

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JAQUELINE DE SOUZA OSTROSKI RAMOS

**BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DEVIDOS EM RAZÃO DA
INCAPACIDADE LABORAL**

CURITIBA

2016

JAQUELINE DE SOUZA OSTROSKI RAMOS

**BENEFÍCIOS E SERVIÇOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DEVIDOS EM RAZÃO DA
INCAPACIDADE LABORAL**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel, Curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná.

Prof. Dra. Thereza Cristina Gosdal

CURITIBA

2016

*Á Deus, a minha família,
em especial a minha avó e ao meu cônjuge.
que nunca me deixaram desistir.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que em meio a uma tripla jornada que envolvia trabalho, faculdade, e afazeres domésticos me deu ânimo, força e fé para não desistir da graduação.

Agradeço também a Ele por ter colocado pessoas iluminadas e abençoadas em minha vida.

Agradeço ao meu amado Thiago, que sempre me motivou a estudar, me ajudou sobremaneira tanto no aspecto emocional, financeiro e nas tarefas diárias.

Agradeço a minha avó Francisca, que com tanto amor me criou, que mesmo com pouca instrução formal, tanto me incentivou a estudar, repetindo aquele velho ditado popular de que não me deixaria nada financeiramente falando, mas o estudo esse sim seria a herança dela.

De um modo todo especial agradeço a toda minha família que foi minha motivação até aqui.

Agradeço aos amigos da Faculdade, enfim a toda a Turma Direito 2012-2016 que sempre mutuamente se ajudou.

Agradeço em especial a minha chefe Vera Lúcia Moreira, que não mediu esforços para que eu estudasse e me formasse.

À minha orientadora Prof. Dra Thereza Cristina Gosdal, que tão bem guiou esse trabalho, meu muito obrigada.

RESUMO

Inicialmente será feita uma retrospectiva histórica sobre os fatos que levaram a criação da Seguridade Social e da Previdência Social ao redor do mundo e no Brasil. Serão abordadas questões relacionadas à incapacidade laboral. Em análise estarão os principais benefícios previdenciários devidos a quem estiver na situação de capacidade laboral reduzida ou inexistente. Os conceitos técnicos e legais relacionados aos benefícios de auxílio doença, auxílio acidente e aposentadoria por invalidez serão ressaltados. As modificações legislativas recentes atinentes a esses benefícios também serão tratadas, com ênfase nas Medidas Provisórias nº 664/2014, Medida nº 739/2016 e Lei 13.135/2015. Ainda, será abordado o serviço previdenciário de habilitação e reabilitação profissional, destacando suas vantagens tanto para o beneficiário quanto para a Previdência Social. Ressaltar-se-á o aspecto positivo do trabalho na vida do segurado, o qual tem o direito de ser dignamente reinserido no mercado. Outrossim, abordados serão alguns instrumentos, como Lei de Cotas, que facilitam essa reintrodução no mundo laboral.

Palavras-chave: Auxílio doença. Aposentadoria por invalidez. Auxílio acidente. Reabilitação profissional. Cotas.

ABSTRACT

Initially a historical retrospective will be carried out on the facts that led to the creation of social security and welfare system around the world and in Brazil. Issues related to labor disability will be approached. The main Social Security benefits owed to those who present reduced or inexistent labor capacity will be under analysis. The technical and legal concepts related to sickness, labor injury and disability retirement benefits will be highlighted. The recent legislative changes pertaining to these benefits will also be approached, with emphasis on the Provisional measures nº 664/2014, Measure nº 739/2016 and Law 13.135/2015. Also, a discussion of the social services for professional enablement and rehabilitation will take place, where its advantages for the beneficiary as well as for the Social Security will be emphasized. The positive aspect of labor in the life of the secured, who has the right to be reallocated inside the labor market with dignity, will too be highlighted. Moreover, this work will also approach some instruments as the “Law of Quotas”, which helps this reinsertion to the labor world.

Key Words: Sickness benefit. Disability retirement. Labor injury benefit. Professional rehabilitation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. HISTÓRIA DA SEGURIDADE SOCIAL E PRINCÍPIOS REITORES.....	11
2.1. ACONTECIMENTOS IMPORTANTES PARA O SURGIMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL AO REDOR DO MUNDO.	11
2.2. MARCOS TEMPORAIS RELEVANTES PARA A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	13
2.3. PRINCÍPIOS NORTADORES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	20
3. A INCAPACIDADE LABORATIVA E OS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DEVIDOS	25
3.1. AUXÍLIO DOENÇA.....	26
3.2. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	32
3.3. AUXÍLIO ACIDENTE	40
3.4. PROCEDIMENTO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE LABORATIVA.....	44
4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.....	50
4.1. DO MERCADO DE TRABALHO E DAS AÇÕES AFIRMATIVAS.....	59
4.2. DA RESPONSABILIDADE EMPRESARIAL PARA O SUCESSO DO SERVIÇO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	68

1. INTRODUÇÃO

Muito se discute sobre a Previdência Social Brasileira, sobre a Seguridade Social pátria, sobre os benefícios concedidos, sobre o excesso ou não do chamado assistencialismo no Brasil. A questão de um suposto déficit da Previdência Social também é uma preocupação constante. E é justamente este ponto que torna extremamente relevante o estudo sobre os benefícios devidos em razão da incapacidade, haja vista que a concessão desses é um dos motivos centrais desta dita escassez de recursos na Previdência.

Segundo Fagundes (2010), há duas correntes antagônicas, uma que declara que a Previdência é superavitária e outra que afirma que as contas da Previdência são deficitárias.

O primeiro grupo, também conhecido como “progressistas”, afirma que no cálculo do saldo previdenciário não são analisadas em sua totalidade as fontes de financiamento da previdência social e que ao usar esses recursos o poder público termina por aplicá-los no Orçamento Fiscal o que resultaria nos superávits primários (ANASTÁCIO, 2013).

Já, os defensores do déficit nas contas da Previdência, em linhas gerais, apontam como determinantes para essa situação, causas demográficas, como por exemplo, o aumento da expectativa de vida da população, o desemprego, pois em situações de recessão, os benefícios permanecem sendo pagos mesmo frente à diminuição da arrecadação incidente na folha de pagamentos, esse grupo destaca, ainda, a inflação a qual gera reflexos nas receitas do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e nos benefícios. Outro fator citado para a essa diferença negativa entre receitas e despesas previdenciárias é a vinculação das aposentadorias e benefícios ao salário mínimo, situação que gera incrementos reais nos benefícios, acarretando o aumento na despesa (LEITE, 2010 citado por ANASTÁCIO, 2013). Em síntese, esses são os argumentos levantados para se defender uma reforma no sistema de concessões de benefícios e aposentadorias, a fim de garantir o equilíbrio financeiro do sistema.

Essa dupla e antagônica análise em relação às contas da Previdência Social fortalece a necessidade de se debater sobre qual seria o método mais adequado para reequilibrar as finanças da Previdência. Seria o meio menos oneroso o corte de

benefícios previdenciários que na maioria dos casos não ultrapassam o valor de um salário mínimo?

Ademais, a questão dos benefícios sociais concedidos em virtude da incapacidade laboral revela em muito as condições inadequadas às quais, frequentemente, os trabalhadores estão submetidos. Cenários marcados pela insegurança, periculosidade, insalubridade e outros fatores que prejudicam o empregado acabam por aumentar sobremodo o número de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e em última análise culminam no incremento substancial do número de concessões de benefícios como auxílio doença, auxílio acidentário e aposentadorias por invalidez que poderiam ser evitados. Diante disso questiona-se: não seria mais eficiente combater as causas que geram a concessão desses benefícios? Certamente que mais eficiente seria investir na prevenção de acidentes de trabalho e algumas doenças laborais, do que despender recursos com seu tratamento e com o pagamento de benefícios.

Diante dessa gigantesca discussão, decidiu-se fazer um recorte temático e abordar os benefícios devidos em razão da incapacidade laboral, a saber, o auxílio doença, o auxílio acidente, aposentadoria por invalidez e também haverá a análise do serviço de habilitação e reabilitação profissional ofertado pela Previdência Social.

Inicialmente, será feita uma breve análise sobre os principais momentos e fatos históricos que resultaram na criação da Previdência Social em alguns locais do mundo. Serão elencados alguns motivos que levaram à criação da Seguridade Social e da Previdência Social em determinados Países. Após isso, será apresentado o percurso histórico da criação da Previdência Social no Brasil. Além disso, serão destacadas as razões políticas e ideológicas que levaram à criação de um Estado prestacional, intervencionista.

Na sequência serão destacados os aspectos Constitucionais da Seguridade Social, sua divisão clássica em Assistência Social, Saúde e Previdência. Outrossim, serão tecidos comentários a respeito dos princípios norteadores de todo o Sistema de seguridade Social. Serão abordados conceitos de incapacidade para o trabalho e como a Previdência Social ampara aqueles acometidos por esse infortúnio. Tratada será a questão legal atinente aos benefícios por incapacidade, com especial atenção a Lei 8.213/1991 e as alterações provocadas pela Lei 13.135/2015, em benefícios como o auxílio doença.

Todos os benefícios previdenciários devidos em razão da incapacidade laboral serão tratados separadamente, a fim de permitir uma melhor compreensão sobre cada um deles. Objetiva-se expor os requisitos para concessão, o período de carência necessário para receber, ou o porquê não se exige carência, os valores devidos, entre outros apontamentos julgados necessários.

Será analisada a Perícia Médica do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a polêmica a respeito da alta programada (se essa é ou não benéfica e se for para quem o é). Em relação a esse ponto dar-se-á destaque ao contraste entre o que indica a perícia médica e a realidade à qual o segurado está exposto. Apontar-se-á a necessidade de ir além do laudo pericial para fins de concessão de benefícios previdenciários.

Na parte final será tratado o serviço de habilitação e reabilitação profissional oferecido pelo INSS. Apontadas serão as vantagens que esse serviço traz tanto para o sujeito que a ele se submete, quanto para o sistema como um todo.

O papel do sistema de cotas como fomentador da igualdade material dos habilitados e reabilitados será destacado neste trabalho. Ademais, será tratada a necessidade de atuação conjunta do habilitado, reabilitado, da sociedade, das empresas, das entidades fiscalizadoras e punitivas como o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério Público do Trabalho para o êxito do processo de habilitação e reabilitação profissional.

Ressaltar-se-á que o serviço de habilitação e reabilitação profissional da Previdência Social independe de carência e é direito tanto do segurado quanto do não segurado. Importante observar que esse processo garante cidadania aos hipossuficientes e aos que possuem alguma limitação física ou mental, na medida em que possibilita sua efetiva participação no mercado de trabalho em igualdade de condições com os demais.

Com o objetivo de analisar a temática proposta, sob o viés técnico-doutrinário, far-se-á uma revisão bibliográfica. Espera-se com o presente trabalho contribuir com a construção de um pensamento crítico sobre a concessão desses benefícios previdenciários e fomentar a discussão sobre os motivos que levam a tantas reformas na Previdência Social pátria.

2. HISTÓRIA DA SEGURIDADE SOCIAL E PRINCÍPIOS REITORES

2.1. ACONTECIMENTOS IMPORTANTES PARA O SURGIMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL AO REDOR DO MUNDO.

Segundo Moraes (2010), verifica-se que no século XVIII, a burguesia, para além do poderio econômico almejou deter o Poder Político. Para tanto buscou normatizar seus ideais por intermédio de uma Constituição. Foi neste contexto que criou-se a noção fundante do que é o Estado de Direito.

Para além desse aspecto Constitucional, Streck (2000) aponta que, o Estado Moderno também possui como caracteres o consentimento individual, a representação e a soberania popular.

Porém, o marco da derrota do Estado absolutista foi a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 26 de agosto de 1789, com a qual ganhou força o aspecto positivo (normativo) da proteção e também se ampliou o alcance dos Direitos humanos (MORAIS, 2010).

Segundo Sarlet (2009), como Direitos Humanos entende-se aquelas posições jurídicas decorrentes de documentos internacionais, que não possuem ligação com qualquer ordenamento interno específico e com objetivo de validade universal.

Em seu *site* a Organização das Nações Unidas defende que “os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação”.

Ainda foi essa Declaração que estabeleceu ser a seguridade social um direito de todos, cunhando dessa forma a característica de universalização do sistema (VIANNA, 2014).

Com o avanço da industrialização, a lotação dos centros urbanos, o desemprego e os movimentos operários surgindo fez-se necessário o fortalecimento da figura de um Estado mais prestacional (MORAIS, 2010).

Segundo Vianna (2010) foi Otto Von Bismarck, que fez surgir na Alemanha, em 1883, o primeiro sistema de seguro social, o qual comportava seguro-doença,

seguro de acidente de trabalho, seguro de invalidez e prestação à velhice, através da contribuição do Estado, dos empregados e empregadores.

A importância do seguro social foi declarada por Bismarck, ao justificar a aplicação das primeiras normas previdenciárias, dentro deste contexto de industrialização e gênese de movimentos operários, ele afirmou: “Por mais caro que pareça o seguro social, resulta menos gravoso que os riscos de uma revolução” (RUIZ, 1997).

Todavia, tem-se que foi com a quebra da Bolsa de valores em 1929 e com a influência das ideias de John Maynard Keynes, o qual defendia a intervenção do Estado na economia com vistas a redistribuir os ganhos sociais, que o Estado interventor se fortaleceu (MORAIS, 2010).

Antes disso, conforme ensinam Castro e Lazzari os planos previdenciários, também chamados de seguro social, eram marcados pela capitalização, sistema que era adotado nos planos individuais de previdência privada e também nos fundos de pensão (CASTRO, 2010). Ou seja, inicialmente o seguro social era exclusivo da classe operária, não possuindo deste modo, o atributo da solidariedade social, restringindo-se a ser um mero seguro em situações de carência (CASTRO, 2008).

A característica da solidariedade foi encontrada no sistema de repartição, no qual as contribuições sociais são dirigidas para um fundo único, do qual se extraem os recursos para concessão de benefícios para qualquer um que necessite, mesmo que a pessoa por algum motivo deixe de contribuir por determinado tempo (salvo casos de carência) (CASTRO, 2010).

Conforme ressalta Coimbra (1997), o sistema de repartição é pautado no “pacto entre as gerações”, haja vista ser incumbência dos trabalhadores em atividade contribuir para Previdência de modo que sejam garantidos os benefícios atuais dos inativos.

Importante aduzir, conforme lecionam Duperyroux e Prétot que foi ao término o século XIX, que emergiram nos Países industrializados da Europa os sistemas de seguridade mais remotos. Eles brotaram com a finalidade de amenizar as consequências da guerra e da crise de 1929. Enfim, os sistemas de seguridade surgiram como um acalento frente às dúvidas, inseguranças e intemperes da vida (MORAIS, 2010).

Destaca-se que foi nesta mesma época que os Estados Unidos firmaram a instituição do *New deal for Franklin Roosevelt*, a qual concretiza o *Welfare State*”,

que em síntese foram as ações estatais, que vislumbravam entre outras coisas, possibilitar o surgimento de novos empregos e foi esse instituto que fez nascer a Previdência e a saúde Pública nos Estados Unidos(MORAIS, 2010).

Sublinha-se que foi em 1935, com a publicação do *Social Security Act*, que nasceu o termo “seguro social”, ademais foi neste documento que houve o surgimento da ideia de que a Previdência deve ser publicamente organizada e também foi neste instrumento que surgiram seguros ligados à velhice, à morte, ao desemprego, enfim seguros que visavam atender as mais diversas modalidades de pessoas desamparadas (MORAIS, 2010).

De maneira resumida, a partir deste percurso histórico mundial, é possível afirmar que a evolução mundial da Previdência Social passou por três fases históricas (JORGE, 2010): (1) inicial, da origem até 1918, mediante criação de regimes em países europeus; (2) intermediária, com expansão geográfica dos sistemas para diversos países não europeus a partir de 1919; e (3) contemporânea, de 1946 até os dias atuais, caracterizada pela expansão do acesso às prestações (TAVARES, 2003).

Frente a essa análise dos principais fatos que marcaram o surgimento a Previdência Social ao redor do mundo tem-se que sua gênese está ligada a luta, entre trabalhadores, empresários e Estado, pois se não fosse a possibilidade de uma revolta em massa dos trabalhadores dificilmente o Estado teria assumido esta postura de organizar a seguridade social e em última análise a Previdência Social.

2.2. MARCOS TEMPORAIS RELEVANTES PARA A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Do mesmo modo que ocorreu na Europa, a construção de um sistema de proteção social no Brasil deu-se através de um moroso reconhecimento de que se fazia necessária a intervenção do Estado na economia, a fim de que fossem preenchidas as deficiências provocadas pela vigência do liberalismo clássico (CASTRO, 2010). Liberalismo marcado pela não intervenção do Estado na economia e que acentuou grandemente as desigualdades sociais. Em outras palavras, o Estado precisava intervir para amenizar o abismo que separava ricos e pobres dos bens necessários a uma vida digna.

Antes, porém, é latente a necessidade de se analisar algumas características da sociedade brasileira no período que antecedeu a primeira Constituição Pátria. O País era marcado pelo patrimonialismo, herdado da cultura ibérica (CASTRO, 2010). Ressalta-se que após o Brasil alcançar sua independência ele ainda permaneceu com uma economia baseada no latifúndio e no trabalho escravo. Ou seja, como bem leciona Daniel Machado da Rocha, antes mesmo do Brasil entrar numa fase industrial, ele já era marcado por uma distribuição de renda flagrantemente desigual (ROCHA, 2004).

O Brasil só veio a ter regras de feição geral em matéria previdenciária social no século XX, antes disso elas eram esparsas. As formas iniciais de proteção social no Brasil possuíam natureza beneficente e assistencial (CASTRO, 2010). No período colonial existiam as Santas Casas de Misericórdia, cita-se a título exemplificativo as Casas de Misericórdia estabelecidas no Porto de São Vicente, na Vila Santos e a das Irmandades de Ordens Terceiras (mutualidades).

Em 1543, surgiu a previdência privada no Brasil, com Braz Cubas, o qual criou o plano de pensão para os empregados da Santa Casa de Santos (VIANNA, 2014).

Em 1785, estabeleceu-se o Plano de Beneficência dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha (CASTRO, 2010).

Em 1821, especificamente no dia 1º de outubro de 1821, a família Real Portuguesa concedeu aposentadoria aos professores com 30 anos de serviço, além de conceder um adicional de 25 % (vinte e cinco por cento) àqueles que completassem esse tempo e continuassem prestando serviços educacionais. O Artigo 1º do referido Decreto assim dispunha:

Os professores e Mestres Regios, de hum e outro sexo, de Primeiras Letras, Grammatica Latina e Grega, Rhetorica e Filosofia, que por espaço de 30 annos contínuos, ou interpolados, houverem regido louvavelmente, e sem nota, as suas respectivas cadeiras, serão jubilados com vencimento de todo o ordenado (SERRA E GURGEL, 2007, p.21).

Em 1824 foi outorgada a Primeira Constituição Política do Império do Brasil, pelo Imperador Dom Pedro I, tal diploma legal previu os socorros públicos (ação que seria comandada pela assistência social), todavia sem efeitos concretos (VIANNA, 2014).

Em 1835 um Decreto Imperial aprovou o Plano de Montepio de Economia dos Servidores do Estado. Esse ficou conhecido como uma das primeiras Previdências Privadas do País. Esse plano, em síntese, assegurava às famílias do servidor civil e militar falecido o pagamento de pensões. Nesta oportunidade, o Ministério da Marinha do Estado do Rio de Janeiro concedeu o aval para que ocorresse o desconto em folha das contribuições de seus servidores (SERRA E GURGEL, 2007).

Em 1891 a Constituição garantiu a aposentadoria por invalidez aos funcionários Públicos (VIANNA, 2014).

Em 1911, o Decreto nº 9.284, instituiu a Caixa de aposentadorias e Pensões dos Operários da Casa da Moeda, que eram os funcionários públicos do estabelecimento (CASTRO, 2010).

Em 1919 houve a promulgação da Lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919, Lei de Acidente de Trabalho. Tal diploma legal tornou obrigatório o seguro contra acidente de trabalho em determinadas circunstâncias, além de impor às empresas o dever de suportarem as indenizações dos empregados que sofreram o acidente de trabalho (SERRA E GURGEL, 2007). Antes desta Lei de Acidente de Trabalho, o diploma legal que protegia o acidentado era o Código Civil de 1916 em seu artigo 159 que previa que aquele que provocasse dano a outrem deveria repará-lo, e em um passado ainda mais remoto havia nas Ordenações Filipinas menção a reparação em caso de acidentes (CASTRO, 2010).

Em 1923 ocorreu a gênese da Previdência Social no Brasil, com a criação da Lei Eloy Chaves. Foi neste período que surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões no País. Explica-se: as empresas de estrada de ferro que aqui estavam criaram essas caixas de aposentadorias e pensões a fim de garantir a seus trabalhadores aposentadoria, pensão, assistência médica, e ajuda farmacêutica (SERRA E GURGEL, 2007).

A Lei Eloy Chaves, estabelecia uma tríplice maneira de custeio, para a qual contribuíam trabalhadores, empresas e Estado (VIANNA, 2014). Essa legislação oportunizou aos trabalhadores da iniciativa privada, entidades que se assemelham as hoje conhecidas entidades fechadas de previdência complementar, ou fundos de pensões, já que as caixas e fundos de aposentadoria eram compostos por empresas (CASTRO, 2010). Ainda, tal diploma legal assemelhou-se em muito com o modelo alemão de 1883, no qual estavam presentes três características principais: a

obrigatoriedade da participação do trabalhador, a fim de que as Caixas de Pensões não se tornassem uma mera alternativa ao seguro privado, o papel do Estado como agente regulamentador e supervisor do sistema, e por fim, um rol de prestações definidas em lei, capazes de tutelar o trabalhador em casos de incapacidade temporária, ou morte, sempre com vistas a garantir sua subsistência (PEREIRA NETTO, 2002).

A título de curiosidade histórica, cita-se que a primeira empresa a criar esse instituto foi a *Great Western* do Brasil em 20 de março de 1923 (SERRA E GURGEL, 2007).

Há alguns artigos do Decreto Legislativo que regulamentou a Lei Eloy Chaves, de suma importância para entender toda a sistemática da cobertura previdenciária que se almejava alcançar com a Lei.

O artigo 3º estabelecia que formavam os fundos de pensão uma contribuição dos empregados, no importe de 3% (três por cento) dos respectivos vencimentos; o valor de 1% (um por cento) da renda bruta anual da empresa e, por fim, os juros dos fundos acumulados (SERRA E GURGEL, 2007).

O artigo 6º estabelecia que os fundos e rendas eram de exclusiva responsabilidade das Caixas de Aposentações e se destinavam aos fins nelas determinados (SERRA E GURGEL, 2007).

Outrossim, o artigo 9º determinava que os empregados ferroviários, que houvessem contribuído para os fundos da caixa fariam jus a prestações médicas em caso de adoecimento próprio ou em pessoa de sua família, medicamentos com preços reduzidos, aposentadoria ordinária ou invalidez e pensão por morte (SERRA E GURGEL, 2007).

Havia previsão extraída do Decreto de que as aposentadorias e pensões poderiam ser pagas em um valor reduzido, caso o Fundo de caixas e pensões não pudessem arcar com os respectivos encargos e enquanto estivessem sob o quadro de escassez orçamentária (SERRA E GURGEL, 2007).

Interessante essa permissividade, pois se verifica que desde muito tempo é admitido em nosso ordenamento jurídico a redução no valor do benefício para garantir o equilíbrio entre despesas e receitas previdenciárias.

As caixas de aposentadorias e pensões dos trabalhadores de estrada de ferro, não foram o único exemplo de caixas voltadas à cobertura previdenciária, caixas de aposentações de professores, bancários, marítimos também foram criadas

(VIANNA, 2014): Mas sempre voltadas ao mutualismo, o que significa “a relação que deve haver entre os participantes do Plano, onde os mesmos irão compartilhar dos ganhos e dos ônus do Plano Previdenciário”, assim especificado em seu *síte* pela Fucorsan.

Ademais, é importante lembrar que a Lei Eloy Chaves, criou o Conselho de Administração para as Caixas de Aposentação. Frisa-se que os membros deste Conselho não eram remunerados. Ressalta-se que as Caixas de Aposentações foram o primeiro Processo Gerencial da Previdência Social no Brasil (SERRA E GURGEL, 2007).

Todavia, mesmo diante dos avanços trazidos pela Lei Eloy Chaves, em 1930 o País viveu a primeira crise no sistema previdenciário, em razão de inúmeras fraudes. Diante disso Getúlio Vargas suspendeu por seis meses a concessão de aposentadorias (CASTRO, 2010).

Já, o Decreto Legislativo nº 16.037, de 30 de abril de 1923, criou o Conselho Nacional de Trabalho, com atribuições de decidir acerca de matérias previdenciárias, acarretando uma aproximação do Direito Previdenciário com o Direito do Trabalho, relação essa rompida em 1992, quando o Ministério da Previdência Social foi separado do Ministério do Trabalho (VIANNA, 2014).

O Decreto expressamente trazia que incumbia ao Conselho Nacional de Trabalho:

a fiscalização, o controle, a coordenação e a superintendência das Caixas de Aposentações e da Previdência Social, inclusive como órgão de Recurso das decisões das Caixas (SERRA E GURGEL, 2007, p. 33).

Em 1926 o Decreto nº 5.128, de 31 de dezembro de 1926, criou o instituto de Previdência dos Funcionários Públicos da União (SERRA E GURGEL, 2007).

A Constituição de 1934 foi pioneira em estabelecer a tríplice forma de custeio para previdência (empregados, empregadores, Poder Público) com contribuição compulsória, tal medida foi o início da busca pelo equilíbrio financeiro do sistema (VIANNA, 2014).

Em primeiro de maio de 1938 foi divulgado o conceito de salário de Mínimo, sendo então considerado:

[...] denomina-se salário mínimo a remuneração mínima devida a todo trabalhador, sem distinção de sexo, por dia normal de serviço, e capaz de

satisfazer, em determinada época e região do País, às suas necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte (SERRA E GURGEL, 2007, p. 42).

Em 1939 o decreto Lei nº 1.237, de 1º maio de 1939, organizou a Justiça do trabalho. Deixando claro que, as lides advindas das relações entre empregadores e empregados, reguladas na Legislação social, serão dirimidas na Justiça do Trabalho. Em 1943 o Decreto Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho. Ainda nesta mesma data, o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio elaborou o primeiro Projeto de Consolidação das Leis da Previdência Social (SERRA E GURGEL, 2007).

Em 1960 houve uma uniformização das normas previdenciárias aplicáveis aos trabalhadores urbanos, com a Lei nº 3807, de 26.08.60, a chamada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Apesar desta uniformização, o sistema de seguridade ainda era distribuído por diversos órgãos, como a previdência do funcionalismo público federal (IPASE), os trabalhadores rurais (FUNRURAL), e os economiários (SASSE). (JORGE, 2010)

Em 24 de julho de 1991 editou-se a Lei nº 8.213/91, a qual instituiu o chamado Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Conhecida também como Plano de benefícios da Previdência Social.

Já em 07 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.742, a famosa “LOAS”, dispôs sobre a organização da Assistência Social (SERRA E GURGEL, 2007).

Sobre a LOAS é importante frisar os princípios basilares de toda a Assistência Social, quais sejam: a supremacia do atendimento às necessidades sociais em detrimento das exigências lucrativas das atividades econômicas; a universalização dos direitos sociais; o respeito à dignidade do cidadão; a proibição de qualquer comprovação vexatória de necessidade; isonomia de direitos no acesso ao atendimento; publicidade ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, assim como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (SERRA E GURGEL, 2007).

Segundo preceitua Balera (2006), a Seguridade Social institucionaliza os preceitos da Ordem Social cujo fim maior é a justiça. Ela é composta pela saúde, Assistência Social, Previdência Social.

Para Dixon (1999, citado por CRUZ, 2011) a Seguridade Social comporta quatro domínios: “a prevenção da pobreza, a redução da pobreza, a compensação social, e a redistribuição de renda”

A Previdência Social, no que nos interessa, é descrita no artigo 201, I da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o qual estabelece que ela é constituída sob a forma de regime geral, dotada de caráter contributivo e de filiação obrigatória, respeitadas as condições que mantenham o equilíbrio financeiro e atuarial, ainda segundo a Constituição Federal de 1988, a Previdência será responsável, de acordo com a Lei, pela cobertura dos fatos como doença, invalidez, morte e idade avançada.

A Previdência conforme ensina Simone Barbisan Fortes, é:

Um complexo de instituições jurídicas a indenizar uma contingência, eliminar uma situação de necessidade, ou evitar uma possível alteração na vida dos indivíduos (FORTES, 2005, p. 66).

Salienta-se, portanto, que a Previdência, é organizada sob o regime geral, contributivo, de filiação obrigatória, nunca perdendo de vista a preservação do equilíbrio financeiro e atuarial, abrangendo os aspectos relacionados aos benefícios (auxílio doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte), o serviço social, além da habilitação e a reabilitação profissional (MORAIS, 2010).

A saúde é outro elemento que compõe o amplo sistema da Seguridade Social. A Constituição da República trata da saúde no artigo 196, que prevê ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio políticas sociais e econômicas que objetivem à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sobre a saúde, José Afonso da Silva, afirma que:

[...] o direito a saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovam, protegem e recuperam (MORAIS, 2010, p.28).

Ademais, para ele a saúde também envolve serviços de saneamento básico, atendimento por profissionais da medicina, entre outros fatores que promovem a saúde (MORAIS, 2010).

Um último elemento que compõe a Seguridade Social é a Assistência Social. Sua previsão legislativa encontra-se nos artigos 203 e 204 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, de maneira mais detalhada, na Lei 8.742/93. Diante da relevância, destaca-se a previsão Constitucional da Assistência Social, a qual dispõe que a assistência social será dada a quem dela necessitar, não sendo necessário contribuir para obter um benefício. Seus objetivos são a tutela da família, da maternidade, da infância, da adolescência da velhice; o apoio às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a certeza da concessão de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir recursos para garantir sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família, de acordo com a Lei.

A Assistência Social diferentemente da Previdência Social não possui caráter contributivo. Ela visa atender aqueles que não possuem condições de sozinhos proverem sua própria subsistência em algum momento de suas vidas, ou tê-la provida por alguém de sua família (MORAIS, 2010).

Verifica-se, portanto, que a Assistência Social é bem diferente da Previdência Social, embora ambas façam parte do vasto sistema de Seguridade Social. A primeira dispensa contribuições para concessões de prestações e a segunda já é dotada do caráter contributivo.

Ademais, conforme leciona Marco Aurélio Serau Junior (2009) “a Seguridade Social deve ser compreendida numa perspectiva integral, conglobando a Previdência Social, mas com ela não se confundindo”.

Em 11 de agosto de 2009, por meio do Decreto nº 6.934/2009, foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a fim de administrar o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), Instituto definido como autarquia federal, vinculada Ministério da Previdência Social. Como escopos do INSS estão o de proporcionar o reconhecimento de direito ao recebimento de benefícios geridos pela previdência, assegurando agilidade, comodidade aos segurados e aumento do controle social (ANASTÁCIO, 2013).

2.3. PRINCÍPIOS NORTADORES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Oportuno destacar que em 1942, William Beveridge publicou o Relatório Beveridge, ou melhor, o Plano Beveridge, neste documento tem-se o conceito de seguridade social mais coerente com que se conhece hoje.

De acordo com Duperyroux e Prétot, Beveridge citados por Danusa Espindola de Moraes e Eduardo Brol Sitta, o Relatório apresentou três princípios, os quais visavam alterar tudo que existia até então relacionado à Seguridade Social. O que se almejava era, por intermédio da Seguridade, impossibilitar que pessoas passassem por estados de precariedade extrema. Os Princípios extraídos de Beveridge e que norteiam todo o Direito Previdenciário até hoje são especificados a seguir.

O princípio da universalidade, ou seja, o sistema não deve ter como beneficiários apenas determinado classe de indivíduos, mas toda a população, a generalidade de sujeitos. Princípio da unidade: O sistema que cobre os riscos sociais deve ser uno e também precisa ser composto por um sistema de saúde nacional e gratuito, ademais é necessário que todos contribuam para o sistema. O princípio da homogeneidade: é necessário que a todos sejam assegurados iguais benefícios. (MORAIS, 2010)

Nesse mesmo sentido, Miguel Horvath Júnior (2008), entende o princípio da seguridade como programático e informador, porque se traduz na prestação de serviços de seguridade social a todos aqueles que dela necessitem.

Frente ao exposto, verifica-se que esses princípios foram formulados pautados nas ideias de teóricos liberais como John Maynard Keynes, mas serviam perfeitamente aos socialistas, todavia os liberais utilizaram esses princípios a fim de garantir o próprio capitalismo. Pois como preceitua muito bem GÁRCIA PELAYO, o Estado Social significa:

[...] historicamente a tentativa de adaptação do Estado liberal burguês as condições sociais da civilização industrial e pós industrial, com seus novos e complexos problemas, sendo uma política setorial não destinada exatamente a transformar a estrutura social, mas a remediar alguns de seus piores efeitos (GARCIA-PELAYO, 2009, p. 9).

Destarte, é possível concluir que a Seguridade Social, surgiu prioritariamente para remediar algumas das mazelas acentuadas pelo capitalismo e atenuar desigualdades sociais. Ademais, a Seguridade Social almeja possibilitar que a pessoa que por algum motivo esteja afastada do mercado de trabalho consiga

sobreviver de maneira digna, por intermédio dos benefícios concedidos pela Previdência.

Os Princípios propostos por Beveridge influenciaram o artigo 194 da Constituição Federal de 1988, o qual dispõe sobre os princípios norteadores da Seguridade Social no Brasil. Todavia, o referido dispositivo constitucional é mais amplo que aqueles presentes no Relatório de Beveridge, ao estabelecer que a seguridade social é composta por série integrada de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, cujo objetivo é assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (SCHNEIDER, 2012).

Ainda, a Constituição da República estabelece que compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, pautado nas seguintes metas: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; a seguridade social deve ser marcada pelo viés democrático e descentralizado da administração, através da gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Universalidade da cobertura significa que a proteção social deve atingir todos os eventos cuja reparação seja urgente, para que a sobrevivência possível. Já a universalidade de atendimento, significa que as prestações sociais devem ser concedidas a todos que dela necessitem, seja no viés previdenciário, acesso a prestações mediante contribuição, seja no campo da assistência social e saúde, as quais independem de contribuição (CASTRO, 2010).

Marcelo Leonardo Tavares fala da universalidade de participação (ou seja para além da universalidade de atendimento, como acima citado) é necessário que todos contribuam para esse sistema (TAVARES, 2011).

Quanto à uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais tem-se que ambas as populações usufruem dos mesmos benefícios e serviços num regime único (VIANNA, 2014). Os critérios para a concessão de prestações da seguridade serão os mesmos, destaca-se, porém, que não haverá idêntico valor para alguns dos benefícios previdenciários, já que a

“equivalência” não significa igualdade. Exemplo disso é salário-maternidade da trabalhadora rural a qual é enquadrada como segurada especial (CASTRO, 2010).

Em relação à seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, Marcelo Leonardo Tavares leciona que os benefícios devem ser concedidos para aqueles que necessitam e preenchem os requisitos para tanto (TAVARES, 2011).

A seletividade significa que os benefícios sociais devem ser fornecidos a quem deles realmente necessite, a título exemplificativo, o auxílio doença só deve ser concedido a quem esteja temporariamente incapacitado para o trabalho (CASTRO, 2009).

Já no que tange ao princípio da distributividade, ainda conforme leciona Castro (2009), esse pode ser entendido como o princípio que determina que a Previdência Social seja pautada na distribuição de renda e bem-estar social.

No tocante à irredutibilidade no valor dos benefícios, é necessário distinguir os dois tipos de irredutibilidade, quais sejam a nominal e a real. A nominal diz respeito tão somente ao valor (VIANNA, 2014). Ou seja, um benefício não pode decair de R\$ 900,00 (novecentos reais) para R\$ 800,00 (oitocentos reais). Já a irredutibilidade real está relacionada com a inflação, com o poder de compra e resta protegida no artigo 201 § 4º da Constituição da República, o qual estabelece que: “é assegurado o reajustamento dos benefícios para preservá-los, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei”.

Quanto à equidade na forma de participação no custeio, impõe-se que a contribuição realizada seja equivalente ao poder aquisitivo da pessoa. Ou seja, cada precisa contribuir de acordo com a sua capacidade financeira (SCHNEIDER, 2012).

Em relação aos princípios da Seguridade Social, conceitua Vieira¹ (2005, citado por CRUZ, 2011, p. 21), para o qual, além dos princípios gerais outrora mencionados, há também os princípios da “anterioridade nonagesimal” (as contribuições só podem ser exigidas após 90 (noventa) dias da publicação da lei ou de sua modificação) e o princípio da “vinculação das receitas previdenciárias”, segundo o qual as contribuições para a seguridade social são estritamente correlacionadas com os gastos em assistência, previdência e saúde.

Extraem-se do texto constitucional, ainda, princípios específicos da previdência social (SCHNEIDER, 2012), como: o cálculo dos benefícios com base nos salários de contribuição; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a remuneração mensal dos auxílios não inferior ao salário mínimo; previdência complementar opcional; gestão descentralizada ou gestão administrativa com a participação do governo e da comunidade (TAVARES, 2011).

José Antônio Savaris e Daniel Machado Rocha, por oportuno, destacam os seguintes princípios: princípio da indisponibilidade dos direitos dos beneficiários, por terem caráter alimentar, os benefícios previdenciários seriam inalienáveis, impenhoráveis e imprescritíveis. Outrossim, ressaltam o princípio da unicidade, determinando que, em regra, o segurado tem direito a apenas um benefício que substitua sua remuneração (ROCHA, 2006).

O Princípio da solidariedade, por sua vez, consiste na noção de que além de direitos, os sujeitos também possuem deveres na sociedade, entre eles o de recolher contribuições sociais, em que pese, algumas vezes, não haver contrapartida dessas prestações (SCHNEIDER, 2012).

O Princípio da vedação do retrocesso social, segundo Tavares (2003), “consiste na impossibilidade de redução das implementações de direitos sociais já realizadas”. Seja em seu alcance (pessoas alcançadas, eventos que geram a concessão) ou quantidade (valor da prestação), a fim de que o mínimo existencial, aquilo que é necessário para uma vida digna, seja protegido (CASTRO, 2009).

Em relação ao Princípio da Proteção ao Hipossuficiente, Carlos Alberto Pereira de Castro e João Batista Lazzari ressaltam que é necessário que nos sistemas de proteção social, as normas sejam criadas sem que se desvirtuem de seu foco, que é a proteção daqueles que estão fragilizados de alguma forma na sociedade, seja financeira ou economicamente (SCHNEIDER, 2012).

Todos esses princípios que norteiam a Seguridade Social auxiliam na compreensão de quais são seus objetivos e qual é sua racionalidade principal. A partir deles, verifica-se que a proteção do vulnerável frente às dificuldades da vida é o grande escopo da Seguridade Social.

E uma das dificuldades da vida que pode atingir qualquer indivíduo é a incapacidade para o trabalho, tema que será tratado detalhadamente no próximo capítulo.

3. A INCAPACIDADE LABORATIVA E OS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DEVIDOS

Passando-se ao estudo da incapacidade laborativa, verifica-se que o instituto do trabalho é protegido constitucionalmente, tanto por seu aspecto social quanto por seu caráter econômico, o artigo 193 da Constituição Federal estabelece que a ordem social tem como pilar o primado do trabalho, e como escopo o bem-estar e a justiça sociais.

O texto constitucional em seu artigo 170 prevê que a ordem econômica, é pautada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, objetivando garantir a todos existência digna, de acordo com os preceitos da justiça social.

Diante dessa ampla proteção do trabalho em nosso ordenamento jurídico, crucial é atentar-se para aqueles que, por algum motivo não podem laborar. Aqueles que em razão de uma incapacidade não podem prover seu sustento (MORAIS, 2010).

Daniel Machado da Rocha define incapacidade da seguinte maneira:

[...]“incapacidade é a impossibilidade física ou mental, para realização de trabalho decorrente de fatores fisiológicos (fatores decorrentes de idade avançada ou falta de idade para iniciar o trabalho) ou patológicos (enfermidades ou acidentes que comprometem a capacidade de trabalho do segurado) e manifesta-se com intensidade variável (ROCHA, 2004, p. 270).

Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total: entende-se como parcial o grau de incapacidade que limita o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de morte ou de agravamento apesar de não possibilitar o rendimento alcançado em situações normais. Por sua vez, a incapacidade total a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, função ou emprego.

Extrai-se deste conceito, ademais, que a incapacidade para o trabalho pode advir tanto pelo envelhecimento, que seria uma causa natural, quanto pelo acometimento de doenças físicas ou psicológicas, o grau da incapacidade também é variável. Além disso, o tempo da enfermidade também enseja a concessão de benefícios distintos, como se verá adiante.

A incapacidade possui ainda outras classificações, como bem leciona Cutait Neto, a incapacidade pode ser:

[...] total ou parcial (qualificadora de gravidade), temporária ou permanente (qualificadora de continuidade), uniprofissional, multiprofissional oniprofissional (quanto à profissão) (CUTAIT NETO, 2006, p. 118).

No que tange à temporalidade tem-se que a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente. Como temporária define-se aquela incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível. Já quando é classificada como permanente significa que é uma incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

Em relação ao grau de comprometimento do desempenho das atividades do cargo, pode a incapacidade laborativa ser: restrita, aquela que permite ao empregado desempenhar acima de 70% (setenta por cento) das suas atividades; moderada aquela na qual o impedimento abrange diversas atividades profissionais; total implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

Uma outra questão importante, mencionada por Juliana de Oliveira Xavier Ribeiro, é que a capacidade laborativa deve ser pautada no equilíbrio entre os requisitos de uma dada atividade e a possibilidade de realizá-la, sempre levando em conta o diagnóstico da doença e a viabilidade de reabilitação profissional posterior (RIBEIRO, 2008).

Há ainda a figura da incapacidade social, criada pela jurisprudência brasileira. Essa figura define que a incapacidade deve ser abordada sempre levando em consideração a situação sócio econômica e cultural do segurado, analisando fatores como a idade, o local onde vive, seu nível de instrução, o tipo de limitação e sua capacitação profissional (MORAIS, 2010).

Na sequência tratatados serão os benefícios previdenciários devidos em virtude da incapacidade laborativa.

3.1. AUXÍLIO DOENÇA

Um dos benefícios devidos por incapacidade laborativa é o do auxílio doença, a respeito dele será feita a análise legislativa respectiva, bem como

apontamentos doutrinários considerados essenciais para a compreensão deste instituto.

Além da disposição constitucional a seu respeito, há também sua previsão nos artigos 60 a 63 do Plano de benefícios da Previdência Social, e também nos artigos 71 a 80 do Regulamento da Previdência Social (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

O auxílio-doença é um benefício da Previdência Social de caráter temporário que é concedido ao segurado que, havendo cumprido a carência exigida de doze contribuições mensais (artigo 25, I, da Lei n.º 8.213/1991), estiver temporariamente incapacitado para o labor ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias (artigo 59, da Lei n.º 8.213/1991) (SCHNEIDER, 2012).

Portanto, determinante para a concessão de auxílio doença é a incapacidade temporária para o trabalho (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Segundo Pinto (2009), o auxílio doença é um benefício de “curta duração e renovável a cada oportunidade em que o segurado dele necessite”.

Há dois tipos de auxílio doença, quais seja auxílio doença previdenciário e auxílio doença acidentário (que independe de carência).

A Procuradoria Geral da União editou o Enunciado nº 25 que estabelece que será fornecido auxílio-doença ao segurado considerado temporariamente incapaz para o trabalho ou sua atividade habitual, de forma total ou parcial, presentes os demais requisitos legais, compreendendo-se por incapacidade parcial aquela que possibilite sua reabilitação para outras atividades laborais.

Em relação à concessão do auxílio doença, existe um caso excepcionado na legislação que é o das lesões pré-existentes. Há previsão legal que veda a concessão de auxílio doença àqueles portadores de lesões e doenças pré-existentes, exceto se essas se agravarem em virtude do labor. Há de ver um nexo causal entre a atividade realizada no ambiente do trabalho e majoração do problema.

No que tange à carência, para ter direito ao benefício é necessário ser segurado da Previdência e ter feito ao menos 12 (doze) contribuições, salvo exceções do artigo 26, II, do Plano de Benefícios da previdência, o qual remete a doenças e afecções especificadas em lista confeccionada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, atualizada a cada 3 (três) anos, conforme critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe atribua

especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

A lista a que se refere este inciso ainda não foi elaborada, porém o artigo 151 da Lei 13.135 de 2015 estabelece que enquanto não for produzida a lista de doenças mencionada no inciso II do art. 26, não se submete ao prazo de carência a concessão de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao RGPS, apresentar moléstias como a tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, esclerose múltipla, hepatopatia grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (aids) ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada.

Diante deste artigo verifica-se que não será exigido o prazo de doze meses para ter direito ao benefício de auxílio doença, em razão da gravidade da moléstia apresentada pelo requerente (SCHNEIDER, 2012).

A carência também é dispensada em relação aos segurados especiais, é exigida somente a comprovação de que exerceu atividade rural nos doze meses anteriores à incapacidade. A definição de segurado especial é:

Segurado especial (produtor rural pessoa física sem empregados), é o produtor, o parceiro, o meeiro, e o arrendatário rurais, o pescador artesanal e seus assemelhados, que exerçam essas atividades individualmente ou em regime de economia familiar, com ou sem auxílio eventual de terceiros (mutirão) (DATAPREV, 2016).

Sublinha-se que não é exigida carência na hipótese de acidente de qualquer natureza (SCHNEIDER, 2012).

Alguns autores defendem que não faz sentido se exigir carência para a concessão do auxílio doença, entre eles destacam-se Carlos Alberto Pereira de Castro e João Batista Lazzari, para os quais cabe à Previdência a cobertura dos eventos estabelecidos no artigo 201 da Constituição Federal, não sendo assertivo se fazer discriminação para concessão deste benefício em razão do número de contribuições, já que sob o argumento de se evitar fraudes, muitas vezes, tira-se o mínimo existencial de sujeitos de boa fé (CASTRO, 2009).

Em relação ao tempo para o início da concessão do auxílio doença, os primeiros 15 dias de afastamento da atividade em razão da doença devem ser pagos pela empresa a título de salário, conforme prevê o artigo 59 da Lei 8.213/91.

Esses 15 primeiros dias são denominados “período de espera”. Ainda, a empresa que possuir serviço médico próprio ou convênio deverá arcar com os exames médicos e como o abono de faltas correspondentes ao período de espera, apenas encaminhando o segurado para perícia médica da previdência social, quando ultrapassados quinze dias da incapacidade (VIANNA, 2014).

É devido o benefício, portanto, a partir de 16º dia, conforme previsão expressa do artigo 60 dessa mesma Lei. O parágrafo primeiro deste artigo estabelece dois marcos temporais para contar o prazo de início da concessão do benefício, o primeiro é pra aqueles que requereram o benefício em até 30 (trinta) dias da data de afastamento das atividades, para esse o benefício previdenciário é devido a partir 16º dia. Já para aqueles buscam o auxílio depois de transcorrido esses 30 (trinta) dias, o marco inicial é a data do início da incapacidade (DII), ou do requerimento administrativo - DER12 (SCHNEIDER, 2012).

Em relação ao termo inicial do benefício há a súmula número 22 da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência dos Juizados Especiais Federais, a qual se aplica por analogia ao auxílio doença, que estabelece que caso seja provado que a doença já existia á data do requerimento do benefício essa será a data inicial para o computo do pagamento do segurado (SCHNEIDER, 2012).

Em relação a essa temática do auxílio doença, no fim do ano de 2014 o Governo Federal apresentou a Medida Provisória nº 664/2014 cujo principal ponto polêmico era a alteração na quantia de dias em que a empresa deveria pagar o funcionário afastado. Na Lei 8.213/1991 a empresa arcava com os 15 primeiros dias e a Previdência Social ingressava com o pagamento do auxílio doença a partir do 16º dia. A Medida Provisória em questão propunha que a empresa arcasse com os trinta primeiros dias de afastamento (IBRAHIM, 2015), o que certamente oneraria sobretudo as micro e pequenas empresas.

No que se refere a essa quantidade de dias de responsabilidade da empresa para com o empregado doente, a Lei 13.135/2015 não acatou o que estava disposto nesta Medida Provisória. Consolidando o regramento da Lei 8.213/1991. Ou seja, a empresa só efetua o pagamento dos quinze primeiros dias (IBRAHIM, 2015).

Na MP 664/2014 foi possibilitada a terceirização perícia médica. Porém, a Lei 13.135/2015 preferiu manter a execução descentralizada, contudo sempre por meio de órgãos do Sistema único de Saúde (IBRAHIM, 2015),

Destaca-se que a Lei 13.135/2015 abordou de maneira mais compreensível a situação do empregado que volta ao labor sem alta previdenciária. Fez isso adicionando os parágrafos 6º e 7º ao artigo 60 da Lei 8.213/91, os quais dispõem que o segurado que no período em que usufrui do auxílio-doença vier a desempenhar atividade que lhe possibilite a sobrevivência poderá ter o benefício cancelado a partir do retorno à atividade se, todavia for esta nova ocupação diferente daquela que resultou na concessão do benefício, há de ser analisada a incapacidade para cada uma das atividades desempenhadas.

Em síntese, caso o empregado volte a trabalhar em um serviço diferente daquele que exercia antes de receber o auxílio doença, ele não-necessariamente, perderá o benefício (IBRAHIM, 2015).

No que concerne à situação jurídica do trabalhador que frui de auxílio doença, ele considerado licenciado, conforme preceitua o artigo 63 da Lei 8.213/91.

Uma situação peculiar é a do caso da empresa que queira conceder ao empregado afastado por motivo de doença uma licença remunerada. Nesta hipótese o empregador deverá arcar com a quantia que exceda ao valor do benefício de auxílio doença, conforme previsão do parágrafo único do artigo 63 do Plano de benefícios previdenciários. Tal situação ocorre, normalmente, em virtude de acordos coletivos, ficando a empresa encarregada em pagar eventual diferença entre o valor estipulado no gozo da licença remunerada e o valor devido no auxílio doença (VIANNA, 2014).

No que se refere ao valor do benefício do auxílio doença esse sim sofreu significativas alterações, haja vista a introdução do §10 no artigo 29 da Lei 8.213 de 1991, o qual determina que o auxílio-doença não poderá ser superior à média aritmética simples dos últimos 12 (doze) salários-de-contribuição, inclusive em caso de remuneração variável, ou, caso não se tenha alcançado as 12 (doze) contribuições, a média aritmética simples dos salários de contribuição existentes.

Ainda, de acordo com o artigo 61 da Lei de benefícios o auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente do trabalho, corresponderá a um montante mensal equivalente a 91% (noventa e um por cento) do salário-de-benefício.

Sem essa limitação alguns segurados conseguiam uma remuneração maior com a percepção do auxílio doença se comparado ao salário (FERREIRA DOS SANTOS, 2014).

Neste sentido conveniente é citar o posicionamento de Zélia Pierdona, professora de Direito Previdenciário da Universidade Presbiteriana Mackenzie, a qual, antes da reforma provocada pela Lei 13.135/2015, assim afirmava:

A legislação, da forma como está, não apenas mantém o nível de vida do trabalhador, já que os valores percebido com o benefício são maiores que aqueles recebidos pelo exercício da atividade laboral. Com isso, o trabalhador tem uma situação financeira mais vantajosa estando doente, o que certamente estimula a doença. Dessa forma, além de violar os princípios específicos do direito previdenciário, a atual legislação previdenciária viola o fundamento do Estado brasileiro, previsto no inciso IV do art. 1º da Constituição Federal - valor social do trabalho (PIERDONA, 2010).

Prova desta situação foi a entrevista do Ministro da Previdência, Nelson Machado, ao jornal O Estado de São Paulo, em 21/01/2008, afirmando que em mais da metade das concessões do auxílio doença o segurado recebia um valor 30% (trinta por cento) superior ao que receberia se estivesse trabalhando (JORGE, 2010).

Diante disso, tem-se que a limitação no valor do auxílio doença, estabelecida pela Lei 13.135/2015 foi necessária para garantir o equilíbrio financeiro do sistema Previdenciário Brasileiro.

No que concerne ao término do benefício há duas possibilidades para o fim do auxílio doença, são elas: a data do termino da incapacidade, mediante constatação pericial do Instituto Nacional de seguridade Social, ou a data em que o auxílio doença for transformado em aposentadoria por invalidez ou auxílio acidente, que pode acontecer em razão da constatação de que será perene a incapacidade (FERREIRA DOS SANTOS, 2015). Fora a hipótese de morte do segurado.

Conforme estabelece o artigo 476 da Consolidação das Leis do Trabalho, durante o período fruição do auxílio doença inexistente a permissividade para que o trabalhador seja demitido sem justa causa, já que ele está em gozo de licença não remunerada e com o contrato de trabalho suspenso (VIANNA, 2014)

Ressalta-se que mesmo diante de uma justa causa é necessário que o empregador aguarde o empregado retornar da licença para que o mesmo seja dispensado, já que o contrato se encontra suspenso, impossibilitando a demissão antes de seu retorno (VIANNA, 2014).

Outra situação importante em relação ao auxílio doença é quando o segurado tem seu pedido de auxílio doença negado administrativamente, é demitido e após algum tempo, tem seu pedido concedido pelo judiciário. Neste caso há o direito deste empregado, em tese, de ser reintegrado à empresa (VIANNA, 2014).

3.2. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

No artigo 42 da Lei de Benefícios há a previsão de a quem é devida a aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

É devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for tido como incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Como conceito de aposentadoria por invalidez Martinez (2003), preceitua que esse é um benefício que substitui os salários do segurado, em virtude da incapacidade total e permanente desse para o exercício de atividade que lhe possibilite a subsistência.

Para Russomano (1981), aposentadoria por invalidez como aquele benefício devido em razão da incapacidade do segurado para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação para atividade apta a lhe garantir a sobrevivência.

Verifica-se que o fato coberto por este benefício previdenciário é a incapacidade profissional decorrente da invalidez, a qual pode ser compreendida como antecipação da velhice ou enfermidade prolongada, sem prazo para terminar (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Essa incapacidade deve ser total, ou seja, o segurado deve estar impossibilitado de exercer qualquer atividade que lhe garanta o sustento. Destaca-se que não é condição necessária para a concessão da aposentadoria por invalidez o recebimento anterior do auxílio doença, pois é possível surgir uma circunstância que impeça o segurado de exercer qualquer trabalho que lhe garanta subsistência e esse pleiteie diretamente a aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Em síntese, a aposentadoria por invalidez pode ser assim entendida:

[...] juntamente com o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez é benefício de pagamento continuado, de risco imprevisível, devido à incapacidade presente para o trabalho. É deferida, sobretudo, se o

segurado está impossibilitado de trabalhar e insuscetível de reabilitar-se para atividade garantidora da subsistência. Trata-se de prestação provisória com nítida tendência à definitividade, geralmente concedida após a cessação do auxílio-doença (MARTINEZ, 1999).

Ressalta-se que quando for possível reabilitar a pessoa para uma outra função, não será devida a aposentadoria por invalidez. Em relação à preexistência de doenças, como causa ensejadora da não concessão deste benefício, assim como no caso do auxílio doença, essas fazem com que, via de regra, o segurado perca a possibilidade de obter a aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Neste mesmo sentido há a súmula 53 da Turma Nacional de Unificação de Jurisprudência dos Juizados Especiais Federais, a qual veda a concessão do benefício quando a incapacidade para o trabalho é preexistente ao reingresso do segurado no Regime Geral de Previdência Social. Todavia, há no § 2º do artigo 42 da Lei de benefícios a ressalva de que, se a doença ou a lesão se agravarem ou progredirem durante o tempo de carência, a pessoa terá direito à aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Neste viés, o Superior Tribunal de Justiça, assim entende:

[...] É devida a aposentadoria por invalidez ao segurado considerado total e permanentemente incapacitado para qualquer atividade laborativa que lhe garanta a subsistência.2. Sendo tal incapacidade oriunda de moléstia adquirida na infância, é ainda imperiosa a concessão de benefício quando sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão(...) (VIDIGAL, 1999, p. 260).

Outra questão importante refere-se às doenças estigmatizantes, como por exemplo aquelas que atingem os portadores do vírus do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), os quais acabam sofrendo preconceito, mesmo que o vírus não se manifeste provocando a Aids.

Sobre essa temática foi editada a súmula 78 da Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais, a qual estabelece:

Comprovado que o requerente é portador do vírus do HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Neste mesmo sentido, de ser ir além do laudo pericial para concessão da aposentadoria por invalidez, cita-se a decisão da Turma Nacional de Uniformização de Jurisprudência dos Juizados Especiais Federais, o qual versa sobre a análise dos aspectos sociais na avaliação da incapacidade laborativa. Conforme a relatora juíza federal Maria Divina Vitória:

[...] a incapacidade para o trabalho é fenômeno multidimensional e não pode ser avaliada tão somente do ponto de vista médico, devendo ser analisados também os aspectos sociais, ambientais e pessoais. Há que se perquirir sobre a real possibilidade de reingresso do segurado no mercado de trabalho. Esse entendimento decorre da interpretação sistemática da legislação, da Convenção da OIT - Organização Internacional do Trabalho, e do princípio da dignidade da pessoa humana. O estado de saúde do trabalhador, na prática, inviabiliza o seu retorno à atividade que lhe proporcione meios de subsistência, razão do deferimento da aposentadoria por invalidez.

No que se refere ao prazo necessário para adquirir o direito ao benefício de aposentadoria por invalidez é necessário ter pago ao menos 12 contribuições (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Já, os segurados especiais estão dispensados deste período de carência, sendo obrigados a comprovar atividade rural nos doze meses imediatamente pregressos ao requerimento do benefício (CASTRO, 2009).

Em relação ao momento de concessão da aposentadoria, conforme dispõe o artigo 43 da Lei 8.213/91, existem três marcos temporais para seu início. O primeiro refere-se ao caso do segurado que está fruindo o auxílio doença, a esse concede-se o benefício da aposentadoria assim que o referido auxílio terminar. Outra hipótese, é a do segurado empregado, ao qual é devido o benefício após o 16º (décimo sexto) dia de afastamento em razão da incapacidade laboral. Há também, o marco temporal contado da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento transcorrem mais de trinta dias. E por fim, há a hipótese do segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, especial e facultativo, para os quais conta-se, para fins de concessão do benefício de aposentadoria por invalidez a data do início da incapacidade, ou da data da entrada do requerimento, se entre essas datas decorrerem mais de trinta dias.

Quando o benefício for requerido judicialmente, e for julgado procedente, a citação válida é o termo inicial para implementação da aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015)

Destaca-se que quem arca com o salário do empregado nos 15 (quinze) dias é a empresa. Diversamente do que propunha a MP 664/2014, que estabelecia ao empregador o encargo do pagamento dos 30 primeiros dias de afastamento a título de salário. Em relação a redação original da MP 664/2014, extrai-se do próprio site do Senado Federal que essa objetivou alterar diversos benefícios da Previdência Social e do Regime Próprio dos Servidores Públicos, alterando a forma de cálculo da pensão por morte, incluindo carência para sua concessão e estabelecendo tabela de duração em função da idade do beneficiário, além disso, visava estabelecer um teto para o valor do auxílio-doença e aumentar o intervalo de tempo a ser suportado pela empresa empregadora, que passaria de 15 (quinze) pra 30 (trinta) dias; vislumbra alterar o rol de beneficiários; e ainda, estender prazo para requerimento de compensação financeira entre os regimes previdenciários. Destas propostas, ressalta-se que a Lei 13.135/2015 incorporou a nova normativa de que o valor do benefício não poderá exceder a média das últimas 12 contribuições. Todavia, esta Lei não acatou a modificação proposta de que empresa deveria pagar ao empregado o salário integral durante os primeiros 30 (trinta) dias de afastamento, voltando ao regramento anterior, de que a empresa só deve pagar por 15 (quinze) dias.

No que se refere ao valor da aposentadoria por invalidez, ressalta-se que a renda mensal inicial é 100 % (cem por cento) do salário de benefício ainda que a invalidez seja decorrente de acidente de trabalho. É isso que preceitua o artigo 44 da Lei 8.123/91 (FERREIRA DOS SANTOS, 2015). A renda mensal inicial da aposentadoria por invalidez fornecida quando da transformação do auxílio doença em aposentadoria por invalidez também é de 100% (cem por cento) do salário de benefício (CASTRO, 2009).

Ao segurado especial, por sua vez, via de regra, será concedida a aposentadoria por invalidez no importe de um salário mínimo, porém se houver contribuições suficientes para o sistema, a renda será calculada com base no salário de benefício (CASTRO, 2009).

Dentro da temática da aposentadoria por invalidez, há um desdobramento relevante para uma mais ampla compreensão deste instituto, que é a chamada aposentadoria valetudinária, a qual é conexa com a chamada “grande invalidez”, hipóteses previstas no Decreto nº 3.048/99 de situações em que—o segurado

necessita permanentemente do auxílio de outra pessoa em razão de sua incapacidade (VIANNA, 2014)

As hipóteses são meramente exemplificativas, já que a “grande invalidez” carece da análise minuciosa de cada caso concreto, são: cegueira total, perda de nove dedos das mãos ou superior a esta, paralisia dos dois membros superiores ou inferiores, perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível, perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível, perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível, alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social, doença que exija permanência contínua no leito, incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

O artigo 45 da Lei 8.213/91 estabelece as características da aposentadoria Valetudinária, estabelecendo que o montante da aposentadoria por invalidez do segurado que precisar do auxílio permanente de outrem será incrementado em 25% (vinte e cinco por cento). Ademais dispõe, em seu parágrafo único, que esse acréscimo será devido mesmo que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal, passará por novo cálculo tão logo o benefício que lhe deu origem sofrer reajuste e terminará com o óbito do aposentado, não se integrando de modo definitivo ao valor da pensão.

Ou seja, esse fenômeno, do acréscimo de 25 % (vinte e cinco por cento) sobre a remuneração ocorre quando o segurado aposentado por invalidez necessita de alguém para auxiliá-lo permanentemente, mesmo que dessa forma o valor percebido extrapole o teto dos benefícios (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

No que tange ao término da aposentadoria por invalidez destaca-se o artigo 46 da Lei de Benefícios, que foi bem sintetizado por Luiz Carlos de Castro Lugon e João Batista Lazzari:

Se a recuperação do segurado empregado for apenas parcial, e este for considerado apto para função diversa da que exercia, ou aquela cuja "alta" sobrevier a tempo posterior a cinco anos da concessão do benefício, então a estes será assegurada a percepção do benefício por mais dezoito meses, sem prejuízo do retorno à atividade, sendo que, nos primeiros seis meses da volta à ativa, o benefício será pago integralmente, do sétimo ao décimo segundo mês será pago com redução de 50% em seu valor e, nos seis últimos meses – do décimo terceiro ao décimo oitavo mês, será pago o benefício com redução de 75% (LUGON, 2007, p. 453).

Percebe-se, portanto, que nessas hipóteses referidas, de recuperação apenas parcial do segurado empregado, ou de "alta" posterior a cinco anos da concessão do benefício, a aposentadoria por invalidez é gradativamente retirada quando a capacidade é readquirida. O valor do benefício também vai diminuindo paulatinamente. O segurado recebe o valor integral durante seis meses, após isso passa a perceber o auxílio com uma redução de 50%(cinquenta por cento), após mais seis meses nesta condição, ou seja após estes doze meses, minora-se o benefício em 75% (setenta e cinco por cento), também por seis meses. Em síntese após 18 meses o benefício é extinto (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Salienta-se que caso o segurado volte voluntariamente para o trabalho deve solicitar uma nova perícia do Instituto Nacional do Seguro Social, para que tal órgão aponte a capacidade do beneficiário, caso contrário o segurado terá que devolver eventuais quantias recebidas indevidamente, como forma de punição. Logo é fundamental o requerimento de perícia tão logo o segurado considere-se apto.

É importante ressaltar ainda, que foi extinta a característica da definitividade, presente na redação original do artigo 101 da Lei 8.213/91, devida pelo fato do segurado completar 55 (cinquenta e cinco) anos quando do gozo da aposentadoria por invalidez (VIANNA, 2014)

No que concerne ao contrato de trabalho, esse fica suspenso enquanto persistir o recebimento da aposentadoria por invalidez, tão logo o segurado seja considerado apto a retornar, mesmo que transcorridos 5 anos, esse possui direito de reingresso na empresa, todavia é facultado ao empregador indenizá-lo.

Por fim, destaca-se que o benefício de aposentadoria por invalidez termina com a morte do segurado.

Destaca-se que há deveres a serem cumpridos por aqueles segurados em gozo de auxílio doença ou percepção de aposentadoria por invalidez. O artigo 101 da Lei de benefícios estabelece que esses segurados são obrigados a realizar perícia médica a atribuição do INSS, também precisam participar do processo de habilitação e reabilitação profissional. Apenas, não são forçados a fazer cirurgias ou transfusão de sangue (FERREIRA DOS SANTOS, 2014).

Por fim, em relação à aposentadoria por invalidez, é relevante salientar a alteração trazida pela Lei 13.063/2014 que desonera os maiores de 60 anos que recebem a aposentadoria por invalidez de se submeterem a perícia médica. A pessoa só necessitará de perícia para averiguar o cabimento do adicional de 25%

(vinte e cinco por cento) no caso de precisar de auxílio constante de outrem (FERREIRA DOS SANTOS, 2014).

Por fim, superados os aspectos técnicos atinentes aos benefícios previdenciários de auxílio doença e aposentadoria por invalidez, imperioso é destacar uma modificação recentíssima na Lei de Benefícios.

O Governo atual aprovou a Medida Provisória nº 739, de 7 de julho de 2016, a qual dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e institui o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade.

Inicialmente, contesta-se a questão da constitucionalidade de tal Medida, de acordo por exemplo, com Marco Aurélio Serau Júnior, que em entrevista concedida a Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramos Financeiro (CONTRACUF CUT), em 13 de julho em 2016, afirmou que tal Medida está marcada pela inconstitucionalidade, já que segundo Serau:

À luz do que está disposto no artigo 62 da Constituição Federal, que exige, para a edição de medidas provisórias, o preenchimento dos requisitos de 'relevância e urgência'. Não foi este o cenário que Michel Temer estava para editar tal MP. Ainda o referido autor aponta ser este um retrocesso social, logo vedado pela Constituição Federal de 88, caracterizando mais uma vez a inconstitucionalidade da Medida (SERAU, 2016)

Ou seja, os requisitos indispensáveis para a propositura de uma Medida Provisória (relevância e urgência) foram ignorados mais uma vez, tal qual ocorreu no caso da edição da MP 664/2014.

Basicamente o objetivo é rever milhares de auxílios doenças e aposentadorias por invalidez que estejam ativos há mais de dois anos sem revisão, para tanto gratifica-se o perito, no importe de R\$ 60,00 (sessenta reais) a fim de que a meta de revisão seja cumprida.

Além disso, com essa medida, de acordo com Walcir Previtalo, buscou-se conferir um aspecto de legalidade para a famosa "alta programada", que antes conforme já exposto neste trabalho era prevista apenas em regulamentos e não em lei.

Ademais, esta MP modificou o artigo 60, parágrafo 8º, da Lei 8.213/91, o qual passou a estabelecer que, dentro do viável, a ação de concessão ou de

reativação de auxílio-doença, judicial ou administrativo, tem que estabelecer o tempo estimado para a duração do benefício.

O artigo 60, parágrafo 9º, da Lei 8.213/91, também foi modificado, prevendo que na hipótese de impossibilidade de fixar o prazo de duração da incapacidade laboral temporária, esta durará 120 dias, situação complicada, na medida em que gerasse um ônus ao segurado que, em virtude da demora para solução do problema permanece sem receber da previdência e da empresa, mesmo que haja a previsão no artigo 60, parágrafo 10, também modificado pela MP 739/16, de pedido de prorrogação do benefício junto ao INSS, questão também já tratada nos capítulos anteriores.

Em relação a esse fato de os benefícios terem uma curta duração, que poderá cessar por perícia do INSS a qualquer tempo ou em decorrência deste prazo normativamente estabelecido de 120 dias, surge um novo problema relacionado à superlotação de demandas nos Juizados Federais Especiais.

Outra modificação foi na caracterização da qualidade de segurado. Ocorre que antes, quando a pessoa perdia a condição de segurado e deixava de contribuir, quando ela retornava a contribuir para a Previdência, ela precisava apenas colaborar com um terço do período padrão para a concessão do auxílio doença, ou aposentadoria por invalidez, ou seja, quatro meses para conseguir esse tipo de auxílio. Agora será necessário completar o período contributivo de 12 meses para fazer jus às prestações previdenciárias devidas em decorrência da perda ou redução da capacidade laborativa (MATTOS, 2016).

Neste sentido, interessante é a sintetização feita pelo Juiz Federal José Antonio Savaris, em 10 de julho de 2016, em entrevista concedida ao Jornal Alteridade, sobre essa modificação, Savaris destaca que a MP 739/2016, inadmite o aproveitamento da carência para o segurado que reingressa no Regime Geral da Previdência Social, já que o art. 11 da MP 739 revogou o parágrafo único do art. 24 da Lei 8.213/91, o qual possibilitava o uso da carência ao segurado que voltava a contribuir à Previdência Social depois de ter deixado o *status* de segurado, caso contasse, no momento da filiação, com, no mínimo 1/3 da carência exigida para a concessão do benefício pretendido. Diante disso, se o trabalhador perder a qualidade de segurado – seu vínculo jurídico com a Previdência Social -, no momento da nova filiação (reingresso no RGPS) será obrigado a completar os 12

meses período de carência para acesso aos benefícios (SAVARIS, 2016). Em outras palavras, dificultou-se sobremodo o acesso a essas prestações estatais.

3.3. AUXÍLIO ACIDENTE

Como conceito de acidente de trabalho temos o apresentado por Russomano (1981), o qual se vale da doutrina francesa (*Rouast e Givord "Traité sur Accidents du Travail, p.98*) e escreve que "O acidente de trabalho, pois, é um acontecimento em geral súbito, violento e fortuito, vinculado ao serviço prestado a outrem pela vítima que lhe determina lesão corporal".

A característica da violência significa que o acidente de trabalho viola a integridade do indivíduo, gerando lesão corporal ou perturbação funcional, que transforma a vítima em incapaz, temporária ou permanentemente para o trabalho, ou lhe causa morte (CASTRO, 2009).

O acidente de trabalho também é aquele decorrente de evento súbito, abrupto, ocorre em um reduzido espaço de tempo, todavia suas consequências protraem-se no tempo (CASTRO, 2009).

Para ser considerado acidente de trabalho, é indispensável que ele tenha sido causado em decorrência da atividade laborativa, isso não significa que o acidente tenha que ter ocorrido no ambiente de trabalho, mas em razão dele. Em virtude disso, os acidentes de trajeto e os ocorridos em trabalhos externos, enquadram-se neste conceito (CASTRO, 2009).

Do artigo 21 da Lei 8.213/91, extraem-se ainda outras situações que são consideradas acidente de trabalho: agressão, sabotagem ou terrorismo, acidentes nos períodos de descanso intrajornada, ou nos momentos destinados à satisfação de outras necessidades fisiológicas (CASTRO, 2009).

O auxílio acidente é um benefício pago até a aposentadoria ou morte do segurado, não substituidor dos salários, possui a característica de ser mensal, devendo ser concedido ao segurado que, após consolidação da lesão típica, doença profissional, ou do trabalho, vier a apresentar sequelas incapacitantes para o trabalho habitual, parcial e permanentemente, conforme estabelece o artigo 86 da Lei nº 8.213/1991 (SCHNEIDER, 2012).

O referido dispositivo legal estabelece que o auxílio-acidente será concedido a título de indenização, ao segurado quando, após consolidação das lesões

decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem sequelas que importem na minoração da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

Como conceito do auxílio acidente tem-se ainda que esse é um benefício mensal, de viés indenizatório, que em seguida a uma consolidação da lesão típica, doença profissional ou do trabalho, venha a ter sequelas incapacitantes para o trabalho habitual, de cunho parcial e permanente (JORGE, 2010).

Conforme leciona Tavares ² (2011 citado por SCHNEIDER, 2012) é devido o benefício quando houver: redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia, da forma prevista no anexo III do Regulamento da Previdência Social; exigência de maior esforço para o desempenho da mesma atividade de antes; impossibilidade de desempenho da atividade que exercia à época do acidente, porém permita o desempenho de outra, após o processo de reabilitação profissional, nos casos indicados pela perícia médica do INSS.

Não darão ensejo à percepção do auxílio acidente danos funcionais ou redução da capacidade funcional sem repercussão na capacidade laborativa e quando ocorrer a mudança de função, através da readaptação profissional promovida pela empresa, como forma de medida preventiva, em virtude da inadequação do local de trabalho (VIANNA, 2014).

A lei, em sua definição de auxílio acidente, fala em acidente de qualquer natureza, todavia há o regulamento Decreto 3048/99, que em seu artigo 30 define essa expressão, "acidente de qualquer natureza", como sendo evento de origem traumática e por exposição a agentes exógenos (físicos, químicos e biológicos), que implique em lesão corporal ou perturbação funcional que gere a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária da capacidade laborativa (JORGE, 2010).

Em relação ao momento de concessão do auxílio acidente, destaca-se que não há carência para o seu recebimento, conforme preceitua artigo 26 da Lei 8.213/91.

O auxílio acidente será devido a partir da "alta médica" (data de cessação do auxílio doença) no momento em que a perícia do Instituto Nacional do Seguro Social concluir pela existência de seqüela definitiva enquadrada nas situações do Anexo III do Regulamento da Previdência Social resultando na redução da capacidade

funcional para aquela atividade que o segurado habitualmente exercia (SCHNEIDER, 2012).

A título exemplificativo citam-se as hipóteses de sequelas definitivas previstas no referido regulamento: Acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,2 no olho acidentado; Acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 em ambos os olhos, quando ambos tiverem sido acidentados; acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 no olho acidentado, quando a do outro olho for igual a 0,5 ou menos, após correção; lesão da musculatura extrínseca do olho, acarretando paresia ou paralisia; lesão bilateral das vias lacrimais, com ou sem fístulas, ou unilateral com fístula. No que diz respeito ao aparelho auditivo: perda da audição no ouvido acidentado; redução da audição em grau médio ou superior em ambos os ouvidos, quando os dois tiverem sido acidentados; redução da audição, em grau médio ou superior, no ouvido acidentado, quando a audição do outro estiver também reduzida em grau médio ou superior.

Em relação ao Aparelho da fonação: perturbação da palavra em grau médio ou máximo, desde que comprovada por métodos clínicos objetivos. Referente a prejuízo estético em grau médio ou máximo, quando atingidos crânios, e/ou face, e/ou pescoço ou perda de dentes quando há também deformação da arcada dentária que impede o uso de prótese.

No que concerne a perdas de segmentos de membros: perda de segmento ao nível ou acima do carpo; perda de segmento do primeiro quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal; perda de segmentos de dois quirodáctilos, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles; perda de segmento do segundo quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal; perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais quirodáctilos; perda de segmento ao nível ou acima do tarso; perda de segmento do primeiro pododáctilo, desde que atingida a falange proximal; perda de segmento de dois pododáctilos, desde que atingida a falange proximal em ambos; perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais pododáctilos.

Sobre alterações articulares dispõe este artigo: redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula; redução em grau máximo dos movimentos do segmento cervical da coluna vertebral; redução em grau máximo dos movimentos do segmento lombosacro da coluna vertebral; redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações do ombro ou do cotovelo; redução em grau médio

ou superior dos movimentos de pronação e/ou de supinação do antebraço; redução em grau máximo dos movimentos do primeiro e/ou do segundo quirodáctilo, desde que atingidas as articulações metacarpofalangeana e falange-falangeana; redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações coxo-femural e/ou joelho, e/ou tíbio-társica. Ainda, encurtamento de membro inferior Encurtamento de mais de 4 cm. Redução da força e/ou da capacidade funcional dos membros. Redução da força e/ou da capacidade funcional da mão, do punho, do antebraço ou de todo o membro superior em grau sofrível ou inferior da classificação de desempenho muscular; redução da força e/ou da capacidade funcional do primeiro quirodáctilo em grau sofrível ou inferior; redução da força e/ou da capacidade funcional do pé, da perna ou de todo o membro inferior em grau sofrível ou inferior; perda do segmento do aparelho digestivo cuja localização ou extensão traz repercussões sobre a nutrição e o estado geral; segmentectomia pulmonar que acarrete redução em grau médio ou superior da capacidade funcional respiratória; devidamente correlacionada à sua atividade laborativa (BRASIL. Casa Civil, 1999).

No que tange ao valor do Auxílio Acidente, de acordo com o estabelecido no parágrafo 1º do artigo 86, da Lei 8.213/91 o auxílio acidente corresponde a 50 % do salário de benefício.

Várias críticas são tecidas a esse respeito e o fundamento principal delas é o de que não podemos igualar financeiramente as consequências das mais diversas lesões, pois elas afetam a capacidade laborativa dos indivíduos de maneiras diferentes.

Um ponto de destaque em relação a temática do auxílio acidente é possibilidade da cumulação deste auxílio com outros benefícios. Por força da Lei nº 9.528, de 10 de dezembro de 1997 o auxílio-acidente perdeu sua característica de vitaliciedade, extinguindo-se com aposentadoria de qualquer natureza (art. 86-§§ 1º e 2º). A alteração citada acresceu-se a outra, da inacumulabilidade do auxílio-acidente (art. 124-V - da lei 8.213/91, com redação dada pela lei 9032, de 28.04.1995) (JORGE, 2010). Ou seja, diante do caso concreto do segurado que recebe auxílio-acidente e veio a sofrer novo infortúnio o médico examinador tem que optar: ou nega ressarcimento à incapacidade que permitiria novo auxílio-acidente, ou sugere a aposentadoria por invalidez, não é possível, portanto, cumular esses benefícios, bem como não é possível cumular o auxílio acidente com o auxílio doença (SCHNEIDER, 2012).

Em síntese tem-se que o auxílio-acidente não pode ser cumulado com o benefício de auxílio-doença nem com nenhuma aposentadoria. Diante do recebimento do auxílio doença, o auxílio acidente ficará suspenso (SCHNEIDER, 2012).

Destaca-se, porém, que é permitido em nosso ordenamento jurídico a cumulação do auxílio-acidente com o salário, haja vista ser o auxílio acidente dotado do caráter indenizatório (SCHNEIDER, 2012).

Em razão de ser o auxílio acidente complementar e não substitutivo da remuneração mensal do segurado, o valor deste pode ser inferior ao salário mínimo (VIANNA, 2014).

3.4. PROCEDIMENTO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE LABORATIVA

Para conseguir o benefício em razão da incapacidade laborativa, o segurado deve fazer o chamado “Requerimento de Benefício por Incapacidade”, que deve ser protocolizado na agência do Instituto Nacional de Previdência Social mais próximo de casa em que reside o segurado para que na sequência seja agendada uma perícia para confirmação de incapacidade laborativa (MORAIS, 2010).

Pois bem, após a perícia, é dada ao segurado uma Comunicação de resultado da Decisão de Perícia, na qual já será estabelecido um prazo para término do benefício, o famoso instituto da alta- programada, que será posteriormente abordado. Ocorre, todavia, que há a possibilidade de que em se aproximando a “data certa”, que extinguirá o benefício, o segurado continue incapaz, neste caso deve o segurado em até quinze dias antes do término do benefício protocolar o Pedido de Prorrogação de benefício, esse pedido pode ser repetido, desde que mesmo com a nova licença o segurado continue sentindo-se inapto para o trabalho. Caso essa perícia também afirme a inexistência de incapacidade laborativa, o segurado tem como opção protocolar o pedido de Reconsideração(PR) de perícia no prazo de 30 (trinta) dias contados da ciência da decisão contrária, na hipótese de perícia inicial, ou então na data de cessação do benefício (MORAIS, 2010).

Esse Pedido de Reconsideração deve ser feito à Junta de Recurso da Previdência Social, que é tribunal administrativo o qual decide conflitos entre segurados e a Previdência Social (JORGE, 2010).

Por fim, caso continue a negativa de concessão de benefício, é possível interpor recurso junto ao Conselho de Recurso da Previdência Social, um órgão colegiado, que se encontra em Brasília, o qual é segunda e última instância administrativa em matérias sobre benefícios (JORGE, 2010).

Ressalta-se que a qualquer tempo, o segurado pode entrar com requisição judicial, na qual o juiz pode conceder, caso entenda cabível, determine antecipação de tutela, com pagamentos dos benefícios até a realização da nova perícia, por médico perito não pertencente ao quadro do INSS (JORGE, 2010).

Voltando à temática do exame médico pericial ele é tão importante para o justo funcionamento do sistema de concessões de benefícios, que alguns autores o tratam de maneira detalhada. Bueno Neto e Arbex Bueno, apontam algumas de suas características, para os esses autores o exame médico pericial:

Envolve uma série de ações que devem estar voltadas para os fins de diagnóstico e prognóstico”, sendo “parte da medicina denominada semiologia”, e compreende as fases da anamnese (história clínica com interrogatório relativo ao objeto da perícia), exame físico (pesquisa de sintomas e sinais relativos a doença em questão), exames especializados (momento em que se analisam os pareceres dos médicos assistentes) e exames complementares (instrumento laboratorial e de imagem de auxílio para diagnóstico), sendo que para avaliação do estado mental de examinado deverão ser analisados aspectos relacionados a atenção, orientação, consciência e memória, ao pensamento e linguagem (BUONO, 2002, p. 73).

Ainda nos casos que envolvem problemas psiquiátricos, deve-se fazer uma análise criteriosa da história de vida do sujeito, acrescidos da análise de situações somáticas e neurológicas (ALCANTARA, 2005).

Em linhas gerais, as respostas dadas pela Perícia médica são classificadas da seguinte forma a Conclusão pericial do Tipo C1 é a que estabelece que inexistente incapacidade laborativa, casos de segurados com queixas incompatíveis com a anamnese ou exame físico apresentados, segurados com deficiências físicas, mentais ou funcionais, anteriores ao ingresso nas atividades laborativas, sem evidência de agravamento recente. Segurados que relatam queixas, comprovações ou alterações ao exame físico, sugestivas de doenças leves (hipertensão arterial leve, neurose ansiosa, etc.) compatíveis com suas atividades laborativas (JORGE, 2010).

A resposta pericial do Tipo C2, estabelece que existe incapacidade laborativa, com cessação previsível, conhecida pela sigla DCB (Data da Cessação

do Benefício). - Segurados de todas as idades e atividades com doenças cuja cessação é previsível para os próximos dias, no máximo 60 dias (fraturas simples, pós - operatórios não complicados, doenças clínicas de boa evolução),segurados já aptos ou curados que comprovem ter estado incapacitados recentemente, segurados já aptos e que comprovem internação hospitalar (JORGE, 2010).

A Conclusão pericial do Tipo C3 determina o afastamento por causa fisiológica, por exemplo a gravidez fisiológica quando não amparada entre os benefícios por incapacidade. Caso haja incapacidade por gravidez patológica, ou por associação de doença incapacitante com gravidez fisiológica, a decisão será favorável (JORGE, 2010).

A resposta pericial do Tipo C4 ressalta que existe incapacidade laborativa cuja cessação ainda não é previsível. É o caso de filiados com hipertensão arterial, psicopatias, fraturas justas- articulares ou com desvios ou cominutivas, ou outras patologias que necessitem de uma melhor avaliação, inclusive as doenças graves (JORGE, 2010).

Por fim a conclusão pericial do Tipo C5, direcionamento à Reabilitação Profissional, em relação a essa resposta pericial haverá um capítulo próprio, na medida em que é importante para o objeto do presente estudo.

Em certas oportunidades o laudo médico pericial aponta para uma possível habilitação ou reabilitação do segurado em outra atividade. Todavia, em determinados casos dificilmente a pessoa será reinserida no mercado, seja em razão das especificidades da atividade laboral outrora exercida, seja virtude de seu baixo grau de instrução, e frente a estes cenários alguns juízes concedem a aposentadoria por invalidez (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

Neste sentido, interessante é o posicionamento de Monteiro:

O Brasil não é um exército de inválidos. No nosso país o maior impedimento para o trabalho não é invalidez e sim o desemprego, o analfabetismo e toda sorte de mazelas que privam o trabalhador da oportunidade de produzir, tais como a cobrança abusiva de impostos para a manutenção de pequenas empresas e questões trabalhistas. Todo este peso socioeconômico que colabora com a resistência do segurado em ter alta do benefício atterra sobre o perito médico (MONTEIRO, 2003).

Notório é que para se receber o auxílio doença é necessário passar pela perícia médica a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social. Antes disso,

porém, o segurado deve procurar um médico assistente ao qual incube a confecção de um relatório da doença, a fim de que o segurado leve ao médico perito do INSS. Ressalta-se que em razão de orientação do INSS, tal atestado deve se ater a apresentar informações sobre o diagnóstico, exames complementares e conduta terapêutica e evolução clínica, não devendo, portanto adentrar a conclusões sobre a capacidade laboral, a qual cabe apenas ao médico perito (JORGE, 2010).

Porém, na prática, verifica-se que para o segurado, às vezes, é fácil conseguir um atestado que indique a incapacidade laboral e isso ocorre por diversos motivos como: a possibilidade de se consultar com vários médicos assistentes, o não treinamento desses médicos para realização de perícias e até mesmo a má fé de alguns profissionais que almejam conseguir vantagens com a concessão do benefício previdenciário ao segurado, e para tanto chegam até a instruí-los a como agir nas perícias médicas do INSS (JORGE, 2010).

A perícia médica no caso do auxílio doença poderá concluir pela: insuscetibilidade de recuperação para qualquer atividade- aposentando o segurado por invalidez; habilitação para o desempenho da mesma atividade ou de outra, sem redução de capacidade para o trabalho- cessando o benefício de auxílio doença; consolidação das lesões, gerando sequelas que impliquem a redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia- cessando o auxílio-doença e gerando a concessão de auxílio-acidente para os segurados que fazem jus a este benefício, podendo o segurado retornar ao mercado de trabalho; e continuação das condições geradoras do auxílio-doença- mantendo-se o auxílio e prosseguindo o tratamento (TAVARES, 2011 citado por SCHNEIDER, 2012).

Disso extrai-se que as hipóteses de término do auxílio doença, são a reaquisição da capacidade para o trabalho, transformação do auxílio doença em aposentadoria por invalidez, ou pela concessão do benefício de auxílio-acidente (SCHNEIDER, 2012).

Ademais a Lei 13.135/2015 trouxe inovação à Perícia Médica, pois alterou a Lei de Benefícios (8.213/91), ao introduzir expressamente a possibilidade de que caso seja impossível a realização de perícia médica pelo órgão ou setor próprio competente, bem como haja flagrante incapacidade física ou técnica de implementação das atividades e de atendimento adequado à clientela da previdência social, o INSS poderá, sem ônus para os segurados, celebrar, nos termos do regulamento, convênios, termos de execução descentralizada, termos de fomento ou

de colaboração, contratos não onerosos ou acordos de cooperação técnica a fim de efetuar perícia médica, por delegação ou apenas cooperação técnica, sob sua coordenação e supervisão, com órgãos e entidades públicos ou que integrem o Sistema Único de Saúde (BRASIL. Casa Civil, 1991).

Objetiva-se que essa alteração reduza o tempo de espera para se conseguir uma perícia médica.

Em relação aos benefícios sociais devidos em virtude de incapacidade laborativa, como o auxílio doença, a aposentadoria por invalidez, e o auxílio acidente há uma problemática comum. Todos estão conectados pela deficiência dos sistemas de saúde e previdência. Isso é nítido quando um segurado doente (provisória ou permanentemente) passa por uma perícia desqualificada (MORAIS, 2010).

O quadro da relação entre saúde e previdência é caótico, pois as perícias são realizadas por médicos que não são especializados nas patologias que analisam, ademais os procedimentos que são pautados no rito sumário e, além disso, em sua grande parte elas ocorrem por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), que muitas vezes é moroso e incerto (MORAIS, 2010).

Diante desse cenário caótico criou-se o instituto da alta programada, com base na Orientação interna nº 130/DIRBEN, o qual encontra uma definição no decreto nº 5.844, de 2006 (FERREIRA DOS SANTOS, 2015).

A Alta Programada também conhecida como sistema “Data Certa”, Programa Cobertura Previdenciária Estimada (Copes), estabelece que os benefícios sejam concedidos com prazo determinado por evidências médicas. Esse programa almeja que seja feita uma avaliação pericial mais conclusiva, a fim de impedir que o segurado tenha que fazer diversos exames periciais, o que enseja gastos para Previdência. Antes da instituição deste sistema de alta programada, os segurados faziam perícias médicas a cada 60 dias, independentemente da natureza da doença, o que aumentava sobremaneira o tempo de espera para se conseguir uma perícia (CASTRO, 2009).

Já, a partir deste modelo, o perito médico determina o período de concessão do benefício, com base na história natural da doença, levando em conta o tempo necessário para reaquisição da capacidade para o trabalho (CASTRO, 2009).

O INSS garante que esse sistema de alta programada é benéfico ao segurado já que reduz as filas para exames e pericias, além de facultar ao segurado realizar ou não outra perícia (MORAIS, 2010).

Todavia, não é esse um entendimento uníssono, já que há a posição de que essa situação feriu o Princípio do devido Processo Legal, além de onerar sobremaneira a parte hipossuficiente. Isso em virtude de que com esse instituto da alta programada quem paga a segunda perícia é o segurado. Frente a isto, Cambi (2006, p. 410), afirma que “a técnica de inversão do ônus da prova é um instrumento para proteger a parte que teria excessiva dificuldade na produção da prova”.

Há ainda a questão de que a maioria dos segurados do INSS dependem do Sistema Único de Saúde e dificilmente conseguirão uma consulta e um exame pericial em tempo hábil, para fins de protocolo do pedido de continuidade do auxílio ou aposentadoria por invalidez no INSS (MORAIS, 2010).

Diante de todo esse cenário e como leciona Ibrahim:

O segurado, muitas vezes assintomático, considera-se apto novamente para o trabalho, mas ainda não está verdadeiramente habilitado, trazendo consequência funestas em relação ao retorno indevido (IBRAHIM, 2008, p. 618).

Ainda, frente a todo esse cenário da alta programada, conclui-se que esse instituto fere os direitos fundamentais sociais dos segurados da Previdência social, na medida em que os forçam a possuir saberes médicos, e também os deixam a mercê da extinção de seus benefícios, retirando deles, muitas das vezes, mesmo que temporariamente, o direito ao mínimo existencial (MORAIS, 2010).

4. REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A habilitação e a reabilitação profissional são serviços (prestações previdenciárias de natureza imaterial) colocados à disposição dos segurados e dos dependentes do Regime Geral da Previdência Social (CASTRO, 2009).

Destaca-se que ambos os serviços independem de carência.

Esses são serviços que visam proporcionar ao beneficiário incapacitado total ou parcialmente para o trabalho, e aos indivíduos portadores de deficiência, os meios para a reeducação e readaptação profissional e social, aptos para integrarem o mercado de trabalho do local em que vivem (CASTRO, 2009).

A reabilitação profissional como conceitua Valença (2008, p. 670) visa “restituir a capacidade perdida por uma pessoa”.

Conforme Ibrahim³ (2010, citado por SCHNEIDER, 2012), os objetivos da habilitação e reabilitação profissional são o de propiciar aos beneficiários, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas com deficiência, os meios indicados para permitir o ingresso ou reingresso no mercado de trabalho. Esse benefício possui como atributo essencial seu caráter assistencial, permitindo que mesmo os não segurados possam dele participar.

Destaca-se que no serviço de habilitação e reabilitação profissional existe um direito subjetivo e um dever, sendo que segundo Martinez⁴ (2012, citado por SCHNEIDER, 2012) tanto a habilitação, quanto a reabilitação profissional, constituem direitos subjetivos dos beneficiários e, conseqüentemente, deveres da autarquia previdenciária.

Esses programas são destinados aos segurados, incluindo os aposentados; dependentes, conforme disponibilidade financeira, administrativa e técnica do órgão local encarregado da habilitação e reabilitação profissional; pessoas com deficiência sem vínculo com a Previdência Social, de acordo com a disponibilidade financeira, administrativa e técnica do órgão local encarregado da habilitação. O direcionamento para habilitação e reabilitação profissional é a realizado pelos órgãos periciais do INSS, pelo serviço Social do INSS, pelas empresas e entidades sindicais, pelos órgãos e instituições os quais estabeleçam convênio e ou acordo de

cooperação técnico- financeira. Ressalta-se, todavia que será dada prioridade ao segurado acidentado (CASTRO, 2009).

O processo de habilitação e reabilitação profissional compreende algumas funções básicas, dentre elas a avaliação do potencial laborativo, a orientação e acompanhamento da programação profissional, o contato com a comunidade, com o objetivo de reingresso no mercado e por fim a observação e pesquisa da fixação no mercado de trabalho (VIANNA, 2014).

Existe previsão constitucional expressa em relação ao serviço de habilitação e reabilitação profissional no artigo 203, incisos III e IV, da Constituição Federal de 1988, a qual dispõe que a assistência social tem por objetivos a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Necessário diferenciar os institutos da habilitação e reabilitação profissional. Habilitação é destinada àqueles que nunca trabalharam, busca integrá-los ao mercado. Já, a reabilitação visa reinserir aqueles que por algum motivo saíram do mercado por perda de capacidade laborativa e precisam retornar (SCHNEIDER, 2012)

Sobre essa diferenciação entre habilitação e reabilitação, tem-se o ensinamento de Rocha e Baltazar Junior (2011, p. 299), para os quais “a habilitação está destinada àqueles beneficiários que jamais tiveram capacidade laborativa, e a reabilitação, àqueles que a perderam”.

Wladimir Novaes também faz essa diferenciação:

Habilitação não se confunde com reabilitação. A primeira é a preparação do inapto para exercer atividades, em decorrência da 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).

A habilitação visa incluir àqueles que nunca participaram do processo produtivo, como por exemplo, as pessoas com deficiência.

A habilitação profissional diz respeito à preparação inicial, ou seja, o direito de profissionalização, que é universal, mas, para a pessoa com deficiência implica medidas especiais, cujo atendimento volta-se à instrumentalização adequada para que a pessoa se comunique e realize as tarefas ínsitas ao trabalho. É um direito

suplementar, específico, atribuível às pessoas com deficiência física, mental, sensorial ou múltipla. Deve ser, portanto, acrescido a todo processo de formação profissional, que se inicia na escola, nos cursos técnicos, na aprendizagem laboral, nas universidades e em qualquer outro local onde tais atividades se desenvolvam (FONSECA, 2006).

Diante disso, verifica-se que, a habilitação é um instituto o qual, para além da finalidade profissionalizar a pessoa com deficiência, visa garantir meios materiais, como a eliminação de barreias arquitetônicas, espaciais, de comunicação, para que a pessoa com deficiência possa interagir e participar efetivamente do mundo do trabalho de maneira digna.

Já em relação à reabilitação profissional, Léa Beatriz Teixeira Soares apresenta dois conceitos de reabilitação profissional, um da Organização Internacional do Trabalho e outro do Conselho Nacional de Reabilitação dos Estados Unidos (SCHNEIDER, 2012).

A finalidade específica da reabilitação, segundo a definição da OIT, é tornar o indivíduo "deficitário" apto a prover sua subsistência, ou seja, o indivíduo deve desenvolver sua capacidade restante de modo que a Previdência Social esteja isenta de sua manutenção e que ele próprio adquira condições de se auto sustentar, ainda que ao nível de subsistência. Segundo outra definição menos polêmica adotada pelo Conselho Nacional de Reabilitação dos EUA, em 1953, reabilitação é a restauração do incapacitado ao uso, o mais completo possível, do que ele for capaz, tanto sob o ponto de vista físico e mental, como social, profissional e econômico (SOARES, 1991).

É possível encaminhar ao Programa de Habilitação e Reabilitação Profissional o segurado em gozo de auxílio-doença (tanto de natureza acidentária, quanto previdenciária), o aposentado por tempo de contribuição, especial ou por idade que permanece no exercício de atividade laborativa, o beneficiário sem carência para perceber auxílio-doença previdenciário e que esteja incapaz, a pessoa com deficiência (SCHNEIDER, 2012).

Até mesmo os dependentes dos beneficiários, de acordo com as disponibilidades técnicas, financeiras e administrativas da Previdência Social podem participar desses processos de habilitação ou reabilitação profissional (SCHNEIDER, 2012).

Para além da capacitação técnica para o trabalho, por meio de cursos e treinamentos, a reabilitação, para bem cumprir seu papel de reintegração digna do sujeito debilitado ao mercado de trabalho, deve ser mais ampla (SCHNEIDER, 2012).

A reabilitação compreende o fornecimento de aparelhos de prótese, órtese e instrumento de auxílio de locomoção quando a perda ou redução da capacidade funcional puder ser atenuada por seu uso e dos equipamentos necessários à habilitação e reabilitação social e profissional; a reparação ou a substituição dos aparelhos mencionados, desgastados pelo uso normal ou por ocorrência estranha à vontade do beneficiário; o transporte do acidentado do trabalho, quando necessário (MARTINS, 2008).

Verifica-se se devem ser fornecidos instrumentos como próteses, órteses e todos aqueles outros que possam facilitar o trabalho da pessoa que passa pelo processo de reabilitação profissional.

Em relação à finalidade do serviço de habilitação e reabilitação profissional, um de seus objetivos é a regulação econômica dos sistemas com vistas a diminuir o tempo de recebimento de benefícios por incapacidade e de intervenção para a minoração e a superação das desvantagens geradas pelas incapacidades (SIMONELLI, 2010).

A Reabilitação profissional certamente é benéfica tanto ao indivíduo reabilitado quanto a sociedade. Para o indivíduo ela é benéfica, pois o trabalho faz com que as pessoas interajam com os demais, sintam-se úteis e até mais contentes. Além de o direito ao trabalho ser fundamento constitucional do Estado brasileiro. Ressalta-se que é necessário enxergar o trabalho de modo a transcender a visão de que esse seja um mero meio de exploração. O trabalho em nossa sociedade é considerado meio de realização pessoal, quando efetuado dentro de condições salutaras e respeitando as limitações de cada um. Já para sociedade o instituto da reabilitação é importante, pois fomenta a economia, na medida em que há mais produção e mais consumo, em decorrência da renda auferida, e ainda aumenta a receita da Previdência Social, pois permite a existência de mais contribuintes.

Neste sentido, para o segurado a reabilitação profissional é garantia de que enquanto ele não estiver apto para exercício profissional que lhe garanta subsistência o auxílio doença não cessará. E ainda, é importante para o sistema

previdenciário, pois garante que não será concedida a aposentadoria por invalidez, precocemente, aquele que seja suscetível de reabilitação (SCHNEIDER, 2012).

Com efeito, a reabilitação profissional consubstancia um serviço social preferencialmente voltado ao segurado parcialmente incapacitado, que, embora tenha sido considerado insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, pode ser reabilitado para o exercício de outra atividade profissional. Repisando, cuida-se, nesse caso, de um processo que visa a garantir a temporariedade da fruição do benefício de auxílio-doença e a evitar a fruição prematura de um benefício em princípio permanente: a aposentadoria por invalidez (LUGON, 2007).

Verifica-se que um processo de reabilitação profissional bem conduzido desonera sobre modo a previdência social e a sociedade.

Neste mesmo posicionamento, de engrandecer os propósitos da reabilitação profissional, segundo o qual a reabilitação possuiria dois fundamentos antropológicos, a saber: o direito ao trabalho e o direito à saúde. Para garantir esses direitos é muito melhor do que simplesmente fornecer prestações assistenciais. Pois dessa maneira, com esses direitos garantidos, o homem alcança com seu labor o sustento (SCHNEIDER, 2012).

Parte da doutrina entende que esse serviço de reabilitação profissional pode ser compreendido como complementar ao auxílio doença e que pode ser prestado tanto aos segurados contribuintes quanto aos não segurados, já que que está presente também no âmbito da Assistência Social (SCHNEIDER, 2012).

O serviço de habilitação e reabilitação profissional, também encontra respaldo em documentos internacionais, como na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, especificamente em seu artigo nº 23, o qual dispõe que “Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego”.

Há, também, o Decreto nº 129, de 22/05/1991, que promulga a Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes. Este documento estabeleceu na sua parte I, artigo 1, inciso 2 que “todo o País Membro deverá considerar que a finalidade de reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade”.

Em relação ao procedimento, segundo esse serviço inicia-se com uma perícia de triagem, a fim de verificar se é caso de se conceder a aposentadoria por invalidez de imediato, ou se a pessoa pode participar um Programa de Reabilitação profissional (SCHNEIDER, 2012).

Caso a pessoa possa participar, ela será entrevistada por uma equipe multiprofissional, composta por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, a fim de saber sobre os planos de futuro da pessoa, das atividades que ela já exerceu, enfim saber um pouco da história do sujeito passível de habilitação ou reabilitação profissional (SCHNEIDER, 2012).

Destaca-se, ainda, que o desenvolvimento do programa profissional ocorre a partir da definição do vínculo do segurado, em outras palavras, caso o segurado possua vínculo empregatício o Responsável pela Orientação Profissional contatará a empresa/instituição de vínculo com vistas ao retorno do segurado para a mesma função que desempenhava e se não for possível busca-se uma nova função/atividade compatível considerando as limitações e restrições do mesmo. Por outro lado, caso o segurado não possua vínculo empregatício e aqueles em que não há função compatível na empresa ou há impossibilidade de readaptação profissional nesta, é feito o encaminhamento destes para capacitação através de cursos e treinamentos na comunidade (CARVALHO PEREIRA, 2013).

Esse processo desenvolve-se, na comunidade, por meio de contratos, acordos e convênios com instituições e empresas públicas ou privadas (IBRAHIM, 2010). Ademais, podem ser estabelecidas parcerias com Liceus de ofícios, Serviço Nacional de aprendizagem Social (SCHNEIDER, 2012).

Ao término do processo de reabilitação profissional, conforme dispõe o artigo 92 da Lei de benefícios, é emitido certificado individual de reabilitação profissional, apontando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário, nada obstando que este exerça outra atividade para a qual se capacitar.

Esse certificado, porém deve ser analisado com ponderações na medida em que, às vezes, a pessoa que possui esse certificado não está realmente apta para o trabalho, pois como leciona Wladimir Novaes Martinez:

[...] não é impossível que tenha sido emitido um Certificado de Reabilitação Profissional para alguém sem ter sido preparado completamente para a fase seguinte de sua recuperação (pois essa recuperação, de regra, começa na mente do trabalhador) (MARTINEZ, 2012, p. 139).

A Reabilitação profissional deve garantir a igualdade de remuneração da nova atividade, com a atividade laboral anterior (SCHNEIDER, 2012).

Não pode o órgão previdenciário simplesmente reabilitar o segurado, emitir um certificado de conclusão de um curso qualquer e considerá-lo apto a retornar ao mercado de trabalho. Embora a lei não seja taxativa, a Paridade Remuneratória é ínsita ao sistema de Seguro Social, pois à medida que o segurado confia e contribui para este sistema, a contraprestação que se espera deve ser adequada e digna de modo a garantir o seu status (GONÇALVES, 2010).

Para que o serviço de reabilitação profissional mostre-se efetivo e cumpra suas finalidades, entre as quais a reinserção digna do indivíduo no mercado de trabalho, e também desonere a sociedade de pagar benefícios em excesso, é necessário que o encaminhamento a esses serviços ocorra de maneira célere e que várias estruturas sociais trabalhem juntas. Pois, caso uma se recuse a cumprir seu papel o processo todo resta prejudicado. Ademais, necessária é a superação da lógica meramente econômica da reabilitação profissional (economizar com o pagamento de benefícios), neste sentido Marina Coutinho de Carvalho Pereira: [

Para a construção de um serviço de Reabilitação Profissional efetivo faz-se necessário a superação da lógica previdenciária de diminuição de custos para a ótica do direito, que atenda a real necessidade do trabalhador de forma articulada intersetorialmente (CARVALHO PEREIRA, 2016).

A seguir apontar-se-ão as principais barreiras da reabilitação profissional. Um dos problemas que impedem a plena eficácia do Programa de habilitação e reabilitação profissional é o tempo (BERNARDO, 2006).

Verifica-se no cotidiano que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde prolonga a duração do tratamento médico-cirúrgico e de reabilitação física ou psicológica, o que por sua vez aumenta o tempo de afastamento do trabalho.

Tem-se que o tempo gasto pelo trabalhador nos serviços de saúde é razão de postergação de sua introdução no programa de reabilitação profissional, o qual deveria ocorrer o mais cedo possível, a fim de coibir efeitos práticos e simbólicos do seu desligamento do mundo do trabalho.

Outro problema conexo a essa questão da habilitação e reabilitação profissional é o apresentado da dissertação de Liliam Dias Bernado, que é o

preconceito e descaso com que muitas vezes são tratadas as pessoas que apresentam incapacidade laboral (BERNARDO, 2006).

Um estudo mostra o desgaste sofrido pelo trabalhador brasileiro durante o processo de reconhecimento de sua doença nas perícias, já que ele é atingido pelo descrédito de alguns dos profissionais de saúde, os quais muitas vezes pensam que na busca do benefício da aposentadoria por doença, o trabalhador poderia estar simulando seus sintomas (NARDI, 1999).

A escolaridade é outro entrave para o êxito da habilitação e reabilitação. Verifica-se que entre a população com a menor quantidade de anos na educação formal é maior a taxa de desemprego. Ainda, é possível concluir, que pessoas com uma menor qualificação profissional ficam estagnadas durante anos na mesma função nas empresas, não tendo perspectiva de crescimento profissional, maiores salários (SCHNEIDER, 2012).

A Idade também é um óbice, já que persiste no mercado a visão, preconceituosa e utilitarista, de que é melhor para empresa contratar empregados mais jovens. Isso se deve em razão de diversos fatores como: a suposta facilidade dos mais jovens em aceitar novas ideias, o fato de se adaptarem de maneira mais rápida as mudanças tecnológicas. Além, é claro, da questão de possuírem uma saúde melhor, via de regra, não tendo doenças típicas de idades mais avançadas.

Outro obstáculo deste serviço é a recusa das empresa em receber os readaptados novamente, e/ou o não cumprimento da Lei de cotas. As empresas muitas vezes não cumprem a determinação legal (Lei de cotas) de contratar pessoas com deficiência ou reabilitados (SCHNEIDER, 2012). Elas, muitas vezes, demonstram desinteresse com os programas de reabilitação profissional, chegando a deixar os empregados reabilitados ociosos até o encerramento do expediente – ou os colocam em uma função que não possui relação alguma com a qualificação que possuem (BERNARDO, 2006).

Além disso, algumas empresas quando dispensam o empregado nestas condições não substituem por outro na mesma situação como prevê a Lei, fechando “as portas” para essa parcela da população. Outrossim, muitas vezes não respeitam o tempo de estabilidade ao qual o segurado que recebeu auxílio doença acidentário teria direito (ou seja, manutenção do vínculo por um ano).

A questão do desinteresse do trabalhador pelo serviço de habilitação e reabilitação também é um entrave. Isso se deve entre outros fatores, pelo fato de o

sujeito incapacitado receber algum benefício social, ficando desencorajado a participar do processo de habilitação e reabilitação profissional, por medo de perder a prestação social. Diante da situação do medo de perder o benefício assistencial, por conta do reingresso no mercado de trabalho, uma solução possível seria a criação de um benefício nos moldes do auxílio acidente, que pode ser cumulado com o salário (SCHNEIDER, 2012).

Além disso, há de se falar do aspecto psicológico, do receio de não conseguir se reintegrar no mercado novamente (SCHNEIDER, 2012).

Neste viés, Fonseca afirma:

É urgente a criação de um benefício previdenciário, semelhante ao auxílio acidente, que deverá ser pago a todo portador de deficiência que, vencendo suas dificuldades, habilite-se para o trabalho. É o que ocorre em situação semelhante aos trabalhadores que se acidentam e se reabilitam. Passam, então, a perceber um benefício duradouro, suplementar denominado auxílio-acidente (FONSECA, 2004).

Destaca-se que é necessária uma intensa fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego e demais órgãos responsáveis pela fiscalização trabalhista, a fim de se verificar se as empresas estão cumprindo o período de estabilidade dos trabalhadores que retornam após um acidente de trabalho (estabilidade de 12 meses, conforme estabelece artigo 118 da Lei 8.213/91) e também se está sendo observada a estabilidade daqueles que passaram pelo processo de reabilitação (que só podem ser demitidos, conforme estabelece o artigo 93 parágrafo 1º, da Lei 8.213 de 1991, caso outro, em mesma condição, seja contratado).

Tem se claro que o pleno resultado da reabilitação profissional depende de políticas econômicas que atentem para a vida e a saúde do trabalhador, de políticas preventivas de acidentes nos ambientes de trabalho, da assistência à saúde para procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação adequados, e de intervenções, nas atividades e nas relações de trabalho, das empresas com os reabilitados (SIMONELLI, 2010).

Dentro desta temática das dificuldades da habilitação e reabilitação profissional surge a necessidade de se explicar a reabilitação profissional incompleta, que é aquela reabilitação que ocorre quando o Instituto Nacional de Seguridade Social emite, em relação ao reabilitando, certificado individual que demonstre atividades que poderiam ser exercidas pelo segurado, todavia que, na

realidade, são incompatíveis com suas circunstâncias pessoais ou que não estão disponíveis no mercado de trabalho daquela região (SCHNEIDER, 2012).

Ainda, para se considerar uma reabilitação profissional bem sucedida, teriam que ser analisadas duas circunstâncias: uma delas de ordem geral, que seria o perfil do mercado de trabalho da região e outra de ordem pessoal que diz respeito ao nível de motivação e comprometimento do reabilitando (SCHNEIDER, 2012).

Em outras palavras é preciso verificar se aquela atividade para qual a pessoa foi reabilitada garantirá sua vida digna no local em que mora, analisar se há emprego para aquela pessoa reabilitada naquela região. Igualmente, para o sucesso do processo, é necessário o empenho e o desejo de realizar a nova atividade e viver dela. Sem isso, o processo é infrutífero (SCHNEIDER, 2012).

Portanto, ao se verificar que a reabilitação profissional não é possível diante do caso concreto, em decorrência dos mais diversos fatores como escolaridade, idade, condições materiais do local em que mora o reabilitado, defende-se a concessão da aposentadoria por invalidez:

A idade, o seu grau de escolaridade e as suas aptidões ele não puder ser reabilitado para o exercício de nenhuma outra atividade que tenha mercado de trabalho na sua região, o que, no âmbito jurisdicional, pode ser aferido por uma perícia socioeconômica, então sua reabilitação há de ser reconhecida concretamente como incompleta, justificando-se a concessão de uma aposentadoria por invalidez (LUGON, 2007, p. 482).

É necessário ainda apontar a diferença existente entre os institutos da reabilitação e da readaptação. Como leciona Martinez (2012, p. 137), a readaptação não se confunde com a reabilitação, haja vista que readaptação "implica readequação, em recolocação, em medidas que tornem possível essa recuperação". Diante disso é correta a assertiva de que o Instituto Nacional do Seguro Social habilita ou reabilita, mas não readapta o beneficiário.

4.1. DO MERCADO DE TRABALHO E DAS AÇÕES AFIRMATIVAS

Sobre o fato de que o mercado de trabalho é extremamente competitivo não há controvérsias. E a fim de proteger aqueles que por sua condição física ou mental não esteja em gozo de igualdade material com os demais, é preciso criar mecanismos de compensação dessas desigualdades – que para o caso em apreço,

habilitação e reabilitação profissional – são as cotas e outras formas protetivas que serão abordadas. Em relação às ações afirmativas, cita-se:

A política oficial de ação afirmativa, expressa na Constituição e na lei ordinária brasileiras, reflete, acima de tudo, a construção de uma sociedade livre – igualdade formal-, justa- igualdade material- e solidária- igualdade real –, sendo, é claro, referente à última e diretamente interdependente das primeiras, as quais também se enlaçam mutuamente nessa relação de interdependência. A ruptura de qualquer uma delas compromete as demais (FONSECA, 2016, p. 246).

As ações afirmativas não devem ser visualizadas como um assistencialismo estatal é necessário compreender seu real significado: o de uma política necessária e importante para que todos possam ser e sentir-se cidadãos (SCHNEIDER, 2012).

Como exemplo de concretização da igualdade material dos habilitados e reabilitados, tem-se a chamada Lei de Cotas (artigo 93 Lei 8.213/91), que possibilitou a criação de postos de trabalho destinados às pessoas com deficiências ou reabilitadas.

De acordo com o artigo 93 da Lei nº 8.213/1991, a empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção: até 200 empregados 2%(dois por cento); de 201 a 500 3%(três por cento); de 501 a 1.000 4% (quatro por cento) ;de 1.001 em diante 5% (cinco por cento) de trabalhadores que passaram pelo serviço de habilitação ou reabilitação profissional.

Ressalta-se, ainda, que o parágrafo primeiro desta Lei busca garantir que ao dispensar o empregado com deficiência ou reabilitado, o empregador precise contratar outro profissional nas mesmas condições, o que preserva o regime isonômico objetivado pelo referido diploma legal (SCHNEIDER, 2012). Ou seja, é necessário reservar vagas no mercado para esse grupo específico, independentemente de quem as esteja ocupando, desde que seja alguém com deficiência ou reabilitado. Pois, o objetivo é assegurar a igualdade material desta parcela da população.

Para que a Lei seja cumprida, cabe aos auditores fiscais do trabalho a fiscalização do cumprimento do sistema de cotas pelas empresas. Ainda, a Instrução Normativa nº 2020/01, estabelece que no caso de descumprimento da Lei de Cotas,

pode ser lavrado auto de infração com a imposição de multa administrativa (SCHNEIDER, 2012).

Além dos auditores fiscais do trabalho, O Ministério Público do Trabalho também participa do processo de efetivação dos direitos das pessoas com deficiência e reabilitados. Inicialmente a ele é encaminhado um relatório feito pelos auditores fiscais do trabalho a fim de que o Ministério Público tome as medidas cabíveis, quando o empregador não está com a cota cumprida.

O Ministério Público do Trabalho, com vistas tornar mais efetivas suas ações em âmbito nacional, criou a Coordenadoria Nacional de Promoção de Igualdade e Oportunidades (COORDIGUALDADE), órgão que coordena a atuação de Procuradores que geralmente atuam na averiguação de denúncias e fiscalizam empresas que possuem cem ou mais empregados. Verificando-se o descumprimento da Legislação, é facultado um termo de ajustamento de conduta ao empregador. No entanto, se não houver esse compromisso é ajuizada uma Ação Civil Pública (SCHNEIDER, 2012).

Destaca-se que a atuação dos órgãos citados, como os auditores fiscais, Ministério Público do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, fortalece a noção de que o cumprimento da Lei de cotas vai muito além de qualquer assistencialismo. A sua efetivação garante cidadania, não só à pessoa com deficiência ou reabilitado, mas também a todos que em algum momento podem estar nesta situação de hipossuficiência (SCHNEIDER, 2012).

Neste sentido, Fonseca afirma:

O Ministério Público do Trabalho vem tentando quebrar essa distorcida imagem da proteção assistencialista e paternalista, promovendo a inserção do portador de deficiência nas empresas, em absoluta igualdade de condições com os demais. Essa inserção extrapola o mero estudo sobre mercado de trabalho, tendo uma dimensão muito mais ampla, pois ela está intimamente ligada ao valor maior que a Lei garante a todos e que é o direito à cidadania, direito esse não apenas do deficiente, mas de todos nós, já que uma empresa, ao adaptar suas instalações para o portador de deficiência, não o está fazendo apenas para ele, mas para quem precisar usar essas instalações, seja uma senhora grávida, um idoso ou deficiente, qualquer que seja sua limitação (FONSECA, 2006).

Em outras palavras, este serviço não é nenhum favor do Estado, mas sim um dever, frente ao cidadão que por algum motivo não esteja o pleno gozo de sua capacidade laborativa.

4.2. DA RESPONSABILIDADE EMPRESARIAL PARA O SUCESSO DO SERVIÇO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Antes de ingressar na temática do papel das empresas para o êxito do processo de reabilitação profissional, é necessário mencionar a questão da “responsabilidade social das empresas”.

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego a responsabilidade social da empresa engloba um conjunto de valores que devem nortear as relações entre a empresa e seus clientes, empregados, a comunidade, governo e meio ambiente (SCHNEIDER, 2012).

Com o intuito de consolidar o conceito de responsabilidade social das empresas e estabelecer parâmetros para ela, foi criada a SA8000, ou seja, a Social Accountability que é uma norma de certificação internacional que estimula as organizações a desenvolver, manter e aplicar práticas socialmente apoiadas no local de trabalho.

A certificação SA 8000 engloba em suas preocupações questões relacionadas ao trabalho escravo e infantil, saúde e segurança do trabalho, liberdade de associação e negociação coletiva, discriminação, práticas disciplinares, jornada de trabalho, remuneração e sistemas de gestão. Incorporar a certificação SA 8000 quer dizer que a empresa se preocupa com o impacto social das suas operações, atentando para as condições sob as quais seus subordinados trabalham.

A certificação é baseada em normas da Organização Internacional do Trabalho, Declaração Universal dos Direitos Humanos e dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, ressalta-se que essa é a primeira certificação internacional de responsabilidade social (SCHNEIDER, 2012).

No Brasil a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) estabeleceu a norma técnica nº 16.001. Tal Norma dispõe acerca dos requisitos elementares relativos a um sistema de gestão de responsabilidade social, pautado em compromissos como: a responsabilização (*accoutability*) a transparência, o comportamento ético, a observância dos interesses das partes interessadas, a subordinação aos requisitos legais e outros apontados pela organização, o

acatamento às normas internacionais de comportamento, o respeito aos direitos humanos e o fomento ao desenvolvimento sustentável.

Superado esse tema da responsabilidade social da empresa, passa-se à análise da Lei de Cotas, que pode ser entendida como um instrumento pautado nesta ideia da responsabilidade social do empresariado.

Destaca-se, inicialmente, que todas as empresas, com ou sem fim lucrativos, estão submetidas a esse diploma legal, ou seja, a determinação normativa atinge tanto as pessoas jurídicas de direito privado vinculadas ao lucro, quanto as que não o são (SCHNEIDER, 2012).

É cogente salientar que os empregados encarregados da contratação de pessoal nas empresas devem ter o olhar voltado às peculiaridades do empregado reabilitado ou com deficiência.

Em relação à experiência necessária ao cargo é orientação do Ministério do Trabalho e Emprego que a própria empresa viabilize a pessoa a aquisição das habilidades necessárias ao exercício da atividade proposta (MTE, 2007, p. 25).

Importante citar a recomendação da Organização Internacional do trabalho para as empresas que contratam pessoas com deficiência e reabilitados. Recomendação nº 168 da Organização Internacional do Trabalho:

O modelo atual de organização do trabalho impôs um perfil de trabalhador polivalente que desempenha inúmeras funções. Dependendo das limitações impostas pela deficiência, muitas vezes a pessoa não consegue desenvolver o conjunto das funções inseridas num mesmo cargo. Entretanto, pode realizar a grande parte delas. A empresa, sempre que possível, deve verificar a possibilidade de desmembrar as funções de forma a adequar o cargo às peculiaridades dos candidatos (SCHNEIDER, 2012).

Ademais, incube ressaltar que existem outros mecanismos que facilitam neste processo de inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados, quais sejam: o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) esse Programa visa prevenção dos riscos à saúde dos trabalhadores, seu foco é promoção e preservação da saúde da coletividade. Em relação à questão abordada da inclusão da pessoa com deficiência, a reinserção do reabilitado ao mercado, o exame médico ocupacional avaliará a capacidade laborativa das pessoas com deficiência e das reabilitadas, indicando sua aptidão ou inaptidão para funções específicas (SCHNEIDER, 2012). Ou seja, esse instrumento é de grande valia para identificar

quais funções essas pessoas podem exercer sem terem seus direitos ou suas limitações violadas.

Também, tem-se o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) o qual possui como finalidade o controle da ocorrência de riscos existentes no ambiente de trabalho. De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego esses riscos são os agentes químicos, físicos e biológicos existentes no ambiente laboral que podem causar danos à saúde do trabalhador (SCHNEIDER, 2012).

Ainda há a ergonomia que objetiva manter parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características dos trabalhadores, de tal forma que garanta o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.. Almeja-se conseguir um ambiente seguro e adequado em relação ao espaço físico, equipamentos e à própria organização do trabalho (SCHNEIDER, 2012).

Como instrumento para o sucesso da habilitação e reabilitação profissional cita-se, ainda, a integração entre as empresas e o "sistema S105". A letra "S" refere-se aos principais serviços existentes no meio produtivo: SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Social), SESI (Serviço Social da Indústria), IEL (Instituto Euvaldo Lodi), SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), SESC (Serviço Social do Comércio), SENAR (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural), SENAT (Serviço Nacional de Aprendizagem em Transportes), SEST (Serviço Social de Transportes), SEBRAE (Serviço Brasileiro de Apoio às Pequenas e Médias Empresas) e SESCOOP (Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo). Esse sistema, portanto, é composto por organizações e instituições cuja finalidade principal é promover a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e aumentar a qualidade de vida e trabalho empregados (SCHNEIDER, 2012). Diante disso, vê-se que com auxílio desse Sistema "S", é mais fácil conseguir reintegrar e readaptar os reabilitados e pessoas com deficiência.

Outra possibilidade para alcançar resultados positivos do serviço previdenciário de habilitação e reabilitação profissional é a parceria com entidades que defendam pessoas em condição de hipossuficiência ou com deficiência. Essas organizações auxiliar na readaptação das pessoas ao emprego além de orientar o empregador a como agir.

Importante, também, é extinguir as barreiras arquitetônicas, para algumas empresas o fato de ter que contratar um determinado percentual de profissionais com deficiência significa reestruturação em termos do ambiente físico da empresa. A

garantia da acessibilidade dessas pessoas ao local de trabalho e dentro do local de trabalho é fundamental para todo esse processo (SCHNEIDER, 2012).

Logo, necessário é mencionar a Lei nº 10.098/2000 a qual define acessibilidade como: a possibilidade de utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Uma alternativa para tornar mais frutífera a habilitação e a reabilitação profissional, é a terceirização deste serviço, neste sentido MARTINEZ , para o qual:

[...] é permitido ao INSS terceirizar os meios da reabilitação profissional. Diante da falta de estrutura do MPS, o INSS transferirá esta responsabilidade técnica a uma entidade ou a uma empresa, entre as quais, o próprio empregador que enseje a reabilitação. Para resolver a maior parte desses problemas, especialmente a diversidade de atendimento, os desencontros de opiniões e a variedade de procedimentos, o certo é as grandes empresas, isoladamente ou coligadas, elas próprias promoverem esse processo. Claro, sob um convênio multidisciplinar em que ouvidos o MTE, MPS e MS (MARTINEZ, 2012, p.135).

Por fim, ressalta-se que os principais locais para encontrar pessoas habilitadas e reabilitadas são: Sistema Nacional de Empregos (SINE), Centros e Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social, Sistema de Informação da Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência (SICORDE), e ainda as escolas e entidades que representam estes grupos sociais (SCHNEIDER, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da exposição feita, tem-se que a Seguridade Social, ao redor do mundo, foi o meio encontrado para manter o sistema econômico vigente em boa parte dos Países, o Capitalismo, pois esse é flagrantemente desigual e inevitavelmente levaria a um colapso na sociedade. O Estado percebeu ser necessária sua intervenção, garantindo o mínimo necessário à sobrevivência dos indivíduos. Especialmente daqueles que por algum motivo não possam trabalhar.

A Constituição Federal elenca os princípios norteadores da Seguridade Social, como proibição ao retrocesso, isonomia, unicidade, solidariedade, equidade, entre outros. A Constituição Federal de 1988 confere os moldes (a estrutura) da Seguridade Social no Brasil. Da análise destes princípios extrai-se que a seguridade almeja ser um refúgio, quando por si só o segurado não possa subsistir. Quando, por exemplo, estiver incapacitado para trabalhar, deve poder recorrer a um fundo de caráter solidário e pautado no pacto entre as gerações, para poder viver dignamente.

Porém, o sistema apresenta dificuldades, como a demora em se conseguir exames, perícias feitas por profissionais desqualificados para a análise das moléstias sofridas pelos segurados e o próprio preconceito de que é alvo, muitas vezes, aquele que não pode trabalhar.

A questão da Alta Programa também é uma dificuldade, destacou-se tanto os argumentos favoráveis a este Instituto, apresentados pela Previdência, como por exemplo, a maior agilidade na marcação das perícias, quanto os motivos que ressaltam o atentado contra os direitos dos segurados que alta programada representa, a título ilustrativo, a data de cessão de benefício fixada pode privar o segurado de recursos financeiros mínimos necessários a uma vida digna.

Os benefícios ligados à incapacidade para o trabalho, como o auxílio doença, o auxílio acidente, a aposentadoria por invalidez, e a prestação previdenciária da habilitação e reabilitação profissional foram tratados de maneira crítica e, quando era o caso, apontou-se as alterações legislativas sofridas. Destacou-se as modificações no auxílio doença.

Em relação à habilitação e a reabilitação, dentre as vantagens deste serviço para todos, está o fato de ele satisfazer o paciente do processo, que começa ou volta a se relacionar no mercado de trabalho, ainda desonera a sociedade e

aumenta a receita da Previdência, pois quem passou pela habilitação ou reabilitação profissional e foi reinserido no mundo do trabalho volta a contribuir para os cofres da Previdência.

Em suma, tem-se que a Seguridade Social, composta pelos sistemas de Saúde, Assistência social e Previdência, não é mera benesse do Estado, mas sim estrutura necessária para o bom funcionamento do sistema político e econômico vigente, além de ser um meio eficaz para garantir o mínimo existencial para os hipossuficientes e/ou incapacitados para o trabalho.

REFERÊNCIAS

ALCÃNTARA, H. R. **Perícia médica judicial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ALTERIDADE. **Novas regras de benefícios por incapacidade é analisada pelo Juiz Federal José Antonio Savaris**. Disponível em: <<https://www.alteridade.com.br/noticias/mp7392016-entrevista-savaris-beneficios-incapacidade/>>. Acesso em 05 set 2016.

ANASTÁCIO, R. V. **O efeito das perícias médicas na sustentabilidade do orçamento do regime geral de previdência social**. 26 f., il. Monografia (Bacharelado em Ciências Contábeis)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BALERA, W. **Sistemas de Seguridade Social**. 4ed. São Paulo: LTr, 2006.

BERNARDO, L. D. **Os significados do trabalho e da reabilitação profissional para o trabalhador incapacitado para o exercício da profissão habitual**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-73BKA6/lilian_dias_bernardo.pdf?sequence=1>. Acesso em 5 de jun 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Senado, 1988

BRASIL. Lei 8.213 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de custeio, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm>. Acesso em 16 jul.2016

BRASIL. Lei nº. 10.098, de 19 de Dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília. Disponível em: <https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm>. Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Advocacia-Geral da União. SÚMULA Nº 25, DE 09 DE JUNHO DE 2008. Publicada no DOU, Seção I, de 10/06; 11/06 e 12/06/2008. Disponível em: <<http://www.agu.gov.br/page/atos/detalhe/idato/28325>>. Acesso em 04 jun 2016.

BRASIL. Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em 04 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Portal Dataprev: Definições Básicas. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br/servicos/cadint/DefinicoesBSegurado.htm>>. Acesso em: 16 abr 2016.

BUONO NETO,A.;BUONO,E.. **Guia Prático para elaboração de laudos periciais em medicina do trabalho.**São Paulo;LTr,2002.

CAMBI, E. **A prova civil:** admissibilidade e relevância. São Paulo:Revista do Tribunais, 2006.

Carvalho Pereira, M. C. **Reabilitação Profissional Previdenciária:** questões candentes na atualidade. Disponível em:<<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Reabilita%C3%A7%C3%A3o-Profissional-Previdenci%C3%A1ria-quest%C3%B5es-candentes-na-atualidade.pdf>>. Acesso em: 02.11.2016.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário.** 12.ed. rev. e atual. Florianópolis: Conceito, 2009.

CASTRO, C. A. P.; LAZZARI, J. B. **Manual de Direito Previdenciário.**12 ed., Florianópolis. Conceito Editorial.2010.

CASTRO, C. A. P.; LAZZARI, J. B. **Manual de Direito Previdenciário.**9 ed., Florianópolis. Conceito Editorial.2008.

COIMBRA,J.R.F.**Direito previdenciário brasileiro.** 7.ed. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 1997.

CRUZ, J. G. **Previdência social e desigualdade:** uma análise da legislação previdenciária brasileira. 2011. 51 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CUTAIT NETO, M. **Auxílio doença.** Campinas: JHMizuno, 2006.

DIXON, J. Social security in global perspective.Westport, Conn:Praeger,1999

FAGUNDES MIRANDA, A. L. **O Déficit da Previdência Social:** análise comparativa entre as duas linhas metodológicas divergentes. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.97fls.Monografia. Graduação em Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina,2010.

FERREIRA DOS SANTOS, M. **Direito Previdenciário Esquemático.** Coordenador Pedro Lenza. 5ed. São Paulo. Saraiva, 2015.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. O trabalho da pessoa com deficiência e a lapidação dos direitos humanos: o direito do trabalho uma ação afirmativa. São Paulo: LTr, 2006. p.246

FONSECA, R. T. M. **O mercado de trabalho e as leis de ação afirmativa em prol da pessoa portadora de deficiência.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE INCLUSIVA PUC MINAS, 3., 2004, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte.

FORTES, S. B. **Previdência Social no estado democrático de Direito.**São Paulo.LTr, 2005.

FUNDAÇÃO CORSAN. **Portal de Informação**. Disponível em: <www.funcorsan.com.br/index.php?option=faq&Itemid=49&pag=4>. Acesso em 28 maio 2016.

GARCIA-PELAYO, M. **As transformações do Estado contemporâneo**. Tradução Agassiz Almeida Filho. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

GONÇALVES, D. F. **Reabilitação profissional e paridade remuneratória**. Revista de Previdência Social, São Paulo, v.34, n.353, p.316, abr. 2010

HORVATH JÚNIOR, M. **Direito previdenciário**. 7.ed. São Paulo: Quartier Latin, 2008.

IBRAHIM, F. Z. **Curso de Direito Previdenciário**. 13ed. Niterói. Impetus, 2008.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de direito previdenciário**. 15.ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010. p.705

IBRAHIM, F. Z. **As reformas e contrarreformas previdenciárias de 2015**. Revista de previdência Social. São Paulo, v.39, n.417, p.693-698, 2015.

INMETRO. **A Norma Nacional – ABNT NBR 16001**. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/qualidade/responsabilidade_social/norma_nacional.asp>. Acesso em: 14 jul 2016.

JORGE, R. M. **Perícia Médica na concessão de benefícios do INSS**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010. 52fls. Monografia. Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, 2010.

LEITE, Anderson Ribeiro, et al. **Previdência Social: fatores que explicam os resultados financeiros**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 437-457, mar./abr. 2010

LINO, M. V. ; LINO, A. C. B. C. **Uma questão de cotas?** Como pessoas com deficiência percebem sua inserção no mercado de trabalho com base em políticas públicas de inclusão.

MARTINEZ, W. N. **Curso de direito previdenciário**. São Paulo: LTr, 2003.

MARTINEZ, W. N. **Comentários à lei básica da previdência social**. Brasília: LTr, 1999.

MARTINEZ, W. N.. **Controvérsias sobre a reabilitação profissional**. Revista LTr: Legislação do Trabalho, São Paulo, v.76, n.2, ex. 1, p.139, fev. 2012

MARTINS, S. P. **Direito da Seguridade Social**. 28. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

MATTOS, J. L. **O retrocesso social da MP 739**. Disponível em: <<http://www.ftmrs.org.br/artigo-55-retrocesso-social-mp-739>>. Acesso em: 05 set 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. Brasília: MTE, SIT, DEFIT, 2007.

MONTEIRO, M. L. G.. **Previdência Complementar na Seguridade Social**. São Paulo: LTR, 2003.

MORAIS, D. E.; SITTA, E. B. **Apontamentos críticos acerca dos benefícios por incapacidade do regime geral de previdência Social na perspectiva dos Direitos fundamentais sociais**. Jus Plenum –Trabalhista e Previdenciário. Porto Alegre, v.6, n.29,p.21, abril.2010.

MORENO, R. in **Nuevo Derecho de la seguridad social**.México. Porrúa, 1997.

MUELLER, J.L. **Returning to work through job accommodation**. AAOHN Journal, v. 47, n.3, p. 120-131, 1999.

NARDI, H.C. **Saúde, trabalho e discurso médico: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. **NR-9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**. 2009. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr9.htm>>. Acesso em 02 nov 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: < <http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em 26 maio 2016.

PEREIRA NETTO, J. P. **A Previdência Social em Reforma: o desafio de inclusão do maior número de trabalhadores**. São Paulo. LTr, 2002.

PIERDONA, Z. **A legislação previdência precisa ser modificada para parar de estimular a doença**. Disponível em: <http://www.serviprevidencia.org/IMG/pdf/comunicacion7zlp.pdf>. Acesso em: 02 nov 2016.

RIBEIRO, J.O. X. **Auxílio doença acidentário**. Curitiba: Juruá,2008.

ROCHA, D. M. **O Direito Fundamental à Previdência Social na Perspectiva dos Princípios Constitucionais Diretivos do Sistema Previdenciário Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado,2004.

ROCHA, D. M.; SAVARIS, José Antônio (Coord.). **Curso de Especialização em Direito Previdenciário – v. 1 – Direito Previdenciário Constitucional**. Curitiba: Juruá, 2006.

ROCHA, Daniel Machado da. **O Direito Fundamental à Previdência Social**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

ROCHA, Daniel Machado da; BALTAZAR JÚNIOR, José Paulo. **Comentários à lei de benefícios da previdência social**. 10.ed. rev., atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado; Esmafe, 2011.

RUSSOMANO, Mozart Victor. **Comentários à Consolidação das Leis da Previdência Social**. 2.ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1981.

SAMPAIO, R.F. et al. **Returning to work for individuals with health problems: experiences in Brazil. Disability and rehabilitation**, v. 25, n. 23, p. 1326-1332, 2003.

SARLET, I. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**, 2009.

SCHNEIDER, Kamila. **Reabilitação profissional: Uma análise sobre a reinserção do reabilitado no mercado de trabalho**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012. 99 fls. Monografia. Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, 2012.

SERAU JUNIOR, Marco Aurélio. **Seguridade social como direito fundamental material**. Curitiba: Juruá, 2009.

Serra e Gurgel, JB, FUNPREV Fundação ANASPS. **Evolução da Previdência Social**. 2007.

SGS. **CERTIFICAÇÃO SA 8000 - RESPONSABILIDADE SOCIAL**. Disponível em <http://www.sgs.pt/pt-PT/Finance/Audit-Certification-and-Verification/Social/SA-8000-Certification-Social-Accountability.aspx>. Acesso em 14 de julho de 2016

SIMONELLI, Angela Paula et al . **Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 35, n. 121, p. 64-73, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11.07. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100008>.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1991.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência política e teoria geral do estado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

TAVARES, Marcelo Leonardo. **Previdência e Assistência Social: Legitimação e Fundamentação Constitucional Brasileira**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2003.

TAVARES, Marcelo Leonardo. **Direito previdenciário: regime de previdência social e regras constitucionais dos regimes próprios de previdência social**. 13.ed. rev. e ampl. e atual. Rio de Janeiro: Impetus, 2011. p.138

UNIVERSIDADE FEDERALE DE OURO PRETO. **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)**. Incapacidade Laborativa. Disponível em: <www.proad.ufop.br/siass/index.php/pericia/conceitos/30-incapacidade-Laborativa>. Acesso em 11 jul 2016.

VIANNA, João Ernesto Aragonés. **Curso de Direito Previdenciário**.7.ed.São Paulo. Atlas,2014.

VIEIRA, Marco André Ramos. **Manual de Direito Previdenciário**.5º ED. Impetus: Niterói,2005

VALENÇA.Marcelo Morelatti, Dos serviços: arts. 88 a 93.In BALERA, Wagner(Coor.)**Previdência Comentada**. São Paulo:Quartier Latin,2008.