

Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais

The influence of Social Security legislation changes on the profile of the granting of disability benefits for mental disorders

Adriana Kelmer Siano ¹
Luiz Cláudio Ribeiro ²
Aline Evangelista Santiago ³
Mário Sérgio Ribeiro ¹

Abstract *This article is a preliminary study on possible influences of legal regulation changes (Copes and PP) on the result of initial expertise examination in Juiz de Fora (State of Minas Gerais, Brazil), following a request for social benefits due to a mental disorder. Method: retrospective analysis of data drawn from an official data bank (Dataprev) related to examinations concluded between July/2004 and December/2006. Four periods were considered: (1^o) July/2004 to July/2005 before the legal regulation Copes took effect; (2^o) August/2005 to November/2005, with Copes in effect and examinations by third part experts; (3^o) December/2005 to April/2006, without third part experts; (4^o) May/2006 to December/2006, with PP in effect. Results: reduction on the frequency of benefit granting from 81.9% to 49.5% from 1^o to 4^o period. Increase of favorable conclusions on requests for re-evaluations (from 52.0% in 1^o period to 75.3% after Copes) and reduction in 4^o period (36.5%). Reduction on average number of benefit renewal (from 3.5 to 1.7, respectively in 1^o and 4^o periods). The mean period of work dismissal was longer in 1^o period and shorter in 4^o period (respectively 397.4 and 247.6 days). The results highlighted changes on the profile of benefits granted during the period of time in which the new regulations came into force.*

Key words *Mental disorders, Disability, Social security*

Resumo *O objetivo deste artigo é estudar preliminarmente possíveis influências da instituição da Cobertura Previdenciária Estimada (Copes) e do Pedido de Prorrogação (PP) sobre as concessões de auxílio-doença pela perícia médica em exames iniciais (Ax1) de segurados atendidos em Juiz de Fora (Gex/JF), Minas Gerais, com diagnóstico de transtorno mental (TM). Foi feita análise retrospectiva dos Ax1 concluídos entre julho/2004 e dezembro/2006 através de banco de dados fornecido pela Dataprev. Subdivisão do período: (1^o) julho/2004 a julho/2005, antes da Copes; (2^o) agosto/2005 a novembro/2005, após a Copes, com peritos credenciados; (3^o) dezembro/2005 a abril/2006, sem credenciados; (4^o) maio/2006 a dezembro/2006, após o PP. Como resultados, houve redução na frequência de deferimento de ax1 de 81,9% no 1^o para 49,5% no 4^o período; aumento da reconsideração de conclusões periciais (de 52,0% no 1^o período para 75,3% após a Copes), com posterior redução no 4^o período (36,5%); redução no número médio de renovações, de 3,5 no 1^o para 1,7 vez no 4^o período. O tempo médio de afastamento foi maior no 1^o período e menor no 4^o (respectivamente, 397,4 e 247,6 dias). Observaram-se alterações no perfil de concessão do auxílio-doença a segurados da Gex/JF com diagnóstico de TM em Ax1 no período que compreende as alterações normativas em questão.*

Palavras-chave *Transtornos mentais, Incapacidade, Previdência Social*

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Rua José Lourenço Kelmer s/n^o, Campus Universitário, São Pedro. 36036-900 Juiz de Fora MG.

kelmer@terra.com.br
² Departamento de Estatística, Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora.

Introdução

A principal função dos sistemas previdenciários é assistir financeiramente a população adulta que se encontra afastada do mercado de trabalho, seja por doença, seja por invalidez ou idade avançada. Ao longo de sua existência, a Previdência Social do Brasil passou por diversas modificações conceituais e estruturais, formalizadas por meio de leis, decretos e instruções normativas (IN). Dentre tais instrumentos legais, relativos ao exercício da Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), deve-se ressaltar aqui: (1) a Lei nº 8.213/91 (e alterações); (2) o Decreto nº 3.048/99 (e alterações); e (3) a IN INSS/PRES nº 20, de 11/10/2007 (alterada pela IN INSS/PRES nº 23, de 13/12/2007 e, mais recentemente, pela IN INSS/PRES nº 27, de 30/04/2008)¹⁻⁵. Neles são encontradas disposições sobre o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), com a caracterização dos segurados do INSS e a regulamentação da concessão dos benefícios previdenciários.

O auxílio-doença previdenciário – que é devido aos segurados incapacitados para o exercício de suas atividades laborativas – é o benefício do RGPS que representa a maior demanda de trabalho da Perícia Médica do INSS. Apesar da nomenclatura, não é um benefício cuja prestação dependa exclusivamente da presença de alguma doença; de acordo com a legislação pertinente, é necessário que o agravo à saúde esteja efetivamente comprometendo a capacidade laborativa do segurado. O auxílio-doença também não é devido àquele segurado que, ao filiar-se ao RGPS, já apresentava a doença ou lesão alegada como motivo para o requerimento do benefício, exceto quando a incapacidade é decorrente de progressão ou agravamento daquela patologia. O segurado incapaz para suas atividades laborativas terá seu requerimento deferido se o início da incapacidade, constatada durante o exame médico-pericial, for posterior ao cumprimento do período de carência de 12 contribuições mensais – exceto para determinadas situações que isentam carência e são previstas na legislação³.

Na falta de médicos de seu quadro de pessoal em número suficiente para suprir as demandas da instituição, até recentemente o INSS lançava mão do credenciamento de médicos para a execução de exames médico-periciais^{6,7}. Inicialmente, os laudos periciais concluídos pelos credenciados deveriam ser homologados pelos peritos médicos do quadro de pessoal do INSS: a conclusão do laudo médico-pericial realizado pelo perito credenciado poderia ou não ser ratificada

pelos supervisores do INSS, e somente após essa avaliação a decisão seria informada ao segurado⁷. Entretanto, em novembro de 2000, através do Decreto 3.668, o Governo tornou desnecessária essa homologação que, na prática, já não avaliava os laudos dos peritos credenciados, deixando de funcionar como um filtro sobre as decisões dos credenciados para se tornar uma ação simplesmente burocrática, necessária para a emissão da conclusão médico-pericial^{7,8}. Em 2004, a Lei nº 10.876, que criou a carreira de perícia médica previdenciária, determinou a contratação de três mil médicos através de concursos públicos e o descredenciamento dos médicos terceirizados, a ser concluído até fevereiro de 2006⁹.

Em 2005, iniciaram-se algumas mudanças no processo de concessão de auxílio-doença. Em agosto daquele ano, foi instituída a Cobertura Previdenciária Estimada (Copes), medida que buscou reduzir as longas filas de espera do INSS: no ato pericial, o médico deveria estabelecer prazos para a cessação dos benefícios, baseando-se no tempo provável necessário à recuperação da capacidade laborativa dos segurados. Até aquela data, a maioria dos segurados que tinha seu requerimento deferido pelos peritos médicos recebia o resultado com a Data de Comprovação da Incapacidade (DCI), isto é, já saía da perícia com a próxima avaliação pericial agendada. Com a Copes, a Data de Cessação do Benefício (DCB) passou a substituir a DCI nas conclusões periciais, eliminando as perícias intermediárias: o segurado só retornaria à Agência da Previdência Social (APS) se não houvesse recuperação da capacidade laborativa no prazo estimado¹⁰.

Entre agosto de 2005 e abril de 2006, o segurado que considerasse não ter recuperado sua capacidade laborativa, a cada benefício, só teria direito a Pedido de Reconsideração (PR) e/ou a recurso perante a Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS)¹⁰. Em maio de 2006, entretanto, foi instituído o Pedido de Prorrogação (PP) da DCB, podendo o benefício ser prorrogado quantas vezes fosse constatada a presença de incapacidade laborativa^{11,12} – tal modificação, de alguma forma, abriu caminho para uma reelaboração do modelo anterior à Copes.

Ainda que as considerações apresentadas como justificativa para a elaboração e/ou revisão da legislação previdenciária não destaquem o fator econômico envolvido nesse processo, além dos objetivos explícitos na redação dessas mudanças normativas, há que se considerar as implicações econômicas delas. Os números registrados nas bases de dados e nos sítios institucio-

nais refletem a importância do auxílio-doença para a Previdência Social, bem como as consequências dessas mudanças na legislação previdenciária¹³. As concessões de benefícios por incapacidade laborativa cresceram 24,0% ao ano no período entre 1999 e 2003, e a tendência ao crescimento se manteve em 2004 e 2005, chegando a representar 0,53% do Produto Interno Bruto (PIB) nesse último ano^{7,14}. Entretanto, a partir das mudanças descritas acima – efetivadas em 2005 – foi registrada uma redução de 21,66% nas concessões de auxílio-doença previdenciário entre outubro de 2005 e maio de 2006¹⁵.

Trabalhos evidenciam que três patologias crônicas não transmissíveis – doenças musculoesqueléticas, transtornos mentais (TM) e doenças cardiovasculares – estão entre as mais frequentes causas de incapacidade laborativa¹⁶⁻²⁰. No que tange a importância dos TM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que os custos econômicos decorrentes da perda da produtividade são maiores que os custos diretos com a doença, uma consequência da incapacidade prolongada dos pacientes psiquiátricos²¹. Em 1990, embora os quadros neuropsiquiátricos representassem apenas 0,3% das causas de mortalidade, foram responsáveis por 10,5% dos gastos mundiais em decorrência de agravos à saúde²². De acordo com Prince *et al.*²³, um relatório da OMS de 2005 atribuiu aos TM – com destaque para depressão, transtornos por uso de álcool, esquizofrenia, transtorno bipolar do humor e demência – 31,7% de todos os anos vividos com incapacidade, indicando que os TM são uma importante causa de incapacidade prolongada.

O objetivo deste trabalho é analisar a possível influência das alterações normativas ocorridas na legislação previdenciária em agosto de 2005 e maio de 2006 – respectivamente, a instituição da Copes e a do PP – sobre as concessões de auxílio-doença pelo Setor de Perícias Médicas da Previdência Social em exames periciais iniciais (Ax1) de segurados da Gerência Executiva do INSS em Juiz de Fora-MG (Gex/JF) que receberam como diagnóstico principal o registro de algum TM.

Material e métodos

Inicialmente, foi realizado um levantamento de dados por meio do Módulo Gestão do Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI-Gestão), buscando identificar a relevância dos TM entre os requerimentos de auxí-

lio-doença na Gex/JF durante o período de julho de 2004 a dezembro de 2006. Verificou-se que, nesse período, foram realizadas 301.278 perícias na Gex/JF, das quais 129.373 (42,9%) eram de Ax1. Entre estes Ax1, 21.565 (16,7%) tiveram o registro de algum TM como diagnóstico principal – o terceiro grupo diagnóstico mais frequente, seguindo as doenças cardiovasculares (21%) e musculoesqueléticas (33%).

Apesar de a Gex/JF contar com sete agências, apenas as APS Largo do Riachuelo e São Dimas foram incluídas na pesquisa, considerando que: (1) nelas, o Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) já estava sendo utilizado há mais de seis meses antes do início do período englobado por este estudo, enquanto nas demais APS da Gex/JF a implantação se iniciou apenas em março de 2004; e (2) nestas duas APS foram realizados 67,4% (14.523) dos Ax1 com registro de TM como diagnóstico principal durante o período avaliado.

Realizou-se, então, uma análise retrospectiva de variáveis sociodemográficas, clínicas e previdenciárias relativas ao universo populacional contido no banco de dados fornecido pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) constituído pelas perícias ambulatoriais de Ax1 concluídas com diagnóstico principal no grupo F da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), realizadas nas APS Largo do Riachuelo e São Dimas da Gex/JF entre julho de 2004 e dezembro de 2006. O banco final foi composto por dados oriundos de outros dois bancos: o SABI e o Sistema Único de Benefício (SUB).

Considerando-se as mudanças na legislação previdenciária e no tipo de vínculo dos peritos médicos com o INSS, o período avaliado foi assim subdividido: (1) “1º período”, de julho de 2004 a julho de 2005, englobando os 13 meses do estudo que antecederam a implantação da Copes, envolvendo peritos médicos do quadro de pessoal do INSS concursados antes de 2005 (“concursados antigos”) e peritos médicos “credenciados”; (2) “2º período”, de agosto a novembro de 2005, os quatro primeiros meses após a Copes, incluindo “concursados antigos”, “credenciados” e peritos médicos do quadro de pessoal do INSS concursados após 2005 (“concursados novos”); (3) “3º período”, de dezembro de 2005 a abril de 2006, os cinco meses finais da Copes, antes da instituição do PP, envolvendo apenas peritos médicos concursados, antigos e novos; e (4) “4º período”, de maio de 2006 a dezembro de 2006, englobando os oito meses do estudo após a ins-

tuição do PP, também incluindo apenas peritos concursados. Apesar de o prazo final estabelecido pela legislação para a conclusão do descarteamento ter sido fevereiro de 2006, em Juiz de Fora os médicos credenciados realizaram Ax1 com registro de TM como diagnóstico principal somente até novembro de 2005.

O banco de dados fornecido pela Dataprev – formado por dados do SABI e do SUB – continha inicialmente 11.321 registros de Ax1. Destes, 85 foram excluídos por estarem em desacordo com o esperado: (1) quatro casos em que a Data da Entrada do Requerimento (DER) era igual a 01/01/1900; (2) 15 casos em que a data de nascimento do segurado era igual a 01/01/2000; (3) 29 casos em que o tempo de contribuição total ultrapassava o limite para aposentadoria (mais de 35 anos de contribuição); (4) três casos em que a DER era anterior à data de filiação do segurado (não é possível requerer um auxílio-doença sem ser filiado ao INSS); (5) quatro casos em que a Data da Realização do Exame (DRE) era anterior à DER (não é possível realizar um exame pericial sem requerimento prévio); (6) um caso em que a Data de Início da Doença (DID) era posterior à Data de Início da Incapacidade (DII), o que indicaria incapacidade anterior à doença; e (7) 29 casos em que a DCB era anterior à DRE, indicando que o benefício teria cessado antes mesmo do exame pericial. Assim, o banco de dados final ficou constituído por 11.236 registros.

A DCB registrada no banco de dados refere-se àquela fixada na última avaliação pericial anterior a sua construção pela Dataprev. Assim, a variável tempo de afastamento corresponde ao total de dias de manutenção do benefício, independentemente do número de renovações ocorridas nesse período.

Deve-se ressaltar que, conforme informações dos técnicos da Dataprev, a diferença entre o total de Ax1 encontrado no levantamento realizado através do SABI-Gestão (14.523) e o contido no banco de dados fornecido (11.321) está pro-

vavelmente relacionada ao fato de que o SABI-Gestão faz a seleção dos dados sem considerar o campo referente à ordem da perícia. Assim, para um requerimento com duas perícias – uma de Ax1, lida pelo sistema como “laudo=1/ordem=0”, e uma segunda, lida pelo sistema como “laudo=1/ordem=1” – o SABI-Gestão registraria o fato como duas perícias e a Dataprev apenas como uma, o Ax1; a outra perícia poderia ser, por exemplo, um caso de PR.

Finalmente, as análises descritivas e exploratórias dos dados foram realizadas por meio do *software* SPSS 14.0 (número de série 9656438), após a importação do banco de dados fornecido pela Dataprev.

Resultados

A Tabela 1 evidencia uma progressiva redução das avaliações periciais que concluíram pela existência de incapacidade laborativa e, consequentemente, resultaram no deferimento do requerimento de auxílio-doença pela Perícia Médica da Previdência Social: de 81,9% de deferimentos no “1º período”, antes da instituição da Copes, para 49,5% no “4º período” avaliado, após a instituição do PP.

Após ter o requerimento de Ax1 indeferido ou após a DCB do benefício, os segurados podem requerer um PR ou um recurso à JRPS, considerados perícias de ordem 2, encontradas em 29,5% dos 11.236 Ax1 avaliados. A Tabela 2 evidencia que a frequência de deferimento desses requerimentos teve um crescimento relevante logo após a instituição da Copes – de 52,0% no “1º período” para 75,3% no “2º período”; após discreta redução no “3º período” (66,7%), a menor frequência de deferimento de perícias de ordem 2 foi identificada no “4º período” (36,5%).

Dos 11.236 Ax1 avaliados, 67,7% foram renovados. A frequência de renovações na categoria de um a três vezes, que era de 55,4% no “1º

Tabela 1. Conclusão pericial sobre a capacidade laborativa nos exames periciais iniciais (Ax1) concluídos entre julho/2004 e dezembro/2006.

Conclusão pericial	1º período		2º período		3º período		4º período		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Capaz	535	18,1	333	23,4	864	38,8	2.337	50,5	4.069	36,2
Incapaz	2.426	81,9	1.088	76,6	1.365	61,2	2.288	49,5	7.167	63,8
Total	2.961	100	1.421	100	2.229	100	4.625	100	11.236	100

período”, passou para cerca de 75% nos períodos entre a instituição da Copes e a do PP e para 95,7% no “4º período”. Observa-se uma redução do número médio de renovações ao longo dos períodos (Tabela 3). Especificamente no “1º período”, 56,3% dos benefícios renovados estiveram acima da média geral de renovações (2,7 vezes para o conjunto dos quatro períodos); acima desta média, estiveram 36,4% das renovações no “2º período”, 44,3% no “3º período” e 17,8% no “4º período”.

Em todos os períodos, a DII foi fixada pelo perito médico no mesmo dia da DER – ou mes-

mo após essa data – em frequência sempre superior a 71%. O tempo médio entre a DII e a DER aumentou de 9,0 dias no “1º período” para 37,0 dias no “2º período”, 46,6 dias no “3º período” e 62,8 dias no “4º período” (Tabela 4).

Observou-se uma flutuação no tempo de duração do benefício: a maior média de afastamento foi de 397,4 dias, no “1º período”, e a menor de 247,6 dias, no “4º período” – tal flutuação pode também ser observada nas categorias que, a cada período, concentraram a maior frequência de duração do benefício (Tabela 5). Afastamentos com duração abaixo da média global

Tabela 2. Conclusão pericial sobre a capacidade laborativa nos exames periciais de ordem 2’.

Conclusão pericial	1º período		2º período		3º período		4º período		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Capaz	269	48,0	236	24,7	325	33,3	524	63,5	1.354	40,8
Incapaz	292	52,0	721	75,3	651	66,7	301	36,5	1.965	59,2
Total	561	100	957	100	976	100	825	100	3.319	100

* Dos 11.236 exames periciais iniciais (Ax1) avaliados, apenas 3.319 tiveram o registro de perícias de ordem 2 (quais sejam: pedido de reconsideração ou recurso).

Tabela 3. Número de renovações do benefício avaliado.

Número de renovações	1º período		2º período		3º período		4º período		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1 a 3	1.379	55,4	876	76,2	1.141	75,7	2.348	95,7	5.744	75,6
Acima de 4	1.112	44,6	274	23,8	366	24,3	106	4,3	1.858	24,4
Total	2.491	100	1.150	100	1.507	100	2.454	100	7.602	100
Número médio de renovações	3,5		2,5		2,5		1,7		2,7	

Tabela 4. Tempo entre o início da incapacidade e o requerimento do exame pericial inicial.

Data do Início da Incapacidade (DII) em relação à Data de Entrada do Requerimento (DER)	1º período		2º período		3º período		4º período		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
DII fixada na DER ou após a DER	1.841	76,0	781	71,8	970	71,0	1.620	70,7	5.212	72,8
DII fixada até 1 mês antes da DER	464	19,1	220	20,2	263	19,3	414	18,1	1.361	19,0
DII fixada entre 1 e 6 meses antes da DER	103	4,2	56	5,1	69	5,1	111	4,9	339	4,7
DII fixada entre 6 meses e 1 ano antes da DER	10	0,4	04	0,4	15	1,1	45	2,0	74	1,0
DII fixada há mais de 1 ano antes da DER	08	0,3	27	2,5	48	3,5	98	4,3	181	2,5
Total	2.426	100	1.088	100	1.365	100	2.288	100	7.167	100
Tempo médio entre o início da incapacidade e a data do requerimento (em dias)	9,0		37,0		46,6		62,8		37,6	

(307,8 dias) variaram entre 48,0% no “1º período”, 66,7% no “2º período”, 60,4% no “3º período” e 63,4% no “4º período”.

Discussão

O aumento das concessões e dos gastos com benefício por incapacidade laborativa não é uma realidade exclusivamente brasileira. Na Grã-Bretanha, entre 1985 e 1995, houve um aumento contínuo nas taxas de incapacidade, especialmente em benefícios com maior prazo de duração¹⁹. Nos Países Baixos, os benefícios por incapacidade foram pagos a 13,2% da força de trabalho no ano de 1998 e atingiram 14,7% em 2002; isto significa dizer que um milhão de trabalhadores estavam recebendo esse tipo de benefício²⁴. Nos Estados Unidos da América, a concessão de benefícios por incapacidade cresceu 34% entre 1990 e 1995, sendo que 10% dos gastos do seguro social daquele país são devidos a esse tipo de benefício, e apenas 1% dos beneficiários solicitam interrupção dele em decorrência do retorno ao trabalho²⁵; em 1999, eram três milhões de americanos incapacitados para o trabalho²⁶.

No Brasil, o relevante aumento na concessão de auxílio-doença – de uma relativa estabilidade nas duas décadas anteriores, o número de benefícios concedidos sob essa rubrica saltou de 793.825, em 2001, para 1.288.270, em 2002, e alcançou o expressivo número de 1.871.903 benefícios concedidos em 2005²⁷ – chamou a atenção de alguns pesquisadores, discutindo-se possíveis causas e soluções. Cechin e Giambiagi⁷ destacaram quatro possibilidades: (1) as mudanças nos critérios para a concessão de aposentadorias, que se tornaram mais rígidos a partir das reformas

de 1998-1999, especialmente quanto à obtenção da aposentadoria por tempo de contribuição; (2) a conjuntura econômica desfavorável, com baixo crescimento econômico, aumento do desemprego e redução da renda dos trabalhadores; (3) a modernização da Previdência Social, que facilitou o acesso dos segurados aos benefícios e às informações sobre seus direitos; e (4) a capacidade da Perícia Médica do INSS – sobre este ponto, os autores indagam a possibilidade de maior tolerância na avaliação pericial e destacam a eliminação da etapa de homologação dos laudos dos médicos credenciados a partir de 2001. Além destas, Mora¹⁴ sugere outras hipóteses: (1) a ocorrência de uma deterioração da saúde dos brasileiros; (2) os incentivos econômicos decorrentes do cálculo do valor do auxílio-doença, que, em alguns casos, torna o valor do benefício maior que o salário do segurado; (3) o aumento da população passível de requerer esse benefício; e (4) a ocorrência de fraudes em sua concessão. Refletindo sobre aspectos sociais que extrapolam o campo de avaliação da Perícia Médica Previdenciária, pode-se ainda acrescentar a possibilidade da utilização do auxílio-doença como única fonte de renda regular por parte dos segurados e que, eventualmente, somar-se-ia a rendimentos informais.

Os resultados deste trabalho indicam que, após as mudanças normativas efetivadas em 2005 com o objetivo de atuar sobre a concessão do auxílio-doença, iniciou-se uma redução progressiva nos deferimentos dos requerimentos de segurados com diagnóstico de TM avaliados em Ax1 pela Perícia Médica do INSS na Gex/JF. Nas perícias de ordem 2, observou-se um crescimento do percentual de deferimentos logo após a instituição da Copes, o que sugere que o maior ri-

Tabela 5. Tempo de afastamento durante o benefício desde o exame pericial inicial.

Data da Cessação do Benefício (DCB) em relação à Data da Realização do Exame (DRE)	1º período		2º período		3º período		4º período		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
DCB fixada na DRE	19	0,9	5	0,5	1	0,1	9	0,4	34	0,5
DCB fixada até 3 meses após a DRE	436	20,6	225	22,6	285	22,2	413	20,2	1.359	21,1
DCB fixada entre 3 e 6 meses após a DRE	216	10,2	297	29,9	270	21,0	413	20,2	1.196	18,6
DCB fixada entre 6 meses e 1 ano após a DRE	475	22,4	180	18,1	292	22,7	707	34,5	1.654	25,7
DCB fixada 1 ano ou mais após a DRE	973	45,9	287	28,9	436	34,0	507	24,7	2.203	34,1
Total	2.119	100	994	100	1.284	100	2.049	100	6.446	100
Tempo médio de afastamento (em dias)	397,4		270,9		284,6		247,6		307,8	

gor aplicado nas avaliações de Ax1 não foi mantido quando os segurados pediam revisão da conclusão inicial; uma redução expressiva foi observada apenas após a introdução do PP. Esse resultado pode refletir o que Lima²⁸ descreveu como um possível prejuízo ao segurado durante a vigência da Copes antes da introdução do PP: em seu estudo, mais de três quartos das conclusões periciais em Ax1 foram alterados no PR, sugerindo possível erro no prognóstico para a fixação da DCB. Os resultados aqui apresentados ainda indicaram que, a partir da instituição do PP, as solicitações de reconsideração da conclusão de cessação do benefício (perícia de ordem 2) não foram consideradas procedentes na ampla maioria dos casos (63,5% de indeferimentos). A relevante redução de deferimentos das perícias de ordem 2 parece evidenciar a adequação daquela medida, que instituiu a possibilidade de reavaliação dos segurados e de prorrogação dos benefícios enquanto não houvesse plena recuperação de sua capacidade laborativa.

Vale ressaltar o impacto inicial das mudanças normativas ocorridas em 2005 sobre a dinâmica das APS. Quando os segurados passaram a ter as perícias concluídas sem que a data da próxima avaliação ficasse agendada (DCI) – mas com a fixação da provável DCB –, uma grande insatisfação se fez presente entre os segurados e se concretizou nas numerosas agressões sofridas pelos peritos médicos. Todavia, o aumento inicial nas exigências burocráticas para marcação dos exames periciais – implicando o retorno dos segurados às APS para marcar o PR ou novo Ax1, posteriormente minimizado pela introdução da marcação eletrônica, por telefone ou pela Internet – e a limitação normativa do número de requerimentos resultaram na redução das longas filas de espera do INSS. Neste estudo, o tempo médio de espera entre o requerimento e o exame pericial, que era de 24 dias antes da instituição da Copes, caiu para 18 dias entre agosto e novembro de 2005, chegou a quatro dias entre dezembro de 2005 e abril de 2006 e passou para oito dias após a instituição do PP (resultados não apresentados nas tabelas). Uma provável consequência da maior agilidade no acesso de muitos segurados ao auxílio-doença seria a redução do dispêndio com o pagamento de benefícios durante o prazo de espera pela avaliação pericial, uma vez que o trabalhador incapacitado para suas atividades não deve ser penalizado pela morosidade institucional.

Além do número de concessões de auxílio-doença, outro fator de impacto sobre as despe-

sas do INSS decorre da duração desses benefícios; segundo Cechin e Giambiagi⁷, em 2003 teria havido expressivo aumento da duração média dos auxílios-doença. Ao longo do período avaliado por este estudo, nota-se que houve redução tanto do número de renovações quanto da duração dos benefícios concedidos a segurados com TM; uma vez que a montagem do banco de dados foi finalizada em setembro de 2007 – ou seja, apenas nove meses após o fechamento do último período aqui avaliado –, deve-se considerar que a menor média do período após a instituição do PP tenha sido influenciada por esse viés. Entretanto, tal resultado poderia ainda indicar um resgate, por parte da Perícia Médica do INSS, do objetivo fundamental do auxílio-doença: ser um benefício temporário, necessário enquanto o segurado se mantém incapaz para o exercício de suas atividades laborativas.

Além da preocupação com os custos decorrentes da incapacidade prolongada dos TM, bem como com seu impacto sobre o sistema de saúde e o mercado de trabalho, não se pode desconsiderar o resultado do tempo de afastamento sobre a vida dos segurados. De acordo com Marx²⁹, “o homem produz o homem” e, simultaneamente, tanto o trabalho como a própria subjetividade humana são ponto de partida e resultado do movimento inteiro da história; para Marx, **“toda a assim chamada história universal” nada mais é que a produção do homem pelo trabalho humano**” (destaque no original). Assim, a avaliação da interação entre subjetividade e trabalho implica a consideração da perspectiva dialética: se um TM pode limitar a capacidade laborativa dos sujeitos, seu afastamento do exercício do trabalho limita sua realização como ser social. Nesse sentido, pode-se tomar a atividade laborativa como possível fator positivo para o prognóstico: o trabalho ofereceria a sujeitos com TM melhores condições de reinserção social³⁰. Durante o início do tratamento, muitos trabalhadores podem precisar se afastar de suas atividades laborativas, até mesmo para se adaptarem aos efeitos dos psicofármacos prescritos. Entretanto, após a estabilização do quadro, o tratamento de manutenção – que geralmente é longo – não justifica, por si só, a persistência desse afastamento. Uma abordagem não excludente dos sujeitos com TM – que, simultaneamente, valorize seu potencial laborativo, bem como o valor do próprio trabalho para a condição humana – pode ter um importante papel em sua melhora clínica; a rigor, esse enfoque não tem sido devidamente abordado nas discussões sobre o tema em questão.

Outro aspecto essencial da avaliação médico-pericial refere-se à DII, que deve ser corretamente fixada na data em que as manifestações da doença passaram a impedir o desempenho das atividades laborativas do segurado, justificando seu afastamento do trabalho. Sua fixação baseia-se em **exame objetivo, exames complementares, atestado de internação e outras informações de natureza médica** que possam embasar com “relativa segurança” a provável DII⁶. É função do perito médico a busca por documentos que fundamentem sua conclusão sobre a DII fixada no laudo médico-pericial: se não identificar elementos definidores no Ax1, pode recorrer à Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA). Se, ainda assim, não houver dados que justifiquem sua fixação, o SABI permite que a DII seja registrada, alternativamente: na data da declaração ou do atestado do médico assistente; na DER, considerando-se que o segurado procurou pelo INSS no momento em que se percebeu incapaz; ou mesmo na DRE, quando se constata a incapacidade laborativa no exame pericial – condutas que, de acordo com orientações institucionais, devem ser evitadas pelos peritos médicos³¹.

Ainda que tenha sido uma conduta mantida em mais de 71% dos casos, ao longo do período avaliado neste estudo observou-se uma pequena redução do percentual de registros com a DII coincidente ou posterior à DER. Uma DII que indicasse haver um intervalo de tempo entre o início da incapacidade e o requerimento do benefício sugeriria maior cuidado dos peritos médicos com a realização de seu trabalho. Ao fixar a DII na DER, a conclusão pericial pode, indevidamente, favorecer filiados ao INSS que já apresentariam doença incapacitante previamente à aquisição ou reaquisição da qualidade de segurado. Tal conduta, além de gerar um ônus indevido aos cofres da Previdência, mostra-se injusta com os trabalhadores que contribuem regular e devidamente e que, por questões político-econômicas, têm tido seus direitos cada vez mais dificultados. Há que se ressaltar, todavia, a existência de uma insuficiência da normatização institucional: pela ausência de clareza normativa, o perito médico não tem orientação legal objetiva para a fixação da DII, dando margem, em alguns casos, a questionamentos recursais e processos judiciais sem possibilidade de defesa concretamente embasada por parte da Perícia Médica.

Conclusão

Os resultados aqui apresentados evidenciaram que, após as alterações normativas ocorridas na legislação previdenciária em agosto de 2005 e maio de 2006, o perfil de concessão do auxílio-doença a segurados da Gex/JF com diagnóstico de TM em Ax1 sofreu modificações. Houve redução no número de deferimento dos requerimentos de Ax1 por parte da Perícia Médica, no número de reconsideração do indeferimento nas perícias de ordem 2 após a instituição do PP, no tempo médio de afastamento e no número médio de renovações do benefício. O tempo médio entre o requerimento do benefício e a realização do exame médico-pericial também sofreu redução, contribuindo para a redução das filas do INSS e, provavelmente, dos gastos com o pagamento de benefícios durante a espera pela avaliação pericial. Foram evidenciadas também possíveis falhas no trabalho dos peritos médicos da Gex/JF no que se refere ao registro da DII dos segurados avaliados.

Todavia, esses resultados preliminares indicam a necessidade de se recorrer a instrumentos estatísticos que avaliem possíveis associações entre as conclusões periciais e mudanças normativas, assim como entre outras variáveis – em especial, sociodemográficas, clínicas e previdenciárias dos segurados e vínculos dos peritos médicos com o INSS.

Colaboradores

AK Siano trabalhou na concepção teórica, na organização do banco de dados, na análise dos resultados, na revisão bibliográfica e na elaboração e redação final do artigo; LC Ribeiro, na organização do banco de dados e na análise dos resultados; AE Santiago, na organização do banco de dados e na revisão bibliográfica; MS Ribeiro, na concepção teórica, na análise dos resultados e na elaboração e redação final do artigo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1991; 14 ago.
2. Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 7 maio.
3. Brasil. Instrução Normativa nº 20, de 11 de outubro de 2007. Estabelece critérios a serem adotados pela área de benefícios. *Diário Oficial da União* 2007; 10 out.
4. Brasil. Instrução Normativa nº 23, de 13 de dezembro de 2007. Altera a Instrução Normativa nº 20 INSS/PRES, de 11 de outubro de 2007. *Diário Oficial da União* 2007; 14 dez.
5. Brasil. Instrução Normativa nº 27, de 30 de abril de 2008. Altera a Instrução Normativa nº 20 INSS/PRES, de 11 de outubro de 2007. *Diário Oficial da União* 2008; 2 maio.
6. Brasil. Ministério da Previdência Social. *Manual de Perícia Médica da Previdência Social*. Brasília: Ministério da Previdência Social; 2002. p. 118.
7. Cechin J, Giambiagi F. O aumento das despesas do INSS com o auxílio-doença. *Boletim de Conjuntura do Ipea* 2004; 66:81-90.
8. Brasil. Decreto nº 3.668, de 22 de novembro de 2000. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial da União* 2000; 23 nov.
9. Brasil. Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004. Cria a Carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da Carreira de Supervisor Médico-Pericial do Quadro de Pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 3 jun.
10. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Orientação Interna nº 130, de 13 de outubro de 2005. Assunto: Cobertura Previdenciária Estimada – Conclusão Médico-Pericial. Revogada pela OI-138 de 11/05/2006. [documento na Internet]. [acessado 2007 maio 31]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/restritos/87/inss-dirben/2005/130.htm>
11. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Orientação Interna nº 138, de 11 de maio de 2006. Dispõe sobre os procedimentos de perícia médica. Alterada pela OI-164 de 26/03/2007. [documento na Internet]. [acessado 2007 maio 14]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/restritos/87/inss-dirben/2006/138.htm>
12. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Orientação Interna nº 164, de 26 de março de 2007. Altera a Orientação Interna nº 138 INSS/Dirben, de 11 de maio de 2006. *Boletim de Serviço* 2007; 27 mar.
13. Brasil. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev). *Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social*. [site na Internet]. [acessado 2010 out 19]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>
14. Mora M. Auxílio-doença: contribuição para um diagnóstico. *Boletim de Conjuntura do Ipea* 2007; 77:89-100.
15. Brasil. Ministério da Previdência Social. Agência de Notícias da Previdência Social (AgPrev). *O ministro Nelson Machado fala sobre benefícios por incapacidade na Procuradoria Geral da República*. Brasília: Agência de Notícias da Previdência Social; 2006. [documento na Internet]. [acessado 2006 dez 28]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/vejaNoticia.php?id=25152>
16. Boff BM, Leite DF, Azambuja MI. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3):337-342.
17. Sampaio RF, Silveira AM, Parreira VF, Makino AT, Mateo MM. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2003; 49(1): 60-66.
18. Silveira DBB, Monteiro MS. Morbidade entre trabalhadores de uma instituição de saúde. *Saúde Debate* 2004; 28(68):206-211.
19. Moncrieff J, Pomerleau J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. *J Public Health Med* 2000; 22(1):59-67.
20. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela Previdência Social. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1661-1672.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS; 2001.
22. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9063):1436-1442.
23. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590):859-877.
24. Elders LA, Burdorf A, Ory FG. Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders. *J Occup Health* 2004; 46(5):391-397.
25. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, Aaro LE, Prince M. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatr* 2006; 163(8):1412-1418.
26. Ford FM, Ford J. Non-attendance for Social Security medical examination: patients who cannot afford to get better? *Occup Med* 2000; 50(7):504-507.
27. Brasil. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico da Previdência Social 2005: suplemento histórico (1980-2005)*. Brasília: Ministério da Previdência Social/Dataprev; 2005.
28. Lima BGC. O Programa de Cobertura Previdenciária Estimada e o pedido de prorrogação: necessidade ou subversão? In: *I Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária* [pôster], Salvador, Bahia. *Revista ANMP em Foco* 2007; 4:24. [acessado 2007 maio 14]. Disponível em: <http://www.anmp.com.br/arqs/revistas/00000087.pdf>

29. Marx K. *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural; 1974.
30. Zambroni-de-Souza PC. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. *Psicol Estud* 2006; 11:175-183.
31. Brasil. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). *Treinamento presencial dos peritos médicos da Previdência Social*. [documento na Internet]. 2007 [acessado 2008 jan 8]. Disponível em: http://10.69.3.53/dirben/material_instrucional/material_instrucional.pdf

Artigo apresentado em 03/06/2008

Aprovado em 01/10/2008

Versão final apresentada em 07/10/2008