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Política Social do
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Monica Mora Y Araújo de Couto e Silva Pessoa
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA

Prof.^a Dra. Luciene Burlandy Campos de Alcântara
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof.^a Dra. Jeni Vaitsman
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
(suplente)

Orientadora: Prof.^a Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Universidade Federal Fluminense – UFF

Niterói, RJ
Agosto de 2013

Ao meu marido, Rodrigo, à minha filha, Clarisse, e a todos que, como eu, acreditam no potencial transformador da reabilitação profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me dado saúde nessa jornada de pesquisa e aprendizado.

Agradeço à minha família pelo apoio e compreensão nos necessários momentos de ausência e recolhimento e, em especial, ao meu pai, pelas revisões e orientações de como escrever com clareza e solidez.

Agradeço à minha orientadora, Lenaura Lobato, pela contribuição no direcionamento para uma argumentação científica.

Agradeço à médica perita Renata de Sá Brito Fróes, cuja orientação foi decisiva na definição do objeto deste estudo.

Agradeço a todos os profissionais que participaram, como entrevistados, das pesquisas desenvolvidas.

Agradeço à equipe da Procuradoria Regional no INSS no Rio de Janeiro, em especial o Procurador Federal Emerson Botelho e a médica perita Adriana Hilu, do Núcleo de Assistência Técnica; e aos Serviços de Saúde do Trabalhador das Gerências Centro e Norte do INSS no RJ pelo apoio ao projeto piloto cujos resultados, por ainda estarem pendentes, infelizmente não puderam ser apresentados neste trabalho.

Agradeço, ainda, aos servidores do INSS na cidade do Rio de Janeiro Luiz Carlos Dias dos Santos e Virgínia Maria Teixeira pela valiosa ajuda na extração de estatísticas indispensáveis à pesquisa.

Agradeço, por fim, à Escola da Advocacia Geral da União, pelo reconhecimento da importância do estudo, concedendo-me licença para conclusão da dissertação.

RESUMO

Desde os primórdios da proteção social do trabalhador no mundo, o benefício que ampare a incapacidade laborativa é presente, constituindo-se hoje numa das principais ferramentas de execução de políticas públicas voltadas ao trabalhador. No Brasil, o benefício mais demandado junto o Regime Geral de Previdência Social é auxílio-doença previdenciário, espécie de benefício por incapacidade laboral temporária. Na década de 2000, este benefício teve registrado aumento exponencial na sua concessão e estudos apontam múltiplas razões para o fenômeno, p.ex., as reformas na Previdência Social em 1998 e 1999, a ampliação da rede de atendimento do INSS, a baixa resolutividade do serviço de Reabilitação Profissional e a ausência de plano integrado de ação entre os Ministérios da Saúde, Previdência, Trabalho e Educação. Neste contexto, o serviço de Reabilitação Profissional assume papel de destaque, na medida em que seu público alvo preferencial são os segurados em gozo de auxílio-doença com a finalidade de requalificá-los ao reingresso no mercado de trabalho. Embora institucionalizado na década de 40 e tornado obrigatório na década de 60, o serviço de Reabilitação Profissional no Brasil é objeto de raros estudos na comunidade científica e ainda muito pouco explorado pelo INSS, entidade pública encarregada de executá-lo. O ano de 2012 terminou com a reabilitação profissional sendo prestada a apenas 2,26% dos segurados que recebem auxílio-doença no país. À vista disso, o presente trabalho se propôs analisar as causas do aumento do auxílio-doença previdenciário (ADP) na última década e as razões da sua atual representatividade no universo de benefícios mantidos pelo RGPS, bem como o papel da reabilitação profissional enquanto medida de fomento da capacidade laborativa. Para tanto, nos valem de estudos e dados gerenciais e estatísticos de instituições públicas como IPEA, TCU, IBGE e Ministério da Previdência, como ainda procedemos à leitura crítica de informes da Previdência Social, artigos, reportagens, relatórios, dissertações, teses e livros relacionados ao objeto de estudo. Recorremos, também, aos resultados de duas pesquisas qualitativas que fizemos com gestores nacionais e locais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e com médicos peritos desta entidade. A primeira pesquisa constituiu-se de entrevistas, realizadas no período de setembro a outubro de 2012, com 76 (setenta e seis) peritos do INSS no município do Rio de Janeiro, num universo de 180 médicos. A segunda pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, número CAAE 17463713.5.0000.5243 e consistiu em entrevistas semi-estruturadas com gestores do INSS em Brasília e no Rio de Janeiro. Consideramos que o estudo contribuiu especialmente na demonstração dos entraves que a reabilitação profissional enfrenta hoje tanto no INSS quanto no conjunto da estrutura da Seguridade Social, sendo de se destacar a importância da atuação em rede dos órgãos públicos, num reconhecimento de que a missão de reabilitar não é só da Previdência Social.

Palavras-chave: incapacidade laborativa, auxílio-doença, reabilitação profissional, intersetorialidade, proteção social integral.

ABSTRACT

Since the dawn of social protection of workers in the world, the benefits that sustain the working disability is present, becoming today one of the main tools for implementing public policies to the employee. In Brazil, the benefit more defendant in General Social Security is sickness pension, disability benefit sort of temporary labor. In the 2000s, the number of concessions for disability benefit increased exponentially and studies indicate multiple reasons for the phenomenon, specially the reforms carried out in Social Security in 1998 and 1999, the expansion of the Social Security service network, the low resolution of the Vocational Rehabilitation Service and the absence of an integrated plan of action among the Ministries of Health, Welfare, Education and Labor to deal with the problem. In this context, the Vocational Rehabilitation Service takes a prominent position, especially because it primarily directed to rehabilitate and orientate disabled workers to reenter the labor market. While institutionalized in the 40s and made mandatory in the 60s, the Vocational Rehabilitation Service in Brazil is the subject of few studies in the scientific community and largely unexplored by the INSS, the public entity in charge of running it. The year 2012 ended with the vocational rehabilitation being provided to only 2.26 % of policyholders who receive sickness benefits in the country. In view of this, the present study aimed to analyze the causes of the increase in sickness pension in the last decade and the reasons for its current representation in the universe held by General Social Security benefits as well as the role of vocational rehabilitation as a measure of development of working capacity. For this, we make use of studies and statistical data management and public institutions as IPEA, TCU, IBGE and Ministry of Welfare, as yet proceeded to the critical reading of reports of Social Security, articles, stories, reports, dissertations, theses and books the object of study. We also make use of the results of two qualitative research we did with national and local managers of the National Institute of Social Security (INSS) and medical experts of this entity. The first survey consisted of interviews carried out in the period September-October 2012, with 76 (seventy-six) INSS experts in the municipality of Rio de Janeiro, in a universe of 180 physicians. The second study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal Fluminense, number CAAE 17463713.5.0000.5243, and consisted of semi-structured interviews with managers of the INSS in Brasilia and Rio de Janeiro. We believe that the study contributed especially in demonstrating the barriers that Vocational Rehabilitation faces today in Social Security, and to highlight the importance of a joint network of different public agencies, not only the Social Security, to accomplish the mission of Vocational Rehabilitation.

Key-words: labor disability, disability benefits, vocational rehabilitation, intersectoriality, complete social protection.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AD** – Auxílio-doença
- ADA** – Auxílio-doença Acidentário
- Adin.** – Ação Declaratória de Inconstitucionalidade
- ADP** – Auxílio-doença Previdenciário
- ANFIP** – Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
- APL** – Avaliação de Potencial Laborativo
- APS** – Agência da Previdência Social
- BERP** – Boletim Estatístico da Reabilitação Profissional
- CAPs** – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CAT** – Comunicação de Acidente de Trabalho
- CF** – Constituição Federal
- CGPASS** – Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais
- CGPM** – Coordenação-Geral de Perícias Médicas
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNAE** – Classificação Nacional de Atividades Econômicas
- CNIS** – Cadastro Nacional de Informações Sociais
- CREABP** - Coordenação de Reabilitação Profissional
- CRP** – Centro de Reabilitação Profissional
- DACBI** – Divisão de Acompanhamento e Controle de Benefício por Incapacidade
- DGARP** - Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional
- DID** – Data de Início da Doença
- DII** – Data de Início da Incapacidade
- DIRBEN** – Diretoria de Benefício
- DIRSAT** – Diretoria de Saúde do Trabalhador
- DORT** – Doenças Osteomusculares
- DRU** – Desvinculação de Receitas da União
- ELA** – Esclerose Lateral Amiotrófica
- ESA** – Employment and Support Allowance
- FAP** – Fator Acidentário de Prevenção
- FAPL** – Ficha de Avaliação do Potencial Laborativo
- GEX** – Gerência Executiva

GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IN – Instrução Normativa

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INC – Instituto Nacional do Coração

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

MP – Medida Provisória

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

NHS – National Health Service

NIS – National Insurance Scheme

NRP – Núcleo de Reabilitação Profissional

NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PBC – Período Básico de Cálculo

PcD – Pessoa com Deficiência

PEA – População Economicamente Ativa

PFE – Procuradoria Federal Especializada

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PP – Pedido de Prorrogação

PPS – Partido Popular Socialista

PR – Pedido de Reconsideração

PRES – Presidência

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

RJ – Rio de Janeiro

SAT – Seguro de Acidente do Trabalho

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SM – Salário Mínimo

SSP – Statutory Sick Pay

STF – Supremo Tribunal Federal

SUIBE – Sistema Único de Benefícios

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomada de Contas

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1 - BREVE HISTÓRICO DA PROTEÇÃO SOCIAL AO TRABALHO

1.1 – Apontamentos gerais sobre a proteção social do trabalhador

1.2 – Breve histórico da proteção previdenciária do trabalhador no Brasil

1.3 – Paradigmas da proteção social à saúde do trabalhador em alguns países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico – OCDE

CAPÍTULO 2 – O AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO: CARACTERÍSTICAS E RELEVÂNCIA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM ANOS RECENTES

2.1 – Algumas considerações sobre doença e incapacidade

2.2. Auxílio-doença: características gerais e por espécie

2.3 – Razões do exponencial aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário na década de 2000

- a) *Regras mais rígidas para aposentadorias por idade e tempo de contribuição e critério de cálculo do auxílio-doença.*
- b) *Modernização operacional da Previdência Social*
- c) *Capacidade pericial do INSS*
- d) *Alta taxa de subnotificação de acidente e doença relacionados ao trabalho*
- e) *Baixa resolutividade da reabilitação profissional*
- f) *Ausência de plano de ação integrada no âmbito da Seguridade Social*
- g) *Aumento numérico da população segurada*

2.4 – A visão do perito médico do INSS: abordagem a partir de pesquisa na capital do Rio de Janeiro

2.5. Algumas considerações de gestores e peritos médicos do INSS a respeito das causas do aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário a partir de 2000

CAPÍTULO 3 – A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL ENQUANTO PRÁTICA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA CIDADANIA

3.1 – Por que estudar a Reabilitação Profissional?

3.2 – Notas sobre a história da Reabilitação Profissional no Brasil

3.3 – O serviço de Reabilitação Profissional na atualidade

3.4 – A Reabilitação Profissional na visão de gestores e médicos peritos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE – A

APÊNDICE – B

INTRODUÇÃO

A partir do meado da década de 2000, o regime de previdência pública no país foi impactado pela exponencial elevação da demanda de benefícios por incapacidade. Desde o início da década de 80, quando os números da Previdência Social passaram a ser catalogados, até o momento atual, as aposentadorias representam a maior proporção no universo de benefícios emitidos¹ no âmbito do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). O auxílio-doença previdenciário (ADP), espécie de benefício por incapacidade temporária, por outro lado, embora tenha sido o benefício mais concedido na década de 80 e no primeiro biênio da década de 90, até então não havia registrado aumento em números substanciais e destoantes na sua série histórica apurada de concessões. Contudo, na entrada da década de 2000 a procura por ADP cresceu significativamente e em 2006 ele respondeu por 55% do total de benefícios concedidos pelo RGPS. No período de 2000 a 2006 a elevação foi de 185%. Atualmente, cerca de 40% de todas as concessões de prestações previdenciárias naquele regime são de auxílio-doença previdenciário.

Desde os primórdios da proteção social do trabalhador no mundo, o benefício que ampare a incapacidade laborativa é presente, constituindo-se hoje numa das principais ferramentas de execução de políticas públicas voltadas ao trabalhador. No Brasil, um dos marcos da proteção social previdenciária foi a publicação da lei 3.724/19, que tornou obrigatório o seguro contra acidentes do trabalho em algumas atividades.

As causas do aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário e da permanência de sua representatividade atual no contexto da Seguridade Social são de diversas ordens, sendo relevante aqui citar as reformas na Previdência Social em 1998 e 1999, a ampliação da rede de atendimento do INSS, a baixa resolutividade do serviço de Reabilitação Profissional e a ausência de plano integrado de ação entre os Ministérios da Saúde, Previdência, Trabalho e Educação.

A relevância em se estudar o auxílio-doença previdenciário, portanto, pode ser resumida na sua própria condição de benefício mais demandado no RGPS.

Neste prisma, o serviço de Reabilitação Profissional (RP) assume um papel de destaque, na medida em que seu público alvo preferencial são os segurados em gozo de auxílio-doença.

¹ Benefício emitido é aquele que está ativo e, portanto, regularmente pago. Benefício concedido é aquele que compõe o fluxo de novas entradas no sistema.

A reabilitação profissional é a assistência reeducativa e de readaptação, a cargo do INSS, que visa tornar o indivíduo incapaz apto à retornar ao mercado de trabalho.

Embora institucionalizado na década de 40 e tornado obrigatório na década de 60, o serviço de Reabilitação Profissional no Brasil é objeto de raros estudos na comunidade científica e ainda muito pouco explorado pela entidade pública encarregada de executá-lo. O ano de 2012 terminou com a reabilitação profissional sendo prestada a apenas 2,26% dos segurados que recebem auxílio-doença no país.

De fato, ocorreram avanços no serviço de RP, especialmente a partir de 2010, quando foi regulamentada a celebração de Acordos de Cooperação Técnica para oferecimentos, dentre outros, de cursos profissionalizantes e treinamentos e em 2011, com a atualização do Manual na área de Reabilitação Profissional. Ainda sim, há um longo caminho a ser trilhado para que o serviço alcance o grau de efetividade condizente com sua natureza obrigatória e de âmbito nacional.

O estudo sobre o serviço de Reabilitação Profissional no país, portanto, é importante, pois: (i) há poucos estudos sobre o tema; (ii) a incapacidade laborativa é hoje a principal causa de saída do mercado formal de trabalho; (iii) o público potencial do serviço cresceu significativamente na última década; (iv) sendo efetiva, a reabilitação não só reduz o número de pessoas em benefício por incapacidade, como aumenta o número de contribuintes, formando um círculo virtuoso; (v) ultimamente tem havido ações de fomento da reabilitação após quase três décadas de ostracismo. (vi) muitas são as dificuldades atuais para o serviço executar adequadamente as ações que o farão assumir a importância estratégica que merece.

À vista disso, o presente trabalho se propõe analisar as causas do aumento do auxílio-doença previdenciário (ADP) na última década e as razões da sua atual representatividade no universo de benefícios mantidos pelo RGPS, observando a expressiva elevação a partir da década de 2000, bem como o papel da reabilitação profissional enquanto medida de fomento da capacidade laborativa.

No capítulo inicial faremos um breve histórico da proteção social previdenciária no Brasil e no mundo, concluindo com a exposição dos principais traços da proteção social à incapacidade laboral em três países europeus que compõe a Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), cada um representante de um modelo de Estado de Bem-Estar Social. Para tanto, consultamos artigos, estudos e livros sobre o tema, além de termos colhido informações no site oficial da Comunidade Europeia.

Nos capítulos 2 e 3 trataremos, especificamente, do auxílio-doença previdenciário e da reabilitação profissional.

A metodologia adotada consistiu em análise de estudos do IPEA, TCU² e do próprio Ministério da Previdência, além de dados estatísticos extraídos de Anuários e Boletins da Previdência Social, do Sistema Único de Benefícios (SUIBE), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Procedemos também à leitura crítica de informes da Previdência Social, artigos, reportagens, relatórios, dissertações, teses e livros relacionados ao objeto de estudo, com a finalidade de conceder arcabouço teórico multilateral ao mesmo.

Por fim, no que toca à parte documental, nos utilizamos da legislação vigente, incluindo, leis, decretos, regulamentos, portarias, ordens de serviço, memorandos e manuais, com o objetivo de dar suporte formal ao trabalho.

Recorremo-nos, ainda, aos resultados de duas pesquisas qualitativas que fizemos com gestores nacionais e locais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e com médicos peritos desta entidade.

A primeira pesquisa constituiu-se de entrevistas, realizadas no período de setembro a outubro de 2012, com 76 (setenta e seis) peritos do INSS no município do Rio de Janeiro, num universo de 180 médicos. Foram entregues questionários do tipo fechado (Apêndice A), cujas respostas deveriam ser assinaladas, sem identificação do entrevistado. O procedimento de entrega foi ora pessoal, ora por intermédio do chefe imediato, em reunião de serviço.

As perguntas giraram em torno dos seguintes temas: (i) condições de trabalho; (ii) perfil dos segurados periciados e das incapacidades diagnosticadas; (iii) medidas para lidar com a alta demanda de benefícios por incapacidade; e (iv) judicialização.

Cumpramos registrar que as questões foram elaboradas quando o objeto de estudo ainda não se encontrava completamente definido, motivo pelo qual não houve abordagem de assuntos que hoje entendemos relevantes, como a visão dos médicos quanto ao papel da reabilitação profissional e a opinião sobre o modelo atual da avaliação pericial.

Nosso propósito foi trazer para o debate a ótica – ainda que local – dos médicos peritos, profissionais estes responsáveis, em última análise, tanto pela concessão do auxílio-doença (AD) como pelo encaminhamento do segurado para a reabilitação profissional (RP).

² CECHIN e GIAMBIAGI, 2004. MORA, 2007. TCU, Tomada de Contas n. ° 012.034/2008-7.

A segunda pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, número CAAE 17463713.5.0000.5243.

O objetivo primário apontado foi o de identificar o papel da reabilitação profissional na gestão do afastamento laboral e apurar em que medida o serviço pode atuar de modo mais ativo no contexto de alta demanda de benefício por incapacidade.

Assim, foram entrevistadas 9 (nove) pessoas, entre gestores locais, gestores nacionais e médicos peritos do INSS, estes últimos com atuação no município do Rio de Janeiro (RJ), todos com atribuição ou experiência na área da saúde do trabalhador e, especialmente, no campo da reabilitação profissional. Os roteiros de entrevistas abordaram questões como as causas do aumento de concessão do auxílio-doença previdenciário no RGPS, o papel da RP neste contexto, bem como os entraves à ampliação deste programa e das perspectivas futuras quanto ao mesmo. (Apêndice B)

No presente trabalho, procuramos demonstrar os entraves que a reabilitação profissional enfrenta hoje tanto no INSS quanto no conjunto da estrutura da Seguridade Social, e apontar possibilidades para sua expansão como alternativa para a reinserção no mercado de trabalho de segurados em auxílio doença, garantindo-lhes o direito à seguridade social integral.

CAPÍTULO 1 – BREVE HISTÓRICO DA PROTEÇÃO SOCIAL AO TRABALHO

1.1 – Apontamentos gerais sobre a proteção social do trabalhador

Desde os primórdios da civilização o ser humano tem vivido em comunidades e, para sua subsistência, aprendeu a obter bens mediante a troca dos excedentes de sua produção individual.

Na Antiguidade Clássica, o trabalho adquiriu um viés de ocupação desprezível, sendo relegado a plano inferior e confiado aos não cidadãos, como os servos e escravos. O ócio era defendido por Aristóteles como uma condição de liberdade associada à felicidade e à aquisição de cultura (AQUINO e MARTINS, 2007: 490).

Na Idade Média, surgem as denominadas corporações de ofício, formadas por indivíduos que, fugidos das terras dos nobres no sistema feudal, estabeleceram agrupamentos sociais com o intento de padronizar e organizar suas atividades, notadamente ligadas ao artesanato e ao comércio.

A Era Moderna (séculos XV a XVIII), marcada pelo Iluminismo, Renascimento, pelos grandes descobrimentos e findada com a Revolução Industrial, foi quando despontou a noção de trabalho tal como hoje a concebemos. É neste momento da História que se primeiro estabelece a dicotomia, até hoje existente, entre os detentores dos meios de produção e aqueles que sobreviviam do emprego de suas forças de trabalho. Será, porém, na Idade Contemporânea, cujo início para muitos estudiosos ocorre com a Revolução Francesa (1789) perdurando-se até a atualidade, que os efeitos da produção industrial se fizeram presentes, tornando-se o trabalho a atividade social dominante e determinante da configuração social (AQUINO e MARTINS, 483).

Para dar azo à produção em larga escala decorrente do processo industrial, grande contingente de indivíduos foi chamado a trabalhar nas fábricas, provocando o surgimento das chamadas massas proletárias. E nos primórdios da era industrial as relações de emprego eram palco da submissão dos trabalhadores à condição análoga de escravo, uma vez que a mera retribuição do trabalho pelo salário, sem qualquer regulamentação, era insuficiente em matéria de garantias mínimas, e os direitos dos trabalhadores eram aqueles assegurados apenas pelos contratos (CASTRO e LAZZARI, 2007:32).

Neste cenário, começam a eclodir manifestações por melhores condições de trabalho e subsistência, as quais, ao tempo que eram temidas por liberais e conservadores, foram

reprimidas pelo Estado. Assim, as greves na Inglaterra capitaneada pelo movimento denominado “cartismo”, as revoluções de 1848 e 1871 na França e a revolução de 1848 na Alemanha. Não coincidentemente, o Manifesto do Partido Comunista, de Karl Marx, foi publicado nesta mesma época, em 1848. O proletariado via na democracia o caminho para a redução das desigualdades.

Vale recordar que o pensamento liberal propalado pela burguesia – detentora dos meios de produção – relacionava a igualdade e prosperidade com o máximo de mercados livres e o mínimo de interferência do Estado cuja tônica, à época, era de preservação dos privilégios absolutistas, defesa do protecionismo mercantilista e de convivência com a corrupção. A adesão entusiástica ao capitalismo de mercado, portanto, muito se deveu ao sistema de governo repressor dos ideais de liberdade e iniciativa (ESPING-ANDERSEN, 1991: 86).

Neste contexto, relevante mencionar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, que inscreve o princípio da Seguridade Social como direito subjetivo assegurado a todos e, um século depois, a publicação da Carta Encíclica *Rerum Novarum*, de 1891, na qual a Igreja Católica definiu sua doutrina social pós-revolução industrial, defendendo salários adequados, jornada de trabalho justa e a intervenção do Estado como regulamentador das relações de trabalho.

Não obstante as repressões do Poder Constituído, diante da crescente insatisfação popular surgiram as primeiras preocupações com a proteção social do trabalhador, no propósito, contudo, de preservar o *status quo*, evitando revoluções. Até então, o sistema de proteção social – oficial e não oficial – limitava-se ao escopo assistencialista, dirigido aos pobres e necessitados³.

A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) também é apontada como um dos fatores chave na formação do novo modelo estatal, uma vez que o Estado Liberal passa a mostrar os primeiros sinais de sua falência ao ser incapaz de bem lidar com as consequências econômicas e sociais do conflito.

Inicialmente, a proteção social do trabalho foi pautada por questões diretamente relacionadas à relação de trabalho em si, como o trabalho extenuante, o trabalho infantil e feminino e o trabalho insalubre. Somente num segundo momento evolutivo que o seguro

³ De acordo com Carlos Alberto Pereira de Castro e João Batista Lazzari, *in* Manual de Direito Previdenciário, até o século XVIII não havia a sistematização de qualquer forma de prestação estatal. A exceção foi a lei inglesa, Poor Law, de 1601, que instituiu contribuição obrigatória para fins sociais, com intuito assistencial. (p. 34)

social é idealizado, a partir da concepção de ser necessário um amparo estatal àquelas pessoas que se encontram em situação impeditiva de permanência no mercado de trabalho.

A política social de Otto von Bismark na Alemanha, durante os anos de 1883 a 1889, é reconhecida como o conjunto de normas que constituiu o embrião da Previdência Social atual, ao assegurar aos trabalhadores o seguro-doença, a aposentadoria e proteção em caso de acidentes de trabalho.

Entretanto, também é reconhecido como um modelo de seguridade social promovido com o explícito intuito de estratificação social, na medida em que consolidou divisões entre os assalariados aplicando programas distintos para grupos diferentes, cada qual com um conjunto próprio de direitos e privilégios, e atuou com o objetivo de garantir a lealdade dos indivíduos beneficiados à monarquia ou ao Estado provedor dos novos direitos⁴.

Na Inglaterra, em 1907, foi promulgada lei de reparação de acidentes de trabalho e, em 1911, outra lei cuidou da cobertura à invalidez, à doença, à aposentadoria voluntária e à previsão de desemprego, o que fez deste país o mais avançado em termos de legislação previdenciária da época.

Outros Estados da Europa, precursores da ideia de proteção estatal do indivíduo vítima de infortúnios, estabeleceram, de maneira gradativa, da segunda metade do século XIX até o início do século XX, um sistema jurídico que garantiria aos trabalhadores normas de proteção nas suas relações contratuais, bem como um seguro – mediante contribuição destes – que consistia no direito a uma renda em caso de perda da capacidade de trabalho por velhice, doença ou invalidez, bem como pensão por morte aos dependentes.

A Constituição Mexicana de 1917 inaugurou a fase de consolidação normativa da proteção social do trabalhador ao ser a primeira a tratar dos direitos sociais e políticos, no que foi seguida pela Constituição de Weimar, de 1919. Foi nesta década, inclusive, que eclodiu a Revolução Soviética, de 1917, e criada a Organização Internacional do Trabalho, em 1919, a partir do Tratado de Versailles, que deu fim à 1ª Grande Guerra.

Nesta perspectiva, inicia-se o processo de abandono pelo Estado do papel absentéista para adotar uma postura ativa, intervindo no domínio econômico, com vistas a equilibrar as forças econômicas da sociedade, sob o pálio dos novos princípios de Estado de direito e bem estar.

⁴ Neste sentido, Gosta Esping-Andersen. As três economias políticas do *Welfare State*, 1991, p. 105.

Esping-Andersen assenta que “o equilíbrio do poder de classes altera-se fundamentalmente quando os trabalhadores desfrutam de direitos sociais, pois o salário social reduz a dependência do trabalhador em relação ao mercado e aos empregadores e assim se transforma numa fonte potencial de poder” (ESPING-ANDERSEN, 1991:89).

Castro e Lazzari (2007) salientam que a fase de intervencionismo estatal mais intensa inicia-se com a quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929, indo até o período imediatamente posterior à Segunda Guerra Mundial, momento este quando o fenómeno do Estado do Bem-Estar Social - *Welfare State* - ganha dimensões quase universais, a partir da implantação de um conjunto articulado de programas de proteção social, incluindo diretos à aposentadoria, habitação, educação e saúde.

O conceito de Estado do Bem-Estar Social, contudo, não deve traduzir apenas responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. Isto por que, há outras questões relevantes a serem consideradas, tais como, o que o “básico” engloba, se as políticas sociais são ou não emancipadoras ou se elas ajudam na legitimação do sistema. Por outro lado, relacionar a amplitude do Estado de Bem-Estar Social com o volume de gastos públicos sociais pode levar a uma conclusão equivocada⁵, de modo se mostrar mais adequada a análise da substância teórica do *Welfare State* (ESPING-ANDERSEN, 1991:98).

A compreensão do que seja o Estado de Bem-Estar deve perpassar, ainda, a questão dos direitos e garantias, a fim de alcançar a medida na qual as atividades estatais se entrelaçam com os papéis do mercado e das famílias.

Neste sentido, o *Welfare State*, enquanto conjunto de intervenções públicas atinentes à promoção do bem-estar com algum grau de redistribuição de renda, atuaria viabilizando a conciliação da vida familiar com o trabalho e, ainda, equalizando chances de vida a fim de aumentar o potencial produtivo da população e sua capacidade de sustentar os idosos (KERSTENETZKY: 2012).

A criação de sistemas de proteção social – mais ou menos amplos – passa então a ser comum a todos os países, estando relacionados não somente à redução de desigualdades, mas, também, à necessidade de garantir proteção ao trabalho como mecanismo central do capitalismo.

⁵ Esping-Andersen, Gosta. *op. cit.*, cita alguns exemplos, como altos gastos com benefícios usufruídos por funcionários públicos privilegiados, a renúncia fiscal de algumas nações em favor de planos privados de previdência, que favorecem principalmente as classes médias e a elevada despesa social no governo Thatcher na Inglaterra por causa do alto índice de emprego.

Na década de 70, porém, o modelo estatal de bem-estar começa a ser questionado em decorrência de crise⁶ na economia capitalista causada por uma conjugação de fatores, dentre eles, a dificuldade de financiamento da expansão do sistema de proteção social em decorrência da desaceleração do crescimento do PIB nos países desenvolvidos, a crise do petróleo e o descontrole monetário causado pelos altos gastos sociais (SADER e GENTILI: 1995).

Muito embora o receituário neoliberal tenha direcionado muitos governos no final da década de 70 e início dos anos 80, a exemplo de Thatcher na Inglaterra, Reagan nos EUA e Kohl na Alemanha, as propostas neoliberais nunca foram aplicadas em sua integralidade em qualquer lugar do mundo, variando caso a caso (SADER e GENTILI: 1995).

Nos países do Terceiro Mundo o neoliberalismo foi adotado com mais força que nos países em desenvolvimento, enquanto precondição imposta pelos organismos de fiscalização da economia mundial, num contexto de precariedade das estruturas econômicas e baixo desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar daqueles países.

Todavia, se por um lado as políticas adotadas pela doutrina neoliberal mostraram-se eficazes no combate à inflação, por outro, não desencadeou a retomada do crescimento que se supunha, além de ter levado a uma polarização da sociedade, potencializada pela redução dos mecanismos de proteção social (SADER e GENTILI: 1995).

Ainda sim, não houve desmonte do modelo do *Welfare State*, mas uma lenta transformação ou transição de seus mais variados tipos – Residual/Liberal, Conservador e Social Democrata/Universalista⁷ – para formas mais flexibilizadas. O *Welfare State* do período industrial necessitava ser adaptado ao período pós-industrial.

Fundamentalmente, os riscos sociais relacionados à industrialização, que justificaram a existência do estado de bem-estar do pós-guerra, teriam sido substituídos por um conjunto de novos riscos [...]. A reestruturação deste decorreria de novos processos exógenos, como a crise econômica dos anos 1970 e a globalização a partir dos anos 1980 que, apesar de terem afetado a margem de manobra para políticas públicas domésticas, criaram novas necessidades em termos de proteção social [...]. Outro processo econômico transversal ao anterior seria a

⁶ Para um estudo mais aprofundado sobre a existência ou não da crise do *Welfare State*, cf. Celia Lessa Kerstenetzky in Sobre a “Crise” do Estado de Bem-Estar: Retração, Transformação Fáustica ou o Quê?

⁷ No sistema residual ou liberal de Estado de Bem-Estar Social a proteção social exerce um papel secundário, mais assistencial e com forte exigência de comprovação da necessidade, pressupondo benefícios de curta duração. O sistema conservador implica no partilhamento de responsabilidades entre setores público e privado, com forte presença da família como instância de proteção social e acesso aos benefícios mediante contribuição prévia. O sistema universalista ou social democrata prima pelo serviço de acesso universal sem exigência de prévio custeio. Aqui, o elemento central é de concessão de um básico de qualidade elevada.

desindustrialização e a reestruturação do mercado de trabalho que a acompanha. Mudanças tecnológicas limitativas ao crescimento do emprego, proeminência da economia dos serviços e avanço da economia do conhecimento foram fatores que impuseram menor segurança no emprego e relações de trabalho mais precárias, requerimento de maior qualificação do trabalho, desemprego duradouro e dualidade no mercado de trabalho – riscos relativamente desconhecidos do *welfare state* industrial e que solicitariam respostas adaptativas de um *welfare state* pós-industrial (KERSTENETZKY, 2012: 460).

Nesta perspectiva, tomaram corpo medidas como redução e focalização do gasto público, aplicação de critérios de seletividade na distribuição dos benefícios assistenciais, privatização de serviços e aumento da contribuição dos indivíduos e famílias para o financiamento do sistema de proteção.

E, muito embora a crítica de Esping-Andersen (1991:99) à classificação dos regimes de *Welfare State* segundo os gastos, é fato que os números do gasto público social podem representar uma importante ferramenta de análise da proporção dos mecanismos de proteção social nas sociedades contemporâneas. Neste prisma, Kerstenetzky (2012) alerta que estudo feito em 2010 com vinte e dois países da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) não encontrou evidências de retração do *Welfare State* no interregno de 1980 a 2007. Pelo contrário, o gasto público social cresceu a um ritmo superior ao do crescimento médio do produto interno bruto (PIB).

Aliás, há quem diga que o Estado de Bem-Estar continuaria sendo necessário mesmo numa sociedade contemporânea dita igualitária (BARR, 2001, *apud* KERSTENETZKY, 2012:04). No campo da seguridade social, a razão principal seriam os riscos e incertezas típicos das economias de mercado contemporâneas, como desemprego e inflação, não assegurados privadamente. Na área da saúde, o financiamento público constituiria um efetivo seguro contra riscos médicos não cobertos pelos seguros privados, enquanto, na educação, a atuação estatal garantiria o incerto e arriscado investimento no início da vida. Por fim, os programas de proteção social, no campo da assistência, protegem contra a pobreza extrema, conferindo subsídios sem exigir, em muitos casos, qualquer tipo de contraprestação.

1.2 – Breve histórico da proteção previdenciária do trabalhador no Brasil

No Brasil, a construção da identidade do trabalhador significava, em primeiro lugar, rever as marcas de atraso e desvalorização deixadas pela escravidão e redefinir positivamente o trabalho como fator de grandeza e felicidade para o homem e riqueza e progresso para a sociedade. Neste viés, a formação do partido operário era fundamental para a coesão e

visibilidade social da classe. Assim, já no início da República, iniciaram as discussões em torno da concepção organizacional e política do partido (GOMES: 1979).

Até os anos 20 o Estado adotava uma postura liberal, diante da quase inexistência de disposições legais relativas às questões trabalhistas e sociais, que era, inclusive, consentida por quase toda sociedade civil do período (OLIVEIRA e TEIXEIRA: 1989).

Porém, a crescente organização do movimento operário nos anos de 1917 a 1920 passou a provocar o debate em torno da necessidade de transformação e regulamentação das condições do trabalho urbano no país.

O surto de greves⁸ neste período fundamentava-se em aumentos de salários, a contrabalancear a alta inflação sobre gêneros de primeira necessidade que, além de caros, eram escassos no mercado⁹. Ao lado desta reivindicação, outras surgiram em termos de melhores condições de trabalho, como diminuição da carga horária trabalhada, regulamentação do trabalho feminino e do menor, bem como direito ao descanso semanal (GOMES: 1979).

O patronato, representado pela burguesia comercial e industrial, por sua vez, viu o problema do estabelecimento de normas para o trabalho completamente associado às greves, e delas se valeu para desenvolver também sua capacidade de negociação, articulação e organização.

O núcleo do discurso patronal não se situava no intervencionismo estatal propriamente dito, mas no estabelecimento de limites razoáveis para essa intervenção, a fim de não tornar suas atividades economicamente inviáveis.

O Estado, ao tempo que exercia papel repressor contra os movimentos grevistas – especialmente em razão da influência anarquista sobre estes – passava a considerar a questão social como um problema de ordem pública, a justificar sua atuação regulamentadora e intervencionista. Não por outra razão, é nesse momento da história que houve a discussão formal de praticamente todas as medidas regulamentadoras do trabalho, como também a criação dos primeiros órgãos governamentais com atribuição para tratar do assunto (GOMES: 1979).

⁸ Em 1917 houve greve geral no Rio de Janeiro e em São Paulo e em 1919 novamente em São Paulo.

⁹ A Primeira Guerra Mundial impactou não só os preços dos bens de consumo, como também prejudicou o comércio exterior de maquinaria, o que intensificou a superexploração da força de trabalho.

Por essa razão, a legislação social do trabalho se tornou fruto da atuação de três atores: Estado, trabalhadores urbanos e burguesia do comércio e da indústria.

No campo previdenciário especificamente, o acesso aos seus serviços configurou-se, desde seus primórdios, como um direito trabalhista das classes assalariadas urbanas, ou seja, os direitos de assistência médica, pensões e aposentadorias estiveram vinculados ao contrato compulsório dos trabalhadores do setor privado com o seguro gerenciado pelo Estado, mediante a inserção formal no mercado de trabalho (TAKAHASHI; IGUTI, 2008: 2662).

Segundo Oliveira (1996), “o primeiro texto em matéria de previdência social no Brasil foi expedido em 1821(...) concedendo aposentadoria aos mestres e professores, após 30 anos de serviço, e assegurado um abono de $\frac{1}{4}$ (um quarto) dos ganhos aos que continuassem em atividade”.

A Constituição de 1824 garantia aos cidadãos o direito aos então denominados “socorros públicos” (art. 179, XXXI). Contudo, referida previsão não era dotada de exigibilidade, tendo em vista que os cidadãos não dispunham de meios para exigir o efetivo cumprimento de tal garantia.

A Constituição de 1891, no artigo 75, dispunha da aposentadoria por invalidez aos funcionários públicos, independente de qualquer contribuição por parte do trabalhador, sendo completamente custeada pelo Estado. Em 1892, a lei 217 instituiu a aposentadoria por invalidez e a pensão por morte dos operários do Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro.

Aliás, foi na vigência desta primeira Constituição republicana que surgiram os marcos do progresso da Previdência Social no Brasil, como a lei 3.724/19, que tornou obrigatório o seguro contra acidentes do trabalho em algumas atividades, introduzindo o conceito de “risco profissional”, e o decreto legislativo n.º 4.682/1923, conhecido como Lei Elói Chaves, responsável pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas de estradas de ferro, mediante contribuição dos trabalhadores, das empresas do ramo e dos usuários dos serviços.

A Lei Eloy Chaves, como observam Lazzari e Castro (2007), criou as primeiras entidades que se aproximam das hoje conhecidas entidades fechadas de previdência complementar ou fundos de pensão, já que se constituíam por empresas. Em seguida ao surgimento das Caixas dos ferroviários foram criadas outras Caixas em empresas de diversos ramos da atividade econômica como, por exemplo, as Caixas dos portuários e dos marítimos criadas pelo Decreto 5.109, de 20 de dezembro de 1926. O Estado, ainda imbuído do

liberalismo que já mostrava sinais de desgaste, limitava-se a exercer o controle externo, como na resolução de conflitos entre CAP e segurado, e na perspectiva *a posteriori*, após os recursos às instâncias administrativas das CAPs.

Embora as CAPs não contassem com a participação ativa do Estado no plano da administração ou de suas finanças, a imposição legal de suas criações é defendida por Oliveira e Teixeira (1989) como algo inovador, justificando o reconhecimento da década de 20 – e não de 30 – como o marco inaugural do processo de intervenção crescente do Estado na problemática trabalhista.

[...] o contexto da emergência da Previdência Social no Brasil – que é, mais amplamente, também, o contexto da emergência da legislação trabalhista entre nós – é marcado [...] pela ruptura com o liberalismo por parte de um Estado que ainda é aquele dominado pela oligarquia agrária. E essa ruptura não corresponde a nenhum choque com os interesses fundamentais da fração de classe dominante. [...] Mas a ruptura com o liberalismo nos anos 20 não é apenas consequência da crescente movimentação operária e nem está alheia a fatores externos. [...] ao contrário dos anos anteriores, em que as oligarquias agrário-exportadoras dominavam estável e amplamente, vive-se agora um contexto de crise. Em que começa a ser colocada em xeque a própria forma de organização do sistema de dominação política que vigorara, solidamente, nos últimos 25 anos. [...] não são mais apenas as isoladas classes trabalhadoras urbanas que se apresentam como elementos de contestação do *status quo*. Oligarquias agrárias regionais, camadas médias urbanas, setores da corporação militar, começam também a questionar a estrutura de poder vigente, num processo que vai resultar, mais adiante, na sua transformação em 30 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989:38-46).

No período de 1923-1930 vigorou um padrão de funcionamento da estrutura previdenciária no país que veio a ser profundamente modificado na década de 30. São reconhecidas como características centrais da década de 20 a natureza basicamente civil e privada das instituições de previdência e o amplo espectro de benefícios e beneficiários.

Os mencionados decretos 4.682/23 e 5.109/26 definiam planos de benefícios pecuniários e serviços médicos e farmacêuticos, além de estabelecer, na qualidade de beneficiários, membros da família que habitassem sobre o mesmo teto e sobre a mesma economia, bem assim os sucessores. As condições de acesso aos benefícios, ademais, não tinham viés restritivo, de modo que, naturalmente, o sistema previdenciário de então apresentava elevados custos.

Neste contexto, a massa segurada foi significativamente ampliada, de modo que no período de 1923-1930 o número de associados ativos cresceu seis vezes e no interregno de 1930-1945 a cifra aumentou quase vinte vezes¹⁰.

Oliveira e Teixeira (1989), valendo-se de tabelas de receitas e despesas, compararam o regime de previdência instituído na década de 20 com o que se seguiu nos anos de 1930 a 1945. Afirmaram os autores que o crescimento da massa segurada pôde ter produzido, dentro de certos limites, uma diminuição relativa de gastos com benefícios pecuniários de longo prazo [ou seja, aposentadorias e pensões], pois em geral há um lapso grande entre a inscrição do associado na instituição de previdência e a ocorrência dos eventos que determinarão o pagamento dos benefícios. O mesmo raciocínio asseveram os autores, não poderia ser aplicado à demanda por serviços, especialmente médicos, diante da imprevisibilidade da doença e da ausência de carência para utilização destes. Ocorre, porém, que a análise das referidas tabelas demonstrou acentuada queda nos gastos com serviços de assistência médica nos quinze anos que se seguiram à década de 30, fazendo-os concluir que este período foi pautado por uma orientação contencionista e restritiva, revelada especialmente na legislação de então. A normativa sobre o assunto passou a estabelecer limites orçamentários máximos para as despesas e, depois, condicionou a prestação dos serviços às disponibilidades das instituições¹¹.

Lazzari e Castro (2007) sustentam ter ocorrido no início da década de 30 a primeira crise do sistema previdenciário, com denúncias de corrupção e fraudes nas CAPs, o que abriu caminho para a estruturação do sistema com base nas categorias profissionais, com o surgimento dos IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões – dos Marítimos, dos Bancários, dos Comerciais e dos Empregados em Transporte de Carga.

Os IAPs foram formulados, portanto, sob a ótica de restrição dos serviços de assistência médica, dada sua natureza principal de conceder aposentadorias e pensões, ressalvadas algumas variações entre as instituições previdenciárias, rompendo com o modelo então vigente nas CAPs da década de 20. Ademais, foram observadas nos decretos instituidores de alguns IAPs regras mais restritivas quanto acesso aos benefícios e redutoras de seus valores¹².

Nesse ínterim, a configuração da forma tripartite de custeio da previdência do trabalhador – contribuições dos empregados, empregadores e do Poder Público – foi

¹⁰ OLIVEIRA e Teixeira, *op.cit.*

¹¹ A título de exemplo, os decretos 20.465/31, 21.081/32 e 22.016/32.

¹² Como exemplo, os decretos 22.872/33 e 1.918/37.

inaugurada pela Constituição Federal de 1934 (art. 121, §1º, h). A Constituição de 1946, por seu turno, foi a primeira a utilizar a expressão *previdência social*, como ainda foi a pioneira na tentativa de sistematização de normas de âmbito social em seu art. 157.

Anos depois, adveio o Regulamento Geral das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Decreto n. 26.778, de 14.06.1949) com o objetivo de padronizar as regras de concessão dos benefícios, uma vez que cada Caixa tinha suas normas próprias. O Decreto n. 34.586, de 12.11.1953, por fim, fundiu as Caixas remanescentes criando a Caixa Nacional, transformada em Instituto pela Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, mesmo ano de criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A lei orgânica da Previdência Social (lei 3.807/60) teve o condão de unificar os dispositivos infraconstitucionais relativos à Previdência Social até então existentes, o que abriu caminho para a unificação, imposta pelo regime militar, de todo regime com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, que reuniu os IAPs à época vigentes.

Somente na década de 70 os trabalhadores rurais e domésticos foram incorporados ao sistema previdenciário brasileiro, por meio da lei complementar n. 11/71 e lei 5.859/72, respectivamente.

A lei 6.439/77 alterou a organização do modelo previdenciário ao instituir o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), cujas atribuições foram distribuídas entre diversas autarquias. Assim, foram criados o IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, a quem incumbia a arrecadação e fiscalização das contribuições, e o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social com atribuição de atendimento dos segurados e dependentes na área da saúde. O INPS foi mantido para pagamento e manutenção dos benefícios previdenciários.

Curioso que essas siglas, muito embora extintas no final da década de 80, ainda estão muito presentes no imaginário e na fala popular, não sendo raro pessoas de mais idade fazerem alusão ao INAMPS ou mesmo INPS quando estariam a se referir ao SUS – Sistema Único de Saúde ou ao INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

Em termos de competências, podemos dizer que o INAMPS foi incorporado ao SUS, enquanto sistema descentralizado gerido pelo Conselho Nacional de Saúde na órbita federal e pelos colegiados criados junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O SUS,

diferentemente do extinto INAMPS, é pautado pelo princípio da universalidade no acesso, não diferenciando, portanto, quem é segurado e quem não é.

As atribuições do antigo IAPAS foram assumidas pelo INSS e, a partir da promulgação da lei 11.457/2007, passaram a ser executadas pela Receita Federal do Brasil, órgão do Governo Federal responsável pela fiscalização e arrecadação de todos os tributos federais.

Com o advento da Constituição de 1988 houve o nascimento de um Sistema Nacional de Seguridade Social, congregando ações destinadas a assegurar os direitos à saúde, à previdência social e à assistência social, sendo pautado sobre vários princípios, dentre eles, a universalidade de cobertura e atendimento, a seletividade e distributividade na prestação dos serviços e benefícios, a diversidade da base de financiamento e o caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 1988, art. 194).

Neste prisma, enquanto os serviços de saúde e assistência não dependem de custeio, os serviços de previdência social exigem contraprestação pelo beneficiário, o que, de certo modo, rompe com o ideário da universalidade de cobertura e atendimento da seguridade social.

Os serviços públicos de saúde, como já dito, são executados de modo descentralizado por unidade federativa no âmbito do SUS. Já os serviços de assistência social, que obedecem à mesma estrutura descentralizada dos serviços de saúde, são prestados, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, por órgãos públicos estaduais e municipais, bem como por organizações e entidades sem fins lucrativos.

Atualmente, a Previdência Social no Brasil encontra-se desenhada constitucionalmente sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e filiação obrigatória, observado o equilíbrio financeiro e atuarial, com cobertura aos eventos de doença, invalidez, morte, idade avançada, maternidade, desemprego involuntário, salário-família e auxílio-reclusão. Sua cobertura compreende cerca de 30.000.000 (trinta milhões) de benefícios emitidos para pagamento (BRASIL, Boletim Estatístico da Previdência Social, dez. 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2008 – existiam naquele ano no Brasil 55,36 milhões de pessoas socialmente protegidas, com idades entre 16 e 59 anos. Esse contingente faz parte de um universo de 83,97 milhões de pessoas que se declararam ocupadas e se encontravam na referida faixa etária, o que significa uma cobertura total de 65,9%. Em outras palavras, de cada 10 trabalhadores, cerca de 6 estavam socialmente protegidos. Por outro lado, 28,61 milhões de pessoas, ou seja, 34,1% da

população ocupada encontravam-se sem qualquer tipo de cobertura social. Dados de 2011 revelam um contingente de cerca de 100,2 milhões de pessoas economicamente ativas (PEA) e 93,4 milhões de pessoas ocupadas, sendo 48 milhões de segurados junto ao RGPS. Ou seja, a cobertura do RGPS alcança cerca de 51,39% da população ocupada¹³.

No contexto das reformas de readaptação do Estado de Bem-Estar Social já referidas, o Brasil aprovou duas grandes reformas previdenciárias dirigidas tanto aos segurados do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), quanto aos servidores públicos, regidos por sistemas próprios de previdência instituídos nos âmbitos federal, estadual e municipal. Os direitos adquiridos, porém, foram respeitados, tendo sido criadas regras de transição para os ingressantes no sistema após as reformas.

A Emenda Constitucional n. 20 de 1998 instituiu pedágio àqueles segurados do RGPS que pretendessem se aposentar por tempo de contribuição segundo as regras de transição; inaugurou o conceito de tempo de contribuição ao invés de tempo de serviço, manteve a aposentadoria especial de professor apenas aos docentes do nível fundamental e médio, fixou a idade mínima de 16 (dezesesseis) anos para ingresso na condição de trabalhador e, entre outras previsões, extinguiu a aposentadoria proporcional dos servidores públicos e condicionou idade mínima na obtenção de aposentadoria por tempo de contribuição por estes.

A instituição do fator previdenciário pela Lei 9.876/99 pode ser compreendida como um adendo à EC 20/98, uma vez que se constituiu numa alternativa à não aprovação da idade mínima como critério cumulativo na concessão de aposentadoria por tempo de contribuição também para os segurados do RGPS. Referido fator é um numeral, fruto de operação matemática, que considera dados como idade do segurado, tempo de contribuição do mesmo e expectativa de vida. Trata-se, portanto, de fórmula tendente a reduzir o valor do benefício quando requerido por segurado com idade e tempo de contribuição menores, desestimulando, assim, aposentadorias ditas precoces.

As Emendas Constitucionais n. 41 de 2003 e 47 de 2005 afetaram fundamentalmente os regimes próprios de previdência pública e, portanto, os servidores públicos.

O bloco das alterações consistiu, basicamente, na instituição da contribuição previdenciária para os servidores inativos, no cálculo da aposentadoria pela média dos salários de contribuição, na desvinculação do valor da pensão por morte à última remuneração do servidor falecido e na extinção da paridade de reajustes entre ativos e inativos.

¹³ BRASIL. MPS. Boletim Estatístico da Previdência Social, dez. 2012.

Embora as alterações legais e constitucionais implantadas, o modelo atual da previdência pública brasileira tem demandado discussões em diferentes níveis da sociedade. Entidades de classe, órgãos governamentais, organismos de pesquisa, mídia, todos se interessam com os rumos que o sistema previdenciário deverá tomar com vista a não deixar de garantir, num futuro próximo ou remoto, os benefícios para os quais a geração atual contribuiu. Isto porque, o sistema brasileiro é de repartição simples, o que implica uma lógica de solidariedade entre as gerações: as contribuições dos trabalhadores ativos são destinadas ao custeio dos benefícios pagos aos inativos e dos demais benefícios suportados pelo sistema.

Exatamente porque são gerações que financiam outras gerações, esse regime de financiamento está fortemente sujeito à dinâmica demográfica. Uma geração de ativos que seja numerosa exigirá que a geração sucessora seja igualmente numerosa, ou, sendo numericamente inferior, que os ganhos de produtividade da nova geração sejam elevados o suficiente para arcar com os gastos da geração anterior.

Essa fragilidade de sistemas estruturados em regime de repartição pode ser potencializada, caso seja também estruturada com benefício definido, como é o caso do Brasil e de muitos outros países. Isso porque, sendo o benefício definido, as alíquotas de contribuição e as condições de elegibilidade de acesso aos benefícios devem estar muito bem calibradas para que não surjam déficits estruturais no sistema e devem, também, ser suficientemente flexíveis para que possam ser ajustadas a alterações demográficas¹⁴.

O risco demográfico, no caso brasileiro, era até pouco tempo uma ficção, dado seu perfil de país demograficamente jovem. Entretanto, nos últimos 20 anos essa situação se modificou completamente. A razão para essa mudança teve início na metade do século passado quando três importantes e sucessivos fatores demográficos mostraram-se presentes: (a) diminuição da mortalidade infantil; (b) queda na fecundidade e, (c) redução da mortalidade adulta. Como resultado da combinação desses três fatores, a taxa de crescimento populacional brasileira caiu quase 70% entre 1950 e 2010, trazendo como consequência o aumento da esperança de vida ao nascer e da idade mediana. Se em 1950 a idade mediana era de apenas 19,2 anos, em 2000 era de 25,3 e em 2050 deverá atingir 45,6 anos. De outro lado, o segmento etário composto por indivíduos de 60 anos ou mais passou de 6,1% do total da população em 1980 para 8,1% em 2000, devendo triplicar sua participação até 2050¹⁵.

Neste cenário surgem propostas para o Regime Geral de Previdência Social que vão da desindexação do limite mínimo de pagamento dos benefícios previdenciários ao salário

¹⁴ TAFNER e GIAMBIAGI, *in* Brasil: A nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011, p.111.

¹⁵ *Ide. Ibidem.*

mínimo, mantendo apenas o reajustamento por índices de preços, passando pela elevação da idade mínima de aposentadoria para homens e mulheres [atualmente em 65 anos para o homem e 60 anos para a mulher], com extinção dos requisitos diferenciados entre os sexos, até a redução do percentual da pensão por morte [hoje de 100% do salário de benefício], para citarmos alguns exemplos¹⁶.

Outro viés da discussão sobre o sistema previdenciário público brasileiro¹⁷ gira em torno de ser o mesmo superavitário ou deficitário. O tema é deveras complexo, não sendo o propósito deste estudo aprofundar a questão. Ainda sim, importante destacar que as receitas e despesas da previdência social integram o orçamento geral da seguridade social, em decorrência do preceituado nos artigos 194 e 195 da CF. Ou seja, não há um orçamento específico para a Previdência, ressalvada a previsão no art. 167 XI da CF que veda a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais dos trabalhadores e sobre a folha de salários para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do RGPS.

A existência de um orçamento uno para a Saúde, Previdência e Assistência contribui para que haja diferentes metodologias aplicadas no balanço da seguridade social por alguns atores sociais, como IPEA, TCU e ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil). Além disso, a desvinculação de 20% das receitas [impostos e contribuições sociais da União], por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU), permite que recursos que deveriam ser aplicados na seguridade social sejam desviados para outros fins¹⁸.

Outro dado relevante consiste no fato de que no âmbito das despesas do RGPS estão incluídos os benefícios dos trabalhadores urbanos e rurais, sendo certo que a CF/88, no escopo de trazer os trabalhadores rurais – até então descobertos – para a proteção previdenciária, permitiu a entrada de um contingente expressivo sem a exigência de prévia contribuição. Tendo sido, portanto, uma opção política do Poder Constituinte da época, há quem defenda que os custos dela decorrentes sejam considerados com ponderação na

¹⁶ Para estudo mais aprofundado sobre algumas propostas de alteração do Regime Geral da Previdência Social, cf. Brasil: a nova agenda social.

¹⁷ O sistema de previdência pública no Brasil compreende o Regime Geral de Previdência Social, destinado aos trabalhadores da iniciativa privada e aos servidores públicos que não possuem regime próprio de previdência, bem como os Regimes Próprios de Previdência, restritos aos trabalhadores do setor público dos três níveis de governo.

¹⁸ SALVADOR, Evilásio. Por que não há déficit na Seguridade Social e na previdência social? 2010. Neste artigo, o autor critica, ainda, a falta de transparência do governo federal quanto à especificação das receitas e despesas das três áreas da seguridade social, dificultando, ainda mais, a análise do balanço fiscal.

elaboração do balanço da previdência, a fim de evitar conclusões precipitadas de desajuste estrutural do Regime Geral¹⁹.

A partir desse breve histórico sobre a proteção previdenciária no país, a seguir avançaremos na proteção previdenciária à saúde do trabalhador, mediante estudo aprofundado do mecanismo de proteção mais demandado atualmente, que é o auxílio-doença previdenciário no âmbito do RGPS. Antes, porém, entendemos necessário trazer algumas abordagens internacionais do tema.

1.3 – Paradigmas da proteção social à saúde do trabalhador em alguns países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico – OCDE

Inicialmente, registramos nossa opção por países da OCDE²⁰, haja vista ser um organismo internacional onde se discutem e alinham políticas com o objetivo de potencializar o crescimento econômico e o desenvolvimento dos países membros. A organização reúne os países mais industrializados e também alguns emergentes, como México, Chile e Turquia. O Brasil, embora não integrante da OCDE, participa do programa de engajamento ampliado, com vistas à uma possível adesão, o que lhe permite participar de Comitês da Organização²¹.

De mais a mais, há uma direta ligação do objeto de estudo com o desenvolvimento econômico, na medida em que a saída do mercado de trabalho, muitas vezes precoce, por motivo de incapacidade, se não for acompanhada por políticas públicas, irá impactar negativamente a economia.

Sob este enfoque, escolhemos quatro países da OCDE de acordo com seus históricos de regimes de *Welfare State* adotados: Inglaterra (Liberal), Alemanha (Conservador/Corporativista) e Suécia (Social Democrata).

INGLATERRA

O regime de Proteção Social inglês inclui resumidamente: (i) o Regime de Seguro Nacional (*National Insurance Scheme - NIS*), que concede prestações pecuniárias (benefícios) em caso, p. ex., de doença, desemprego, viuvez e idade avançada, mediante o prévio

¹⁹ KLIASS, Paulo. *Previdência social, esclarecendo a meia-verdade*. 2013.

²⁰ A estrutura da OCDE compreende Secretariado Técnico, Agências, Centros de Pesquisa, mais de duzentos órgãos, e cerca de trinta Comitês intergovernamentais especializados em temas diversos da economia internacional e das políticas públicas, pelo que destacamos o Comitê de Economia do Trabalho.

²¹ Outros países emergentes como China, Índia, África do Sul e Indonésia também se relacionam com a OCDE por meio de programas de engajamento ampliado. Para maiores informações, consulte: <http://www.fazenda.gov.br/sain/pcn/PCN/ocde.asp>. e <http://www.oecd.org/gov>.

pagamento de contribuições no âmbito do regime de seguro nacional; (ii) o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service - NHS*), que presta cuidados médicos, dentários e oftalmológicos sem necessidade de pagamento prévio de contribuições; (iii) Benefícios para famílias, que são espécies de auxílios pecuniários para famílias que têm filhos em idade escolar; (iv) Prestações não contributivas para certas categorias de pessoas deficientes ou que prestam apoio domiciliar e (v) outras prestações a cargo da entidade patronal e pagas a trabalhadores em caso de nascimento ou adoção de um filho²².

Especificamente com relação à prestação pecuniária por doença ou invalidez, esta pode ser de responsabilidade da entidade patronal, por meio do pagamento do SSP (*statutory sick pay*), ou do sistema de Proteção Social, encarregado de pagar o subsídio de emprego e de auxílio (*employment and support allowance – ESA*). O ESA foi criado em 2008 para substituir o subsídio por incapacidade (*incapacity benefit*) e o auxílio ao rendimento (*income support*) para todos os novos requerentes. Em todo caso, se exige carência mínima.

Durante os três primeiros dias de incapacidade para o trabalho não é paga qualquer prestação.

O SSP é pago pela entidade patronal apenas ao segurado empregado incapaz para o trabalho, e desde que a duração da incapacidade for igual ou superior a quatro dias e a remuneração média do segurado for ao menos igual ao limite mínimo de remuneração. O ESA, a cargo do Sistema de Proteção Social inglês, por sua vez, é pago ao segurado empregado quando este não tiver direito ao SSP pago pela entidade patronal. O ESA também pode ser pago ao trabalhador autônomo, ao estudante e àquele que está desempregado. Este benefício pode ser requerido se a doença ou incapacidade afeta de algum modo a habilidade para o trabalho.

O tempo máximo de duração do benefício a cargo da entidade patronal é de vinte e oito semanas e, caso o indivíduo continue doente, poderá requerer o ESA ao Ministério do Emprego e das Pensões. Nos primeiros sete dias da doença a sua comprovação médica não é exigida pela entidade patronal, bastando o preenchimento de um formulário. Após esse período, deverá o segurado apresentar atestado médico à sua entidade patronal, presumindo-se como válido o atestado emitido por médico de família, profissional autônomo que mantém contrato de prestação de serviço com o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*).

²² Maiores informações podem ser obtidas no site: <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=en>> e também no site <<https://www.gov.uk/browse/benefits>>. Acesso em 02 jun. 2013.

Para obtenção do ESA, após o cumprimento da carência, o requerente será submetido a uma fase de avaliação com duração de treze semanas. Nesse interregno, um médico ou profissional de saúde realizará uma apreciação médica intitulada ‘avaliação de capacidade para o trabalho’ que, além de verificar se o beneficiário tem direito à prestação, determinará também se o mesmo deve ser colocado no grupo de atividades relacionadas com o trabalho, que inclui uma atividade obrigatória de natureza profissional, ou no grupo de apoio que não impõe esse requisito.

Se o segurado ficar doente ou incapacitado devido a acidente de trabalho ou a doença profissional reconhecida, tem direito a um subsídio de invalidez por acidente de trabalho, que pode ser cumulado com o benefício por doença ou invalidez. O direito a esta prestação não depende de carência, por outro lado, não é paga aos trabalhadores autônomos e só é devida após quinze semanas do acidente do trabalho ou da doença profissional. Circunstâncias particulares, nomeadamente, a idade e a gravidade da incapacidade, determinarão o valor da prestação recebida.

ALEMANHA

O Sistema de Seguro Social alemão comporta legalmente cinco ramos: o seguro de doença, o seguro de dependência, o seguro de pensão, o seguro de acidentes e o seguro de desemprego²³.

À exceção de algumas poucas profissões (por exemplo, funcionários públicos, juízes e soldados), todos os trabalhadores são obrigados a contratar um seguro. Por outro lado, as pessoas que ocupam um posto de trabalho com uma remuneração não superior a 400 euros, bem como os empregados à curto prazo que trabalham menos de 50 dias durante o ano civil, estão isentas do seguro.

Para além dos ramos do Seguro Social supramencionados, existem ainda a assistência social pública, os benefícios mínimos direcionados a quem está a procura de emprego, benefícios por idade ou em virtude de uma eventual redução da capacidade de ganho, bem como diversas prestações familiares e subsídios de habitação.

O seguro de doença é gerido por cerca de cento e quarenta e cinco caixas de seguro, umas com atuação regional, outras com atuação nacional.

²³ As informações foram coletadas no site: <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=en>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

Se o empregado ficar incapacitado para trabalhar devido à doença, o seu empregador continuará a pagar o seu salário independentemente do seu horário de trabalho semanal ou mensal durante as primeiras seis semanas de incapacidade. O direito à continuação do pagamento do salário (*Entgeltfortzahlung*) só existe se a relação laboral durar há quatro semanas, sem interrupções (carência).

Aqueles trabalhadores incapacitados para a atividade laborativa cujo salário não for pago pela entidade patronal, ou deixar de o ser, têm direito a prestação pecuniária (*Krankengeld*) concedida por uma das Caixas de Seguro de Doença, mantidas no âmbito do Sistema de Seguro Social. Esta prestação é igual a 70% do salário habitual (*Regelentgelt*), mas não pode ultrapassar 90% do montante líquido desta remuneração.

As prestações pecuniárias de doença são pagas até ao fim do período de incapacidade laborativa, atestada por laudo médico. No entanto, para a mesma doença, as prestações pecuniárias só podem ser concedidas durante um máximo de 78 semanas, ao longo de um período de 3 anos. Uma vez decorrido o período de três anos, poderá considerar-se, em determinadas condições, o pagamento por um novo período de três anos.

O acesso à prestação inicia-se com a comunicação da doença e sua provável duração pelo empregado à sua entidade patronal.

Se a incapacidade para trabalhar durar mais de três dias, o trabalhador deve entregar um atestado médico à sua entidade patronal, o mais tardar no quarto dia de doença. O direito a prestações pecuniárias por doença existe, em princípio, a partir do dia seguinte àquele em que o médico atestou a incapacidade para o trabalho. O atestado médico deverá indicar a duração esperada da incapacidade.

Enquanto durar a incapacidade para o trabalho não poderá o segurado se ausentar da Alemanha sem a autorização da respectiva Caixa de Seguro de Doença, responsável pela concessão da prestação pecuniária.

O segurado coberto por um seguro de doença tem direito, ainda, a prestações pecuniárias por doença de filho, desde que este tenha até doze anos e necessite de cuidados.

As prestações do seguro de acidentes são pagas apenas na ocorrência de uma hipótese assegurada. Este seguro destina-se a cobrir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

São considerados acidentes de trabalho não só os acidentes propriamente ditos ocorridos no exercício de uma atividade segurada, mas também os acidentes ocorridos a caminho do

trabalho. Estes últimos são os acidentes de que o segurado é vítima enquanto se dirige à atividade segurada ou dela regressa. Doenças profissionais são doenças de que o segurado é vítima, devido à exercício de atividade segurada, ou durante a mesma e estão definidas no diploma relativo às doenças profissionais. Está ainda prevista a possibilidade de se provar o caráter profissional de doenças que não constam da lista.

É necessário que exista uma relação de causalidade entre a atividade segurada e o acidente ou doença, bem como entre o acidente ou doença e o problema de saúde.

A entidade patronal deve declarar todos os acidentes à instituição de seguro de acidentes competente, a quem incumbe determinar se um acidente se qualifica como um caso de seguro, conferindo direito a prestações.

O seguro de acidente é obrigatório a todos os empregados, às crianças cuja guarda é confiada à creche ou escola e também aos estudantes. O seguro é opcional para os trabalhadores autônomos.

SUÉCIA

O regime geral de Seguro Social na Suécia compreende os seguintes ramos: (i) seguros de saúde; (ii) prestações por acidente de trabalho e doença profissional; (iii) prestações por invalidez; (iv) pensões por velhice e por morte; (v) seguro de desemprego e (vi) prestações familiares e seguro parental.

Algumas prestações de seguro exigem carência mínima e outras o atendimento de determinadas condições

É obrigatória a contratação do Seguro Social, com exceção do seguro desemprego, para todas as pessoas que residem ou trabalham na Suécia. Assim, o regime compreende seguro que ora se baseia na residência, ora no trabalho.

Não há distinção, em termos de cobertura, entre os trabalhadores empregados e autônomos.

As prestações pecuniárias por doença (*sjukpenning*) ou remuneração de doença (*sjuklön*) destinam-se a compensar parcialmente a perda de rendimento sofrida pela incapacidade de trabalhar devido à doença.

O seguro é obrigatório para os trabalhadores empregados e os trabalhadores autônomos que pretendam requerer o subsídio de doença. No entanto, são aplicáveis normas ligeiramente diferentes a cada um destes grupos: o período de carência previsto para os trabalhadores

empregados é de um dia, sendo as prestações concedidas a partir do segundo dia de doença, ao passo que os trabalhadores autônomos podem escolher entre diferentes categorias de seguro, que estipulam períodos de carência de sete, quatorze, trinta, sessenta ou noventa dias.

O trabalhador empregado que não possa trabalhar devido à doença recebe um subsídio de doença pago pela entidade patronal entre o segundo e o décimo quarto dia, inclusive; a partir daí, o pagamento do subsídio de doença fica a cargo da Agência Sueca de Seguro Social.

O atestado médico é exigido a contar do oitavo dia da doença.

Os desempregados inscritos no Serviço Público de Emprego recebem, em regra, uma prestação pecuniária por doença que lhes é paga pela Agência Sueca de Seguro Social desde o segundo dia do período de doença, desde que cumprida a carência exigida dos trabalhadores autônomos. Os estudantes podem igualmente, em determinados casos, obter uma prestação pecuniária por doença.

Não existe nenhuma exigência de rendimento mínimo para receber a remuneração de doença. Contudo, quem exerça uma atividade assalariada há menos de um mês deve ter trabalhado pelo menos quatorze dias para ter direito à remuneração da doença.

O valor da prestação a cargo da entidade patronal corresponde, ao menos, 80% do valor que o segurado teria direito de receber se não estivesse doente. Já o subsídio pago pela Agência Sueca de Seguro Social é de 80% do rendimento do segurado, multiplicado por 0,97, podendo ser reduzido a razão de $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ em função do período durante o qual o segurado é obrigado a interromper o trabalho por causa da doença incapacitante.

Em caso de doença grave, é possível requerer um subsídio contínuo de doença. São consideradas doenças graves, entre outras, certos tumores, doenças neurológicas, como a esclerose lateral amiotrófica (ELA), ou casos em que o doente aguarda o transplante de um órgão vital. Seu pagamento pode ser por prazo indeterminado e o percentual é de 80% do rendimento.

Depois de receber o subsídio de doença durante 550 dias, a pessoa será convidada pelo Serviço Público de Emprego sueco a participar de um programa individual de reinserção no mercado de trabalho. Se o seu estado de saúde não lhe permitir participar no programa, poderá requerer a “prorrogação do subsídio de doença em casos especiais”. Neste caso, o subsídio poderá ser pago por tempo indeterminado e corresponderá cerca de 75% do rendimento, multiplicado por 0,97.

Se o segurado tiver de suspender sua atividade laboral por ser portador de doença contagiosa, mesmo não estando incapaz para o trabalho, poderá receber o subsídio por doença contagiosa.

As prestações decorrentes de acidente de trabalho e doenças profissionais são: (i) subsídio de doença; (ii) cuidados de saúde; (iii) atividades de reabilitação; (iv) subsídios de prevenção de acidente ou doenças; (v) pensão vitalícia e (vi) subsídio de funeral.

Finalmente, o subsídio de doença decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional é pago nas mesmas condições, incluindo montantes, de quaisquer outras doenças.

Em comum aos três países estudados, podemos citar o fato de que todos possuem, no âmbito de seus sistemas de proteção social, benefício ou prestação pecuniária que visa amparar a incapacidade laborativa ocasionada por doença, que pode guardar ou não relação com a atividade profissional, ou por acidente de trabalho. Dada sua natureza de seguro, a prestação somente é paga mediante prévia contribuição²⁴, ou seja, a partir do atendimento de carência pré-estabelecida.

Outras semelhanças que merecem destaque consistem na obrigatoriedade do seguro de doença imposta à maior parte dos trabalhadores e na repartição da responsabilidade quanto ao pagamento da prestação pecuniária entre empregadores e regimes de proteção social da cada país.

Por outro lado, os regimes se diferenciam no que toca, por exemplo, às pessoas cobertas, ao início do pagamento do benefício e aos valores deste.

Enquanto na Inglaterra e Alemanha há diferenciações entre trabalhadores empregados e autônomos, o regime de seguro social sueco não faz qualquer distinção, além de cobrir todos os residentes na Suécia e pessoas que nela trabalham.

Nos três casos estudados, é a entidade patronal quem primeiramente arca com os custos do benefício por doença incapacitante, entretanto, a Inglaterra admite o pagamento somente a partir do quarto dia do início da doença e na Alemanha e Suécia paga-se o benefício a partir do segundo dia. Ademais, o Seguro Social sueco é o que mais cedo assume a responsabilidade quanto à prestação, no décimo quinto dia do início da doença, ao passo que o Seguro Social alemão o faz após seis semanas e o da Inglaterra após vinte e oito semanas.

²⁴ A Suécia prevê, ainda, prestação pecuniária por doença aos desempregados inscritos no Serviço Público de Emprego.

O valor dos benefícios, por fim, varia de 70% do salário habitual no caso alemão a 80% no regime sueco. A Inglaterra aplica alíquotas de acordo com a idade e gravidade da incapacidade decorrente de acidente do trabalho ou doença profissional.

A análise das legislações destes países nos permite concluir que, muito embora tenham adotado inicialmente modelos distintos de regimes de *Welfare State*, as diferenças entre os benefícios por doença não são tão significativas. Talvez o ponto mais destoante seja a cobertura irrestrita na Suécia, certamente por conta da tradição social-democrata de seu Estado de bem-estar social, marcado pelo acesso universal aos serviços públicos.

Considerando o caso brasileiro, temos importantes pontos de sintonia, como a característica de seguro obrigatório, a responsabilidade residual do Estado no pagamento do benefício do segurado empregado – o empregador paga o salário nos primeiros quinze dias da incapacidade – e o fato do valor do benefício não ser equiparado ao rendimento ou salário do segurado, havendo a aplicação de alíquota redutora.

Contudo, há um aspecto relevante da legislação estrangeira e aqui inexistente: fixação do valor do benefício de acordo com a idade do segurado e a gravidade da doença incapacitante. O auxílio-doença brasileiro é pago na proporção de 91% do salário-de-benefício para todos os casos, variando apenas a duração do benefício, definida em perícia médica no âmbito do INSS.

Vimos, portanto, que a proteção da doença, no escopo da relação de emprego, é tema que sempre vigeu desde os primórdios do surgimento da proteção social.

O amparo ao trabalhador incapacitado, além de constituir uma política social nos diferentes modelos de Estado de Bem-Estar, mereceu atenção do próprio sistema capitalista, uma vez que a eficiência econômica depende também de trabalhadores sadios.

A revolução industrial no século XVIII permitiu a produção dos bens em larga escala usando, naturalmente, a força de trabalho da classe operária. Esta, por sua vez, dadas as precárias condições de labor da época, se uniu em prol, inicialmente, de questões como a jornada de trabalho, o trabalho infantil e feminino e o trabalho insalubre.

Num segundo momento, o seguro social entra na ordem do dia, na medida em que para além das matérias diretamente ligadas à relação de trabalho, surgiu a necessidade de amparar aquelas pessoas impedidas de permanecer no mercado de trabalho por conta da ocorrência de um sinistro, como idade avançada e enfermidade. Neste sentido, as condições de trabalho foram o ponto de partida para a criação, em geral, dos Sistemas de Proteção Social no mundo.

Atualmente e no Brasil, embora as condições de trabalho formal precisem ser aprimoradas, muito se avançou em termos de legislação trabalhista e previdenciária, pelo que o ordenamento jurídico pátrio nessas matérias não destoa daqueles vigentes em países desenvolvidos.

Ainda sim, a enfermidade é causa do maior número de requerimentos de benefício no universo do Regime Geral de Previdência Social no país. Deste modo, entender as razões dessa realidade é passo importante para a proposição de soluções.

Portanto, no capítulo seguinte teremos a oportunidade de aprofundar o estudo sobre o auxílio-doença no Brasil ao tratar de assuntos como condicionalidades e causas do aumento de sua demanda.

CAPÍTULO 2 – O AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO: CARACTERÍSTICAS E RELEVÂNCIA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL EM ANOS RECENTES

2.1 – Algumas considerações sobre doença e incapacidade.

A literatura aponta que embora a relação entre trabalho e saúde remonte à Antiguidade, as primeiras abordagens formais dessa relação datam do século XIX, na Europa, com a criação da Medicina do Trabalho e da instituição dos serviços médicos nas empresas com atuação focalizada, não na promoção da saúde do trabalhador, mas no bom funcionamento dos processos de trabalho (SILVA, E. *et al.*, 2010:185).

Medidas preventivas e protetivas foram mundialmente criadas, em 1919, com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que desde seu início formulou normas sobre a limitação da jornada de trabalho, o desemprego, a proteção à maternidade, o trabalho noturno para menores e mulheres e sobre idade mínima para admissão de crianças. Em 1953 a OIT editou recomendação aos países membros no sentido de formarem médicos do trabalho e instalarem serviço de medicina do trabalho nas empresas.

No Brasil, a primeira regulação sobre o infortúnio laboral data de 1919, com a publicação do Decreto 3.724, que tornou compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em certas atividades. Em 1943 adveio a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), cujas disposições sobre medicina e segurança do trabalho foram alteradas pela lei 6.514/77.

A concepção tradicional sobre o trabalhador enquanto agente da cadeia produtiva foi fortemente impactada pelos movimentos sociais protagonizados pela classe operária industrial na primeira metade do século XX, como vimos no capítulo 1. No caso brasileiro, a Saúde do Trabalhador, enquanto campo científico egresso da Saúde Coletiva, emerge justamente da necessidade de conhecer e intervir nas relações de trabalho, saúde e doença que passaram a circundar aquela classe operária.

O trabalho, embora útil para a sociedade, pode ter implicações ambíguas, na medida em que favorece tanto a saúde como a doença e/ou incapacidade. Assim, tal como o olhar sobre as relações laborativas evoluiu historicamente, a visão acerca do abalo na saúde do trabalhador também passou por transformações.

Partindo da concepção de tragédia pessoal, segundo a qual a incapacidade é um problema individual e as “vítimas”, por intolerância social e omissão do Estado, são confinadas ao ocultamento, contando apenas com o cuidado familiar e a

benemerência da paróquia e da burguesia abastada, chegou-se até a concepção socioambiental que apresenta evidências de que a incapacidade é um fenômeno de relação que não se realiza no vácuo social, que as determinações estruturais e os fatores sociais são preponderantes no seu estabelecimento e superação (TAKAHASHI, KATO e LEITE, 2010:7-9).

Neste sentido, entendimentos mais atuais sobre fenômenos como doença, saúde e morte sustentam que estes não se reduzem a uma evidência apenas orgânica, mas englobam vivências individuais e coletivas relacionadas intimamente com as características de cada sociedade. Nesta perspectiva, a saúde resulta da influência da rede social, do pertencimento familiar e comunitário, da economia e da cultura de uma sociedade; a doença também é uma realidade construída e o doente é um personagem social (RIQUINHO e GERHARDT, 2010:329).

Assim, ganhou força a discussão de que o trabalho e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador não mais deveriam ser analisados sob o prisma tradicionalmente abordado, de modo a merecer atenção os aspectos organizacionais, ergonômicos, psicossociais e, principalmente, os relacionados às condições sociais que geram o adoecimento, todos inseridos no prisma dos determinantes sociais de saúde, que são as circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham (SILVA, E. *et al.*, 2010:186).

Sob o prisma da concessão de benefício pelo RGPS, apenas a incapacidade, e não necessariamente a doença, é considerada. A incumbência de aferir o liame que distingue o indivíduo doente daquele incapaz cabe ao perito médico da Previdência Social, através de avaliação médico-pericial que ocorre nas instalações físicas de uma das Agências da Previdência Social (APS), órgãos de descentralização do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS).

Atualmente, há uma proposta de alteração do atual modelo de avaliação da capacidade laboral, na qual o INSS reconheceria automaticamente o período de repouso em alguns casos específicos, sem necessidade de prévia perícia, e uma equipe multiprofissional avaliaria o segurado que estivesse em benefício de longa duração (acima de dois anos). Na parte final deste capítulo retornaremos a falar dessa proposta, quando aprofundaremos a sua discussão.

A incapacidade pode ser total ou parcial, temporária ou permanente e deve estar relacionada ao trabalho ou à atividade habitual exercida pelo segurado. Quando a incapacidade é total e permanente, concede-se aposentadoria por invalidez, quando temporária – total ou parcial – o auxílio-doença. Sendo a incapacidade parcial e permanente, a

aposentadoria por invalidez somente será deferida se for o segurado considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência. Por fim, havendo consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, que implique na redução da capacidade para o trabalho habitual, será concedido auxílio-acidente (Lei 8.213/91, art. 86).

2.2. Auxílio-doença: características gerais e por espécie

O auxílio-doença²⁵ (AD) é uma modalidade de benefício devida ao segurado empregado do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) que permanecer incapaz para o seu trabalho ou atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos. Nesse primeiro período, o empregador deverá arcar com o salário do segurado, sendo devido o auxílio a contar do 16º dia ou da data do requerimento (Lei 8.213/91, art. 59). No caso dos demais segurados²⁶, o benefício terá início na data da incapacidade ou do requerimento.

A concessão, gestão e pagamento do auxílio-doença é de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Autarquia Federal criada pela Lei 8.029/90 e vinculada ao Ministério da Previdência Social. A Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) é o órgão do INSS responsável pela gestão de ações atinentes aos benefícios por incapacidade, às perícias médicas que diagnosticam a incapacidade e também ao serviço de Reabilitação Profissional, que será objeto de estudo no capítulo seguinte. Especificamente com relação aos benefícios por incapacidade e às perícias médicas, atuam no âmbito daquela Diretoria a Divisão de Acompanhamento e Controle de Benefícios por Incapacidade (DACBI) e a Coordenação-Geral de Perícias Médicas (CGPM), respectivamente.

A renda mensal inicial do auxílio-doença é fixada sobre a alíquota de 91% do salário-de-benefício, este apurado pela média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondentes a 80% do período contributivo a partir de julho de 1994 (art. 29, II da Lei 8.213/91 c/c art. 3º da Lei 9.876/99).

²⁵ Há uma proposta de alteração do nome do benefício para auxílio-incapacidade, nome mais condizente com seu conceito.

²⁶ As outras espécies de segurado são: contribuinte individual, especial e facultativo.

Pode ser de duas espécies: (a) auxílio-doença acidentário (ADA), decorrente de acidente de trabalho²⁷ e (b) auxílio-doença previdenciário (ADP), decorrente de doença ou lesão de qualquer outra natureza.

Para fins didáticos, passaremos por vezes a adotar as siglas ADP e ADA quando nos referirmos ao auxílio-doença previdenciário e ao auxílio-doença acidentário, respectivamente.

Ambas as espécies exigem, para sua concessão, a condição de segurado²⁸ e a existência de incapacidade laborativa atestada por médico perito do INSS, desde que posterior à filiação ao regime²⁹. O cumprimento da carência de doze meses – quando exigida por lei – somente é pressuposto para o deferimento do ADP. O auxílio-doença acidentário é isento de carência (art. 26, II da lei 8.213/91).

A qualidade de segurado, para fins de concessão de benefício por incapacidade, deve ser verificada na data de início da incapacidade (DII) e não será considerada a perda da qualidade de segurado decorrente da própria moléstia incapacitante³⁰.

O INSS poderá estabelecer, mediante avaliação médico-pericial, o prazo que entender suficiente para a recuperação da capacidade para o trabalho do segurado. E caso o prazo fixado para a recuperação da capacidade para o labor seja insuficiente, o segurado poderá solicitar a realização de nova perícia médica por meio de pedido de prorrogação (PP) nos quinze dias que anteceder a cessação do benefício, cuja perícia poderá ser realizada pelo mesmo profissional responsável pela avaliação anterior (art. 277 da Instrução Normativa INSS/PRES n. 45/2010).

Se a incapacidade laborativa não for atestada na primeira perícia realizada no segurado, este pode entrar com Pedido de Reconsideração (PR) e, mantendo-se o laudo negativo, lhe é facultado interpor recurso administrativo à Junta de Recursos da Previdência Social competente em razão da localidade onde a perícia foi feita. Contra a decisão da Junta de Recursos, cabe recurso a uma das Câmaras do Conselho de Recursos da Previdência Social³¹.

²⁷ Arts. 20 e 21 da lei 8.213/91 dispõem sobre o acidente do trabalho e suas equiparações, incluídas a doença profissional e a doença do trabalho.

²⁸ O artigo 11 da Lei 8.213/91 preceitua quem são os segurados obrigatórios do Regime Geral da Previdência Social.

²⁹ Art. 59 § único da lei 8.213/91: “Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão”.

³⁰ Súmula 26 da Advocacia Geral da União (AGU).

³¹ As Juntas e as Câmaras são órgãos do Conselho de Recursos da Previdência Social, colegiado integrante da estrutura do Ministério da Previdência Social e responsável por exercer o controle de legalidade das decisões proferidas pelo INSS. Cada uma das Juntas e Câmaras é composta por 4 membros, denominados conselheiros ,

Ao segurado que exercer mais de uma atividade abrangida pela Previdência Social, e estando incapacitado para uma ou mais atividades, inclusive em decorrência de acidente do trabalho, será concedido um único benefício (art. 282 da IN 45/2010). De outra parte, quando este segurado se incapacitar definitivamente para apenas uma das atividades exercidas, não será concedida aposentadoria por invalidez, mas mantido o auxílio doença indefinidamente enquanto essa incapacidade não se estender às demais atividades.

2.3 – Razões do exponencial aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário na década de 2000

O processo normal de entrada e saída de um benefício do sistema previdenciário envolve três etapas: concessão, manutenção e cessação. A concessão se refere ao fluxo de entrada de novos benefícios; a manutenção abrange os benefícios ativos e suspensos do cadastro; enquanto a cessação corresponde aos benefícios que não mais geram créditos. Ademais, a totalidade de benefícios ativos compõe o grupo da Emissão.

Do universo de benefícios emitidos do RGPS as aposentadorias previdenciárias³² (por idade, tempo de contribuição e invalidez) representam a maior proporção desde a década de 80 (BRASIL, Anuário Estatístico da Previdência Social^b, 2008). Em dezembro de 2012 foram emitidas cerca de 16 milhões de aposentadorias, contra 1 milhão e trezentos mil auxílios-doença previdenciários (ADP)³³. Por outro lado, o ADP, ao longo da década de 80 e no primeiro biênio da década de 90, foi a modalidade de benefício mais concedida em números absolutos superando, inclusive, o somatório das aposentadorias previdenciárias³⁴.

A partir de 1992 o quadro se inverteu e as aposentadorias previdenciárias passaram a representar, juntas, um volume de concessões maior que o auxílio-doença previdenciário. Neste ano, verificou-se aumento de 140% do número de aposentadorias concedidas – o maior registrado no período de 1980 a 2011 – e em 1993 a elevação foi de 29% comparativamente ao ano anterior. Em 1994 houve acentuada queda na concessão das aposentadorias (58%),

nomeados pelo Ministro de Estado da Previdência Social, sendo dois representantes do Governo, um das empresas e outro dos trabalhadores.

³² Os benefícios do RGPS podem ser de duas espécies: previdenciária ou acidentária. Benefícios acidentários são aqueles relacionados a acidente de trabalho, doença profissional ou doença do trabalho. A aposentadoria por invalidez é a única modalidade das aposentadorias que admite as duas espécies.

³³ BRASIL. MPS. INSS em números, dez. 2012.

³⁴ BRASIL, Anuário Estatístico^b, 2008, p. 59-61.

todavia, em números absolutos, elas, juntas, ainda superaram as concessões de ADP até 1999³⁵.

O advento da Lei 8.213, em 1991, pode ser apontado como o grande responsável pela elevação do número das aposentadorias no início da década de 90. Ainda vigente, a norma trata sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e no art. 142 (redação original) prevê tabela de transição, dirigida aos segurados inscritos na Previdência Social Urbana até 24.07.1991, estabelecendo a carência exigida para as aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial a depender do ano de entrada do requerimento³⁶. Aludida tabela observou uma ordem ascendente no decorrer dos anos. Iniciou com 60 meses de carência (1991 e 1992) e a cada ano completo elevou o tempo de contribuição exigida em 6 meses, finalizando em 2011, com 180 meses de contribuições. Essas novas regras impactaram fortemente e de imediato apenas os números da aposentadoria por idade (aumento de 248% em 1992 e 32% em 1993), que exige, além da carência, apenas o requisito etário (65 anos para homem e 60 para mulher) (BRASIL, Anuário Estatístico^b, p. 59-61).

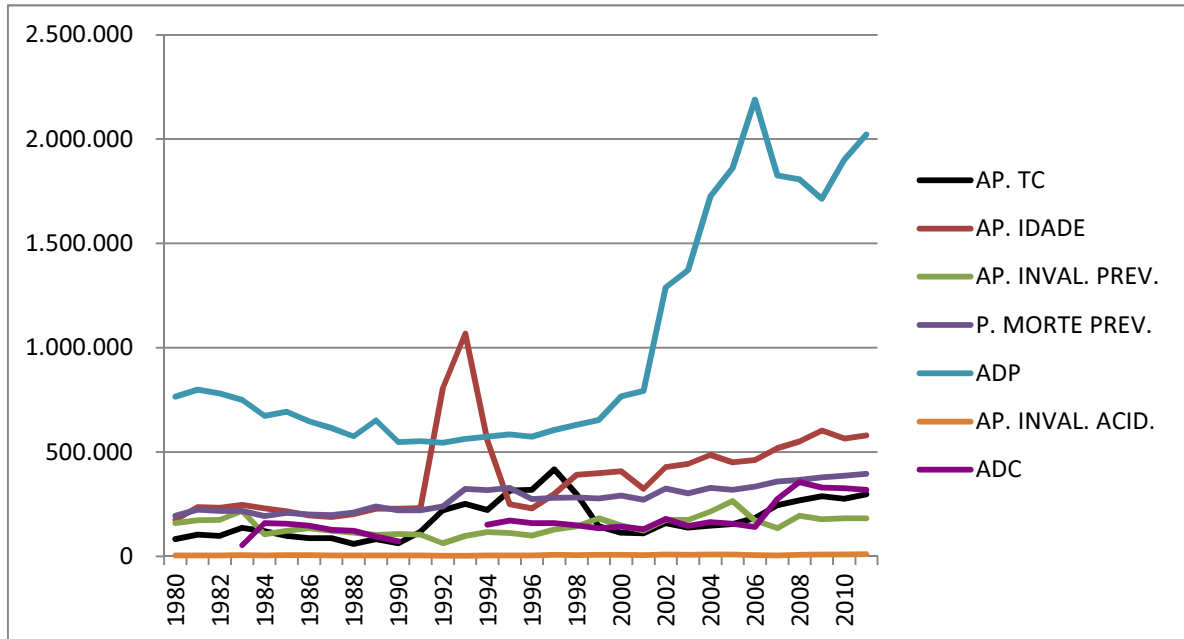
A partir de 2000 a concessão anual do ADP voltou a superar a soma das aposentadorias previdenciárias, situação que se mantém até o presente³⁷. Vale notar que os números de concessão do ADP se mantiveram relativamente estáveis, com oscilações que se compensavam até 1999.³⁸ Entretanto, a partir de 2000 houve sucessivos aumentos até 2006; em 2002 o aumento foi de 62% em relação ao ano anterior. No interregno, a elevação foi de 185% e, desde então até 2012, este benefício passou a representar, no mínimo, 40%, chegando a até 55% em 2006 do total de benefícios concedidos pelo RGPS. (*cf.* Tabela 1)

³⁵ Ibid., p. 59-61. BRASIL, Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011, p. 21.

³⁶ A Lei 9.032/95 alterou a redação do dispositivo para considerar, não o ano do requerimento, mas sim o ano em que o segurado implementou todas as condições necessárias para a obtenção do benefício.

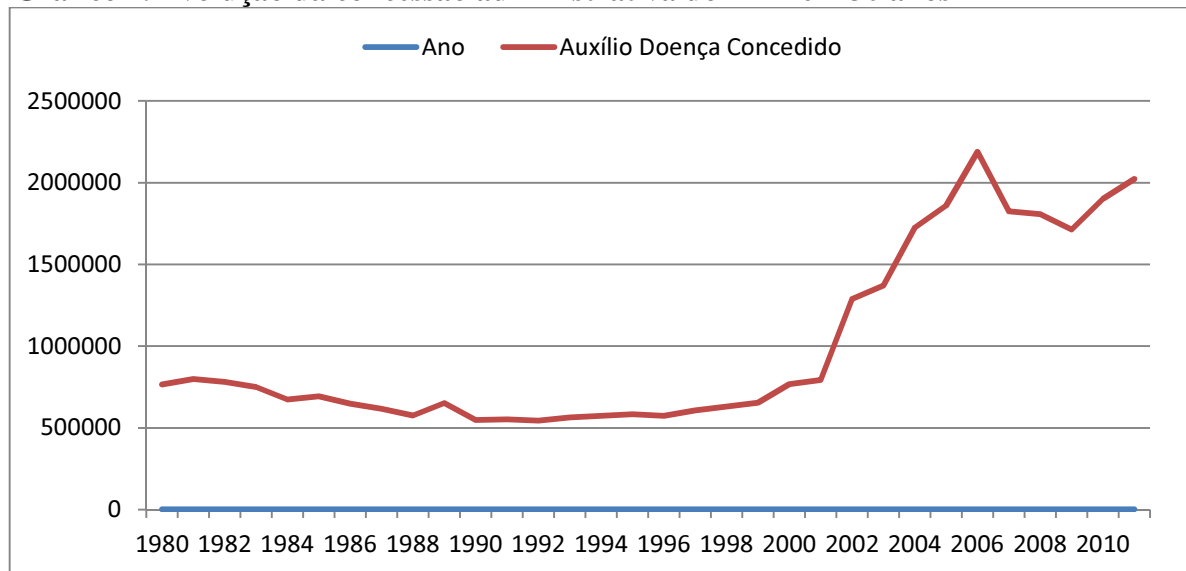
³⁷ De 2000 a 2003 o salário-maternidade superou o ADP em número de concessões, uma vez que neste período foram contabilizadas todas as seguradas e não apenas as trabalhadoras avulsas, as empregadas domésticas, as seguradas especiais, as contribuintes individuais e facultativas. Anuário Estatístico^b, 2008, p. 59-61.

³⁸ As estatísticas conhecidas pela pesquisadora datam a partir de 1980, conforme Anuário Estatístico da Previdência Social^b, 2008.

Gráfico 1. Evolução dos sete principais benefícios do RGPS em 30 anos

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social^b, 2008 e Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011.

No gráfico 2 abaixo podemos visualizar a evolução unitária do auxílio-doença previdenciário no RGPS no período de 1980 a 2010.

Gráfico 2. Evolução da concessão administrativa do ADP em 30 anos

Fonte: BRASIL. Anuário Estatístico da Previdência Social: Suplemento Histórico, 2008. BRASIL. Anuário Estatístico da Previdência Social, 2011.

A nova configuração do RGPS a partir da década de 2000 é relacionada às reformas na Previdência Social em 1998 e 1999³⁹ que, ao fixarem regras mais rígidas para a obtenção de aposentadorias por tempo de contribuição e por idade, incrementaram o público-alvo do auxílio-doença com parte dos segurados impedidos ou desestimulados a se aposentar (MORA, 2007:93).

As alterações legislativas citadas, contudo, por si sós, não são capazes de justificar a nova realidade. Estudos realizados no âmbito do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁴⁰ e do Tribunal de Contas da União (TCU)⁴¹ apontam que múltiplos fatores contribuíram para a relevância do ADP no contexto da proteção social previdenciária e dos consequentes dispêndios financeiros.

Adiante detalhados, estes fatores são de diversas ordens: legislativa e operacional, passando pela baixa efetividade do serviço de reabilitação profissional e pelo aumento numérico da população, até à relacionada à gestão da Seguridade Social.

Os estudos iniciais abordando o crescimento do auxílio-doença – enquanto gênero – ocorreram na primeira metade da década passada. Em 2004, o IPEA apontou que o número de benefícios pagos sob a rubrica “auxílio-doença” cresceu à estonteante taxa média de 24% a.a no interregno de 1999/2003, movimento concentrado nos dois últimos anos (CECHIN e GIAMBIAGI: 81).

Em outro estudo, o IPEA chama a atenção para o fato que no período de 2000 a 2005, enquanto as aposentadorias por tempo de contribuição/serviço cresceram a taxas relativamente baixas (10%), as aposentadorias por idade e invalidez cresceram 13% e 16%, respectivamente. O auxílio-doença, por sua vez, teve um aumento de 180% (MORA, 2007: 93).

Em números absolutos, as concessões de auxílio-doença elevaram-se de 909 mil em 2000 para 2,1 milhões em 2007, refletindo nas despesas anuais, que passaram de 3,1 bilhões de reais para 16,1 bilhões no mesmo período⁴².

Cechin e Giambiagi (2004: 82), apontam causas de diversas ordens para o aludido aumento, acrescentando a conjuntura econômica adversa, com baixo crescimento e declínio das rendas do trabalho, a modernização operacional da Previdência, que facilitou a

³⁹ EC/98 e Lei 9.876/99.

⁴⁰ CECHIN e GIAMBIAGI, 2004. MORA, 2007.

⁴¹ BRASIL, Tribunal de Contas da União, Tomada de Contas n. 012.034/2008-7.

⁴² BRASIL. TCU. Relatório na Tomada de Contas n.º 012.034/2008-7. 2008, p. 03.

comprovação do direito e a capacidade pericial no INSS, com elevado quadro de peritos terceirizados, que somente passaram a ser gradualmente substituídos após 2004.

A essa conclusão Mora (2007: 89) também chega, tendo indicado como prováveis razões para o exponencial crescimento, sobretudo, os incentivos econômicos que justificariam maior pleito para o benefício e a postergação da idade média de aposentadoria, levando a possibilidade de ocorrência de doenças na população com idade mais avançada, porém ainda não habilitada para se aposentar.

Dada a alta materialidade dos gastos públicos envolvidos, o Tribunal de Contas da União (TCU), no segundo semestre de 2008, efetuou auditoria no INSS (TC n. ° 012.034/2008-7) com vista a diagnosticar os fatores responsáveis pelo quadro, tendo concluído que “o aumento nos gastos com auxílio-doença não decorreu de uma causa única, mas é produto de um conjunto de eventos que se somaram para produzir os efeitos observados”⁴³.

O ministério da Previdência Social também relaciona o envelhecimento da população economicamente ativa e a terceirização das perícias médicas no período de 2000 a 2005, entretanto, informa que o volume de concessões e emissões, bem como o montante gasto em auxílio-doença previdenciário encontra-se dentro do esperado, considerando, sobretudo, o crescimento elevado do número de segurados⁴⁴.

A tabela 1 apresenta a série histórica com os percentuais representativos do ADP no contexto geral de concessões de benefícios do RGPS no período de 2000 a 2011. Nela podemos observar que, enquanto no início da década de 2000 a concessão do auxílio-doença previdenciário respondia a pouco menos de 30% de todas as concessões de benefício do Regime Geral, em 2006 passou a corresponder a 55,6% e, então, apresentou queda, para estabilizar-se na média de 44,5% nos anos seguintes.

Tabela 1. Percentuais de concessões do ADP no universo de benefícios do RGPS.

2000	2001	2002	2003	2004	2005
28%	29,6%	35,9%	41,4%	48,8%	51,1%
2006	2007	2008	2009	2010	2011
55,6%	47,4%	44,2%	41,7%	44,6%	45,7%

Fonte: BRASIL, Anuários Estatísticos da Previdência Social, 2000-2011.

⁴³ Ibidem, p. 04.

⁴⁴ BRASIL. MPS. Informe da Previdência Social, jun. 2011, p 09.

Veja-se que no interregno de 2000 a 2006 a importância do ADP cresceu substancialmente e somente a partir de 2007 verifica-se queda de quase 8% e, desde então, nota-se uma relativa estabilidade dos percentuais. Em dezembro de 2012 o ADP representou 42,89% das concessões no RGPS.

Por fim, Cechin e Giambiagi (2004: 83) alertam que o fenômeno é generalizado, seja no sentido de que a expansão ocorreu tanto no meio urbano quanto no rural, seja porque a evolução das concessões foi identificada em todas as regiões do país.

De fato, pela análise dos dados compilados na tabela 2, verifica-se efetivo aumento da concessão de ADP em favor da clientela urbana em todas as regiões do país no período de 2003 a 2011, sendo que nas regiões Norte e Centro Oeste os aumentos foram de 110% e 93,8%. Entretanto, no caso da clientela rural, a análise histórica nos permite concluir pela estabilização e até mesmo redução das concessões, com exceção da região Nordeste.

Tabela 2. Números de concessões do ADP por clientela e região do país

Região	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	27.480	34.108	38.581	46.101	46.277	45.354	45.040	50.167	57.863
	16.202	18.056	15.995	18.787	15.344	15.138	13.874	15.216	16.459
Nordeste	130.482	158.997	165.791	205.682	181.503	184.380	186.875	216.837	241.441
	82.249	98.235	97.698	109.326	91.503	101.562	91.993	107.050	104.943
Sudeste	679.415	869.895	946.728	1.128.812	933.952	893.022	834.649	914.804	985.493
	36.123	41.980	38.730	37.304	28.623	28.309	23.462	27.409	28.227
Sul	249.997	325.047	362.748	425.219	353.389	365.251	352.101	381.312	389.185
	70.735	82.890	82.722	86.753	66.176	63.647	53.529	58.353	52.896
Centro Oeste	72.348	89.032	103.332	121.966	102.438	104.338	106.418	123.639	140.275
	6.190	7.541	8.370	8.721	6.303	5.726	5.174	5.941	5.831

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social. 2005, 2008 e 2011

Clientela urbana

Clientela rural

A seguir, trataremos em maiores detalhes as principais razões apontadas para o aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário.

a) Regras mais rígidas para aposentadorias por idade e tempo de contribuição e critério de cálculo do auxílio-doença.

A Emenda Constitucional n.º 20/98 inovou o ordenamento jurídico, especialmente ao extinguir a aposentadoria proporcional e impor idade mínima e pedágio à regra de transição, aplicada facultativamente àqueles que, ao tempo da publicação da emenda, encontravam-se filiados ao RGPS e não haviam cumprido com os requisitos mínimos para obtenção da aposentadoria por tempo de contribuição/serviço pela legislação anterior.

No ano seguinte, a lei 9.876/99 instituiu o fator previdenciário visando desestimular as aposentadorias em idade precoce. Este fator, aplicável às aposentadorias por tempo de contribuição e, opcionalmente, às aposentadorias por idade, é calculado considerando-se a idade, a expectativa de sobrevida e o tempo de contribuição do segurado ao se aposentar (artigos 18, I e 29, §7º da lei 8.213/91).

A elevação da carência para concessão da aposentadoria por idade também é um fator que merece destaque. Enquanto antes de 1991 era de apenas 5 (cinco) anos, em julho daquele ano passou para 15 (quinze) anos, somente exigidos a partir de 2011, em respeito à tabela de transição prevista no art. 142 da lei 8.213/91, que elevou, a cada ano ao longo desses vinte, a carência exigida em seis meses.

O auxílio-doença, além de não sofrer a incidência do fator previdenciário em seu cálculo, possui carência de doze meses, e depende de um requisito que pode, inegavelmente, sofrer influências subjetivas: a aferição da incapacidade laborativa pelo perito médico (MELO e ASSUNÇÃO, 2003: 119-121).

Sendo assim, a postergação da aposentadoria em decorrência das regras mais rígidas pode ter levado a uma compensação via auxílio-doença. O crescimento de 180% nas concessões deste benefício no período de 2000 a 2005 coincide com a época em que as mudanças constitucionais e legais de 1998 e 1999 passaram a surtir efeitos (MORA, 2007).

De fato, na análise da evolução das concessões de auxílio-doença por faixa etária, as faixas etárias mais afetadas pelas novas regras da aposentadoria, de 45 a 49 anos e de 50 a 54 anos, tiveram crescimento de 257% e 286%, respectivamente, no lapso temporal de 1998 a 2006⁴⁵.

⁴⁵ BRASIL. TCU. *Ibidem*, p. 28.

No ano de 2007, porém, a faixa etária de 25-39 foi a que mais usufruiu do benefício (25,5%), seguida da faixa etária de 40-54 anos (24,4%) e de 16-24 anos (22,3%)⁴⁶.

Com efeito, o relatório do TCU informa ter sido verificado aumento nas concessões em todas as faixas etárias, o que reforça o argumento de que as alterações normativas são capazes de explicar apenas parte do fenômeno⁴⁷.

Sob outro enfoque, as regras atuais de cálculo da renda mensal inicial do auxílio-doença são apontadas ainda como elemento de estímulo à demanda pelo benefício ou a permanência nele.

Como o auxílio-doença corresponde a 91% do salário-de-benefício, este apurado pela média dos 80% maiores salários-de-contribuição devidamente corrigidos de todo período contributivo⁴⁸, ele pode resultar igual, inferior ou superior ao último salário líquido do segurado.

De acordo com MORA (2007: 93),

(...) o atual mecanismo de cálculo, que chega a considerar os salários de contribuição desde 1994, a queda na renda real observada entre 1995 e 2005 leva a que o auxílio-doença eventualmente seja superior ao salário efetivo do trabalhador e aos rendimentos decorrentes da aposentadoria. [...] o trabalhador que ao longo de 1995 e 2005 recebesse a renda média de todos os trabalhos estimada com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), dada a regra atual de cálculo do benefício, observaria um aumento de renda, caso solicitasse o auxílio-doença entre 2003 e 2004, o que se configura como uma distorção e um incentivo à utilização imprópria ou mesmo fraudulenta do benefício.

A pesquisadora ressalta que esse incentivo, contudo, não seria válido para os que ganham 1 (um) salário mínimo, pois em decorrência da política de aumentos reais do salário mínimo (SM), o auxílio-doença representaria uma perda significativa do poder aquisitivo. Ou seja, unicamente sob o prisma econômico, melhor seria continuar em atividade, beneficiando-se da política de reajuste governamental, do que requerer um benefício que, ainda que seja

⁴⁶ BRASIL. IPEA., 2009.

⁴⁷ No mesmo sentido: MORA, Monica. Ibidem, p.93.

⁴⁸ O período contributivo decorre desde a competência julho de 1994 (art. 3º da L. 9876/99).

ligeiramente superior ao mínimo legal⁴⁹, receberia reajustes menores que os aplicados ao salário mínimo⁵⁰.

De fato, constata-se forte predomínio das concessões de auxílio-doença para as classes que ganham mais de 1 SM. Em 2003, a renda per capita média deste benefício era de 2,3 SM (CECHIN e GIAMBIAGI, 2004:82). Conforme estatísticas oficiais do INSS divulgadas mensalmente, no período de 06/2009 a 06/2011, o valor médio do auxílio-doença previdenciário foi superior à média total de todos os benefícios pagos em 24% (06/2009), 15,7% (12/2009), 22,34% (06/2010), 14,03% (12/2010) e 19,57% (06/2011)⁵¹.

Estudo realizado em Salvador, Bahia, com 563 beneficiários de auxílio-doença acidentário (ADA) encontrou associação positiva entre o valor do benefício e sua duração (SOUZA e SANTANA, 2012: 426-432). Distintamente dos achados em investigações realizadas em outros países – onde fora aferida relação inversa entre posição socioeconômica do beneficiário e a duração do benefício – no caso brasileiro pôde ser verificada certa desigualdade no seguro social, uma vez que aqueles economicamente mais privilegiados possuíram benefícios mais prolongados. Em outra vertente, o estudo apontou que indivíduos que receberam benefício igual ou menor ao salário prévio ao afastamento permaneceram em benefício por período menor que aqueles cujo valor do benefício foi superior.

O estímulo à permanência em benefício decorrente da atratividade do valor do auxílio-doença impulsionou o Governo Federal a propor mudanças.

A Medida Provisória (MP) nº 242/2005 estabelecia a revogação do parágrafo único do art. 24 da Lei 8.213/91, cujo dispositivo permite computar as contribuições vertidas antes da perda da qualidade de segurado após o pagamento de um terço da carência exigida para o benefício, e alterava a forma de cálculo do salário de benefício do auxílio-doença, que passaria a ser a média aritmética simples dos 36 últimos salários-de-contribuição. A MP foi suspensa liminarmente pelo Supremo Tribunal Federal nos autos de ação direta de inconstitucionalidade proposta pelo Partido Popular Socialista (PPS) (ADIn. 3505)⁵². Posteriormente, foi extinta por perda do objeto, tendo sido arquivada pelo Senado Federal,

⁴⁹ O segurado que recebe salário mínimo, caso lhe seja concedido auxílio-doença, não receberá benefício em valor necessariamente igual ao mínimo. O cálculo do benefício consiste na média aritmética simples dos 80% maiores salários de contribuição de todo período contributivo, a partir de 07/1994 (art. 29, II da lei 8.213/91 c/c lei 9.876/99).

⁵⁰ Neste sentido também: Relatório TCU. Ibidem, p. 28-29.

⁵¹ BRASIL. INSS. Boletins Estatísticos Gerenciais. Brasília, jun. 2009/ jun. 2011.

⁵² Outros dois partidos políticos da época (PFL e PSDB) também ingressaram com ADIn contra a MP.

que rejeitou seus pressupostos constitucionais de relevância e urgência em 20 de julho de 2005.

Na exposição de motivos da aludida MP, o Governo Federal argumentou em duas frentes.

Primeiramente, alegou que a limitação do período base de cálculo (PBC) do auxílio-doença para os 36 salários de contribuição imediatamente anteriores ao afastamento iria ser favorável ao segurado, na medida em que agilizaria o reconhecimento do direito. De fato, com a implantação da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações da Previdência Social (GFIP) em 1999, períodos anteriores não seriam automaticamente migrados para o Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), necessitando de tratamento específico, tais como, realização de pesquisas externas e comprovação da atividade. Como o auxílio-doença tem natureza temporária, não se justificaria retroagir o PBC até 1994, impondo ao segurado, por vezes, necessidade em comprovar atividade que não iria influir na caracterização do direito, pois a carência é de apenas 12 meses.

Em segundo lugar, sustentou que o p.ú do art. 24 da lei 8.213/91 havia sido instituído em prol daqueles segurados que, tendo contribuído regularmente para o RGPS, perdessem por um lapso a qualidade de segurado. A aplicabilidade deste dispositivo perdeu a razão de ser desde 8 de maio de 2003 para os benefícios cujo período contributivo é maior, como é o caso das aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial. Nesta data entrou em vigor a lei 10.666 que, em seu art. 3º, abole a exigência do quesito qualidade de segurado para essas três modalidades de benefício.

Quanto ao auxílio-doença, contudo, o disposto no p.ú. do art. 24 poderia ocasionar situações oportunistas, fragilizando o trabalho médico pericial. Isto por que a data de início da incapacidade (DII) e a data de início da doença (DID) devem ser informadas pelo médico perito em toda avaliação pericial e se a primeira é anterior à qualidade de segurado, não há direito ao benefício. A medicina, por mais avançado que se encontre seu estágio, ainda comporta doenças cujo início seja de difícil aferição e, não raro, o marco inicial da própria incapacidade delas decorrente também não é preciso. Assim, sendo a carência do auxílio-doença de apenas 12 meses, o indivíduo, após perder a qualidade de segurado, na dicção do p.ú do art. 24, poderia reincorporar todo o tempo laborativo anterior, caso voltasse a recolher por apenas mais 4 meses (1/3). Neste sentido, o oportunismo a que se referiu o Governo residiria justamente na possibilidade do indivíduo, portador de incapacidade iniciada ao

tempo em que perdera a qualidade de segurado, obter o benefício contando com a dificuldade da precisão da DII, sobretudo se entre a perda daquela qualidade e o reingresso no regime com o aproveitamento das contribuições pretéritas decorrer 4 ou mais meses.

O projeto de lei nº 1.291, de 2007, proposto pelo Senador Aloizio Mercadante, retoma parte das alterações da Medida Provisória rejeitada, alterando a fórmula de cálculo do salário de benefício do auxílio-doença, que, caso aprovado, passará a ser a média aritmética dos últimos 24 salários de contribuição ou o último deles, o que for maior. O projeto, que não altera as regras de carência, encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados.

b) Modernização operacional da Previdência Social

Primeiramente, cumpre registrar que esta característica é comum a todos os benefícios, pelo que não influenciou exclusivamente no aumento do ADP.

No período de 1999 a 08/2012, a rede do INSS passou de 1084 para 1614 pontos de atendimento, representando um aumento de 48,89%⁵³.

Os canais de atendimento da Autarquia Previdenciária também se expandiram a partir do processo de modernização iniciado em 1996. Atualmente, o segurado pode requerer seu benefício pela internet, pela central telefônica 135 ou presencialmente, junto a uma das agências da Previdência Social.

Outro fator importante foi a unificação no CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais⁵⁴ – de dados oriundos de diversas fontes, motivo pelo qual as informações constantes no CNIS, a partir de 1º de julho de 1994, valem para todos os efeitos como prova de filiação à Previdência Social, relação de emprego, tempo de serviço ou de contribuição e salários de contribuição, podendo, em caso de dúvida, ser exigida pelo Instituto Nacional do Seguro Social a apresentação dos documentos que serviram de base à anotação (art. 19 § único do Decreto 3.048/99).

A alimentação do CNIS é diversificada e há um ou mais gestores para cada fonte de dados que o alimenta. São fontes do CNIS, por exemplo, a GFIP, anteriormente mencionada e cujo gestor é a Caixa Econômica Federal (CEF), o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), cujo gestor é o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e a

⁵³TCU. *Ibidem*, p. 23. BRASIL, Informe da Previdência Social. Brasília, set. 2012.

⁵⁴ O CNIS é a base de dados nacional que contém informações de trabalhadores empregados e contribuintes individuais, empregadores, vínculos empregatícios e remunerações. Foi instituído pelo Decreto 97.936/89 com a denominação inicial de CNT – Cadastro Nacional do Trabalhador.

Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), cujos gestores são a CEF, o MTE e o Ministério da Previdência Social (MPS)⁵⁵.

Ocorre que os registros de cada fonte foram transferidos automaticamente para o CNIS a partir do momento da criação da respectiva fonte. Assim, como já referido, os registros da GFIP somente passaram a migrar automaticamente para o CNIS a partir de sua criação, em 1999. Informações relativas a períodos anteriores a 1999 lançadas no CNIS por meio de GFIP são tratadas como extemporâneas, necessitando de diligências adicionais para confirmação. Por outro lado, não possuem marcações de extemporaneidade dados migrados para o CNIS, desde que oriundos de fontes preexistentes a este cadastro.

Muito embora a problemática levantada pelo Governo na exposição de motivos da MP 242/2005, sem dúvida, o CNIS representou – e representa – avanço burocrático ao facilitar a comprovação do direito quanto à carência, qualidade de segurado e remunerações para obtenção do auxílio-doença e, em grande medida, eximindo o segurado de peregrinações para obtenção da documentação pertinente⁵⁶.

c) Capacidade pericial do INSS

A contratação de médicos peritos terceirizados pelo INSS foi uma realidade até 2004⁵⁷. Até então o quadro próprio de peritos da Autarquia era extremamente insuficiente para atender à demanda cada vez mais crescente por benefícios por incapacidade. Os peritos terceirizados eram remunerados por consulta.

Entretanto, os laudos dos terceirizados, para produzirem efeitos, eram submetidos à prévia homologação por médicos do Instituto. Ocorre que, devido ao significativo aumento do trabalho, a homologação passou a ser uma tarefa meramente burocrática, que não mais servia ao seu propósito inicial: corrigir possíveis erros de avaliação do médico credenciado. Por esta razão, foi determinada a dispensa da homologação das perícias pela Resolução INSS/DC n.º 60, de 06 de setembro de 2001.

Ao se analisar a proporção entre a quantidade de perícias médicas realizadas por profissionais terceirizados e por médicos do quadro, observou-se que, nos períodos de maior aumento nos gastos com benefícios de auxílio-doença, essa relação foi crescente. A variação anual foi mais acentuada de 2001 para 2002, após a decisão de

⁵⁵ Relação completa das fontes pode ser obtida em < <http://www.dataprev.gov.br/cnis/cnis01c.html>>

⁵⁶ A lei complementar 128/2008 e o Decreto 6.722/2008 estipularam a utilização plena dos dados do CNIS na concessão dos benefícios do RGPS.

⁵⁷ A lei 10.876, de 02 de junho de 2004, criou a carreira de perícia médica da Previdência Social.

não submeter esses exames à homologação. [...] É possível observar o efeito da substituição dos médicos credenciados por meio da contratação de médicos para o quadro do INSS a partir dos concursos públicos realizados em 2005 e 2006 (BRASIL. TCU, 2008: 24-25).

Somente após a criação da carreira de perícia médica da previdência social em 2004, foram feitos concursos públicos específicos para cargos efetivos de perito médico, o que alterou o perfil do quadro médico do INSS. Os peritos terceirizados foram paulatinamente substituídos por concursados, sendo esse fator um dos grandes responsáveis pela queda – ou ao menos estabilização – das concessões entre 2006 e 2009 (*cf.* Gráfico 2).

A greve da categoria dos médicos peritos no ano de 2010 é apontada pelo MPS como causa que compromete a fidedignidade dos números do período de 2009 a 2011. Em 2009 o movimento paredista iniciou mobilizações que resultaram no represamento das perícias e, em 2010, a greve durou de 22 de junho a 13 de setembro, o que naturalmente influenciou no resultado de 2011⁵⁸.

d) Alta taxa de subnotificação de acidente e doença relacionados ao trabalho

O tema em questão é deveras complexo, sendo alvo de ações concretas do Governo, estimuladas por recomendações da OIT. O objeto deste trabalho não é aprofundar nas causas que levam à subnotificação dos acidentes de trabalho, mas, tão somente, trazer o problema enquanto possível causa da expressividade do auxílio-doença previdenciário no contexto dos benefícios do RGPS.

Estudo levado a cabo pela Universidade de Brasília⁵⁹ revelou que dos 15 países estudados, a grande maioria tem apresentado nos últimos anos duas realidades distintas: de um lado o decréscimo dos acidentes fatais, de outro a elevação dos casos de doenças profissionais. Verificando-se as estatísticas do Brasil, constata-se o mesmo movimento. Em 1990 foram registradas no país, com preenchimento da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho)⁶⁰ 5.217 doenças do trabalho ou profissionais, em 2002 foram 22.311 casos e no ano de 2010 houve o registro de 15.593 doenças profissionais. Os picos se deram em 1998, com

⁵⁸ MPS. Informe da Previdência Social. Brasília, jun. 2011, p 05.

⁵⁹ MPS. Previdência Social: Reflexos e Desafios, p. 144-146.

⁶⁰ A partir de 2007, com o NTEP, os números de doenças profissionais, sem registro em CAT, saltaram para 141.108 (2007), 204.957 (2008), 199.117 (2009) e 176.290 (2010).

30.489 registros e em 2006 com 30.170 ocorrências. No mesmo período, os acidentes fatais caíram de 5.355 em 1990 para 2.968 em 2002. No ano de 2010 foram 2.710 casos⁶¹.

Em 2010 o Brasil ocupava o 4º lugar no ranking mundial de acidentes de trabalho⁶², com 701.496 ocorrências, numa lista encabeçada pela China, com 15 milhões de casos, seguida dos Estados Unidos, com 5,7 milhões e da Rússia, com 3,1 milhões. Houve redução de 7,2 em relação a 2008, quando as ocorrências chegaram a 755.980⁶³.

Entre os motivos que mais geram afastamento laboral no país em decorrência de acidentalidade no trabalho estão as doenças osteomusculares (DORT), sendo a lesão por esforço repetitivo (LER) a principal destas.

A concessão de auxílio-doença acidentário implica, na grande maioria dos casos, a ocorrência de um sinistro pelo exercício do labor a serviço da empregadora (exceção: segurados especiais – art. 19 da lei 8.213/91). Ou seja, quem obtém o auxílio-doença acidentário, via de regra, encontra-se empregado.

Ademais, é exigida formalidade específica condizente na entrega pelo segurado da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) a ser emitida pela empregadora, com vista à comprovação do nexo de causalidade. Neste sentido, há previsão legal específica de fiscalização nas empresas quanto ao cumprimento de normas de segurança do trabalho (art. 19 §§ 1º a 4º da Lei 8.213/91).

De outro lado, a base de cálculo do SAT (seguro de acidente do trabalho), pago pelas empresas, inclui o FAP (fator acidentário de prevenção), que se constitui num multiplicador – entre 0,5 e 2,0 – sobre alíquota variável de acordo com as atividades da empresa na Classificação Nacional de Atividades Econômicas.

Resumidamente e para o propósito deste estudo, quanto maior a emissão de CAT pela empresa, maior será a alíquota e o multiplicador sobre ela incidente no pagamento do SAT. Em outro giro, a empresa onde ocorram mais acidentes/doenças relacionados ao trabalho sofrerá maior fiscalização.

⁶¹ MPS. Dados atualizados de Acidentalidade, 2010.

⁶² Aqui incluídos os acidentes de trabalho típicos, os acidentes ocorridos no percurso casa-trabalho e trabalho-casa, as doenças profissionais registradas em CAT e, especialmente, as doenças profissionais reconhecidas como tais a partir do NTEP, sem preenchimento de CAT.

⁶³ Sindicato dos Bancários do Maranhão. Maranhão, 2012. Disponível em <<http://www.seebma.org.br/paginas/noticias.asp?p=3885>> Acesso em: 04 fev. 2013.

Apesar do controle e prevenção das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, ainda é alto o grau de subnotificação destes agravos e o Governo Federal⁶⁴, ciente disso, instituiu, em abril de 2007, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, que permite à Perícia Médica do INSS concluir pela natureza profissional da doença ou lesão independentemente da emissão do CAT pela empregadora, a partir da correlação entre as causas do afastamento e o setor de atividade do trabalhador contribuinte.

O NTEP constitui-se numa matriz que correlaciona eventos, a partir dos princípios científicos de estatística e epidemiologia e auxilia na identificação de situações que, outrora enquadradas como não acidentárias, apresentem características robustas que possam levar à presunção da existência de associação entre o agravo e a atividade exercida pelo trabalhador afastado. Na elaboração do NTEP foram considerados os códigos da CID⁶⁵-10 e ainda a CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas.

Com o advento do NTEP, o registro da acidentalidade saltou para 659.523 casos em 2007, representando aumento de 28,75% em relação a 2006. No ano de 2008 foram 755.980 registros e em 2009 houve uma queda de 3%, com 733.365 ocorrências. Em 2010, como já mencionado, foram averbados 701.496 casos⁶⁶.

A suposição aqui levantada é no sentido de que, em razão da alta subnotificação de acidentes do trabalho e doenças profissionais – em parte combatida com a instituição do NTEP em 2007 – os segurados que deveriam ter recebido auxílio-doença acidentário (ADA) acabaram por obter o auxílio-doença previdenciário (ADP), justamente diante da ausência do preenchimento do CAT pelo empregador ou do reconhecimento da acidentalidade pelo perito da Previdência via NTEP.

O TCU afasta essa dúvida ao afirmar que o aumento das concessões do ADP foi expressivo nos segmentos de segurado desempregado, seguido do contribuinte individual. A referida alta subnotificação poderia ser influído consideravelmente na curva do ADP caso o crescimento das concessões para segurado empregado fosse o mais significativo⁶⁷.

Neste sentido, apontar que os segurados desempregados e contribuintes individuais foram os seguimentos que mais demandaram – e obtiveram – auxílio-doença previdenciário

⁶⁴ BRASIL. Previdência Social: Reflexões e Desafios. 2009, p. 144

⁶⁵ Classificação Internacional de Doenças

⁶⁶ MPS, *ibidem*.

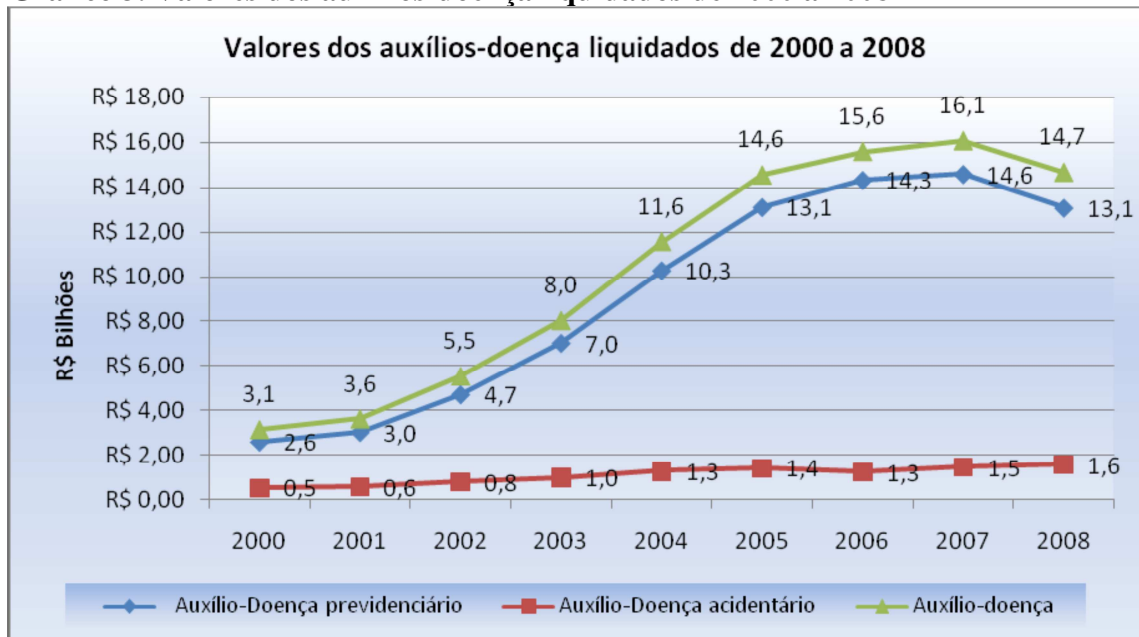
⁶⁷ TCU. Tomada de Contas n.º 012.034/2008-7, p. 26.

no período de 2000 a 2008 sugere forte presença, no cenário de causas do aumento ora estudado, de fatores sócio-econômicos⁶⁸.

Por outro lado, mesmo após o NTEP, os percentuais de concessão do ADA giraram em torno de 7% a 8% do universo de concessões do RGPS (período de 2007 a 2011)⁶⁹, pelo que e por mais razão a subnotificação em análise, ainda que tenha prejudicado a real aferição dos casos de auxílio-doença acidentário, não influiu substancialmente os números do ADP, sendo apenas um dos fatores contributivos no cenário de causas estudadas.

O gráfico 3 abaixo apresenta os valores liquidados a título de ADA e ADP no período de 2000 a 2008 e comprova em números o quanto os gastos com ADP foram destoantes daqueles despendidos no pagamento do ADA.

Gráfico 3. Valores dos auxílios-doença liquidados de 2000 a 2008



Fonte: BRASIL, TCU. Relatório de Auditoria, p. 09.

e) *Baixa resolutividade da reabilitação profissional*

A Reabilitação Profissional (RP) é um serviço obrigatório e gratuito prestado pelo INSS que, a partir de avaliação multidisciplinar do potencial laborativo do segurado, tem por objetivo reabilitá-lo em outra atividade, num processo complexo que conta com a participação

⁶⁸ Adiante voltaremos a essa discussão quando da exposição dos pontos de vista de gestores e médicos peritos do INSS a respeito de alguns temas tratados neste capítulo, a partir de entrevista qualitativa mencionada na Introdução.

⁶⁹ O mero reconhecimento de um acidente do trabalho ou de uma doença profissional não acarreta necessariamente a concessão de um auxílio-doença acidentário. Pode haver a necessidade de simples assistência médica ou a incapacidade ser temporária e inferior a 15 dias.

efetiva do reabilitando e requer o envolvimento de ações de diferentes áreas para sua plena efetividade.

O propósito da reabilitação profissional é gerar conhecimento permanente para o indivíduo que dela se beneficia, interferindo positivamente na qualidade de vida dos beneficiários do programa. Sua importância é inerente ao seu próprio escopo de prestígio ao trabalho e à cidadania.

Por serem os segurados em gozo de auxílio-doença (AD) a clientela preferencial do serviço de RP (art. 1º da Resolução INS/PRES n.º 118, de 04.11.2010), que o TCU associou a baixa efetividade do serviço de Reabilitação a uma das causas para a elevação do gasto público com o pagamento do auxílio-doença previdenciário (ADP).

De fato, os números da RP no país ainda estão muito aquém do que se poderia esperar de um serviço obrigatório, de âmbito nacional e cujo público alvo [potencial], em dezembro de 2012, era de cerca de um milhão e quinhentas mil pessoas⁷⁰.

Em nível nacional, no ano de 2009, apenas 0,7% das perícias, exceto perícias de revisão e LOAS (benefício assistencial), encaminharam o segurado para a reabilitação profissional, enquanto o índice médio de reabilitação foi de 79,3%⁷¹. O índice de encaminhamento manteve-se o mesmo em 2010, enquanto o índice médio de reabilitação foi de 56,45%. No primeiro semestre de 2011, o índice de encaminhamento foi novamente de 0,7%, com aproveitamento médio de 52,38%⁷². Em dezembro de 2012, o índice foi de 0,65%, com a reabilitação média de 65,25%.

Em dezembro de 2012, encontravam-se em reabilitação profissional no país apenas trinta e quatro mil pessoas, isto equivale dizer que o serviço de RP era prestado no final de 2012 a apenas 2,26% dos segurados em gozo de auxílio-doença.

De todo modo, tem-se verificado nos últimos anos ações efetivas do INSS na revitalização do serviço de reabilitação profissional. O serviço, enfim, retornou à agenda política após a fase de sucateamento na década de 90 e ostracismo na década seguinte. Dentre as ações desenvolvidas, podem ser destacadas: a contratação de novos servidores; a atualização do Manual Técnico na área de Reabilitação Profissional em 2011, a edição da

⁷⁰ De acordo com o Boletim Estatístico Gerencial do INSS de dezembro de 2012, foram emitidos 1.329.186 auxílios-doença previdenciários naquele mês e outros 175.145 auxílios-doença acidentários. Como um mesmo indivíduo não pode receber mais de um auxílio-doença, podemos concluir que em dezembro/2012 havia no país cerca de um milhão e quinhentas mil pessoas recebendo auxílio-doença (AD).

⁷¹ BRASIL. INSS. *Boletim Estatístico Gerencial Anual*. Brasília, dez. 2009.

⁷² Idem, dez. 2010 e jun. 2011.

Resolução n. 118 da Presidência do INSS em 2010 pela qual restaram regulados os acordos de cooperação técnica e convênios para disponibilização de cursos profissionalizantes e treinamentos e o estabelecimento de parcerias com outras áreas da Política Pública.

f) *Ausência de plano de ação integrada no âmbito da Seguridade Social*

Muito embora a Constituição Federal preveja em seu art. 194 a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações – dos Poderes Públicos e da sociedade – destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, a atuação coordenada destes três setores entre si – e também com os órgãos do Trabalho e Educação – ainda encontra-se distante daquele modelo idealizado pelo legislador constituinte.

Por falta de assistência médica ou pela falta de agilização de cirurgias reparadoras e outros tratamentos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), muitos dos segurados permanecem em benefício de incapacidade por longos períodos. Para o INSS, um benefício de auxílio-doença é considerado de longa duração quando ele se mantém ativo por mais de dois anos. Por falta de nível de escolaridade médio, muitos trabalhadores incapacitados para o trabalho não podem ser encaminhados a cursos profissionalizantes pelo serviço de Reabilitação Profissional; e por falta de fiscalização nas empresas, muitos empregados adoecem nos seus locais de trabalhos ou, quando reabilitados, não conseguem se beneficiar do sistema de cotas.

O Brasil foi signatário da Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho – OIT. Por meio do Decreto Legislativo nº 2, de 17/03/92, o país ficou incumbido de elaborar uma política nacional que direcionasse as ações em segurança, saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho.

Essa determinação foi cumprida e denominada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST, sendo a minuta publicada por meio da Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de maio de 2005. O item 3 da citada Portaria ressalta como objetivo a “promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos ou relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho”⁷³.

⁷³ Ministério da Previdência. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800, de 03 de maio de 2005. DOU de 05.05.2005.

Neste contexto, assume relevância a Convenção 187 da Organização Internacional do Trabalho, aprovada em junho de 2006, na qual conclama os países signatários a fortalecer o desenvolvimento econômico e social por meio do estabelecimento, manutenção e desenvolvimento de um Sistema Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (art. 4º), dentre outras medidas. A integração da saúde do trabalhador com outras políticas foi alçada a objetivo estratégico, ainda, pela Organização Mundial da Saúde, por meio de seu Plano Global em saúde do trabalhador de 2007.

Com vista a atender os preceitos de ambas as Organizações, o Ministério da Previdência Social (MPS), através da Portaria Ministerial n.152 de 13 de maio de 2008, instituiu a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho, com representantes dos Ministérios da Previdência, Saúde e Trabalho e Emprego. Desde sua instituição, os Ministérios integrantes têm se alternado na coordenação da mesma, estando o Ministério da Previdência Social atualmente responsável pelo comando dos trabalhos.

As reuniões no âmbito da aludida Comissão, coordenadas pelo MPS, trataram de temas como: (i) mapeamento de óbitos e incapacidades permanentes no Brasil e nas unidades da Federação; (ii) fatores causadores de acidentes do transporte rodoviário; (iii) dados atualizados de acidentalidade no Brasil; e (iv) doenças ocupacionais de notificação compulsória do Ministério da Saúde, dentre outros. Pela análise dos assuntos discutidos no âmbito desta Comissão, ao menos quando a Coordenação ficou ao cargo do MPS, pudemos verificar o direcionamento dos trabalhos para a questão da incapacidade decorrente de acidente do trabalho ou doenças profissionais, quando as estatísticas oficiais apontam que a principal causa de afastamento do labor é a doença ou lesão de natureza não acidentária/profissional. E, tão pouco, a Comissão Tripartite trouxe para a mesa de discussão os entraves atualmente enfrentados pelo serviço de Reabilitação Profissional. De fato, não há registro na Comissão de estudo, proposta ou debate especificamente sobre o auxílio-doença previdenciário e sobre a reabilitação profissional.⁷⁴

A atuação em rede por parte de todos os atores que desenvolvem políticas relacionadas à seguridade social, incluídos os Ministérios da Educação e do Trabalho e Emprego, é medida, portanto, que já foi reconhecida pelo Governo, mas ainda está longe de uma adequada implantação.

⁷⁴ As atas das reuniões coordenadas pelo MPS podem ser obtidas no sítio eletrônico <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1298>.

Como veremos no capítulo seguinte, a comunicação intersetorial é apontada por gestores do INSS como um dos grandes entraves à efetividade do serviço de Reabilitação Profissional. E, especificamente no Rio de Janeiro, como vimos na pesquisa de campo, o estabelecimento de um canal diferenciado para tratamento na saúde pública dos segurados em gozo de auxílio-doença é a medida mais eficaz para controlar a alta demanda por este benefício, segundo 52,6% dos peritos entrevistados.

Atento a esta problemática que reverbera no atendimento de seus segurados, o INSS vem estudando um novo modelo de avaliação da capacidade laboral⁷⁵, mediante o qual o segurado poderia obter o auxílio-doença – por até determinado período e dentro de critérios a serem ainda estabelecidos – apenas com laudo de médico particular ou do SUS, sem necessidade de perícia médica previdenciária. A atuação do médico perito, a princípio, ocorreria nos casos de pedido de prorrogação (PP) e estados clínicos mais complexos. A avaliação do perito compreenderia cinco conclusões possíveis: (i) prorrogação do benefício; (ii) encaminhamento à reabilitação profissional; (iii) encaminhamento à equipe multiprofissional, (iv) aposentadoria por invalidez ou (v) cessação do benefício.

Caberia à equipe multiprofissional avaliar o segurado que se encontra em benefício de longa duração (acima de dois anos) de forma abrangente com abordagem biopsicossocial, identificando fatores restritivos à reinserção no mercado de trabalho, buscando eliminar as barreiras encontradas, através da articulação intersetorial.

Ocorre que esta proposta, ainda que positiva, é insuficiente. A curto prazo, poderia ser capaz de influir no tempo de espera pelo primeiro atendimento pericial e reduzir o quantitativo médio de perícias por médico perito, possibilitando que este profissional seja aproveitado em outras frentes de trabalho. Porém, caso não haja contratação de outros profissionais da área da saúde em número suficiente para fazer frente às perícias multiprofissionais, o diferencial do novo modelo – que é a avaliação biopsicossocial dos segurados em gozo prolongado de benefício por incapacidade – poderá ser anulado diante da falta de estrutura institucional que o suporte.

A alteração do novo modelo de avaliação da capacidade laboral deve vir, ainda, acompanhada de estratégia que integre os Ministérios da Previdência Social e da Saúde no que toca ao atendimento prioritário das pessoas em gozo de auxílio-doença, em especial nas incapacidades musculoesqueléticas, principal causa de afastamento dos trabalhadores no país.

⁷⁵ A proposta inicial foi apresentada em julho de 2013 ao Conselho Nacional da Previdência Social pelo Diretor da Diretoria de Saúde do Trabalhador – DIRSAT, órgão do INSS.

g) Aumento numérico da população segurada

Em informe publicado em 2011 o Ministério da Previdência Social avaliou o expoente amento do auxílio-doença previdenciário na década anterior. Uma das causas relacionadas é o crescimento da população segurada.

Cumprir observar, entretanto, que o aumento expressivo nas concessões do ADP ocorreu no período de 2002 a 2006, quando após houve queda e, a partir de então, estabilização, conforme já demonstrado nos gráficos 1 e 2 e na tabela 1.

Assim, uma vez que o estudo do aumento populacional realizado pelo MPS compreendeu o período de 2005 a 2011, conforme podemos observar na tabela 3, este fator parece não ter sido relevante no cenário de causas que atuaram para a expressiva demanda pelo benefício.

Tabela 3 – Relação entre aumento do AD e crescimento do n. de segurados do RGPS

ANO	MÉDIA MENSAL DE CONCESSÕES DO AUXÍLIO-DOENÇA	CRESCIMENTO EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR	MÉDIA MENSAL DE SEGURADOS EMPREGADOS	CRESCIMENTO EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR
2005	168.072		26.370.123	
2006	194.139	15,5%	27.574.929	4,6%
2007	175.038	-9,8%	29.986.407	8,7%
2008	180.255	3,0%	32.890.603	9,7%
2009	170.252.	-5,5%	33.896.431	3,1%
2010	185.719	9,1%	36.659.634	8,2%
2011	192.831	3,8%	38.011.864	3,6%

Fonte: BRASIL. MPS. Informe da Previdência Social, jun. 2011, p. 07.

2.4 – A visão do perito médico do INSS: abordagem a partir de pesquisa na capital do Rio de Janeiro

Na pesquisa que realizamos, por meio de questionário fechado, com setenta e seis peritos do INSS em exercício na capital do Rio de Janeiro, 11.8% dos médicos afirmaram que

grande parte das incapacidades diagnosticadas possui relação com o trabalho, mas por conta da maior dificuldade na produção da prova, o benefício é deferido na modalidade previdenciária. Contudo, para 40,7% dos entrevistados, a maioria das causas incapacitantes, de fato, não guarda relação com o labor.

Segundo 94,7% dos entrevistados, a incapacidade que mais acomete os segurados é de natureza musculoesquelética, seguida da neuropsiquiátrica (2º lugar para 86,3%) e da cardiovascular (3º lugar para 90,4%).

Estudos sobre incapacidade investigam principalmente as doenças musculoesqueléticas (DME). Souza e Santana (2012: 427) relatam que essas enfermidades representam a maior causa de recebimento de compensações do seguro social em diversos países.

Reforçando o perfil hipossuficiente da clientela periciada, para 57,9% dos peritos a instrução média dos segurados atendidos é de primeiro (1º) grau incompleto.

No tocante à visão dos médicos quanto às causas do aumento da demanda por auxílio-doença, 60,2% crê que as regras mais rígidas para concessão da aposentadoria e a baixa carência exigida do auxílio-doença muito contribuíram para o quadro atual.

Em 63,1% dos casos, os peritos expressaram autoimagem de frustração com o reconhecimento de que a terceirização da perícia médica pública se deslocou para o Poder Judiciário, que não conta com quadro próprio de peritos. Com efeito, antes de 2004, eram comuns os contratos terceirizados para prestação do serviço médico no âmbito do INSS, dada a carência de pessoal, tendo este fato sido apontado pelo Tribunal de Contas da União no cenário de causas do aumento das concessões administrativas do auxílio-doença. Atualmente, o corpo técnico do INSS é integralmente composto por servidores concursados.

Quanto ao papel do SUS neste contexto, 31,5% correlaciona a baixa instrução média da população aliada à ineficiência do SUS com a expressividade das concessões de auxílio-doença previdenciário (e não acidentário) nos campos administrativo e judicial e 52,6% entende que a criação de um canal diferenciado de tratamento na saúde pública para os beneficiários do auxílio-doença é a medida certa para reduzir o gasto público. Neste último quesito, aliás, o fortalecimento da reabilitação profissional foi apontado por 28,9%, enquanto 18,4% opinaram por tornar mais rígida a legislação.

Cerca de 80% dos peritos correlaciona fatores externos (não ligados ao estilo de vida do segurado) ao aumento pela demanda por auxílio-doença, o que pode contribuir para

desmistificar o imaginário coletivo de que o perito do INSS tem preconceito com o segurado que atende.

Numa outra vertente, 22,3% crê estar ocorrendo um abuso do direito de litigar perante o Poder Judiciário e o acesso à justiça, antes uma bandeira democrática, vem servindo de escopo para uma arena onde tudo é discutido, com propósito ou não, reforçando o inconsciente (equivocado) coletivo de que justiça só se faz perante um juiz.

2.5. Algumas considerações de gestores e peritos médicos do INSS a respeito das causas do aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário a partir de 2000

Nesta parte do trabalho iremos trazer as opiniões e impressões de alguns profissionais do INSS que atuam na área da saúde do trabalhador a respeito do principal benefício do RGPS que ampara a incapacidade laborativa.

Nosso propósito não é abordar, sob a ótica de quem trabalha com o benefício, novamente todos os fatores já analisados, mas apenas apresentar algumas visões que contribuam para um entendimento multilateral do fenômeno.

A maior parte das causas do aumento referidas anteriormente foi abordada nos discursos dos entrevistados, com destaque para o contexto sócio-econômico desfavorável, o aumento numérico da população segurada e a ampliação da rede de atendimento do INSS. As seguintes passagens retratam essas posições:

[...] em relação à causa externa, na verdade, é questão de desemprego e do aumento da informalidade, então, a pessoa que na verdade contribui para o INSS e entra em benefício de auxílio-doença, ela busca uma renda fixa e na informalidade, ela busca uma segunda renda que é para complementar essa renda que recebe do INSS. Então no momento que ela sairia do auxílio-doença para retornar ao emprego formal, ela passaria a ter uma renda só, então para ela não é interessante.

[...] um dos fatores sempre primordiais é o alto índice de desemprego do país, da baixa escolaridade [...]

[...] e em relação tb ao desemprego, o aumento da população relacionado ao desemprego acaba que as pessoas vão tentar com mais frequência ficar em auxílio-doença [...]

[...] foi uma combinação do aumento da capacidade com o aumento da informação. [...] de uma forma geral aumentou a capacidade de atendimento da Previdência [...] também criou uma campanha muito grande que orientou as pessoas através do 135, que você pode ligar marcando um horário, terminou aquelas filas imensas para você

entrar no INSS, enfim [...]a maior acessibilidade à Previdência, que abriu agências no interior [...]

O tema da terceirização das perícias médicas é problematizado, por exemplo, na seguinte fala de um dos gestores locais:

[...] essa questão de médico credenciado pode ser vista sob dois prismas: um, eles faziam as perícias nos próprios consultórios particulares, então havia um fluxo de segurados do INSS misturado com clientes do consultório. De modo que ele não queria deixar o local de trabalho dele vulnerável a agressões, confusões, de modo que por vezes eles se deixavam influenciar pelo segurado para evitar atrito. E outro lado pela questão do descompromisso com a União, não havia a preocupação de preservar o INSS, então ele meramente prorrogava o benefício, não tinha um juízo crítico do que era feito. [...]

A preocupação com a alta demanda por benefício por incapacidade, que poderia refletir um adoecimento populacional, também é presente na fala de alguns entrevistados, como as desses dois gestores locais abaixo transcritas.

[...] Então acho que sim tem que avaliar a causa, por que tem mais gente adoecendo, ou por que as pessoas... tem mais pessoas e, por isso, tem mais demanda e o SUS não dá conta e aí essas pessoas acabam ficando muito tempo na Previdência e em auxílio-doença; então como controlar essa demanda, eu acho que deveria sim haver um entrosamento maior, né, o INSS e o SUS no âmbito federal, mesmo, a gente tentar se comunicar para tentar trabalhar em parceria [...]

[...] talvez se a gente conseguisse atribuir a uma causa em relação a alguns tipos de doenças específicos, né, de repente tratar a doença. De repente tratar a doença, então verificar as condições de saúde da população e no atendimento no SUS, talvez pudessem influir na redução [...]

O modelo de avaliação da capacidade até pouco tempo vigente foi alvo de considerações negativas. Nele não havia impedimento para que o segurado, após receber laudo negativo, desse entrada em quantos novos requerimentos quisesse, ainda que seu estado clínico não tivesse sofrido alteração. Assim, ao invés deste segurado se valer do pedido de reconsideração (PR), ele requeria um novo benefício, inflando indevidamente a fila dos novos pedidos e, por vezes, impedindo ou dificultando o acesso rápido à perícia de outro segurado que verdadeiramente estivesse dando entrada no benefício pela primeira vez. Atualmente, o segurado deve aguardar por 30 (trinta) dias para requerer novo benefício [e nova perícia] se tiver obtido parecer médico-pericial desfavorável e seu quadro clínico permanecer o mesmo. Continua permitido o pedido de reconsideração que, como o próprio nome sugere, não é um novo pedido, mas uma reavaliação a ser feita pelo mesmo médico ou outro. A diante destacamos um trecho de entrevista com um médico perito sobre essa questão:

[...] o que a gente considera inadequado é quando por um mesmo motivo de uma doença que já foi julgada, esse cidadão solicite inúmeras vezes com os mesmo argumentos o mesmo tipo de benefício. Isso já foi agora melhorado com a questão de que você só pode solicitar 30 dias depois um novo pedido após o primeiro indeferimento. O que a gente tava vendo acontecer é num mês que tem vinte dias úteis uma pessoa fazer até dezessete perícias [...]

Por fim, cabe mencionar a proposta do atestado médico eletrônico, que consistiria numa proposta complementar à da avaliação multiprofissional a qual nos reportamos anteriormente. A fala seguinte resume a novidade:

Há duas grandes questões que tem ligação com isso aí; uma é relativa ao acesso ao benefício e outra com relação à manutenção do benefício. Primeiro, em relação ao acesso ao benefício, está a questão da necessidade da presença do médico perito na primeira avaliação. Por que foi feito um estudo na direção central, onde viram que alguns benefícios são de tão curta duração que, por vezes, a pessoa aguarda para fazer a perícia por mais tempo que ela precisa para se recuperar. Então, existe um modelo de atestado médico eletrônico, aonde seria feito um cruzamento com uma tabela de prazos de incapacidade que foi feito por um grupo de trabalho da direção central, e estando o prazo de afastamento sugerido pelo médico assistente de acordo com essa tabela, ele já receberia o benefício automaticamente, sem precisar fazer perícia. E aí, caso pedisse uma prorrogação, ele passaria pela perícia. [...]

O novo modelo, porém, terá que se mostrar um atrativo para o médico da rede pública ou privada que dele se utilizará e, sobretudo, ser capaz de contornar a problemática relativa à divergência de avaliações entre o médico perito e o médico assistencialista. Pois, de fato, a perícia médica não é uma consulta e nem toda doença gera incapacidade. Esse, talvez, seja o grande dilema na busca da maior eficiência no atendimento dos segurados que necessitam da avaliação pericial do INSS.

[...] É eu acho o modelo interessante, que visa logicamente a diminuição da fila, do tempo de espera da realização da perícia, teoricamente seriam para os casos mais tranquilos de realização de perícia, seriam os casos de pós-operatório, ou do afastamento por doenças infecciosas, como uma pneumonia, uma sinusite, o problema é a operacionalização desse sistema, primeiro tem que convencer o médico assistente, o que vai trazer de benefício para esse médico, segundo existe trabalho para ele e existe custo para ele. Então tem que haver interesse do médico assistente tb, o que não está pegando ainda é que os médicos assistentes têm uma visão assistencialista, eles não têm, muitos não trabalham visando a segurados da previdência social, eles trabalham visando pela assistência médica.

CAPÍTULO 3 – A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL ENQUANTO PRÁTICA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA CIDADANIA

3.1 – Por que estudar a Reabilitação Profissional?

Vimos no capítulo anterior que o auxílio-doença previdenciário é o benefício mais concedido no âmbito do RGPS atualmente, além de ter sido o benefício que registrou o maior aumento de concessão na última década. Na oportunidade, buscamos levantar as principais causas do crescimento de sua demanda no intervalo de 2000 a 2012 bem como os fatores que ainda persistem na determinação de sua atual representatividade no regime geral de previdência do país.

Uma das causas apontadas quer para o aludido aumento no último decênio, quer para a persistência da relevância deste benefício no sistema previdenciário, foi a baixa eficiência da reabilitação profissional (RP), definida como serviço de assistência reeducativa e de readaptação, a cargo do INSS, que visa tornar o indivíduo incapaz apto à retornar ao mercado de trabalho. Isto por que, esse serviço é dirigido prioritariamente aos segurados em gozo de auxílio-doença e, quando efetivo, além de reduzir o número de benefícios por incapacidade, aumenta o de contribuintes, formando um círculo virtuoso.

O serviço⁷⁶ de Reabilitação Profissional no Brasil, embora institucionalizado na década de 40 e tornado obrigatório na década de 60, é objeto de raros estudos na comunidade científica⁷⁷ e ainda muito pouco explorado pela entidade pública encarregada de executá-lo, apesar de recentes [e importantes] avanços, que serão à frente analisados, como a Resolução INSS/PRES 118/2010⁷⁸, a atualização de seu Manual Técnico em 2011⁷⁹ e a criação de indicadores para mensurar sua eficiência.

⁷⁶ A reabilitação profissional é reconhecida legalmente como um *serviço*, porém, o Manual Técnico de Procedimentos da área de Reabilitação Profissional de 2011, por vezes, se refere ao *programa* de reabilitação profissional. Sendo assim, ao longo deste trabalho, iremos nos referir à RP ora como serviço, ora como programa.

⁷⁷ Pesquisa em 16.07.2013 de artigos no site www.scielo.br com os descritores REABILITAÇÃO PROFISSIONAL [assunto] ou REABILITAÇÃO PROFISSIONAL [palavras do título] apresentou apenas três resultados.

⁷⁸ Resolução INSS/PRES n. 118, de 04 de novembro de 2010 que autoriza e estabelece critérios para celebração de acordos de cooperação técnica com vista ao oferecimento, dentre outros, de cursos profissionalizantes, poderosa ferramenta de reabilitação.

⁷⁹ O Manual Técnico anterior não era tão antigo, datava de 2005; ainda sim, dado o contexto de certo prestígio institucional do programa de RP, houve-se por bem complementar sua normativa e esmiuçar o procedimento.

A importância da reabilitação profissional é reconhecida internacionalmente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), através de sua Convenção 159, de 01.06.1983, ratificada pelo Brasil e aqui promulgada pelo Decreto 129, de 22.05.1991.

Recentemente, foi noticiada a constituição de Grupo de Trabalho formado por integrantes dos ministérios da Previdência Social, Saúde, Trabalho e Planejamento com o objetivo de reabilitar trabalhadores e gerar economia estimada em R\$25 bilhões por ano, quando todo o sistema estiver funcionando. Segundo Leonardo Rolim, secretário da Previdência Social, as aposentadorias por invalidez no Brasil (previdenciária e acidentária) representam 18% do total de afastamentos definitivos pagos pelo INSS, sendo objetivo reduzir para 10%, patamar semelhante aos de países que executam políticas de reabilitação, como Espanha e Holanda⁸⁰. Aliás, em termos de experiência internacional, abordaremos um pouco o caso alemão, com suas oficinas de simulação laboral localizadas no mesmo espaço da reabilitação física, a partir de informações trazidas por dois de nossos entrevistados que fizeram parte da delegação brasileira em visita oficial àquele país no ano de 2012.

Outro exemplo de medida que sinaliza a retomada da importância estratégica do serviço foi o incremento do quadro de pessoal da RP com a admissão de 100 (cem) novos terapeutas ocupacionais, por concurso público realizado em 2013, e o chamamento, em razão de concursos anteriores em vigor, de mais 250 (duzentos e cinquenta) assistentes sociais e mais 300 (trezentos) médicos peritos. Além disso, o orçamento do serviço de Reabilitação Profissional teve aumento de 75% para esse ano, saltando de 20 milhões em 2012 para 35 milhões de reais⁸¹.

O momento atual, portanto, pode ser compreendido como de retomada da importância institucional da Reabilitação Profissional, num contexto de elevada procura por benefício ligado à incapacidade e onde a discussão em torno da responsabilidade social da empresa está em voga. Abrindo um parêntese, o reabilitado que possui o certificado de RP emitido pelo INSS é equiparado por lei à pessoa com deficiência (art. 93 da lei 8.213/91), beneficiando-se de todas as políticas inclusivas direcionadas a essas pessoas.

À vista disso, o presente capítulo se destina a contribuir para um melhor e atual entendimento do serviço de Reabilitação Profissional no país, a partir da análise histórica de sua implantação, dos normativos legais que dela tratam e dos poucos estudos científicos que

⁸⁰BRASIL, Ministério da Previdência Social. Brasília, 2012. Disponível em <<http://blog.previdencia.gov.br/?p=3865>>. Acesso em: 22 fev. 2013. A ORDEM é reabilitar. *O Globo*, Rio de Janeiro, 03 dez. 2012. c.1, p. 3.

⁸¹ Observação obtida em entrevista com um ex gestor nacional na área de Reabilitação Profissional.

logramos encontrar sobre o assunto. Ao final e em tópico específico, serão expostas opiniões sobre o tema da parte de gestores do INSS, todos ligados à área de reabilitação profissional.

Destacamos que, num primeiro momento, intencionamos entrevistar também alguns segurados inscritos no programa e gestores das áreas da Saúde e do Trabalho para, assim, termos uma visão multilateral do objeto estudado. Contudo, a exiguidade do tempo disponível para defesa dessa dissertação impediu-nos de avançar neste aspecto. Em todo caso, buscamos manter de algum modo a multilateralidade de pontos de vista ao entrevistar os agentes que compõe a cadeia institucional do INSS na RP: gestores nacionais, gestores locais – do município do Rio de Janeiro – e médicos peritos lotados em duas equipes de reabilitação profissional da citada capital. Dentre os gestores ouvidos há um terapeuta ocupacional, sendo todos os demais médicos peritos do INSS que ocupam cargos comissionados de gestão.

Uma vez que dos nove entrevistados seis são gestores e/ou médicos atuantes no município do Rio de Janeiro, a visão majoritária dos atores selecionados espelha a realidade local, sendo assim, o intento do capítulo é localizar os principais entraves responsáveis pelo serviço encontrar-se aquém de suas potencialidades, sob a ótica, especialmente, daquela municipalidade.

Nossa opção pelas entrevistas deveu-se, especialmente, à relevância de se explorar as percepções dos atores envolvidos com a reabilitação profissional, a fim de não ficarmos limitados à análise fria da legislação e dos raros estudos científicos. De fato, foi enriquecedora a contribuição trazida tanto pelas vivências do cotidiano com suas dificuldades diuturnas na execução do programa, quanto pelas valiosas notícias relativas aos avanços do programa em meio a sérias dificuldades.

A reabilitação profissional segundo os entrevistados é vista como “a grande solução”, “a principal saída e a mais honrosa” e a “melhor solução de investimento em termos de Previdência nesse momento”, dentre outras considerações que sugerem a sua importância. Por outro lado, todos reconhecem que o estágio atual do programa ainda se encontra muito distante do que seria adequado para atender, de modo efetivo, a demanda dos segurados incapacitados no país. Um gestor nacional chega a afirmar que o INSS não faz reabilitação profissional “no fundo”, havendo, em sua opinião, um grupo de “vários profissionais destemidos, empolgados, envolvidos e que acabam fazendo pontualmente [...]” e conclui: “mas para a necessidade e para o tamanho que é, nós não conseguimos fazer”.

Atualmente, cerca de 1% de todas as perícias realizadas pelo INSS no país encaminham para a reabilitação profissional e dentro desse pequeno universo é feita nova avaliação para cancelar o ingresso efetivo no programa. Ou seja, considerando apenas o tamanho do público alvo preferencial do programa, que são os segurados em gozo de auxílio-doença, vemos que apenas uma pequeníssima parte dele beneficia-se da reabilitação. As razões da sua baixa abrangência são de diversas ordens e serão explicitadas adiante.

Deste modo, ao passo que a Reabilitação Profissional foi e vem sendo alvo de importantes ações de fomento, sendo reconhecida pelo Estado como uma valiosa ferramenta de controle do gasto público com a incapacidade laboral, ainda é um serviço muito pouco explorado, tanto pela comunidade científica, quanto pelo próprio Estado. Estudar reabilitação profissional na atualidade, portanto, é de algum modo contribuir para a expansão do serviço num contexto econômico-social que requer a sua plena atuação.

3.2 – Notas sobre a história da Reabilitação Profissional no Brasil

Os primeiros registros de uso da reabilitação profissional remontam à Primeira Guerra Mundial quando, pela falta de mão-de-obra, soldados acidentados passaram a exercer outras atividades, como pintura de pequenas peças e preparação de enfeites para o natal, com o intuito, ainda, de mantê-los ocupados a fim de evitar alguma espécie de comprometimento mental. Na Segunda Grande Guerra o programa de reabilitação retornou pelas mesmas razões existentes ao tempo da guerra anterior (ALVES *apud* BOCCOLINI, 2012:39).

A Organização Internacional do Trabalho – OIT publicou em 1921 o documento *The Compulsory Employment of Disable Man*, sobre a obrigatoriedade de emprego para inválidos de guerra, inspirado no sistema legal da Áustria, Alemanha, França e Inglaterra. Em 1923 a OIT reconhece a obrigação do Estado em auxiliar os inválidos na reabilitação profissional para que tivessem sustento próprio e, em 1925, a OIT também reconhece a proteção social aos acidentados do trabalho em que o deveriam receber a reabilitação profissional, porém em 1930, diante da crise econômica e o desemprego em massa, o programa de reabilitação profissional deu uma estagnada (ALVES *apud* LAZZARI, 2012:39).

No Brasil, a prática de reabilitação profissional (RP) era estabelecida, inicialmente, nas Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões (CAPs e IAPs) vinculados a determinadas categorias profissionais, no governo Vargas da década de 40. À época, os serviços encarregados da proteção social brasileira desenvolviam práticas assentadas na concepção de

‘cidadania regulada’, expressão alcunhada por Santos (1987) para designar o conjunto de direitos apenas reconhecido àqueles profissionais cujas ocupações eram definidas em lei.

As primeiras referências remontam ao Decreto-Lei 7.036/44 sobre acidentes do trabalho, onde foram empregadas as expressões “readaptação profissional” e “reaproveitamento do empregado acidentado”. O objetivo era restituir, total ou parcialmente, a todo incapacitado para o trabalho “a capacidade na primitiva profissão ou em outra compatível com as suas novas condições físicas”.

A obrigatoriedade do serviço de RP somente adveio em 1967, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a estatização do Seguro do Acidente do Trabalho (SAT), garantindo, pela primeira vez, uma fonte de custeio permanente para a área (TAKAHASHI; IGUTI, 2008: 2662). Seu objetivo era restrito e consistia na prática da fisioterapia, da cirurgia ortopédica e reparadora e no ensino conveniente em escolas profissionais especiais, “o que refletia a natureza das restrições físicas, fundamentalmente decorrentes de acidentes do trabalho traumáticos, e à abordagem terapêutica vigente à época” (MAENO; VILELA, 2010: 88).

Na década de 70, a área da Reabilitação Profissional concentrou o maior volume de recursos do INPS e, na época, vigia o sistema centralizado de prestação do serviço, por meio dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e dos Núcleos de Reabilitação Profissional, (NRPs), estes últimos unidades menores que encaminhavam aos CRPs casos de maior complexidade.

O projeto de implantação das CRPs “foi orientado por uma concepção de excelência, [...], na qual se disponibilizavam todos os recursos terapêuticos necessários no interior dos próprios serviços, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais”⁸².

À época, as áreas da Previdência, Saúde, Assistência e Trabalho se inter-relacionavam com mais vigor do que atualmente, e por cerca de três décadas algumas delas chegaram a estar sob a administração de um mesmo ministério⁸³.

⁸² TAKAHASHI; IGUTI, *op.cit.*, p. 2662.

⁸³ A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer o sistema de Seguridade Social composto pelas áreas da Saúde, Assistência e Previdência, cada qual com princípios e regras próprias, rompeu em certa medida com o modelo do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – onde havia uma interdependência institucionalizada entre aquelas áreas. De 1971 a 1990 a Previdência ora ocupou o mesmo ministério com a Assistência ora com o Trabalho (Decreto 69.014/71, Lei 6.036/74 e Lei 8.029/90). De 1992 a 2003, quando foi criado o Ministério da Assistência Social (Lei 10.683) a Previdência ora teve ministério próprio, ora o dividiu

A partir da década de 80 teve início uma gestão de redução de custos e pessoal que atingiu diretamente os CRPs e NRPs, a qual foi intensificada na década de 90, sobretudo com as reformas da Previdência Social, sendo que na década seguinte houve total desativação daqueles centros e núcleos. Na oportunidade, grupo de trabalho interministerial com foco na saúde do trabalhador havia concluído que o modelo vigente era “ultrapassado, centralizado, inadequado e com desempenho não satisfatório”⁸⁴.

Em 2000 foi implantado novo modelo de prática da reabilitação profissional por meio do projeto ‘Reabilita’ que, embasado na descentralização, prevê a ocorrência das ações da RP no espaço físico das agências da Previdência Social (APS), em integração com a Perícia Médica e articulada com os demais serviços do INSS.

A estrutura centralizada de outrora não mais se justificava, pois, a reabilitação física e a reabilitação profissional passaram a ser exercidas por instituições diversas. Ao SUS, enquanto sistema ligado ao Ministério da Saúde coube promover a reabilitação física, ficando o INSS, Autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social, com a reabilitação profissional. Ademais, dada a extensão continental do país, era preciso descentralizar para facilitar o acesso dos usuários ao serviço de Reabilitação Profissional.

Na organização administrativa do INSS as Agências da Previdência Social (APS) estão administrativamente e hierarquicamente subordinadas às Gerências Executivas (GEX)⁸⁵. Cada GEX congrega um determinado número de APS, variável de acordo com a extensão territorial da competência daquela unidade maior. Para viabilizar a ocorrência do programa de reabilitação nas APS, cada Gerência Executiva precisou se estruturar para implantar o seu serviço de reabilitação profissional, normalmente chefiado por um médico perito⁸⁶, que ocupa o cargo de Responsável Técnico da Reabilitação Profissional. Ademais, a nova orientação foi para as equipes de RP nas APS serem compostas por pessoas com diferentes formações: médico na função de perito e, na função de orientador profissional, os demais profissionais da área de saúde pública [psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, sociólogos e assistentes sociais], além de apoio administrativo.

com a Assistência. Em 2004 as competências do Ministério da Assistência Social foram incorporadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Atualmente, portanto, existem ministérios específicos para a Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Trabalho.

⁸⁴ Ibid., p. 2663

⁸⁵ Gerências Executivas são unidades descentralizadas da administração do INSS. Atualmente, há 100 (cem) gerências executivas na estrutura do INSS.

⁸⁶ O Responsável Técnico também pode ser outro profissional com nível superior em área afim da RP (Manual Técnico da Área de Reabilitação Profissional, 2011, cap. III, 1, a).

Contudo, essa mudança de atuação provocou críticas, sobretudo com a centralização na figura do orientador profissional dos demais profissionais da área de saúde pública, que estavam habituados a desempenhar suas funções levando em conta as especificidades de cada profissão⁸⁷.

A concepção original do Reabilita, que isentava a Reabilitação Profissional de manter o segurado no mesmo emprego ou de garantir sua recolocação em outro para o qual foi reabilitado, consistindo a fase final do projeto em mera emissão do certificado de reabilitação (art. 92 da L 8.213/91), também foi alvo de considerações negativas.

“(…). Seus procedimentos restringem-se à homologação de um processo precário de readaptação que não fica sob a coordenação geral do INSS, mas sim a cargo da empresa de vínculo, com pouca interferência do Estado. Não há sequer um programa de reabilitação profissional traçado por esses orientadores profissionais para cada caso. (...) seus procedimentos restringem-se a entrevistar o reabilitando e a encaminhá-lo à perícia do órgão, solicitando à empresa de vínculo informações sobre o cargo a lhe ser oferecido. Sem uma avaliação criteriosa da atividade laboral oferecida pela empresa, promove-se um estágio, que, cumprido de alguma forma, resulta na homologação da reabilitação do segurado, independentemente das condições reais de efetiva reinserção no ambiente de trabalho” (MAENO; VILELA, 2010, p. 87-99).

O modelo trazido pelo Reabilita, porém, esbarrou na deficiente estrutura e carência de pessoal que o serviço dispunha [e ainda dispõe] no país. A descentralização não se encontra integralmente aplicada, não obstante ter sido determinada há mais de uma década.

A formulação da matriz atual está agora em fase de consulta às equipes de reabilitação espalhadas pelo país e há o intento de, após, ser feita uma consulta pública à sociedade para que ela se manifeste sobre sua expectativa a respeito do programa, a fim de encontrar uma nova proposta de trabalho da reabilitação profissional.

A partir dessas breves notas, seguiremos no estudo das características atuais do serviço, dos avanços obtidos e dos entraves que persistem na consecução plena de seus objetivos institucionais.

3.3 – O serviço de Reabilitação Profissional na atualidade

⁸⁷ Ibid., p. 2663

Desde sua concepção inicial enquanto serviço restrito e focalizado, passando por um período de consolidação e excelência e, após, pela reestruturação à época da reforma do Estado, a Reabilitação Profissional vivenciou os avanços e retrocessos típicos de um programa em contínua construção.

Os serviços de reabilitação e habilitação encontram previsão expressa na Constituição Federal de 1988 dentro do capítulo da Seguridade Social, especificamente na seção IV, que cuida da Assistência Social.

Neste sentido, o art. 203, IV, estabelece que a assistência social seja prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição, e tem por objetivo, dentre outros, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

De início, observamos, portanto, que a Carta Maior, ao fazer a única referência ao termo reabilitação [na perspectiva em estudo], enquadra-o como serviço de natureza assistencial e dirigido às pessoas com deficiência [PcD].

Engana-se, todavia, aquele que pressupor ser a Reabilitação Profissional um serviço assistencial apenas dirigido aos portadores de necessidades especiais.

Isto por que, a interpretação sistemática da Constituição nos permite concluir ter havido, não restrição, mas ampliação da acepção do termo, a fim de especificamente garantir às pessoas portadoras de deficiência a reabilitação com vistas à integração social, uma vez que a prática da reabilitação profissional remonta ao Governo Vargas, da década de 40, como já visto.

Em 1991, a Lei 8213, que instituiu o Plano de Benefícios do RGPS, previu na Seção IV ‘Dos Serviços’, a prática da habilitação e reabilitação profissional nos artigos 89 a 93, cujas redações ainda vigem. Esses serviços estão também previstos no Decreto 3.048/99, artigos 136 a 140 e na Instrução Normativa do INSS n. 45/2010, artigos 386 e seguintes.

Os serviços no âmbito do RGPS são prestações previdenciárias de assistência e amparo sociais destinados aos segurados, de forma obrigatória e, na medida das possibilidades, aos dependentes e pessoas portadoras de necessidades especiais. Há duas espécies: o serviço social e a habilitação e reabilitação profissional.

O serviço social⁸⁸ tem a competência de esclarecer aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los, bem como atuar com eles no processo de solução dos problemas que emergirem de suas relações com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade. É orientado para fomentar a participação do beneficiário na implementação e no fortalecimento da política previdenciária, em articulação com as associações e entidades de classe. O público prioritário deste serviço são os segurados em benefício por incapacidade, sendo que aos aposentados e pensionistas a lei confere uma atenção especial.

A habilitação profissional é a ação de capacitação do indivíduo para o desenvolvimento de atividades laborais, observando as aptidões, interesses e experiências. A reabilitação, por seu turno, é a assistência reeducativa e de readaptação profissional, visando proporcionar aos beneficiários incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem⁸⁹.

Habilitação não se confunde com reabilitação. A primeira é a preparação do inapto para exercer atividades, em decorrência de incapacidade física adquirida ou deficiência hereditária. A segunda pressupõe a pessoa ter tido aptidão e tê-la perdido por motivo de enfermidade ou acidente (MARTINEZ, 1999, *apud* CASTRO e LAZZARI, 2007: 561).

O serviço de Reabilitação Profissional é gerido nacionalmente no âmbito da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), órgão da estrutura organizacional do INSS diretamente subordinado à Presidência desta Autarquia, juntamente com as Diretorias de Atendimento, de Benefício, de Gestão de Pessoas e de Orçamento, Finanças e Logística⁹⁰.

Na DIRSAT os órgãos que cuidam especificamente da RP são a Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários e Assistenciais (CGPASS), a Coordenação de Reabilitação Profissional (CREABP) e a Divisão de Gerenciamento de Atividades de Reabilitação Profissional (DGARP).

⁸⁸ A previsão legal desse serviço encontra-se no artigo 88 da Lei 8.213/91.

⁸⁹ Manual Técnico de procedimentos da área de reabilitação profissional atualizado pelo Despacho Decisório n. 2/DIRSAT/INSS, de 24/11/2011.

⁹⁰ Também estão diretamente subordinados à Presidência do INSS a Auditoria Geral e a Corregedoria Geral. A Procuradoria Federal Especializada no INSS, embora ligada administrativamente à Presidência do INSS, possui vinculação técnico-jurídica com a Procuradoria Geral Federal, órgão da Advocacia Geral da União.

O retorno da RP à agenda política coincidiu com o aumento da demanda pelo auxílio-doença previdenciário, mas também foi impulsionado pela auditoria do TCU de 2008 a que nos reportamos no capítulo anterior. Em 2005, em plena expansão da demanda por auxílio-doença, o Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional⁹¹ foi alterado e os serviços oferecidos foram expandidos para além daqueles expressamente elencados no artigo 89 p.ú. da Lei 8.213/91. Em 2010, dois anos após a auditoria, a Resolução INSS/PRES n.º 118 autorizou as unidades e órgãos descentralizados do INSS (Superintendências Regionais e Gerências Executivas) a firmarem parcerias com entidades públicas ou privadas, de comprovada idoneidade financeira e técnica para prestação de serviços inseridos no escopo do programa. Em 2011, o Manual Técnico de procedimentos na área de Reabilitação Profissional foi novamente atualizado, constituindo-se de um extenso documento que descreve em detalhes os procedimentos do programa em cada etapa específica, critérios de elegibilidade, orçamento, etc.

Veja-se que foi preciso uma ação de auditoria, com foco em objeto diverso – porém correlato – para a reabilitação profissional retomar sua posição de destaque no campo da previdência pública e de ator importante na consecução de políticas públicas voltadas aos trabalhadores.

A clientela a ser encaminhada à RP, por ordem de prioridade, encontra-se definida na Resolução n. 118/INSS/PRES, de 4 de novembro de 2010: (a) o segurado em gozo de auxílio-doença, acidentário ou previdenciário, (b) segurado sem carência para auxílio-doença previdenciário, portador de incapacidade, (c) segurado em gozo de aposentadoria por invalidez, (d) segurado em gozo de aposentadoria especial, por tempo de contribuição e por idade que, em atividade laborativa, tenha reduzido sua capacidade funcional, (e) o dependente do segurado e (f) as pessoas com deficiência. O encaminhamento à RP da clientela definida nos itens (a) ao (d) terá caráter obrigatório e será feito pela Perícia Médica do INSS. O atendimento aos dependentes dos segurados ficará subordinado às possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e, no caso dos portadores de deficiência, ao prévio Convênio de Cooperação Técnica (Resolução INSS/PRES, 2010, artigos 1º a 3º).

Segundo o Manual Técnico em vigor, o segurado em gozo de benefício deve ser encaminhado ao programa o mais precocemente possível, desde que esteja incapaz para a atividade que exerce. Em outras linhas, a análise da elegibilidade ao programa de RP do segurado em gozo de auxílio-doença deve ser feita sem demora e, sendo declarado elegível,

⁹¹ OI INSS/DIRBEN n.º 116.

ser imediato seu ingresso no programa. Estudos demonstram que o trabalhador com incapacidade laborativa afastado do mercado de trabalho por período superior a dois anos dificilmente consegue a ele retornar (MURPHY e ROSENBLUM: 2006).

Não basta, porém, o enquadramento a determinada categoria de clientela. Há critérios de encaminhamento que devem ser observados, quais sejam: (i) escolaridade a partir do nível fundamental, mesmo que incompleto, (ii) condições adequadas de aprendizagem, (iii) quadro clínico estável que permita a inclusão no programa de forma imediata e (iv) experiências ou atividades profissionais já desenvolvidas, compatíveis com o potencial laborativo. A inexistência de experiência profissional anterior, todavia, não é impeditivo para o encaminhamento do segurado à reabilitação profissional.

De outro lado, são consideradas situações desfavoráveis ao encaminhamento casos como doença com prognóstico reservado ou indefinido, fratura não consolidada, pós-operatório recente, gestação de alto risco ou pré-termo, doença em fase de descompensação e segurados com indicativo de aposentadoria por invalidez⁹².

Pela análise das condições de elegibilidade ao programa podemos depreender o quão especializado é o trabalho desenvolvido pela Reabilitação Profissional e o quão específico é o perfil de seus usuários. Esses fatores podem de fato contribuir para que o serviço, embora público e gratuito, não seja abrangente como qualquer outro. Aliás, a especificidade dos critérios de elegibilidade está diretamente relacionada a um dos entraves internos à expansão do programa, qual seja, o baixo índice de entendimento da parte dos peritos médicos do INSS quanto ao correto encaminhamento ao programa, do que trataremos na parte final deste capítulo.

O processo de habilitação e reabilitação profissional previsto no atual Manual Técnico na área de Reabilitação Profissional compreende quatro etapas: (a) avaliação do potencial laborativo (APL), com vistas à definição da real capacidade de retorno do segurado ao trabalho, (b) orientação e acompanhamento do programa profissional, (c) articulação com a comunidade para parcerias, convênios e outros, e d) pesquisa da fixação no mercado de trabalho. A seguir, cuidaremos de detalhar cada uma dessas fases.

Primeiramente, cumpre esclarecer que o encaminhamento à RP é feito ordinariamente pelo perito médico atuante na APS quando da realização da primeira perícia médica para

⁹² Note-se que muito embora o segurado aposentado por invalidez seja considerado público alvo da RP pela Resolução n. 118/10, o Manual Técnico entende ser o limite médico indefinido (a justificar a concessão dessa modalidade de aposentadoria) uma situação desfavorável para ingresso no programa.

concessão de benefício por incapacidade. O segurado que pretende obter um auxílio-doença, por exemplo, deve ser necessariamente avaliado por médico perito do INSS e é nesta perícia onde primeiramente se examina a possibilidade de seu encaminhamento à RP. Não sendo o caso do encaminhamento, abrem-se novas oportunidades do exame da conveniência de seu direcionamento ao programa se houver realização de novas perícias em razão de pedido de reconsideração (PR) ou pedido de prorrogação (PP).

Uma vez que a equipe de RP recebe o segurado, será feita a avaliação do potencial laborativo conjuntamente pelo médico perito da RP e o orientador profissional, e a partir dela é preenchida a ficha de avaliação do potencial laborativo (FAPL), documento inicial para ingresso no programa. Essa avaliação consiste na análise global dos seguintes aspectos: perdas funcionais, funções que se mantiveram conservadas, potencialidades e prognósticos para o retorno ao trabalho, habilidades e aptidões, potencial para aprendizagem, experiências profissionais e situação empregatícia, nível de escolaridade, faixa etária e mercado de trabalho. O Manual Técnico avança ao prever uma reunião conjunta entre o médico perito, o orientador profissional e o segurado para o fim de verificar a elegibilidade ou não deste para participar do programa a partir da análise daqueles fatores.

O perito médico e o orientador profissional poderão solicitar pareceres especializados, sempre que houver dúvida a ser esclarecida quanto à capacidade funcional, psíquica, socioeconômica, dentre outras; ademais, toda vez que houver necessidade de melhor definição da compatibilidade entre o ambiente de trabalho e a capacidade laborativa do segurado, o perito médico deverá realizar a Vistoria Técnica na empresa de vínculo.

A segunda etapa consiste na condução do reabilitando para a escolha consciente de uma nova função/atividade a ser exercida no mercado de trabalho e deve considerar os seguintes elementos básicos: conhecimento de seu potencial laborativo, requisitos necessários ao exercício das profissões e oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho. O planejamento e a preparação profissional devem ser realizados mediante a utilização de recursos disponíveis na comunidade, como cursos, treinamentos e outros.

É neste momento que se define se o segurado irá necessitar de curso/treinamento, se haverá possibilidade de readaptação na empregadora ou se serão fornecidos recursos

materiais⁹³ visando o retorno ao trabalho. Aqui o segurado é novamente ouvido numa espécie de pesquisa de interesse.

Aliás, cumpre fazer um parêntese no tocante à participação do reabilitando durante o programa. De fato, na pesquisa qualitativa que fizemos, todos os entrevistados concordaram que o segurado reabilitando tem voz ativa durante a execução do programa de reabilitação. Sua opinião e seu interesse são levados em conta desde a avaliação de seu potencial laborativo até à definição de qual medida de reabilitação a ser utilizada. De certo, o sucesso do programa depende também [e muito] do interesse do indivíduo em ser reabilitado. O que muitos ressaltaram, porém, é que nem sempre o desejo do reabilitando está ajustado ao que é possível a ele fazer, sobretudo em razão do grau de sua escolaridade, ponto nevrálgico na escolha, por exemplo, de um curso profissionalizante ou treinamento, vez que são importantes ferramentas de reabilitação.

A terceira etapa representa o viés articulador que o serviço deve ter para atingimento de seu propósito. Assim, a reabilitação profissional deve estar integrada à rede de proteção social (art. 137, III do Decreto 3.048/99 e art. 388, III da IN 45/2010), realizando parcerias, convênios e acordos de cooperação técnica com vistas ao reingresso do segurado no mercado de trabalho, bem como levantando tendências e oportunidades oferecidas, preferencialmente na localidade de domicílio do reabilitando.

A Resolução INSS/PRES 118 de 2010 representou um importante avanço nesta dimensão, posto ter sido o ato normativo que veio regulamentar a celebração dos aludidos convênios e acordos de cooperação técnica. Até então os contratos não eram firmados por ausência de base normativa. Atualmente, portanto, é permitida a promoção de acordos com entidades públicas ou privadas para prestação dos seguintes serviços: (i) atendimento especializado nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, (ii) avaliação e elevação do nível de escolaridade, (iii) avaliação e treinamento profissional, (iv) promoção de cursos profissionalizantes⁹⁴, (v) estágios curriculares e extracurriculares para alunos graduados, (vi) homologação do processo de habilitação e reabilitação de PcD, e (vii) homologação de readaptação profissional na empresa (art. 4º da Resolução).

⁹³ Recursos materiais são aqueles indispensáveis ao desenvolvimento do processo de RP e reinserção dos beneficiários no mercado de trabalho, compreendendo: (a) prótese e órtese, bem como seu reparo ou substituição; (b) taxa de inscrição e mensalidade de curso profissionalizante e documento de habilitação; (c) implemento profissional; (d) instrumento de trabalho; (e) auxílio-transporte; (f) auxílio-alimentação e (g) diária.

⁹⁴ No Rio de Janeiro, há convênio com o SENAI e o SENAC para oferecimento de cursos profissionalizantes.

Os cursos e treinamentos regulamentados por esta Resolução têm como público alvo os segurados sem vínculo empregatício (p. ex. profissionais autônomos) ou aqueles segurados cujas empregadoras se recusarem readaptá-los, mesmo que por impossibilidade (ex. ausência de função compatível).

A quarta etapa, finalmente, tem por objetivo aferir a efetividade do serviço ou programa de reabilitação. Deste modo, a pesquisa de fixação no mercado de trabalho busca constatar a adaptação do reabilitado no mercado de trabalho e fornecer dados aos sistemas gerenciais para a melhoria do serviço. Essa pesquisa compreende duas fases: na primeira, o segurado é entrevistado após 6 meses do desligamento do programa; na segunda fase, a entrevista ocorre após 12 meses do término da fase 1. Em ambos os casos, os dados coletados devem ser registrados em formulário próprio.

Importante destacar que não há obrigatoriedade da parte do INSS em garantir a efetiva inserção do trabalhador naquele mercado, conforme art. 140, §1º do Decreto 3.048/99. O programa de reabilitação é dado como concluído com a emissão de certificado individual indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar. Caso ao INSS fosse imposto garantir a recolocação do indivíduo no mercado de trabalho adviriam daí implicações práticas talvez intransponíveis num momento de recessão, por exemplo. Seria uma imposição que precisaria estar condicionada a fatores externos, completamente alheios à missão do INSS.

Detectamos, ainda sim, um avanço neste ponto, uma vez que a outrora função meramente burocrática de emissão de certificado de reabilitação foi enriquecida com a exigência de constatação da efetividade do programa, mediante a pesquisa de fixação no mercado de trabalho.

Concluída a reabilitação, o benefício por incapacidade recebido pelo segurado é automaticamente cessado. Temos aqui um dado que pode dar azo à resistência ao programa da parte do segurado, na medida em que podem surgir situações de conflito entre o entendimento do INSS pela conclusão da reabilitação e o estado de insegurança vivido pelo indivíduo quanto à sua condição de reabilitado. Cremos, porém, que esses conflitos decorrem da complexidade natural do processo de reabilitação profissional e o melhor caminho para evitá-los ou contorná-los é o diálogo constante entre aqueles que prestam o serviço e os usuários deste, no propósito de não só reabilitar, mas também garantir que o segurado fique seguro da sua nova qualificação.

Sendo o serviço de RP obrigatório, havendo recusa ou abandono do programa por segurado declarado elegível e em gozo de auxílio-doença, o benefício será imediatamente suspenso e, após, cessado (art. 77 do Decreto 3.048/99 e art. 286 §§1º e 2º da IN 45/2010).

Neste ponto, cumpre trazer o preceituado no item 4 do Memorando Circular Conjunto n. 02 INSS/DIRSAT/DIRBEN/PFE, de 2 de outubro de 2012, que normatiza os casos de recusa e/ou abandono do segurado em programa de Reabilitação Profissional.

[...]

d) A suspensão preconizada pelo art. 101, da Lei de Benefícios, é procedimento preliminar que serve de garantia de eficácia do comparecimento à reabilitação profissional, como ônus do beneficiário, pelo que o direito tanto à reativação como à percepção dos valores correspondentes às parcelas vencidas no período de vigência da suspensão dependem de comprovação de motivos de ordem involuntária, transformando-se, de outra forma, em cessação;

e) Não há limites ao número de prorrogações, desde que o não-comparecimento, em um ou mais casos, esteja justificado por motivo de força maior (Lei 9.784/99, art.67) comprovado documentalmente em cada ato de reabertura.

A Reabilitação Profissional tem por objetivo gerar conhecimento permanente para o indivíduo que dela se beneficia, podendo interferir positivamente na qualidade de vida dos beneficiários do programa. A importância deste serviço é inerente ao seu próprio escopo de prestígio ao trabalho, mediante a avaliação do potencial laborativo do segurado com vista a proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vive.

Porém, é um serviço altamente especializado, destinado a um grupo igualmente específico e dependente do adequado desenvolvimento de ações que tocam a outras esferas da Administração Pública, basicamente, os Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego e Educação. Como disse um dos entrevistados: “[...] a Previdência não tem uma missão sozinha no âmbito da Reabilitação Profissional [...]”.

A conjuntura desses elementos [e de outros a seguir discutidos] traduz os números do serviço de Reabilitação Profissional no país.

A título de exemplo, no interregno de 2009-2011, apenas 0,7% das perícias, exceto perícias de revisão e LOAS (benefício assistencial), encaminharam o segurado para a reabilitação profissional, enquanto o índice médio de reabilitação foi de 79,3% em 2009,

56,45%, em 2010 e 52,38% em 2011. Em dezembro de 2012, o índice foi de 0,65%, com a reabilitação média de 65,25%⁹⁵ ()).

Especificamente no Rio de Janeiro, o índice médico de reabilitação no ano de 2013 está em 30% na GEX Norte e de 66% na GEX Centro.

Por entendermos ter a reabilitação profissional um grande potencial de expansão, e considerando que o próprio Governo Federal atualmente a destaca entre as alternativas viáveis ao afastamento do mercado de trabalho decorrente de incapacidade laborativa, é que cuidaremos a partir de agora dos entraves que o serviço atualmente enfrenta e das proposições para melhoria de seu desempenho, segundo gestores e médicos peritos do INSS entrevistados em pesquisa qualitativa que fizemos nos meses de junho e julho de 2013 nas cidades de Brasília e Rio de Janeiro.

3.4 – A Reabilitação Profissional na visão de gestores e médicos peritos

A relevância do serviço de reabilitação profissional é exposta de modo muito claro nas falas dos entrevistados. Todos concordaram que o serviço é importante, que o ingresso no programa deve ocorrer de modo mais célere e que o mesmo encontra-se aquém de seu poder transformador da atual realidade de alta participação dos benefícios por incapacidade no universo do RGPS.

A RP é vista, dentre outros aspectos, como solução para diminuir a [longa] permanência em benefícios temporários [como o auxílio-doença], como um serviço de alto impacto social e que ainda contribui para o equilíbrio financeiro do sistema previdenciário e, também, como uma tentativa do Estado de consertar uma situação cujos vícios foram causados por falhas anteriores de atuação do próprio Estado.

Assim, para um gestor local:

[...] muitas vezes um benefício longo é por conta de um problema de saúde que não é resolvido, é uma cirurgia eletiva que vai se aguardar 2, 3 anos, 4, 5 anos, enquanto isso aquela pessoa não está totalmente incapaz, ela poderia ser aproveitada em uma outra função, enquanto aguarda essa cirurgia e até quem sabe depois quando da realização dessa cirurgia ela retorne à atividade habitual [...]a gente na RP verifica que quanto maior é esse afastamento, mais difícil é o reingresso, então a RP é muito importante nesse papel, de reduzir os benefícios longos e evitar a aposentadoria por invalidez que muitas vezes ocorriam, quando da ineficiência da reabilitação profissional [...]

⁹⁵ BRASIL, MPS. INSS. Boletim Estatístico do INSS, 2009-2011 e dez. 2012.

Um médico perito assim argumenta:

Eu considero a Reabilitação Profissional como a melhor solução de investimento em Previdência neste país no momento [...] a reabilitação tem papel fundamental porque poderia estar capacitando essa pessoa para uma outra função e reinserindo no mercado de trabalho, o que geraria uma função social importantíssima, porque as pessoas quando voltam a trabalhar elas estão muito agradecidas de uma maneira geral [...] e fora a questão social que é a mais importante, ainda tem o contexto econômico, porque na verdade essas pessoas voltam a trabalhar e então elas voltam a contribuir e além de deixar de ter o gasto com o auxílio-doença, eles voltam a contribuir para a Previdência e, sem dúvida nenhuma, já foi feito um estudo sobre isso e a Reabilitação Profissional é superavitária, então investir em reabilitação é lucro.

Outro gestor local expõe da seguinte forma:

[...] Eu falo que a RP é o Estado tentando dar um jeito, uma solução para o que ele não deu antes, ele não deu educação, então tem uma escolaridade baixa e [...] vão ser trabalhadores braçais, muitas vezes, por que falta escolaridade e então eles adoecem, e então eles vão para o Estado de novo, o Estado não dá saúde, em tempo hábil e nem uma saúde de qualidade para que ele possa adoecer e retornar rápido ao trabalho e então aí vai de novo. Ele acaba pagando a conta de novo, por que tem que proporcionar uma forma da pessoa voltar ao trabalho, senão vai ter que arcar com a aposentadoria por invalidez dessa pessoa.

O programa de RP possui diversas frentes, a depender da necessidade do segurado: deste modo, pode ser pago um curso profissionalizante, pode ser concedida órtese ou prótese, ser elevada a escolaridade, como ainda pode ser oferecido atendimento em fisioterapia ou psicologia, ou propiciada a readaptação na empresa, dentre outras possibilidades.

O pagamento de cursos profissionalizantes tem como limitador fundamental a escolaridade do segurado. A readaptação na empresa, então, é vista como uma alternativa à baixa escolaridade do reabilitando, além de contribuir para o exercício pela empresa de sua função social. Neste sentido, a exposição de um gestor local:

[...] não vejo a RP só quando dá curso profissionalizante, porque dar o curso vai depender da escolaridade, que muitas vezes o segurado não tem e aí à vezes você vai deixar de investir por que a pessoa não tem o segundo grau, ela vai ser aposentada? Não, tem outras formas, a readaptação na empresa é um papel fundamental da Reabilitação Profissional que, a meu ver, poderia ser mais [...] o olhar para a questão da função social da empresa, para não adoecer aquele funcionário e depois, entendeu, deixar para o Estado pagar o benefício [...]

A RP pode servir como uma opção temporária ou definitiva, observação trazida por outro gestor local:

[...] então a RP ainda tem isso, ela pode ser uma mudança definitiva, mas também enquanto a pessoa está passando por um problema de saúde, um tratamento, ela pode ser reabilitada e aproveitada em outra função, mantendo essa pessoa no mercado de trabalho, às vezes na própria empresa, mantendo a vida social [...]

É ponto pacífico entre os entrevistados a ocorrência de avanços no serviço ao longo da última década e, no Rio de Janeiro, os gestores relacionam o aumento do número de encaminhamentos à RP ao crescimento da efetividade do serviço e, portanto, de sua credibilidade.

Para um dos peritos locais, o encaminhamento à reabilitação passou por várias fases. E continua:

Num primeiro momento, quando o encaminhamento era pequeno por que o serviço de reabilitação ficou desacreditado, então as pessoas não viam a reabilitação profissional funcionar, então, *‘já que não funciona, por que eu vou encaminhar’?* Então acabava que o perito tentava resolver na própria agência da perícia, ele prorrogava o benefício e não encaminhava. Num segundo momento, a segunda metade da década de 2000, quando já entram os peritos do quadro, depois de algum tempo com as pessoas dentro da agência e o benefício sendo prorrogado, eles vão...*‘agora tem que resolver, então já que aqui não tem mais como resolver, pode ser que eu tenha que aposentar’*, mas às vezes o perito não queria assumir o fado de dar aquela aposentadoria, então, pra se livrar do problema, ele mandava para a reabilitação, *‘se tiver que aposentar, eles aposentam por lá e não vai constar que eu aposentei’*. E aí começou a ter muito mal encaminhamento para a reabilitação e aí a reabilitação começou a chiar por que se começa a ficar com um número de segurados que não se conseguia administrar no seu programa. Então a gente teve ações postas pelo SST de capacitação dos peritos das agências pra melhorar esse encaminhamento, então ele hoje está estável, o número de encaminhamento é pequeno em relação ao número de pedidos, mas agora o que está sendo encaminhado é realmente aquilo que tinha que ser encaminhado. A gente fez um levantamento agora, do que a gente tem de encaminhamento para a reabilitação profissional, cerca de 80% são considerados elegíveis para o programa.

A norma legal que equiparou o segurado reabilitado ao portador de deficiência para efeito de benefício às cotas das empresas é apontada como um dos elementos que impulsionaram a RP na seguinte fala de outro gestor local:

[...] os centros de reabilitação, CRPs, eles foram extintos há vários anos, e ocorreu um verdadeiro sucateamento das reabilitações profissionais... e a gente tá tendo uma reconstrução do novo modelo [...] Eu vejo sim, não só na questão do material humano, da capacitação, do retreinamento, da discussão do novo modelo da reabilitação, a procura das empresas, até por que a cota dos deficientes foi uma das opções da gente convencer as empresas de aceitar esse segurado na cota, eles tiveram que cumprir essa cota e a gente teve como utilizar isso, mas sim, de maneira positiva eu enxergo que nos últimos anos houve uma melhoria sim, mas ainda muito aquém do que a gente pode fazer.

Os acordos de cooperação técnica, dentre eles para fornecimento de cursos profissionalizantes, e o estreitamento das relações com o Ministério Público do Trabalho com vistas à fiscalização das empresas também foram apontados por um gestor local como fatores preponderantes neste contexto de avanço:

[...] Desde que a gente entrou em 2007 na Previdência havia um número bem inferior de encaminhamentos, por conta da incredibilidade no sucesso da Reabilitação Profissional, então, acredito que com o tempo, com a existência desses contratos, com a possibilidade desses cursos, com a aproximação com o Ministério Público do Trabalho, a fiscalização e uma maior aceitação por parte das empresas para readaptação, a gente tem tido um índice de sucesso da reabilitação profissional bem mais alto e então com isso os peritos tem encaminhado mais [...].

Não há unanimidade, porém, quando o assunto é o atual modelo descentralizado da Reabilitação Profissional. Podemos ver as dissonâncias de entendimento nas seguintes passagens de entrevistas com gestores locais:

[...] a gente vê o que os servidores mais antigos da época pré 88 comentam, quando a gente tinha os centros de reabilitação, que na verdade eles eram do INAMPS, quando o SUS e a Previdência Social eram uma casa só, que as coisas funcionavam melhor, né, depois isso separou, então a gente vê um saudosismo nos servidores, no sentido de que, quando a reabilitação física, feita pelo SUS, e a reabilitação profissional, feita pelo INSS, caminhavam juntas, o programa andava mais fácil, e também nessa época, chegou um momento em que o Ministério da Previdência Social e Assistência tinha um vínculo maior com o Ministério do Trabalho, então essa fiscalização também funcionava melhor. [...] Na verdade ele [o serviço de reabilitação profissional] tá muito aquém de suas potencialidades. Mais uma vez a gente tem fatores internos e externos que vão influenciar nisso aí. Em relação aos fatores externos, né, falta na verdade interação entre os outros serviços, a gente perdeu muito com essa separação de saúde, previdência e assistência e o trabalho. [...]

[...] a reabilitação, ela tem todo um histórico de centros de reabilitação algumas décadas para trás e eles próprios davam a assistência de recuperação dos doentes, eram centros onde você tinha psicólogos, fisioterapeutas, fiasstras, e a gente também fazia o papel do SUS, e quando veio o SUS cada um ficou fazendo sua função em órgãos diferentes [...].

A ideia da descentralização é realmente a Previdência se aproximar do local de residência do segurado. [...] quando se trata da reabilitação é muito importante essa aproximação por que esse segurado tem que ser reabilitado para obter seu sustento no contexto em que vive [...] e as realidades são diferentes de fato. [...] então é superimportante a aproximação da Previdência no ambiente da comunidade onde ele vai trabalhar, quais são as atividades econômicas exercidas, no que ele vai trabalhar, agora há questões que são centralizadas e serão sempre, como essas questões dos contratos, convênios, da parte burocrática, financeira, ofício, isso acaba sendo

centralizado, essas distâncias das APS acabam atrasando o andamento do processo [...].

No nosso entender, de fato, dada a peculiaridade do processo de reabilitação profissional, no qual o entrevistado é ouvido em diversas oportunidades, deslocando-se de sua residência até o local da reabilitação; no qual o orientador profissional deve conhecer as especificidades do mercado de trabalho onde aquele segurado exercerá seu novo ofício e no qual deve ser feita pesquisa final de fixação no mercado de trabalho; a descentralização parecer ser o caminho mais adequado.

Na verdade, pelo que pudemos notar, as críticas positivas ao modelo centralizado deveram-se, basicamente, às atuais dificuldades no firmamento de uma atuação conjunta entre todos os setores que exercem papel importante na efetividade do serviço, entretanto, esses que não ocorriam [e se ocorriam, eram de menor intensidade] quando a Saúde, a Assistência, a Previdência atuavam juntas nos centros integrados de reabilitação e a pasta do Trabalho e da Previdência ocupavam um mesmo ministério. Entretanto, a melhor solução não parece ser o retorno ao modelo centralizado, mas sim a criação de canais por onde melhor fluam as necessárias comunicações intersetoriais. Outra solução parece ser mitigar a descentralização, mantendo-a em conjunto com centros de reabilitação integral, para onde seriam encaminhados casos de maior complexidade e onde a reabilitação seria prestada de modo integrado com todas as áreas que influem para sua efetividade. Neste sentido, a opinião de um médico perito:

[...] ter um contato com equipes de reabilitação profissional de forma descentralizada em locais mais distantes dá maior acesso ao programa de Reabilitação Profissional, no entanto, a gente teve experiências que você pode trabalhar em rede no sentido de ter vários pontos descentralizados, mas você pode também ter alguns núcleos mais centrais onde você poderia estar fazendo essas atividades de reabilitação física próxima da reabilitação laboral, então eu acredito que a combinação de atendimentos descentralizados, mas com a possibilidade de encaminhamento em casos específicos para alguns núcleos de atendimento [...] fosse uma combinação melhor [...].

Neste prisma, importante ressaltar que o modelo descentralizado não vigora em todo país. Fundamentalmente por razões de falta de estrutura física e número suficiente de servidores, muitas gerências do país [em torno de 100] não conseguiram implantar o atual modelo nas Agências da Previdência Social sob seus comandos. A seguir, um gestor nacional relata que o momento atual é de busca das causas desse impedimento para proposição de soluções:

[...] O programa Reabilita⁹⁶ ele foi instituído em 2000, mas a gente percebeu que ele tinha algumas limitações. Ele foi bem desenvolvido, digamos assim, no estado de São Paulo, mas a gente ainda tem gerências que trabalham de forma centralizada, a gente tem feito um trabalho de tentar entender das equipes qual é o dificultador, na verdade, para que elas consigam fazer essa descentralização [...] a gente tem feito esse questionamento agora à equipe e ainda não tivemos o retorno disso, mas a gente sabe que na maioria das vezes eles alegam falta de estrutura física pra fazer a descentralização e falta de recursos humanos, basicamente.

Em algumas capitais, a exemplo da cidade do Rio de Janeiro, vem sendo desenhado um projeto orientado pela Direção Central da DIRSAT que, de certo modo, mitiga a descentralização nas APSs, por meio dos Centros de Reabilitação Integral. No Rio de Janeiro, o local escolhido foi o Centro Integral de Atendimento às Pessoas Portadoras de Deficiência (CIAD), uma vez que nele já funcionou o antigo Centro [integrado] de Reabilitação Profissional, e também porque o reabilitado é equiparado por lei à PcD. Embora o INSS seja proprietário do prédio onde funciona o CIAD, ele atualmente está ocupado pela Prefeitura do Rio de Janeiro que lá situou suas secretarias com atendimento focado às PcD. A seguir, dois gestores locais comentam a nova proposta:

Nesse centro, a pessoa teria o atendimento de reabilitação física prestado pelo SUS, a parte profissional prestada pelo INSS, teria uma agência do ministério do trabalho para ajudar a reinserção do segurado e, a gente faria um cadastro único, para que as órteses e próteses que a gente e o SUS fornecemos não sejam fornecidas duas vezes. Então o segurado, quando ele for no SUS e for prescrita uma prótese, e se ele for segurado do INSS e estiver em benefício, o INSS forneceria essa prótese e desoneraria o SUS desse compromisso, ao passo que se a gente precisasse de uma vaga para um curso profissionalizante, o MEC vai ceder uma vaga dele para gente, ao invés da gente ter que contratar de forma privada, como a gente faz hoje. E a grande dificuldade, na verdade, é primeiro manter essa conversa entre os ministérios, então esse projeto, para nós, é uma grande luz [...] acho que é a primeira vez que se senta para conversar todo mundo que tá, na verdade, convergindo para a reabilitação profissional. Depois de muito tempo que a gente ficou esquecido, agora os ministérios estão sentando para conversar. [...]

[...] é o usuário que tá afastado pela Previdência e tá na fila do SUS e tentar formar parcerias nestes projetos para que a gente consiga a agilização da recuperação do potencial laborativo deles e, ao mesmo tempo, o processo de readaptação deles, para que a gente forme um grande centro de reabilitação vinculado aos institutos. É um dos projetos que começam a conectar, sim, o SUS, que é o Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Previdência, via INSS. [...]

⁹⁶ O Programa Reabilita inaugurou, no ano de 2000, a fase descentralizada do serviço de Reabilitação Profissional no país, mediante a previsão de que as ações de reabilitação ocorressem no âmbito das agências da Previdência Social. Antes o serviço era centralizado em núcleos e centros de reabilitação profissional.

A falta de pessoal qualificado e suficiente para atender a contento todas as demandas relacionadas ao serviço é dado corrente nas falas dos entrevistados. Esse, aliás, é o maior impeditivo para ampliação da Reabilitação Profissional, quer sob o prisma do ingresso de mais segurados, quer sob o prisma de sua efetividade. Um gestor nacional alerta que a carência de recursos humanos é tão séria que em 2012 havia no país 34 (trinta e quatro) mil segurados em programa de reabilitação e outros 34 (trinta e quatro) mil aguardando o primeiro atendimento no programa, pelo que há necessidade de dobrar o número de servidores lotados nos serviços de RP, demanda esta que já foi repassada à Diretoria de Pessoas do INSS. Outro gestor nacional informa que seriam necessários mais 1.500 profissionais, entre médicos, orientadores profissionais e servidores administrativos, para dar conta da atual demanda.⁹⁷. Colacionamos a diante trechos das entrevistas onde a questão é abordada por gestores locais:

[...] é uma coisa que a gente preconiza e cobra muito [...] é de ter concursos específicos de servidores como terapeutas ocupacionais, ou de servidores com formação em terceiro grau com aptidões específicas para o processo de Reabilitação Profissional, e como também a questão do material, dos recursos financeiros. [...] os grandes centros, onde se tem uma diversidade maior do mercado de trabalho, é essencial que você estruture melhor esses serviços, e para estruturar melhor a gente precisa de recursos, tanto materiais, quanto financeiros.

Concordo que atualmente um dos nossos principais problemas na Reabilitação Profissional é a quantidade de servidores mesmo, perícia médica e os responsáveis pela orientação profissional estão muito aquém da demanda que a gente tem na nossa gerência, principalmente, com uma área muito grande com uma quantidade de profissional muito restrita [...]

[...] a gente tem várias dificuldades na reabilitação, mas eu vejo a falta de pessoal, a questão de falta de pessoal um fator importantíssimo porque a gente não tem nem médico suficiente e nem orientadores profissionais, então o que o acontece é sempre o INSS de olhar a fila, a fila, a fila, você acaba desviando o profissional médico para atender a fila e você não dá atenção à Reabilitação Profissional, que fica de lado, e o orientador profissional, p. ex., ele pode tanto trabalhar no benefício do LOAS, que também tem uma fila, você acaba desviando para aquela demanda e aí deixando a Reabilitação Profissional de lado. [...]

[...] acho que esse número de encaminhamentos poderia ser maior sim, mas a gente tem essa questão de dificuldade de servidor, às vezes a pessoa vai para a reabilitação e fica um ano em lista de espera até ser atendido por orientador profissional [...] apesar que nós tivemos um aumento no índice de sucesso, nosso índice ainda é

⁹⁷ Como já dito anteriormente, no ano de 2013 foi realizado concurso público que ofereceu vagas também para terapeuta ocupacional, tendo sido chamados mais 250 assistentes sociais e 300 médicos peritos de concursos passados e ainda em vigor.

baixo, estamos girando em torno de 30% de sucesso da reabilitação profissional, que ao meu ver é muito baixo, então a gente considera bom acima de 50% [...]

A meu ver o que ocorre é realmente a prioridade ao atendimento, a gente não tem pernas realmente para prestar o atendimento e formular políticas, prevenir, planejar, então a gente vive correndo atrás do prejuízo, a gente tá sempre apagando incêndios, a gente não consegue realizar as estratégias para prevenir o incêndio e eu acho que isso que seria o caminho principal, as pessoas continuam adoecendo no trabalho, a gente não tem tempo para fazer essas análises, essas reflexões, [...] é tão importante prestar o serviço, restabelecer o auxílio-doença, quanto analisar esses auxílios-doenças implantados, previdenciários e acidentários e, a partir deles, estabelecer estudos e políticas para melhorar a saúde do trabalhador, e isso a gente não tem conseguido fazer [...] a gente tem várias atribuições e a gente só consegue fazer as que são emergenciais, atendimento, atendimento, então a gente fica tapando o sol com a peneira [...] o problema continua sendo gerado.

Chama atenção, neste contexto, as críticas à prioridade que o INSS confere à área de atendimento dos segurados, a ponto de serem deslocados médicos peritos de outros setores para suprir a carência do atendimento. Indubitavelmente, o atendimento dos usuários é uma questão sensível a toda entidade prestadora de serviços e, no caso do INSS, os serviços são públicos e de relevância alimentar⁹⁸.

Assim, é compreensível que, na carência generalizada de pessoal, os esforços se concentrem em garantir ao segurado que necessita do benefício para sua sobrevivência e de sua família, a sua obtenção [tendo direito] do modo mais célere possível. Ademais, o atendimento do INSS sofre um patrulhamento na mídia muito mais intenso que qualquer outra área; as famosas filas do INSS foram um ponto muito problemático na instituição, tendo sido controlado com o agendamento eletrônico, a elevação dos postos de atendimento e a criação do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS). Hoje as filas existem e se concentram basicamente na espera pela perícia médica, uma vez que ela é indispensável para a obtenção do benefício por incapacidade, modalidade mais demandada atualmente.

Por outro lado, o foco no atendimento também reflete uma maior preocupação institucional com a função compensatória, de concessão de benefício, quando também é preciso investir na função preventiva, sendo a reabilitação profissional sua maior representante. A fala de um gestor nacional bem traduz nossa opinião:

⁹⁸ Serviço aqui para nós também compreende a aceção da análise do direito ao benefício que é feita anteriormente a toda e qualquer concessão. A perícia médica, assim, também seria um serviço prestado pelo INSS, uma vez que é nela onde é avaliada a incapacidade laborativa como uma das condições para obtenção de benefício por incapacidade. Assim, se o benefício tem natureza alimentar o serviço que deve ser prestado anteriormente para que ele seja concedido, também detém essa característica.

[...] Na verdade a gente tem um Instituto que ainda dá muita importância à questão da compensação, que seria mesmo o pagamento dos benefícios, e pouco enxerga que a reabilitação é um serviço que poderia trazer grandes benefícios, não só pro segurado, mas pro próprio Instituto.

Os entraves relacionados ao adequado funcionamento do serviço podem ser classificados em internos e externos. O primeiro dos entraves internos é justamente a falta de pessoal qualificado, merecendo destaque em diversas ocasiões a necessidade de treinamento dos médicos peritos para melhor encaminhar à RP, dada a especificidade do direcionamento ao programa. Também nesse grupo situa-se a questão da ausência de poder de polícia do INSS na fiscalização das empresas que não cumprem com a lei de cotas ou se recusam deliberadamente a readaptar o empregado. A Autarquia Previdenciária não pode multar diante dessas infrações, devendo provocar o Ministério Público do Trabalho ou a Delegacia do Trabalho que, apesar do nome, é um órgão do Ministério do Trabalho com poder de autuação. Por fim, é digno de nota citar a falta de comunicação interna quanto a novos projetos ou novas frentes de trabalho. A seguir, algumas passagens das entrevistas com gestores locais e nacionais que traduzem essas colocações:

[...] o que nós temos em muitos locais é uma dificuldade de profissionais, ou seja, não tem médico perito para aquela localidade [...] além dessa questão do quantitativo de colegas, também tem a questão do treinamento, por que mesmo que tenha o colega naquele local, ele não tem o treinamento, a capacitação para fazer esse direcionamento, por que é um direcionamento bastante especializado [...]

[...] Quando começou a separar as Caixas⁹⁹ todas, a gente perdeu o poder de autuação, a gente pode fiscalizar, mas a gente não pode multar ninguém, então a gente vai nas empresas, vê que não cumpre com cota de deficiente, vê que a empresa está fazendo o trabalhador adoecer, só que eu só posso ver, não posso fazer nada [...]

[...] o problema é que esses órgãos, até dentro da própria casa não se comunicam. Então a gente vê muita falha, tem muitos gestores interessados, com projetos de trabalho interessantes, porém, sem comunicação, então isso dificulta. [...]

Outro entrave apontado de ordem interna gira em torno da inexistência até pouco tempo atrás de indicador específico do programa de RP para aferição da eficiência da APS, o que seria uma das causas do pouco prestígio do serviço junto às agências que o mantêm. O indicador foi criado neste ano de 2013 e a seguinte fala de um médico perito que já assumiu um dos cargos de gestor nacional retrata o processo de criação:

⁹⁹ Caixas de Aposentadorias e Pensões criadas para cada categoria profissional, a partir da década de 20, e cujo histórico de criação e extinção é abordado no capítulo 1.

Na verdade [...] dentro das gerências não tinha um indicador específico para a reabilitação em termos de meta, o que existia era um indicador que ele media desde o encaminhamento para a reabilitação até o desligamento da reabilitação. E o que aconteceu a partir do ano passado [2012] foi a fragmentação desse indicador em dois: que é um indicador do tempo de encaminhamento da perícia médica até a decisão decidindo a reabilitação quando a pessoa entra no programa [...] porque na verdade esse é um tempo que é essencial, porque ele tá em benefício mas ele ainda não começou nenhum programa de reabilitação profissional, ele tá simplesmente em lista de espera [...] E o segundo indicador que existe e a gente não pactuou que é a partir do momento que a pessoa entra em programa, porque na verdade é importante para a gente saber quanto tempo durou esse programa, mas como é muito individual, porque tem cursos que duram 1 anos, tem cursos que demoram 3 meses, então a gente não achou que era mais correto definir um tempo para essa parte qualitativa, mas sim um índice de segurados reabilitados, que é o número de segurados que foram considerados elegíveis sobre o número de segurados que foram realmente reabilitados [...]

A despeito da recente instituição do indicador e do índice, a Reabilitação Profissional não conta com um sistema informatizado específico, capaz de caracterizar sua atuação. A alimentação dos dados gerenciais em RP é feita de modo manual, através do Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional – BERP – o que, naturalmente, influencia na fidedignidade de seus números.

Na categoria de fatores externos estão prioritariamente as dificuldades de firmar parcerias com outros setores do Estado cujas atribuições reverberam na efetividade do programa. Essa dificuldade impede o controle pela Previdência da deficiência das políticas executadas pela Saúde, Educação e Trabalho que influenciem diretamente na prestação de seu serviço de reabilitação. Algumas passagens em que gestores locais problematizam a questão:

[...] Então, acaba que os nossos segurados não conseguem atendimento no SUS para fazer seu tratamento de saúde, o que gera a perpetuação da incapacidade, por ele não ter acesso a tratamento médico, por outro lado, o ministério do trabalho não fiscaliza essas empresas de forma que elas recebam essas pessoas de volta após o processo de Reabilitação Profissional, e também não fiscaliza para que as pessoas não adoeçam no ambiente de trabalho e não venham a se afastar. E aí, que acaba que a Previdência é a linha final no sistema que não funciona [...]

[...] a gente tem a nossa dificuldade enquanto Instituto de gerir esse sistema, a gente não consegue fazer parceria com o Ministério da Saúde para que tratamento seja mais rápido, a gente não consegue fazer parceria com o Ministério da Educação para conseguir curso para as pessoas melhorarem a escolaridade, a gente não consegue fazer parceria com o Ministério do Trabalho para melhorar a fiscalização [...]

[...] A questão de problema de servidor é uma coisa muito importante não só para o INSS como para fora também, e até na secretaria de educação também a gente tem esse problema, muitas vezes a gente tenta trabalhar em parceria, né, melhorando a

escolaridade dessa pessoa, de modo que ela possa ingressar num curso profissionalizante, a gente não tem ninguém que possa conduzir esse grupo de segurados, que seria interessante tb. Então têm, claro, os EJAS, as educações de jovens adultos, mas eles não atendem nossa demanda, em termos de localização geográfica, em termos de turma, pois são pessoas com problemas diferenciados, então, temos problemas nas secretarias de educação, na saúde [...]

[...] a gente vai traçar convênios, a gente normalmente entra em contato com grandes institutos, grandes empresas, e a gente percebe isso nitidamente que as mesmas preocupações do INSS são as mesmas preocupações dos órgãos públicos relacionados ao Ministério da Saúde ou dos órgãos privados, e eles não sabem quem procurar, quem tem que elaborar os projetos visando literalmente a saúde do trabalhador, na parte de assistência, de prevenção [...]

No prisma específico da Saúde discutiu-se nas entrevistas a relativização do princípio da universalidade do SUS, que impõe acesso e atendimento igualitário a qualquer cidadão. Os atrasos na realização de cirurgias ou deficiências em tratamentos de saúde na rede pública impactam negativamente o serviço de Reabilitação Profissional. Um gestor, ao tempo em que questiona a universalidade, apresenta uma alternativa:

Eu já tentei em relação à saúde e educação, e a resposta tem sido a mesma que, não há prioridade, o cidadão é o cidadão, né, não importando se ele é um segurado do INSS ou não. Então eu já tive reunião, inclusive, com diretores de hospitais, dizendo ter tais segurados que precisam de determinada cirurgia e, então, me dizem que ele é um cidadão comum com todos e vai ficar na fila, não tem como dar prioridade a esse cidadão [...] O próprio INSS abriu uma brecha para isso, a partir do momento que o INSS fornece prótese e o SUS tb; eles [os segurados em RP] estão recebendo de uma maneira privilegiada do INSS, pois eles não estão na fila do SUS, é uma outra fila.[...] E se a gente já está diferenciando [...] dando órteses e próteses, que é uma obrigação do SUS, então eu não vejo um grande empecilho de você ter um grupo para [...] um mutirão de cirurgias, por exemplo, então, no INTO, esses dias tivemos uma reunião, muitas vezes o INTO tem uma demanda, por exemplo, de um Estado e eles solicitam *‘nós temos aqui um represamento de 20 cirurgias. INTO, vc tem como ver isso?’* Eles fazem um estudo, marcam e vão lá fazem as 20 cirurgias, então se isso pode ser feito para um Estado, por não pode vir de uma demanda do INSS? Eu INSS tenho uma demanda por 30 cirurgias de coluna, se eu posso pagar por 30 próteses, por que eu não posso pagar por 30 cirurgias de coluna? [...]

Muito embora a universalidade da saúde, há possibilidade de atendimento específico dos segurados do INSS nos grandes Institutos Nacionais Especializados em saúde, como INTO, INCA e INC¹⁰⁰, desde que sejam com eles celebrados acordos de cooperação técnica. Entretanto, não há atualmente nenhum acordo assinado com esse objetivo. O que há são tratativas iniciais com o INTO de visualizar na fila deste Instituto quem é segurado do INSS e, assim, conduzir para um atendimento em separado. Um gestor nacional expõe essas tratativas

¹⁰⁰ Instituto Nacional de Traumatologia, Instituto Nacional do Câncer e Instituto Nacional do Coração.

problematizando o impacto [de diferentes ordens] que uma longa espera na rede pública de saúde pode causar:

[...] por exemplo, no caso do INTO, que agente até em função dessa situação toda do GT de órteses e próteses, do novo modelo de reabilitação profissional, etc., nós estamos tendo um contato bastante próximo com o grupo do INTO [...] então o que a gente tá tentando fazer junto deles: *'ok, vamos ver na fila de vocês, quem é da fila de vocês que é nosso segurado? Ok, desses nossos segurados vamos ver um [...] que esteja esperando uma prótese há 3 anos, há 4 anos'* [...], o impacto de um trabalhador que tem que sustentar a família, esperando uma prótese numa fila do INTO por 3 anos é enorme [...] aquilo não tem reflexos só sobre aquela pessoa [...] além disso existe todo um desgaste familiar [...] eu entendo as características da universalidade da saúde, aceito sem problema nenhum [...] mas acho que a gente tem que encontrar uma forma de tratar os desiguais de uma maneira desigual para poder, vamos dizer assim, equalizar uma situação [...] a gente precisa dar um olhar diferenciado aos nossos segurados que estão aguardando determinados atendimentos [...] no momento que se resolver a questão saúde outras frentes quase que se encaixarão [...]

O interesse do segurado no processo de reabilitação também é apontado como um fator externo que interfere no aproveitamento do programa. Podemos tirar essa conclusão a partir dos seguintes trechos de entrevistas com gestores locais:

[...] é um poder de convencimento do usuário, de que a readaptação é também um dever dele, por que às vezes a gente fica tentando retornar com esses segurados, esses usuários, essas pessoas que estão em benefício por incapacidade, e eles não tem interesse. Aí fica difícil, mesmo você tendo todas as condições de trabalho [...]

[...] então o segurado é muito passivo no processo todo, né, então a gente deveria ter uma forma maior de pressão, dentro do próprio INSS, de que a pessoa se comprometesse a aquilo aí [...].

[...] Então ele vê a reabilitação como um entrave para ele se aposentar ou continuar em benefício, mesmo que seja o auxílio-doença e ir para a informalidade. Então a gente tem muita dificuldade, pois ele vem com um atestado, quando você encaminha ele está com menos medicação e quando ele vai para a Reabilitação Profissional está com mais medicação, ele força a cirurgia, *'não, eu vou operar, vou operar'* ele se utiliza disso como um fator protelatório [...]

Por fim, merece registro a observação de um gestor local quanto ao reflexo negativo na reabilitação profissional da [alta] subnotificação de acidentes do trabalho e doenças profissionais, assim como da parcialidade do médico do trabalho que atua nas empresas. O B91, no caso, é o auxílio-doença acidentário que, uma vez concedido, garante ao empregado estabilidade no emprego.

[...] quando é B91 a empresa tem uma boa vontade bem maior em aceitar esse trabalhador, por que ele é obrigado a ficar com esse trabalhador durante um ano, então é melhor recebê-lo numa função compatível do que seja indenizado por um ano [...], então essa subnotificação prejudica em muito o trabalho da reabilitação profissional, a viabilidade dessa reinserção [...] os médicos do trabalho também, é uma área da medicina que está crescendo, mas também durante muito tempo não foi muito valorizada, então não há uma atuação tão importante, como ela colocou, o médico do trabalho ele fica entre a empresa e o trabalhador [...] teoricamente ele tem que defender as duas partes, ele tem que defender a saúde do trabalhador na empresa, mas existe também essa pressão da empresa, então o que a gente tem visto na maioria das vezes é uma medicina do trabalho pouco atuante no sentido de defender a saúde do trabalhador [...]

No campo dos avanços ou das iniciativas positivas tomadas no âmbito do serviço de Reabilitação Profissional relembramos a regulamentação dos acordos de cooperação técnica pela Resolução INSS/PRES N. 118/2010, a atualização do Manual Técnico em 2011, a tentativa de uma atuação intersetorial através dos Centros de Reabilitação Integral [ainda em estágio de projeto piloto] e a criação dos indicadores de eficiência.

Outros exemplos mencionados pelos entrevistados foram: (i) a normatização legal da concessão de órteses e próteses, que está em fase final de formulação e foi necessária uma vez que não havia uniformidade dos critérios em todas as unidades do INSS; (ii) o firmamento de um importante elo com a Educação por meio da obtenção gratuita em dezembro de 2012 de 31 (trinta e uma) mil vagas em cursos profissionalizantes oferecidas pelo PRONATEC¹⁰¹, do Ministério da Educação, junto a Institutos Federais de Ensino e entidades do Sistema S; e (iii) o desenvolvimento de um sistema informatizado específico para as ações da Reabilitação Profissional que deverá começar a funcionar ainda neste ano de 2013.

Em 2012, o INSS enviou representantes na área da Reabilitação Profissional à Alemanha para conhecer o modelo desenvolvido neste país com vistas à sua adaptação à realidade nacional. O modelo se assemelha ao projeto piloto de centro de reabilitação integral já comentado. Um de nossos entrevistados contou a experiência alemã:

Na Alemanha eles dividiram o país em oito regiões em relação à questões de trauma porque as questões ortopédicas são as de maior encaminhamento para reabilitação profissional lá e aqui e, acredito, que no mundo todo [...] então nos próprios centros de recuperação de questões ortopédicas, enquanto estão fazendo a fisioterapia e a terapia ocupacional tradicionais, eles também tem oficinas de simulação laboral. Nesses mesmos locais eles têm uma oficina de elétrica, de mecânica, de marcenaria, de construção civil, enfim, as principais atividades manuais que existem naquela região dele [dos centros de recuperação] [...] então o paciente que está levantando

¹⁰¹ Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. O INSS foi incluído como demandante das vagas oferecidas pelo PRONATEC, assim, ele recebe gratuitamente as vagas para distribuir entre seus reabilitandos. Mais informações em: <<http://pronatec.mec.gov.br/>>

um peso na fisioterapia para treinar a força muscular ele faz o mesmo movimento na oficina de simulação laboral pegando uma telha para fazer um telhado, então eles aproximam a reabilitação física da reabilitação laboral, o que dá uma maior efetividade do retorno à mesma função ou à mesma função com algumas restrições [...]

O modelo alemão parte da premissa que a reabilitação plena envolve diferentes áreas e, como no Brasil essas áreas possuem organizações e comandos distintos, é preciso um esforço ainda maior para integrá-las. Os Centros de Reabilitação Integral, portanto, podem servir como foro de exercício dessa integração tão necessária quanto urgente.

Neste prisma, vale notar que a legislação sobre reabilitação das pessoas com deficiência (PcD) já prevê a intersetorialidade que se pretende concretizar no âmbito da reabilitação profissional.

Como vimos, a partir da Constituição de 1988 a reabilitação tem, além do enfoque de retorno ao mercado de trabalho, também o da reinclusão de pessoas portadoras de deficiência e esse novo enfoque demonstra como a reabilitação perpassa várias áreas de políticas públicas, em especial, as três da Seguridade Social.

Nesta parte final do trabalho, ao cuidarmos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, pretendemos demonstrar que na mesma medida que essa política prevê o atendimento em rede da PcD, inclusive para fins de reabilitação, o atendimento do trabalhador em reabilitação profissional deve seguir o mesmo caminho, ainda que a legislação específica em RP não disponha de modo expreso neste sentido.

O Decreto 3.298/99, que regulamenta a Lei 7.853/89 e dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, conceitua, em seu art. 17§1º, a reabilitação enquanto processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais.

Será, portanto, beneficiária da reabilitação a pessoa que apresenta deficiência, qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade.

Importante, destacar, neste aspecto, a extensão conferida pelo Decreto ao conceito de beneficiário da reabilitação, admitindo não apenas a pessoa portadora de deficiência, mas toda pessoa que apresente redução funcional devidamente diagnosticada por equipe

multiprofissional, para corrigir ou modificar seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constitua obstáculo para sua integração educativa, laboral e social (art. 17§2º do Decreto 3.298/99). Esta ampliação conceitual, diga-se, não fere a Constituição, quer pelo fato de não ter restringido direito constitucionalmente assegurado, quer pela razão da referida ampliação não ser incompatível à acepção de pessoa portadora de deficiência.

Embora estes serviços encontrem previsão, pela Carta Magna, na seção que trata da Assistência Social, a Lei 7.853/89¹⁰² os enquadra na área da Saúde.

Vejamos:

Art. 17.

Parágrafo único. Para o fim estabelecido no caput deste artigo, os órgãos e entidades da administração direta e indireta devem dispensar, no âmbito de sua competência e finalidade, aos assuntos objetos esta Lei, tratamento prioritário e adequado, tendente a viabilizar, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

(...)

II – na área da saúde:

c - a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação.

A referência à reabilitação e habilitação na parte que trata da área da Saúde pode suscitar, a nosso ver, dois entendimentos: um restrito e outro amplo. O entendimento restrito compreende que para o legislador desta norma os serviços de reabilitação e habilitação competem apenas à Saúde, o que em tese poderia configurar afronta ao Texto Maior, que, como já vimos, os previu no âmbito da Assistência Social. A visão ampla desse dispositivo legal, por outro lado, permite deduzir que como a reabilitação e habilitação do portador de deficiência estão relacionadas à seguridade social, o legislador, por questão de simetria conceitual, optou por dispor desses serviços na única área da Seguridade Social mencionada explicitamente em inciso próprio no artigo 2º da citada lei.

Creemos que a interpretação ampla da norma melhor atende à unidade do ordenamento jurídico. Isto porque o próprio regulamento da Lei, o Decreto 3.298/99, estabelece no artigo 7º, II, enquanto objetivo da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a integração das ações dos órgãos e das entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência

¹⁰² Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social.

Neste sentido, as ações de habilitação e de reabilitação das pessoas portadoras de deficiência não devem estar adstritas a algum órgão, entidade ou mesmo área específica. Ao reverso, devem estar integradas num sistema que congregue ações de natureza diversas com a finalidade última da inclusão social.

Outros dispositivos deste Decreto favorecem o entendimento aqui defendido. São eles:

Art.10. Na execução deste Decreto, a Administração Pública Federal direta e indireta atuará de modo integrado e coordenado, seguindo planos e programas, com prazos e objetivos determinados, aprovados pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE.

Art. 11. Ao CONADE, criado no âmbito do Ministério da Justiça como órgão superior de deliberação colegiada, compete:

(...)

IV - zelar pela efetivação do sistema *descentralizado e participativo* de defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência; (grifos nossos).

(...)

Art. 16. Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar aos assuntos objeto deste Decreto tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

(...)

III - a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho.

Interessante notar o quanto as bases legais ora trazidas da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência revelam sua proximidade com o contexto social da época e a permanência de sua atualidade.

Ao prever enquanto objetivo a integração das ações de órgãos e entidades públicos e privados em diversas áreas (art.7º, II do Decreto 3.298/99) a política formal foi ao encontro de posições e percepções que prevaleciam entre os sujeitos ligados aos direitos das pessoas portadoras de deficiência. De mesmo modo, a opção pela articulação do serviço de reabilitação com o trabalho e os serviços sociais e educacionais (art. 16, III) permite extrair que o objetivo do legislador não era instituir uma política rasa e imediatista, mas sim com consistência e sustentável.

Podemos concluir, deste modo, que o escopo da reabilitação não admite que ela seja formulada, implementada e avaliada sob a ótica de uma única área do conhecimento, seja a Saúde, a Assistência Social ou Previdência Social, apenas para citar aquelas que integram a Seguridade Social. A efetividade do serviço de reabilitação, no sentido da existência de efeitos [positivos] no ambiente externo em que ele intervém; em termos técnicos, econômicos, sócio-culturais, institucionais e ambientais; implica a interligação de ações de variadas ordens, no âmbito de uma rede que conte com a participação da família, da comunidade e do Poder Público. Um exemplo de como a construção de uma política formal ultrapassa os limites dos governos e de suas instituições oficiais (BATISTA; MATTOS, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, tivemos a oportunidade de discutir sobre temas relevantes da proteção social do trabalhador no Brasil. Assim, da aferição dos determinantes do aumento exponencial das concessões do auxílio-doença previdenciário na década de 2000, perpassamos discussões que nos levaram até os entraves que o serviço de Reabilitação Profissional enfrenta para se firmar como um potente recurso do Estado, executado pelo INSS, para lidar com a incapacidade laboral, maior causa de afastamento do mercado formal de trabalho na atualidade no país.

Dentre os resultados colhidos, podemos destacar, portanto, os seguintes: (i) múltiplos fatores atuaram no cenário de causas do substancial aumento da concessão do auxílio-doença em anos recentes e múltiplos fatores atuam na prevalência de sua relevância como benefício que responde sozinho a 40% de todas as concessões de benefícios no RGPS, (ii) o novo modelo de avaliação da capacidade laboral defendido pela Diretoria de Saúde do Trabalhador é uma medida que, embora positiva, não trará resultados efetivos e permanentes se não for associada com ações intersetoriais entre a Previdência e a Saúde no cuidado dos segurados incapacitados, (iii) o INSS atualmente concentra suas atenções no serviço de atendimento aos segurados e prioriza a função compensatória, de pagador de benefícios, (iv) a efetividade do serviço de Reabilitação Profissional é reduzida diante do pouco fomento recebido, muito embora os recentes avanços, havendo necessidade do firmamento de ações concretas que o ponham na posição estratégica que merece, (v) a reabilitação profissional não deve ser reconhecida como missão exclusiva da Previdência, sendo de fundamental importância o comprometimento do Estado brasileiro com a reabilitação integral, que somente será alcançada de modo efetivo pela atuação coordenada da Previdência com os órgãos das áreas da Saúde, Trabalho e Emprego e Educação.

É o tempo, portanto, da Seguridade Social Brasileira concretizar políticas para além da simples concessão de benefício por incapacidade, com o escopo de dar proteção integral ao cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ORDEM é reabilitar. *O Globo*, Rio de Janeiro, 03 dez. 2012. c.1, p. 3.

ALMEIDA, Paulo César A.; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

ALVES, Hélio G. **A relação jurídica da Habilitação e da Reabilitação Profissional no Direito Positivo: responsabilidade do empregador ou da Previdência Social?** 2012. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

AQUINO, Cassio A. B.; MARTINS, José Clerton de O. Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol. VII, n. 2, set. 2007, p. 479-500. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/dcefs/Prof._Adalberto_Santos/4-ocio_lazer_e_tempo_livre_na_sociedade_do_consumo_e_do_trabalho_22.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

BACHA, Edmar L.; SCHWARTZMAN, Simon (org.) **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.10-19 e p. 52-91. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em 29 mar. 2013.

BEZERRA, Marcio Luís Soares; NEVES, Eduardo Borba. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Decreto Lei 7.036, de 10 de novembro de 1944. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1944/7036/htm>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. *Dispõe sobre Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. Lei 9.876, de 26 de novembro de 1999. *Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício, altera dispositivos das Leis nos 8.212 e*

8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9876.htm>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. Advocacia-Geral da União. Súmula n.º 26. Brasília (DF): AGU, 2008. Disponível em <http://www.agu.gov.br/sistemas/site/PaginasInternas/NormasInternas/ListarAtos.aspx?TIPO_FILTRO=Sumulas>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. Ministério da Fazenda. Ponto de Contato Nacional com as Diretrizes da OCDE. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/sain/pcn/PCN/ocde.asp>>. Acesso em: 08 jun.2013.

_____. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Interministerial MPS/MS/MTE N.º 800, de 03 de maio de 2005. DOU de 05/05/2005. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105449-562.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego. Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1298>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. Medida Provisória n. 242, de 24 de março de 2005. Exposição de motivos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Mpv/242.htm>. Acesso: em 04 jan. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. Dados Atualizados de Acidentalidade. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_120423-150409-212.pdf> Acesso em: 02 jul. 2013.

_____. MPS; INSS; DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS. Brasília (DF): MPS; DATAPREV, 2011. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013

_____. MPS; INSS; DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social^b – AEPS: Suplemento Histórico (1980 a 2008). Brasília (DF): MPS; DATAPREV, 2008. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. MPS; INSS; DATAPREV. Boletins Estatísticos da Previdência Social. Brasília (DF): MPS, DATAPREV, 2009-2011. Disponível em: <<http://www.mps.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. MPS; INSS; DATAPREV. Boletim Estatístico da Previdência Social. Brasília: INSS; DATAPREV, dez. 2012. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_130131-104007-487.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. MPS; INSS; DATAPREV. Boletim Estatístico Regional da Previdência Social – *Todas as Regiões*. Brasília: INSS; DATAPREV, dez. 2012. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_130214-113810-000.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. MPS; INSS. Previdência Social: Reflexões e Desafios. Brasília (DF): MPS, 2009. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf>. Acesso em 15 jan. 2013.

_____. MPS. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://blog.previdencia.gov.br/?p=3865>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. MPS. Informe da Previdência Social. Brasília, set. 2012. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/1_121018-090758-157.pdf> Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. MPS. Informe da Previdência Social. Brasília, jun. 2011. Disponível em: <http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_110630-143327-662.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda. Brasília (DF): MTE, 2010-2011. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A333FE61F013341780DBB382F/mercado.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2012.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução N° 118/INSS/PRES, de 4 de novembro de 2010 - D.O.U de 08/11/2010. *Dispõe sobre o encaminhamento de clientela à Reabilitação Profissional e Acordos de Cooperação Técnica e dá outras providências.* Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PRES/2010/118.htm>>. Acesso em: 14 mai. 2011.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, de 24 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www-inss.prevnet/downloads/dirsat/manuais/ManualRPNov2011.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

_____. Instituto Nacional do Seguro Social. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Diretoria de Benefícios. Procuradoria Federal Especializada. Memorando Circular INSS/DIRSAT/DIRBEN/PFE N. 02, de 2 de outubro de 2012. Normatização dos casos de recusa e/ou abandono do segurado em Programa de Reabilitação Profissional.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicado da Presidência. Brasília (DF): IPEA, n.º 33, 2009. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 28.09.2011.

_____. Tribunal de Contas da União. Relatório na Tomada de Contas n. 012.034/2008-7. Brasília(DF): TCU, 2008. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/previdencia_social/Aux%C3%ADlioDoen%C3%A7a%20Relat%C3%B3rio%20de%20Auditoria.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2011.

CASTRO, Carlos A. P. de; LAZZARI, João B. **Manual de Direito Previdenciário**. 8ª edição. Florianópolis: Conceito Editorial, 2007.

CECHIN, José; GIAMBIAGI, Fábio. O aumento das despesas do INSS com o auxílio-doença. **Boletim de Conjuntura**, Brasília: IPEA, n.º 66, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/bccj/bc_66l.pdf>. Acesso em: 28 set. 2011.

COSTA, FL & CASTANHAR, JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, Oct. 2002.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, Set. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01. Set. 2011.

GOMES, Ângela M. de C. Burguesia e Trabalho – Política e Legislação Social no Brasil 1917-1937. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

EUROPEAN COMMISSION. Employment, Social Affairs & Inclusion - Your Rights Country by Country. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=en>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

KERSTENETZKY, Celia L. Sobre a “crise” do Estado de Bem-Estar: Retração, Transformação Fáustica ou o Quê? **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, vol. 55, n. 2, p. 447-485, 2012.

KLIASS, Paulo. Previdência social, esclarecendo a meia verdade. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/informacoes/artigos/Previdencia-social-esclarecendo-a-meia-verdade-Paulo-Kliass_06-05-2013>. Acesso em: 06.07.2013.

LEITE, Anderson R. L.; NESS JR., Walter; KLOTZLE, Marcelo C. Previdência Social: fatores que explicam os resultados financeiros. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, vol. 44, n. 2, mar/abr. 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6931>>. Acesso em: 04 mai. 2011.

LOBATO, L. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 2 n. 1, 2004, p. 95-106.

MELO, Maria P. P. de; ASSUNCAO, Ada Á. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2011.

MORA, Monica. Auxílio-doença: Contribuição para um diagnóstico. **Boletim de Conjuntura**, Brasília: IPEA, n.º 77, 2007. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/boletim.../bc_77l_Nota_monica.pdf>. Acesso em: 28 set. 2011.

MURPHY, Donald R; ROSENBLUM, Alisson. Return to work after two years of total disability: A case report. **Journal of Occupation Rehabilitation**. Vol. 16, issue 2, jun. 2006. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10926-006-9017-4>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

NOLASCO, Lincoln. Evolução histórica da Previdência Social no Brasil e no mundo. **Conteúdo Jurídico**, Brasília (DF): 01 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?content=2.35915>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Disponível em: <<http://www.oecd.org/gov>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Perfil do trabalho descente no Brasil: um olhar sobre as unidades da federação. Brasília (DF), 2009. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/relatorio_trabalho_decente_80.pdf> Acesso em: 04 fev. 2013.

_____. Convenção n.º 187. OIT, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.abs.org.br/site/index.php/the-community/57-barack-obama-on-summer-tour-.html>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

OLIVEIRA, Jaime A. de A; TEIXEIRA, Sonia M. F. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

OLIVEIRA, Antonio C. de. **Direito do trabalho e previdência social: estudos**. São Paulo: LTr, 1996.

PARTIDO Popular Socialista. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.pps.org.br/portal/showData/62277>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

RIQUINHO, Deise L.; GERHARDT, Tatiana E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SALVADOR, Evilasio. Por que não há déficit na Seguridade Social e na previdência social? 2010. Disponível em: <http://www.sindifisconacional.org.br/images/justica_fiscal/RGPS/textos_artigos/porque-nao-ha-deficit.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

SANTOS, Wanderley G. Cidadania e justiça. **A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1987. Capítulos 4 e 5.

SOUZA, Norma S. S.; SANTANA, Vilma S. Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 46, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SOUZA, Norma S. S. *et al.* Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SILVA, Edith S. *et al.* A saúde do trabalhador no início do século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 122, p. 185-186. 2010. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20122%20editorial%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20sec%20XXI.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SINDICATO dos bancários do Maranhão. Acidentes de trabalho crescem no país, de acordo com a OIT. Maranhão, 2012. Disponível em: <<http://www.seebma.org.br/paginas/noticias.asp?p=3885>> Acesso em: 04 fev. 2013.

TAKAHASHI, Mara. A. B. C.; KATO, Mina; LEITE, Rosa A. O. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, vol. 35, n. 121, p. 07-09. 2010. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20121%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2013.

TAKAHASHI, Mara A. B. C.; IGUTI, Aparecida M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008. Disponível em: <Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 mai. 2011.

UNITED KINGDOM. Benefits. Disponível em: <<https://www.gov.uk/browse/benefits>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

APÊNDICE A - Questionário fechado entregue aos médicos peritos do INSS lotados no município do Rio de Janeiro (Incluídos os percentuais de resposta).

1 – Você considera suficiente o tempo de duração da perícia administrativa?

(40,7%) SIM (59,21%) NÃO

2 – Na sua experiência profissional, qual dos seguintes percentuais melhor reflete a proporção de segurados que levam para a perícia administrativa documentos/exames relacionados ao quadro clínico?

(9,2%) INFERIOR A 50% (30,2%) 50% (60,5%) SUPERIOR A 50%

3 – Na sua opinião, o exame clínico, por si só, é suficiente para o correto diagnóstico em:

(23,6%) MENOS DE 50% DOS CASOS (32,8%) 50% (43,4%) MAIS DE 50%

4 – Na sua visão, a falta de documentos ou exames relacionados ao quadro clínico no ato da perícia influencia significativamente o resultado do laudo?

(76,7%) SIM (23,2%) NÃO

5- Qual nota você daria às instalações físicas do espaço em que realiza as perícias?

(21%) 8 a 10 (47,3%) 5 a 7 (31,5%) abaixo de 5

6 – Indique com os números 1º, 2º ou 3º, nesta ordem de preferência, os tipos de lesão/incapacidade, que mais acometem o periciado.

(94,7% - 1º) MÚSCULO ESQUELÉTICO (86,3% - 2º) NEUROPISIQUIÁTRICA

(90,4% - 3º) CARDIO VASCULAR

Obs. Este é o único tópico cujo somatório não resulta em 100%.

7 – Na sua visão, qual seria a medida mais adequada, dentre as abaixo indicadas, para reduzir as concessões/restabelecimentos do auxílio-doença?

(28,9%) FORTALECER A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

(52,6%) ESTABELECER UM CANAL DIFERENCIADO DE TRATAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA PARA OS SEGURADOS EM GOZO DE AUXÍLIO-DOENÇA

(18,4%) TONAR MAIS RÍGIDA A LEGISLAÇÃO

8- Em média, 40% das perícias no âmbito nacional são pela ausência de incapacidade. Você considera esse percentual:

(16%) ALTO (21,3%) BAIXO (62,6%) ESPERADO

9 – Segundo sua experiência profissional, qual o perfil médio de educação dos periciados?

(57,9%) 1º grau incompleto (32,9%) 1º grau completo

(7,9%) 2ª grau incompleto

(1,3%) 2º grau completo

10 – Atualmente, o auxílio-doença é o benefício mais demandado e mais concedido junto ao RGPS. Na sua opinião, qual a proposição que melhor explica o elevado número de pessoas em busca de um benefício por incapacidade?

(60,2%) As regras mais rígidas para concessão de aposentadoria por tempo de contribuição e por idade (EC 20/98 e fator previdenciário) aliadas à baixa carência exigida dos benefícios por incapacidade e a subjetividade do exame pericial contribuíram decisivamente para o atual quadro.

(20,5%) O nível médio de instrução ainda é insuficiente para garantir o conhecimento adequado sobre saúde e bem-estar e, por esta razão, há um grande número de pessoas que apresentam enfermidade relacionada ao seu estilo de vida.

(19,1%) A expansão da rede de atendimento do INSS e a facilitação no reconhecimento dos direitos, com a informatização da Previdência e a modernização da legislação, foram fundamentais no contexto atual.

11 – No biênio 2009/2011, do total de benefícios concedidos no Brasil, o auxílio-doença previdenciário representou em torno de 35% a 40%, enquanto o auxílio-doença acidentário girou em torno de 5% a 8%. Esse quadro comprova, em tese, que a grande maioria das queixas dos segurados não tem relação com o trabalho. Você:

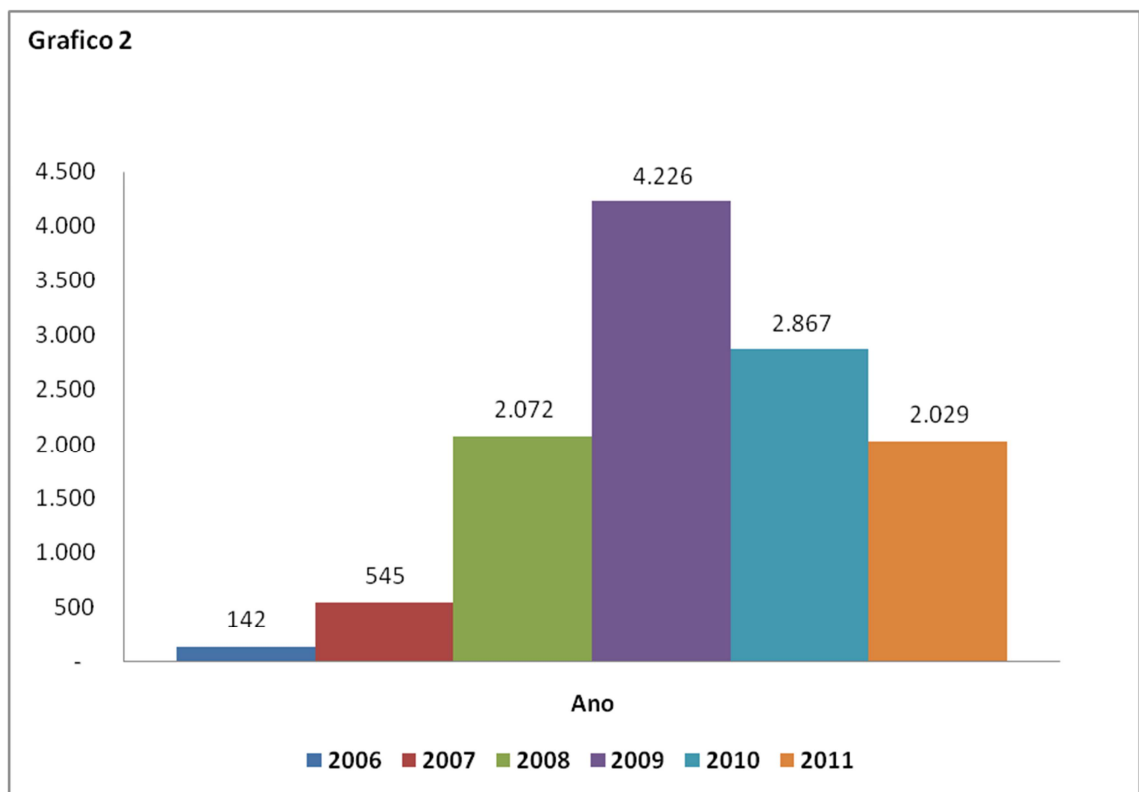
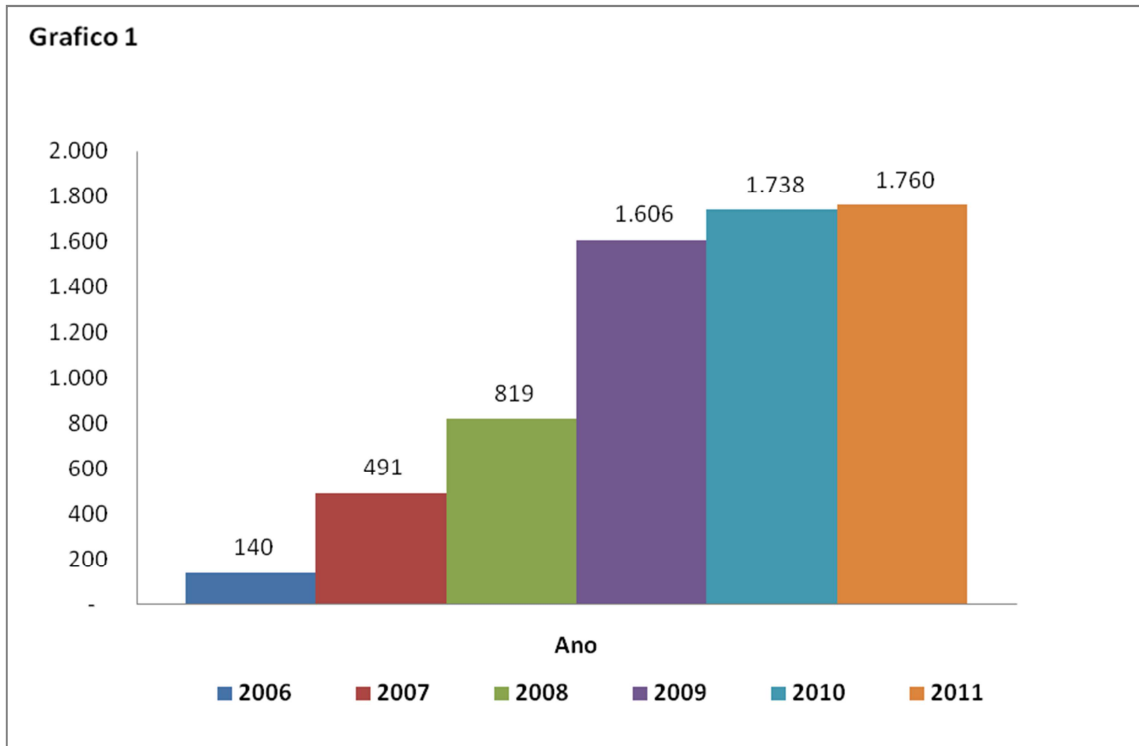
(11,8%) Não concorda com essa afirmativa, pois grande parte das incapacidades laborativas diagnosticadas está relacionada com o trabalho em si ou com o ambiente de trabalho, mas a prova dessa relação é mais complexa, o que faz com que os benefícios que deveriam ser enquadrados como da espécie acidentária, sejam deferidos como previdenciários.

(31,5%) Concordo com essa afirmativa. Como a instrução média da população é baixa/insuficiente, a maior parte das incapacidades laborativas diagnosticadas está ligada ao estilo de vida do periciado. E o SUS não exerce a contento seu papel institucional.

(40,7%) A expressividade do percentual relacionado ao auxílio-doença previdenciário deve-se ao fato que, efetivamente, a maior parte das incapacidades laborativas diagnosticadas não guarda relação com o trabalho exercido. Ainda sim, penso não ter havido adoecimento da população proporcional à elevação da procura pelo auxílio-doença previdenciário.

(15,7%) Nenhuma das proposições acima.

12 – Os gráficos abaixo mostram a elevação das concessões (gráfico 1) e restabelecimentos (gráfico 2) por decisão judicial dos benefícios de espécie 31 e 32, no período de 2006 a 2011. As perícias judiciais são realizadas por médicos particulares (terceirizados), diante da falta de quadro próprio de médicos peritos do Poder Judiciário. O que pensa disso?



(63,1%) Sabendo que (alguma das) minhas decisões foram alteradas por médicos terceirizados da justiça, sem conhecimento técnico-pericial adequado, me sinto frustrado(a) em concluir que a terceirização da perícia médica pública não acabou, ao reverso, foi descolada para o Poder Judiciário.

(3,9%) Desde a Constituição de 1988 o acesso à Justiça vem sendo um dos grandes enfoques da nossa sociedade democrática. De modo que é salutar o aumento da busca pela efetivação

dos direitos, e natural que essa concretização se dê pela via do Poder Judiciário, a quem cabe intervir na solução dos conflitos quando as partes não o conseguem/podem diretamente.

(22,3%) Creio estar ocorrendo um abuso do direito de litigar perante o Poder Judiciário. O acesso à justiça, antes uma bandeira democrática, vem se tornando uma arena onde tudo é discutido, com propósito ou não, o que reforça o inconsciente (equivocado) coletivo de que justiça só se faz perante um juiz.

(2,6%) Estou surpreso(a) com esses números. Desconhecia a alta litigiosidade envolvendo os benefícios por incapacidade. Não tenho, ainda, posição externável sobre o assunto.

(7,8%) Nenhuma das proposições acima.

APÊNDICE B – Roteiro de perguntas aos gestores locais, gestores nacionais e médicos peritos do INSS (CAE 17463713.5.0000.5243)

- 1) A demanda administrativa por auxílio-doença previdenciário teve acentuada elevação a partir da década de 2000, o que impactou os números de concessão desse benefício, que em 12/2012 representaram cerca de 42,89% do total de concessões no RGPS. O(a) senhor(a) possui opinião formada sobre as causas desse aumento? Em caso positivo, quais seriam elas?
- 2) O(a) senhor(a) considera este aumento um problema? Em caso positivo, quais deveriam ser as medidas para reduzir ou controlar esta demanda e quais vêm sendo tomadas pelo INSS?
- 3) Além do INSS, há outras instâncias governamentais que discutem estratégias relativas ao auxílio doença? Elas contam com a participação de trabalhadores/segurados?
- 4) Em outros países, a exemplo da Inglaterra e Suécia, o valor do benefício por incapacidade laborativa similar ao nosso auxílio-doença leva em conta a natureza da incapacidade e a idade do segurado. O que acha disso? Entende que essa norma poderia ser aplicada na legislação brasileira?
- 5) O senhor tem conhecimento se a realidade brasileira, em que o benefício por incapacidade temporária é o mais concedido no âmbito do sistema público de previdência, é presente em outros países? (pergunta feita apenas aos gestores nacionais)
- 6) Como o (a) senhor(a) considera o papel da reabilitação profissional neste contexto? Ela pode ser considerada uma alternativa viável no controle (sendo o caso) desta demanda? Por quê?
- 7) O(a) senhor(a) entende que o serviço de reabilitação profissional encontra-se aquém de suas potencialidades? Caso positivo, que fatores impedem que a reabilitação profissional seja ampliada?
- 8) O(a) senhor(a) considera pequeno o número de encaminhamentos médicos para a reabilitação profissional? Por quê?
- 9) Por disposição constitucional, o Sistema Único de Saúde é pautado pelo princípio da universalidade de atendimento, dentre outros. Em razão disso, os segurados da Previdência em reabilitação profissional, por exemplo, não tem preferência no atendimento. Neste sentido, qual a sua opinião sobre o impacto na efetividade do serviço de reabilitação profissional considerando ser a saúde um direito de todos, sem critérios discriminativos? (pergunta feita apenas aos gestores nacionais)

- 10) A reabilitação profissional é atualmente descentralizada. Há mais vantagens ou desvantagens nesta nova configuração do serviço?
- 11) O Brasil é um dos países com maiores taxas de acidente de trabalho. Na sua visão, há grande subnotificação dos acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais? Em caso positivo, considera ser esta uma causa relevante para o aumento da concessão do auxílio-doença previdenciário nos últimos anos? Há projetos orientados para mudança deste quadro?
- 12) Em 2008 foi criada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho para, dentre outros propósitos, avaliar e propor medidas para implementação no país da Convenção 187 da OIT. Saberia dizer se esta Comissão tem atuado no sentido de reduzir ou controlar a demanda por auxílio-doença? O que de concreto foi feito por essa Comissão até o momento? A DIRSAT tem atuado nela?
- 13) Além dessa Comissão Tripartite há outras tratativas formais entre o INSS, ou a Previdência Social, com os Ministérios da Saúde e/ou do Trabalho e Emprego relacionadas com o auxílio-doença e/ou a reabilitação profissional? Se não há, considera que deva haver? Quais dificuldades existem para o firmamento desse compromisso interinstitucional?
- 14) Há propostas atinentes em alterar o atual modelo de perícia médica? Poderia explicitar no que consiste essa alteração?