

**DOSSIÊ:
ANÁLISE DA RESTRIÇÃO E VIOLAÇÃO DE DIREITOS A
PARTIR DAS ALTERAÇÕES NA LEGISLAÇÃO E DE
PROCEDIMENTOS NO INSS**

Brasília-DF, 18 de dezembro de 2017.

SUMÁRIO

II.1 ALTA PROGRAMADA ADMINISTRATIVA E JUDICIAL	4
II.2 REVISÃO DOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE MANTIDOS POR LONGO PRAZO	4
II.3 AS MUDANÇAS NA REGRA DA CARÊNCIA EM CASO DE PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO NO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA MEDIDA PROVISÓRIA 767 E NOVAS REGRAS DA LEI 13.457 DE 26 DE JUNHO DE 2017	5

I O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) É ALVO DAS INTERVENÇÕES DO GOVERNO PARA O DESMONTE DOS DIREITOS DOS BRASILEIROS

No governo Temer, as políticas da Seguridade Social estão sendo desmontadas de maneira mais acelerada, por meio de medidas provisórias, normatizações e intervenções administrativas que apontam: 1) à primeira vista para uma leitura imediata de precarização e insuficiência dos serviços públicos e, 2) equivocadamente, indicam a terceirização/privatização do acesso aos atendimentos do INSS por meio de acordo e convênios de cooperação técnica e favorecimento da figura de intermediário para acesso aos serviços do INSS, 3) maximizam restrições de acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais e promovem revisões de benefícios de trabalhadores(as) afastados(as) do trabalho por doença e/ou deficiência para atender a tese do ajuste fiscal e das EC n.95/2016 e n. 93/2016.

Nesse contexto, destaca-se um dos alvos dos desmontes do governo Temer, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Juntamente com os benefícios previdenciários, está submetido à precarização dos desmontes dos serviços e equipamentos públicos e, conseqüentemente, os(as) usuários(as) da assistência social se confrontam com 1) **intervenções governamentais de acirramento das fiscalizações e cortes dos benefícios** e 2) **severas dificuldades de acesso aos serviços de operacionalização do BPC no INSS e nos CRAS**.

A ação do Governo Temer de corte dos beneficiários do BPC tem ocorrido em duas frentes: 1- por meio de fiscalização no Cadastro Único e 2- realização de revisões administrativas dos benefícios ativos, ambas de maneira punitiva à população mais empobrecida desse país, imputando-lhe, inclusive, a condição de principal responsável pela manutenção do seu benefício.

1 - Com relação ao Cadastro Único, em 2017, o governo anunciou punir, com cessação dos BPC, pessoas idosas que não realizarem ou atualizarem o Cadastro Único até dezembro/2017. E pessoas com deficiência, até dezembro/2018. Contudo, **os usuários da assistência social procuram as agências de Previdência Social, mais especificamente o Serviço Social para expor suas dificuldades de acesso aos atendimentos dos CRAS e solicitando apoio para que não ocorra cessação do seu benefício**.

É público que a assistência social no governo Temer tem sofrido drástica redução de investimento

do orçamento público, o que tem provocado a precarização dos equipamentos e serviços públicos municipais da assistência social. Assim, **alguns usuários só conseguem agendamento de atendimento para Cadastro Único três meses depois do primeiro contato com o CRAS.** Tal fato é tão notório que vários gestores municipais e o próprio Conselho Nacional de Assistência Social solicitaram ao governo federal a prorrogação do primeiro prazo, o que foi realizado após pressão da sociedade civil organizada. Assim, nos últimos dias para findar o referido prazo para cadastro dos beneficiários idosos no CadÚnico e após gerar o caos e suspensão dos relevantes atendimentos dos CRAS de todo o país para atender essa elevada demanda imediata, em 22/12/2017, o MDS publica Portaria Interministerial n.05 , prorrogando o prazo para 2018.

2- E no que se refere às revisões administrativas dos critérios de acesso ao BPC para manutenção dos benefícios ativos, o MDS, por iniciativa própria, em 2017, iniciou uma busca por cruzamento de dados de diversas fontes para apurar benefícios concedidos a dois grupos de beneficiários: a) aqueles com renda familiar per capita superior a $\frac{1}{4}$ e inferior ou igual a $\frac{1}{2}$ salário mínimo; e b) os com renda superior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, sem sequer saber se estão sendo desconsiderados os casos regionalizados em que há aplicação de flexibilização do critério de renda por efeito de sentenças judiciais e de ações civis públicas (Tabela 01 – Anexo III).

Para essa revisão, o MDS identificou **38.651** (trinta e oito mil, seiscentas e cinquenta e um) casos com indícios de irregularidade e para os quais encaminhou correspondências padrão para que comparecessem a qualquer agência de previdência social e apresentassem alguns documentos do titular do benefício e grupo familiar, sem explicitar os motivos e com prazo de 10 dias do recebimento da correspondência. Para tal ação, os(as) usuários(as) não recebem nenhum esclarecimento acerca das irregularidades e o atendimento nas agências do INSS se restringe a recepção da documentação e o seu envio a administração central. Já saiu até normatização de suspensão de benefícios nesse processo de revisão (Quadro 01 – Anexo II), o que pode estar ocorrendo de maneira irregular como se observa a argumentação da DPU/Porto Alegre (Anexo IV).

Com relação às ações do governo Temer **que restringem o número de pessoas com acesso ao benefício**. Isso tem ocorrido por meio da gestão do INSS no controle do número de

pessoas que conseguem ou não atendimentos nos procedimentos que operacionalizam a concessão do benefício. Isto é, a maneira como a atual gestão do INSS tem conduzido a operacionalização do acesso ao BPC tem impostos barreiras que ora impedem o acesso aos atendimentos, ora torna-o muito mais moroso.

Tais informações é inferida a partir de registros de dados extraídos de sistemas do INSS, quais sejam: 1- Insucessos B87¹/B88² 2017; 2- Requerimentos B88/B87 2016-2017; 3-Concedidos B88/B87 2016-2017; 4-Indeferidos B88/B87 2016-2017; 5-Represamentos B87/B88 2017; 6-Motivos B87 Indeferidos 2017; 7-Motivos B88 Indeferidos 2017.

- 1- **Os Insucessos** dos BPC-87(PCD) e BPC-88(IDOSO) podem ser extraídos do sistema de agendamento do INSS (SIGMA) e referem-se ao registro da(s) tentativa(s) do cidadão em agendar o serviço Benefício Assistencial pelos canais remotos internet ou pelo telefone 135 e a resposta que obtém é “**não há vaga**”.

No mês Janeiro/2017, em relação ao agendamento para BPC-87, para 9.982 tentativas não houve vagas e para o BPC-88, foram 3.087. Em todos os meses subsequentes, houve aumento desses insucessos, totalizando, até outubro/2017, 842.667 tentativas para o BPC-87 e 321.999 para o BPC-88, **resultando em 1.164.666** de insucessos para o BPC. Importa destacar que esse acúmulo de insucessos ao longo de 2017 é maior para as tentativas de agendamento ao BPC pelas pessoas com deficiência. (Tabela 02 – Anexo III).

Por fim, ressalta-se que essa realidade de insucessos pode ser maior, pois há usuários que se dirigem diretamente às Agências da Previdência Social do INSS para solicitar agendamento no setor de OI – orientação e informação e lhe é informado que “não há vaga” sem sequer realizar consulta no sistema de agendamento.

- 2- **Os requerimentos** de BPC-87 e BPC-88 podem ser extraídos do SUIBE e representa a entrada de novos benefícios no INSS. Ou seja, após tentativa bem sucedida de agendamento, protocolam-se, por meio de atendimento no INSS, novos pedidos de BPC. Os dados evidenciam que, em **2016**, ocorreram atendimentos de **647.531** novos pedidos de BPC no INSS e, em 2017, foram **611.040**. Houve, portanto, redução de **36.491** requerimentos de BPC em 2017, o que **representa 5%** (Tabela 03 e 04 – Anexo III).

Contudo, vale destacar que essa redução global/nacional de requerimentos de BPC não é

¹Benefício Assistencial destinado à pessoa com deficiência (BPC-87).

²Benefício Assistencial destinado à pessoa idosa (BPC-88).

representativa da realidade de algumas agências, conforme dados de requerimentos de BPC 2016/2017 por APS no Brasil, presentes na Tabela 05(Anexo III). Em aproximadamente 900 APS, houve redução de requerimentos variando de -99% a -1%.

A partir dos dados de insucessos e requerimentos, há necessidade de perquirir se os gestores do INSS estão controlando o número de atendimento para o BPC em algumas APS do Brasil mesmo havendo aumento por demanda, pois o número de requerimentos por BPC se manteve próximo nos anos de 2016 e 2017, contudo os insucessos elevaram-se.

3- **O número de concedidos e indeferidos** de requerimentos de BPC protocolados no INSS também pode ser extraído do SUIBE. (Tabelas 06, 07, 08 e 09 – Anexo III).

Os deferimentos são os BPC protocolados por atendimento no INSS e com decisão favorável ao cidadão. No caso BPC 87, ocorreram, no INSS, atendimentos administrativos, avaliação social pelo assistente social e avaliação médica pelo perito médico.

Os indeferimentos são os BPC protocolados por atendimento no INSS e com decisão não favorável ao cidadão. E nos casos de BPC 87 que não atendem ao critério de renda, o indeferimento ocorre direto, sem sequer ter o direito de ser submetido a avaliação social e perícia médica do INSS para qualificação ou não da deficiência. Além disso, nos casos de BPC em que não é realizada inclusão ou atualização do Cadastro Único em 30 dias, o indeferimento também ocorre direto.

Nacionalmente, em **2016**, foram concedidos **306.544** BPC e, em 2017, **282.266**. Houve, portanto, uma pequena **redução** de aproximadamente **8% (24.278)** na concessão de BPC em **2017**.

Observa-se que em **2016** houve o indeferimento de **373.678** pedidos de BPC e, em **2017**, são **351.132**, **redução de 6%**.

Em termos financeiros, essa diminuição no número de concessões de BPC representa uma redução de gastos do governo federal de aproximadamente 272 milhões de reais por ano, considerando o salário mínimo vigente.

4- **Os represamentos dos requerimentos** de BPC podem ser extraídos pelo SUIBE e refere-se aos pedidos protocolados no INSS, porém sem conclusão/decisão final.

Observa-se que as maiores expressões de represamento de BPC são nas seguintes Gerências Executivas – GEX: Distrito Federal, Aracaju, Duque de Caxias, Teresina, Recife, Caruaru,

Garanhus, Belém, São Luiz, Imperatriz, Cuiabá, Vitória, Goiânia, Sobral, Campo Grande, Fortaleza, Feira Santana, Maceió e Manaus. (Tabela 10 – Anexo III).

Em relação aos represamentos, podem-se suscitar as seguintes hipóteses: A) número insuficiente de servidores para atender os pedidos de requerimentos de BPC; B) ausência de profissionais para analisar a deficiência como médicos e assistentes sociais em algumas APS; C) não previsão/aplicação orçamentária do BPC no deslocamento de servidores às APS com insuficiência ou ausência de profissional em seu quadro pessoal; D) recusa de utilização de previsão orçamentária do BPC para pagamento de diárias de deslocamento aos requerentes de BPC até APS que oferta o atendimento; e E) implantação do INSS digital como, Distrito Federal e Campo Grande, o que se aprofundará no próximo item.

É relevante investigar, portanto, se o nivelamento do número de BPC represados mês a mês é estratégico para o governo federal para manter o nivelamento dos números de concedidos e indeferidos e um certo congelamento no orçamento destinado aos beneficiários de BPC.

I.1 O ATENDIMENTO NO INSS DIGITAL EM 2017 E SEUS IMPACTOS NA VIDA DO CIDADÃO BRASILEIRO

A partir da realidade dos estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, apontam-se as mudanças na modalidade de atendimento no INSS com a implantação dos Projetos “Recomeçar”, “Parâmetros”, “INSS Digital” e “Teletrabalho” em 2017, bem como seus impactos no processo de reconhecimento do direito previdenciário e assistencial operacionalizados pelo INSS (QUADRO 02 – Anexo II)

Tais projetos de inovação dos atendimentos representam uma tentativa da atual gestão do INSS em responder às dificuldades enfrentadas pela autarquia com a necessidade de reposição da força de trabalho dos(as) servidores(as) nas agências de previdência social, o aumento do tempo da fila de espera para atendimento dos serviços agendados e para a análise/decisão dos processos e as restrições orçamentárias.

Os projetos “Recomeçar” e “Parâmetros” foram concebidos como preparatórios para a implantação do “INSS Digital”, iniciados no primeiro semestre de 2017. Atualmente, várias Agências da Previdência Social no país já alteraram os fluxos de atendimento e estão com o “INSS

Digital” implantado. A construção desses projetos e os desafios de sua implementação não foram discutidos de maneira ampla, clara e transparente com os(as) servidores(as) que trabalham nas agências de Previdência Social, restringindo-se a reuniões e decisões entre gestores(as).

Dessa forma, é importante apresentar, através de levantamentos estatísticos regionais e nacionais, os impactos dessas mudanças de atendimento no INSS para os(as) trabalhadores(as) brasileiros(as) que em algum determinado momento da vida passam a depender da proteção social da previdência social e assistência social.

Com relação à tentativa de agendamento para atendimento nas APS do Brasil, os insucessos nos agendamentos dos BPC, Salário Maternidade Urbana e Rural; Pensão por Morte Urbano e Rural, Auxílio-reclusão e Aposentadoria por Idade Urbana e Rural aumentaram consideravelmente de janeiro a outubro de 2017, totalizando mais de **2 milhões** nesse período. Só os BPC somaram mais de um milhão de tentativas sem sucesso de agendamento por atendimento. E maio/2017, é o mês de referência de aumento abrupto desses insucessos para todos esses benefícios, justamente o principal mês em que se iniciou a inovação nas modalidades de atendimentos no INSS (Tabela 11 – Anexo III).

É sabido que o aumento das barreiras de acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais pela via administrativa eleva a recorrência ao acesso pela via judicial. Em outubro/2017, por exemplo, houve um aumento de 72% de concessões judiciais de benefícios se comparadas a janeiro desse mesmo ano (Gráfico 01 – Anexo I). Importante considerar ainda que a concessão pela via judicial gera altos custos operacionais e financeiros para a política previdenciária e para judiciário, ambos do erário do executivo federal.

Essas inovações nos atendimentos do INSS também incidem no tempo de resolutividade dos processos administrativos. Observa-se que no, ano de 2017, em todas as superintendências regionais³ houve elevação dos períodos que os processos aguardam nas APS para serem analisados por um servidor. Com destaque às regiões Sul, Norte e Centro-Oeste que apresentaram, em outubro/2017, quase o dobro de benefícios aguardando análise quando comparado ao mês de janeiro (Tabela 12 - Anexo III). Cabe destacar que, justamente nessas regiões, implantaram os projetos preparatórios para o INSS Digital no primeiro semestre/2017. Assim, muda-se o fluxo de atendimento com protocolos de benefícios em 15 minutos e todos os procedimentos de análise dos

³Há 5 superintendências regionais para gerir as Gerências Executivas e Agências de Previdência Social: SR1 (SP); SR2(MG, RJ, ES); SR3(RS, PR, SC); SR4 (NORDESTE); SRV(NORTE/CENTRO-OESTE).

documentos protocolados anteriormente para concessão ou não do benefício não ocorrem de imediato ao requerimento e ficam aguardando análise dos servidores. **Altera-se, portanto, a fila de espera do agendamento para a fila de espera para análise de benefícios.**

Já as regiões SRI e SRII que iniciaram implantação dessas inovações de atendimento nas APS em meados do segundo semestre/2017, apresentam redução do número de processos aguardando análise. Todavia, nessas superintendências a configuração do fluxo de atendimento é um pouco diferente dos projetos iniciais, pois, na etapa preparatória dos processos digitais, há apenas o protocolo da documentação apresentada pelo cidadão em um sistema de gerenciamento (GET- Gerenciador de Tarefas). A etapa de habilitação do benefício propriamente dita, que é a inserção do requerimento nos sistemas de benefícios do INSS (Prisma, Plenus, SABI, SIBE) só ocorre, posteriormente, na etapa de análise do benefício, cujos prazos variam entre 30 até 60 dias, a depender da espécie do benefício requerido. Ou seja, na realidade, essa “redução” do quantitativo de benefícios em análise é devido à não habilitação dos mesmos nos respectivos sistemas. Inere-se isso porque os **indicadores em vigor ainda não foram atualizados e só fazem a leitura do quantitativo de processos digitais aguardando análise, o que podem estar mascarando a realidade de represamento de benefícios nessas regiões.**

Nas APS da Gerência do DF que participaram do Projeto Parâmetros II, os servidores não conseguiram cumprir integralmente com o fluxo previsto para o protocolo de benefícios em 15 minutos, o que trouxe sérios prejuízos para a continuidade da proposta de atendimento na fase de análise e conclusão da decisão. No caso do BPC, por exemplo, observou-se no protocolo a não observância aos critérios e formulários exigidos pelas normativas do INSS e MDS; a ausência de documentos pessoais de membros do grupo Familiar e a não exigência de inscrição/atualização do CADÚNICO. Com isso, o grupo de trabalho não conseguia exercer sua função de realizar as análises dos processos e habilitá-los, aumentando a morosidade para conclusão dos requerimentos de BPC.

Logo, pode ter havido redução do tempo que o segurado espera o atendimento agendado (TMEA), que é quando se protocola o benefício, mas passados mais de 06 meses após a habilitação dos BPC, grande parte dos BPC no Parâmetros II ainda se encontram represados com pendência de documentação, agendamento de avaliação social e perícia médica, ou ainda, aguardando documentação conforme Ação Civil Pública nº 5044874-22.2013.4.04.7100-RS para emissão de

parecer social. Nos 06 meses anteriores a execução do Projeto Parâmetros II, que foi realizado no mês de maio de 2017, a média de processos repesados de BPC nas APS participantes, era de **1.212 benefícios**. E nos meses posteriores a execução do Projeto Parâmetros, essa média saltou para 2.473 benefícios repesados (Tabela 13 e 14 – Anexo III).

Oportuno apontar ainda que após a realização do Projeto Parâmetros II em maio de 2017, a GEXDF iniciou a implantação do INSS DIGITAL em Junho/2017 e, portanto, os requerimentos de benefícios já são protocolados no novo formato de protocolo dos pedidos no sistema GET e a análise deve ocorrer no prazo de 30 dias úteis, sendo o requerente orientado a acompanhar a movimentação do processo pela central 135 ou através do e-mail. Com relação ao BPC da Pessoa com Deficiência, ainda não há definição normativa sobre o fluxo dos benefícios que dependem de avaliação social e/ou médica e as APS, pela ausência de orientação, estão seguindo o mesmo fluxo dos demais benefícios. Diferentemente do fluxo anterior do Projeto Parâmetros II, quando atendido o critério de renda, as exigências de documentação incompleta, não são verificadas no ato do protocolo e nem realizado os agendamentos das avaliações social e médica, o que só ocorrerá após o prazo de análise/habilitação inicial, que já está ultrapassando os 30 dias previstos.

I.2 A OPERACIONALIZAÇÃO PELO INSS DOS EFEITOS DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5044874-22.2013.4.04.7100-RS

A Ação Civil Pública Nº 5044874-22.2013.4.04.7100-RS configura-se em mais uma ferramenta do judiciário para ampliar o acesso de pessoas com deficiência e idosas ao Benefício de Prestação Continuada, pois determina a necessidade de se relativizar a análise do critério de renda percapta em situações cuja renda familiar é igual ou superior a 1/4 do salário mínimo. Para tanto, o INSS adota o parecer social acerca do comprometimento de renda, que é emitido pelo Serviço Social desta autarquia.

No entanto, a forma como o INSS estabeleceu os procedimentos para operacionalização dessa ACP limita o seu impacto social, pois há explícita dificuldade, por parte dos(as) usuários(as), em comprovar a assistência negada pelos poderes públicos, bem como de apresentar despesas vinculadas a sua deficiência ou idade avançada, tais como medicamentos, alimentação especial, fraldas descartáveis e consultas na área da saúde.

Apresentam-se, então, dados nacionais desse cenário com o aumento exorbitante do quantitativo de benefícios assistenciais pendentes de agendamento de avaliação social realizada pelo assistente social do INSS. Ao se comparar o período junho-julho-agosto de 2016 e 2017, observa-se um aumento de aproximadamente 500% de BPC repesados em 2017 por este motivo (Tabela 15 – Anexo III). Justamente, no momento em que o INSS institui novos fluxos para implantação do INSS DIGITAL, associados à operacionalização da ACP nº5044874-22.2013.4.04.7100-RS e da obrigatoriedade de inscrição no cadastro único, conforme estabelece o Decreto 8805/2016. Cabe destacar ainda que a maioria desses processos está aguardando agendamento de avaliação social com o Serviço Social do INSS por período entre 76 a 365 dias. E após o agendamento e a realização da avaliação social, esses(as) usuários(as) ainda realizarão a avaliação médica ou algum outro procedimento administrativo para conclusão do requerimento.

Ressalta-se, ainda, que no estado do Paraná, a operacionalização instituída pelo INSS para essa ACP nº5044874-22.2013.4.04.7100-RS obstaculiza o cumprimento de outra determinação da Ação Civil Pública n.5000702-09.2010.404.7000/PR, por sua vez instituída pelo Memorando-Circular n.4 DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/PFE/INSS (Anexo IV). No Paraná, o INSS deve realizar perícias médicas para concessão de benefícios previdenciários por incapacidade e **assistenciais** no prazo máximo de 45 dias, a contar do requerimento. Nos casos de BPC para pessoa com deficiência, a autarquia não tem atendido a determinação da referida ação civil pública, haja visto que parte considerável dos usuários aguardam mais de 75 dias para conclusão do requerimento.

Nesse sentido, sugere-se a alteração de tal requisição para esses(as) usuários(as) nos processos de requerimento de BPC, pois a realização do parecer social pelo Serviço Social do INSS é suficiente para análise da existência ou não do comprometimento de renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se em linha geral uma política de gestão do BPC pelo INSS/MDS pautada no contexto econômico de austeridade fiscal, com indicativo de restrição de acesso ao benefício por meio dos canais de agendamentos, conforme os dados de insucessos. Além disso, a manutenção de pequena variação do quadro de benefícios concedidos/indeferidos pode apontar

para um possível controle para o congelamento dos gastos públicos com o benefício de prestação continuada.

As “ferramentas inovadoras” implementadas pelo INSS para melhoria/agilidade do atendimento e resolutividade dos benefícios não apontam indicadores positivos para o BPC. Ao contrário, no mesmo período de implantação das novas modalidades de atendimento no INSS, associadas a outras mudanças de operacionalização do benefício, como a obrigatoriedade de inscrição no Cadastro Único e requisições documentais para aplicação da ACP n.5044874-22.2013.4.04.7100-RS, houve aumento das restrições de acesso aos atendimentos no INSS, com a constatação de mais de dois milhões de insucessos nos agendamentos do BPC, além de aumento do tempo de análise e conclusão dos requerimentos.

E, ainda, essa nova modalidade de atendimento no INSS **não prevê meios de esclarecimento e orientação aos segmentos da população que não possui acesso às tecnologias da informação, o que incentiva a ação de atravessadores/intermediários e/ou terceirização do acesso aos serviços da previdência social.**

Observa-se, assim, que as alterações nos atos normativos, associadas às modalidades de gestão em curso de implementação no INSS ainda não atingiram seus objetivos de melhorar a qualidade do atendimento ao cidadão. No que tange ao benefício assistencial para pessoa com deficiência e pessoa idosa, destinado a pessoas em grave situação de restrição de acesso a bens e serviços básicos, **recomenda-se, portanto, que não seja inserido nessas modalidades de atendimento digital e se mantenha o atendimento presencial, sob pena de prejudicar o acesso desse segmento da população à proteção social, que já encontram entraves com operacionalização atual do BPC.**

II RETROCESSOS ESTABELECIDOS PELA MP 767/LEI 13.457 NA PROTEÇÃO SOCIAL DOS(AS) TRABALHADORES(AS) VIA BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS POR INCAPACIDADE E SALÁRIO MATERNIDADE

No dia 08 de julho de 2016, é publicada a Medida Provisória n.739, que altera toda a estrutura e organização da avaliação multiprofissional da capacidade laborativa dos(as) trabalhadores(as) em benefício de longa duração no INSS, e retorna ao modelo anterior já em esgotamento, que pode promover a desproteção social de parte dos(as) trabalhadores(as) vitimizados(as) pelo adoecimento. Ou seja, centraliza novamente a avaliação dos benefícios por incapacidade na dimensão biomédica e nos médicos peritos, cria um bônus especial de desempenho aos médicos peritos na revisão dos benefícios de longa duração (BILDs) e estabelece, ainda, a “alta programada administrativa e judicial”. Nesse sentido, é necessário analisar os retrocessos implicados com as alterações estabelecidos por esse ato normativo.

Tal Medida Provisória, que retira direitos e estabelece privilégios para os peritos médicos através do bônus, não foi revertida em Lei pelo Congresso Nacional em sua primeira versão. Mesmo assim, em 06 de janeiro de 2017, parte de seu conteúdo é (re)apresentado em nova Medida Provisória n.76. E, em 27/06/2017, foi revertida na Lei n. 13.457/2017 com algumas alterações.

Esse retrocesso na configuração da política de saúde do trabalhador do INSS é defendido pela Associação Nacional dos Médicos Peritos (ANMP), que hoje dita a direção política da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) do INSS. Segundo os dirigentes dessa Associação, os médicos possuem formação biopsicossocial e podem realizar avaliação da capacidade laboral como ato exclusivo, sem compor uma equipe multiprofissional. E, assim, mais uma vez, a perícia médica do INSS evidencia sua insensibilidade para lidar com questões socioambientais, culturais, econômicas, políticas, trabalhistas, que interferem no processo saúde-doença-incapacidade e preconizam a avaliação da capacidade laborativa apenas com foco em fatores biomédicos.

Essa mudança nas normativas provocou, portanto, a fragilização dos conceitos de Saúde do Trabalhador no INSS e o arcaico retorno às ações centradas na doença e suas consequências, desprivilegiando o conceito de Saúde definido pela “Organização Mundial de Saúde” (OMS): como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. O modelo de avaliação multiprofissional altera a concepção do elemento central das avaliações da capacidade laborativa que passa a ser a condição de saúde e não na doença.

Importante sinalizar também que a gestão atual do INSS corrobora com todo esse retrocesso da hierarquização do saber biomédico na concessão dos benefícios e a desconstrução das avaliações multiprofissionais está ocorrendo a bel prazer da gestão da DIRSAT. A exemplo, cita-se a edição do Memorando-Circular n.25 DGP/INSS, de 01/09/2017 (ANEXO IV), que desconsidera os Analistas do Seguro Social com formação em Serviço Social enquanto profissionais de saúde, estendendo ainda tal entendimento, aos analistas do seguro social com formação em psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, o que está em desacordo com a Resolução n. 287/98, do Conselho Nacional de Saúde. E, o Despacho Decisório n.45/DIRSAT/INSS, de 07/12/2016, que altera o Manual Técnico dos Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional e revoga a possibilidade da prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares e Locomoção e outras Tecnologias Assistivas no âmbito do INSS pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, legalmente habilitados para esse fim. Outra alteração nesse mesmo Manual, com o Despacho Decisório N. 34/DIRSAT/INSS, de 11/01/2017, reforça essa retirada da prerrogativa dos(as) servidores(as) Analistas do seguro Social, independente da formação profissional, de realizar avaliação conjunta para elegibilidade ao Serviço de Reabilitação Profissional e várias outras atribuições, em favorecimento do Ato Médico.

Mais uma vez tal posição de gestão do Governo Temer no INSS prejudica a população ao limitar o atendimento técnico desta demanda aos peritos médicos, gerando represamento da demanda e tempo indeterminado para acesso a esse direito.

Nesse sentido, observa-se que a gestão do INSS tem orquestrado medidas internas para prevalência do modelo ultrapassado de avaliação da capacidade laborativa que não mais atende as reais condições de saúde dos trabalhadores/as do país, em desacordo as convenções/recomendações da OMS/ONU. Isso pode ser observado com o aumento progressivo de concessões pela via judicial dos benefícios por incapacidade (Gráfico 3 – Anexo I).

II.1 ALTA PROGRAMADA ADMINISTRATIVA E JUDICIAL

Outra alteração imposta pela Lei 13.457/2017 trata-se da tentativa de legalizar a chamada “alta programada”, mecanismo utilizado pelo Estado para diminuir gastos com o pagamento de benefícios previdenciários, valendo-se da sua própria omissão e ineficiência, de poder/dever de revisar os benefícios no tempo razoável e adequado.

Art.60 [...]

§11. **Sempre que possível**, o ato de concessão ou de reativação de auxílio-doença, judicial ou administrativo, **deverá fixar o prazo estimado para a duração do benefício**.

§12. **Na ausência de fixação do prazo de que trata o § 11, o benefício cessará após o prazo de cento e vinte dias**, contado da data de concessão ou de reativação, exceto se o segurado requerer a sua prorrogação junto ao INSS, na forma do regulamento, observado o disposto no art. 62. (Lei 13.457/2017)

A imposição do ato normativo acima legaliza a “alta programada” para os benefícios administrativos e judiciais, com previsão máxima de manutenção em 120 dias. Ou seja, até as concessões dos benefícios pela via judicial terão essa duração máxima e poderá ser cessado posteriormente sem a realização de perícia médica para análise das reais condições do(a) trabalhador(a) de retornar ao trabalho. Nesse sentido, questiona-se: Como seria possível o poder judiciário prever a recuperação do estado clínico ou sintomatológico e a capacidade laborativa de retorno ao trabalho de uma pessoa sem a realização da perícia médica?

A responsabilidade legal pela revisão de um benefício concedido judicialmente sempre foi do INSS e não da parte. Tal responsabilidade está explicitada na IN 77/2015 do INSS e estabelece que o prazo para a recuperação da condição de saúde e capacidade para o trabalho é definido apenas via avaliação médico-pericial. Isto é, a recuperação da saúde do trabalhador não é presunção legal, mas sim uma opinião técnica conclusiva. Assim, o pedido de prorrogação só é razoável e proporcionalmente justificado quando é feito no âmbito administrativo, tal como descrito pelo art. 304, §1º, I, da IN n.77/2015:

Art. 304. O INSS poderá **estabelecer**, mediante avaliação médico-pericial, **o prazo suficiente para a recuperação da capacidade para o trabalho do segurado**.(...)

§ 2º Caso o prazo fixado para a recuperação da capacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual se revele insuficiente, o segurado poderá:

I - nos quinze dias que antecederem a DCB, **solicitar a realização de nova perícia médica por meio de pedido de prorrogação - PP**;

A ilegalidade da “alta programada” já foi objeto de análise do STJ, que deixou bem clara a correta interpretação do art. 62 da Lei 8213/91, em julgado de 27/06/17, um dia depois da publicação da Lei 13.457/2017:

PROCESSUAL CIVIL. PREVIDENCIÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA. AUXÍLIO-DOENÇA. ALTA PROGRAMADA. OFENSA AO ART. 62 DA LEI 8.213/1991. NECESSIDADE DE PERÍCIA. SUSPENSÃO DO EXPEDIENTE FORENSE. COMPROVAÇÃO. DOCUMENTO IDÔNEO. INTEMPESTIVIDADE

AFASTADA. OFENSA AO ART. 535 DO CPC/1973 NÃO DEMONSTRADA. DEFICIÊNCIA NA FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA 284/STF. 1. Trata-se na origem de Mandado de Segurança contra ato do Chefe de Agência do INSS que cessou o benefício de auxílio-doença do ora recorrido com base no sistema de alta programada. 2. O Agravo em Recurso Especial interposto pelo INSS não foi conhecido ante a sua intempestividade. 3. O Superior Tribunal de Justiça passou a admitir a comprovação posterior da tempestividade do Recurso Especial, em virtude de feriado local ou de suspensão de expediente forense no Tribunal de origem, quando da interposição do Agravo Interno (AgRg no AREsp 137.141/SE, Rel. Ministro Antonio Carlos Ferreira, Corte Especial, DJe 15/10/2012). 4. Não se conhece de Recurso Especial em relação à ofensa ao art.535 do CPC/1973 quando a parte não aponta, de forma clara, o vício em que teria incorrido o acórdão impugnado. Aplicação, por analogia, da Súmula 284/STF. 5. **O sistema de alta programada estabelecido pelo INSS apresenta como justificativa principal a desburocratização do procedimento de concessão de benefícios por incapacidade. Todavia, não é possível que um sistema previdenciário, cujo pressuposto é a proteção social, se abstenha de acompanhar a recuperação da capacidade laborativa dos segurados incapazes, atribuindo-lhes o ônus de um auto exame clínico, a pretexto da diminuição das filas de atendimento na autarquia.** 6. **Cabe ao INSS proporcionar um acompanhamento do segurado incapaz até a sua total capacidade, reabilitação profissional, auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez, não podendo a autarquia focar apenas no aspecto da contraprestação pecuniária.** 7. Na forma do art. 62 da Lei 8.213/1991, "o segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade", e "**não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez**". Transferir essa avaliação ao próprio segurado fere gravemente o princípio da dignidade da pessoa humana. 8. Além disso, a jurisprudência que vem se firmando no âmbito do STJ é no sentido de que não se pode proceder ao cancelamento automático do benefício previdenciário, ainda que diante de desídia do segurado em proceder à nova perícia perante o INSS, sem que haja prévio procedimento administrativo, sob pena de ofensa aos princípios da ampla defesa e do contraditório. 9. Agravo Interno parcialmente conhecido para afastar intempestividade e, no mérito, não provido. (AgInt no AREsp 1049440/MT, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 27/06/2017, DJe 30/06/2017)

Além das alterações supracitadas, outras mudanças ocorrem referente ao auxílio-doença, sem contudo, ser de ampla divulgação e conhecimento da população. Novos procedimentos para agendamento de perícia relativos à solicitação de prorrogação de auxílio-doença estão estabelecidos pela Instrução Normativa n. 90/PRES/INSS, 11/2017 e disciplinadas pelo Memorando Circular Conjunto n.11 DIRSAT/DIRBEN/DIRAT/INSS, de 11/12/2017.

Tal alteração em relação ao Pedido de Prorrogação fere totalmente a decisão proferida na Ação Civil Pública – ACP n. 2005.33.00.020219-8 (14ª. Vara da Justiça Federal de Salvador/BA), que determinou ao INSS o procedimento de concessão do benefício de auxílio-doença, inclusive

nos decorrentes de acidente do trabalho. E quando apresentado pelo segurado pedido de prorrogação, INSS deve manter o pagamento do benefício até o julgamento do pedido após a realização de novo exame pericial, o que foi instituído na autarquia pelo artigo 1º, da Resolução INSS/PRES nº. 97, de 19.7.2010 - DOU de 20.7.2010.

No entanto, a recente alteração com a Instrução normativa n. 90/PRES/INSS estabelece que o segurado **só poderá fazer três pedidos de prorrogação** e anteriormente não havia limite de pedidos. Essa alteração no Pedido de Prorrogação penaliza o segurado, pois depois de três pedidos terá que pedir uma nova perícia inicial. E nesse intervalo de espera por atendimento, poderá ficar sem salário benefício/renda para sua subsistência, incluindo os casos de empregado em que os médicos do trabalho não concordam com retorno ao trabalho.

Não obstante, anteriormente, a Portaria n.152, de 25/08/2016, do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, já havia extinguido o Pedido de Reconsideração – PR, que era a possibilidade do segurado solicitar a realização de uma nova perícia médica administrativa, caso não concordasse com o indeferimento administrativo. Essa medida impediu que a situação do(a) segurado(a) pudesse ser (re)analisada por outro perito, que a partir de critérios técnicos e novos elementos apresentados pelo segurado, poderia alterar a decisão inicial.

Logo, resta hoje ao segurado apenas a via recursal no INSS, modalidade que não possui prazos estipulados pela autarquia e pode se alongar por meses e até anos. Tal medida fere gravemente o princípio da dignidade da pessoa humana, configurando-se em violação dos direitos dos(as) trabalhadores(as) brasileiros(as), impactando no agravamento do adoecimento desses sujeitos, que permanecerão por longo período sem condições de manter sua sobrevivência.

II.2 REVISÃO DOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE MANTIDOS POR LONGO PRAZO

A Lei n. 13.457/2017 estabelece, ainda, a revisão dos benefícios por incapacidade mantidos por mais de dois anos, criando para os médicos peritos um Bônus Especial de Desempenho Institucional por perícia realizada, alterando o artigo 2º, da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009:

Art. 3º Fica instituído, **por até vinte e quatro meses, o Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica em Benefícios por Incapacidade - BESP-PMBI.**

Art. 4º O BESP-PMBI será devido ao médico perito do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS **por cada perícia médica extraordinária realizada nas**

agências da Previdência Social, em relação a benefícios por incapacidade mantidos sem perícia pelo INSS há mais de dois anos, contados da data de publicação desta Medida Provisória.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, perícia médica extraordinária será aquela realizada além da jornada de trabalho ordinária, representando acréscimo real à capacidade operacional regular de realização de perícias médicas pelo médico perito e pela agência da Previdência Social.

Art. 5º O BESP-PMBI corresponderá ao valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) por perícia realizada, na forma do art. 4º.

Parágrafo único. O valor previsto no caput será atualizado anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo.

Art. 6º O BESP-PMBI gerará efeitos financeiros por até vinte e quatro meses, ou por prazo menor, desde que não reste nenhum benefício por incapacidade sem revisão realizada há mais de dois anos, contados da data de publicação desta Medida Provisória.

Art. 7º O pagamento de adicional pela prestação de serviço extraordinário ou adicional noturno não será devido no caso de pagamento do BESP-PMBI referente à mesma hora de trabalho.

Art. 8º O BESP-PMBI não será incorporado aos vencimentos, à remuneração ou aos proventos das aposentadorias e das pensões e não servirá de base de cálculo para benefícios ou vantagens, nem integrará a base de contribuição previdenciária do servidor.

Art. 9º O BESP-PMBI poderá ser pago cumulativamente com a Gratificação de Desempenho de Atividade de Perícia Médica Previdenciária – GDAPMP, desde que as perícias que ensejarem o seu pagamento não sejam computadas na avaliação de desempenho referente à GDAPMP.

Como é possível justificar a criação de uma vantagem remuneratória para o exercício de uma atividade que já tem a devida remuneração e gratificação pertinente e ainda no horário normal da jornada⁴? Imperativo destacar que as revisões dos benefícios por incapacidade já possuíam previsão legal sem a necessidade de bônus e com o amplo direito ao contraditório.

Além disso, se as agências da Previdência Social já ultrapassam, em muito, o prazo legal para concessão de benefício por incapacidade devido à falta de estrutura (servidores e equipamentos), bem como a insuficiência no quadro de médicos peritos, como conceber que o

⁴Conforme denunciado em audiência pública do Senado em 22 de maio de 2017
<http://nosdoinss.blogspot.com.br/2017/05/trabalhadores-as-em-audiencia-publica.html>

perito do seu quadro funcional conseguirá manter a mesma rotina outrora imposta e ainda trabalhar em período extra para a percepção da referida gratificação?

Vale destacar que esse processo de revisão é divulgado como modelo da política de ajuste fiscal do Governo Temer. É, portanto, considerado como necessário para redução de gastos com a previdência e evidencia o objetivo da autarquia estritamente econômico e não (re)avaliação das reais condições dos(as) trabalhadores(as) para retorno ao mercado de trabalho.

No entanto, até esse objetivo é falacioso, haja visto que contraditoriamente criam um Bônus Especial de Desempenho Institucional por Perícia Médica realizada em Benefícios por Incapacidade, gerando um alto custo, conforme exposto a seguir:

Estima-se uma adesão de 55% dos médicos peritos do INSS (cerca de 1.890 peritos dos atuais 3.436 profissionais com agenda de perícias ativa) dispostos a receber o Bônus, inclusive sob o regime de mutirão para reduzir o estoque de benefícios que estão na situação citada anteriormente. Supondo que esses profissionais realizem no máximo 4 perícias adicionais por dia de trabalho, e que trabalhem 20 dias úteis no mês, podemos estimar que o bônus proposto terá um custo de cerca de R\$ 9,0 milhões por mês, o que geraria um gasto **de R\$ 108,8 milhões** em 2017 e **de R\$ 114,0 milhões** em 2018, totalizando R\$ 222,9 milhões ao longo de 24 meses.” (Fonte: Portal da Presidência da República - 6/1/2017 (Exposição de Motivos), <http://www2.camara.leg.br>) grifo nosso.

Além da notória falácia de economia de gastos com a previdência, conforme citado no trecho acima, os atos normativos que estabelecem esse processo têm gerado cancelamentos de grande parte dos benefícios revisionados. Conforme notícia publicada no Portal Brasil em 13/04/2017, o governo informou a revisão de 87,5 mil benefícios com cancelamento de 73 mil auxílios, correspondente a 84% do total de benefícios. A revisão dos benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) gerou uma economia de R\$ 1,6 bilhão desde o segundo semestre de 2016, quando iniciou as revisões, com expectativa de que a economia chegue a R\$ 8 bilhões por ano. Contudo, não existe divulgação ou forma de avaliar se realmente esses(as) trabalhadores(as) retornaram ao mercado de trabalho. Nem se essa economia é possível de ser mensurada, visto que além dos gastos com o Bônus Perito por cada revisão realizada, há os gastos operacionais para atendimento dessa demanda transferida para a justiça federal, bem como com os pagamentos das reativações determinadas pela justiça.

É nítido que tais inovações expressam a retirada de direitos, visto que no que tange às revisões não é garantido o amplo direito ao contraditório do(as) trabalhador(a), conforme estabelece

a CF/88, em especial nos casos de concessões judiciais. Nesse sentido, destaca-se a Portaria Conjunta n.1/INSS/PGF, de 12/01/2017, que possibilita a cessação do benefício sem intermédio da procuradoria e consulta prévia ao judiciário, que altera drasticamente a Portaria Conjunta n.4 PGF/INSS de 04/09/2014 (Quadro 03 – Anexo II).

Tais alterações nos atos normativos exclui da avaliação da capacidade laborativa dos(as) trabalhadores(as) a análise da perícia e a sentença judicial. Logo, a perícia médica do INSS realiza a avaliação sem considerar os motivos que deram origem ao benefício. E ainda, a cessação do benefício não é comunicada ao judiciário, passando a ser cessado imediatamente após a perícia médica, sem possibilidade de prazo de defesa para o(a) trabalhador(a), desrespeitando assim, o princípio constitucional basilar do contraditório e ampla defesa.

Diante desses retrocessos, é obvio que os(as) trabalhadores(as) buscarão novamente o judiciário para manutenção por “longo” período do direito ao benefício por incapacidade, haja visto a ilegalidade e incoerência nos procedimentos de revisão no INSS. Tal fator é real ao se comparar dados de concessões judiciais de benefícios por incapacidade nos meses de Janeiro e Outubro/2017, com aumento de 74% nesse último mês, após a edição de todas essas mencionadas alterações normativa (Gráfico 03 – ANEXO I).

Vale ressaltar a possibilidades de parte dessas concessões serem de benefícios que foram revisados pelo INSS em 2017 e reativados judicialmente⁵. Mas tais informações sobre os benefícios por incapacidade mantidos por longo prazo, como convocações, número, agenda e horário das perícias realizadas e a resolutividade das revisões, permanecem sob sigilo da gestão da Diretoria de Saúde do Trabalhador-DIRSAT e não é possível realizar levantamento dessa questão.

Outro fator importante a ser evidenciado é o impacto do processo de revisão no número de perícias realizadas com trabalhadores(as) afastados(as) do trabalho que aguardam a primeira avaliação para acesso ao benefício por incapacidade. Como o foco da autarquia tem sido tais revisões dos Benefícios de Longa Duração, em relação a 2016, houve uma redução no número de perícias realizadas em 2017. Foram quase 400.000 perícias a menos que 2016 (Tabela 19 – Anexo III).

É de conhecimento público que a autarquia tem histórico de longa espera por atendimento, situação que tem gerado diversas Ações Cíveis Públicas em todo país. A longa espera por

5

atendimento e, conseqüentemente acesso aos benefícios, traz conseqüências para a recuperação do trabalhador(a) que no momento de doença necessita da proteção da previdência social na garantia de sua renda mensal de sobrevivência. Todo esse processo demonstra a necessidade de rever a operacionalização dessas revisões, bem como o modelo atual de avaliação da capacidade laborativa do INSS, que desconsidera as reais possibilidades de reinserção do(a) trabalhador(a) no mercado de trabalho e, principalmente, os agravos à sua condição de saúde.

II.3 AS MUDANÇAS NA REGRA DA CARÊNCIA EM CASO DE PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO NO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA MEDIDA PROVISÓRIA 767 E NOVAS REGRAS DA LEI 13.457 DE 26 DE JUNHO DE 2017

A Medida Provisória n.767 e a Lei n. 13.457 também apresentam mudanças referentes às regras de carência necessária em caso de perda de qualidade de segurado, independentemente do número de contribuições que o segurado tenha vertido para o sistema.

Inicialmente a Medida Provisória havia aumentado esse período de carência para doze meses nos casos de benefício por incapacidade e 10 meses para salário maternidade. Contudo, a mudança da regra efetivou-se com a Lei 13.457 com metade desse período previsto.

Art. 27 -A No caso de perda de qualidade de segurado, para efeito de carência para a concessão dos benefícios de que trata esta Lei, o segurado deverá contar, a partir da nova filiação à Previdência Social, com metade dos períodos previstos nos incisos I e III do caput do art. 25 desta (Lei. 8.213/1991)

Tais mudanças representam retrocessos na legislação previdenciária, pois antes para o segurado, que perdia sua vinculação ao INSS e o direito a sua proteção, bastavam 4 recolhimentos para recuperar suas contribuições sociais anteriores e fazer jus ao auxílio-doença e aposentadoria por invalidez e 3 para o Salário Maternidade.

E assim como para os benefícios por incapacidade, houve aumento de 94% de concessão do Salário Maternidade via judicial, considerando Janeiro e Outubro/2017 (Gráfico 02 – Anexo I). Cabe destacar, que esse benefício, direito da trabalhadora nos primeiros meses de vida de uma criança ou quando da adoção, é extremamente importante para garantia do amparo necessário para as famílias e a judicialização demonstra que não teve acesso ao benefício nesse momento da vida.

Oportuno sinalizar que a restrição não veio acompanhada de qualquer obrigação do INSS de comunicar os segurados acerca do fim do período de graça previsto no art. 15 da Lei n. 8.213/91,

momento no qual, de fato, se operava a perda da qualidade de segurado. Além do mais, na Exposição de Motivos da MP 767/2017 não houve qualquer menção a um cálculo atuarial que justificasse tal mudança e nem mesmo a qualquer regra de transição.

Considerando que a população brasileira tem pouco conhecimento sobre a legislação previdenciária, nesse viés, é salutar que antes mesmo de ocorrer a perda da qualidade de segurado, o INSS cientificasse aos trabalhadores/as sobre a possibilidade de perda de seu vínculo com o RGPS, mormente considerando a nova previsão de que todas as contribuições anteriormente vertidas seriam perdidas para fins de carência nos casos dos benefícios por incapacidade e salário-maternidade ou minimamente dessem ampla divulgação para tal alteração.

Juntamente a essas medidas, em 26/10/2017, a Diretoria de Saúde do Trabalhador/DIRSAT edita o Memorando Circular n. 13, cujo ato normativo burocratiza/centraliza as autorizações de realização de atividades externas dos servidores subordinados técnica e hierarquicamente à esta Diretoria, com ênfase ao Serviço Social pela natureza das suas atividades técnicas, principalmente de socialização de informações sobre os direitos previdenciários e assistenciais para os usuários/as e os profissionais da rede intersetorial.

Além de limitar o acesso à informação de todas as alterações na legislação ocorridas para acesso aos benefícios dos(as) trabalhadores(as), o memorando é ilegal, haja visto que contraria legislações de hierarquia superior que definem as ações do Serviço Social na Previdência, dentre elas citamos, o art. 88 da Lei 8.213/91, a Instrução Normativa n. 77 em seus artigos, 407, 408 e 409, além de atos e normas internas que regem sobre as ações do Serviço Social no INSS.

Observa-se, assim, que essas mudanças sem regra de transição e nem cálculo atuarial que as justifiquem e a não transparência no acesso à informação de tais mudanças, representam evidentemente a restrição de acesso ao direito aos trabalhadores(as) brasileiros(as).

II.4 SOBRE A ENTREGA DA COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE REQUERIMENTO

Outra mudança de gestão no atendimento no INSS é referente a entrega da comunicação de resultado de requerimento (CRER), com a edição do Memorando Circular Conjunto N.6 DIRSAT/DIRAT/DIRBEN/INSS, de 05/04/2017. Há, portanto, alteração nas regras de entrega dos resultados das avaliações médico-periciais dos benefícios por incapacidade, após a conclusão da análise nas Agências da Previdência Social.

A partir de então, os(as) trabalhadores(as) somente terão acesso ao resultado do pedido no INSS pelos canais remotos, internet – site oficial www.previdencia.gov.br ou central 135 – telefone fixo), a partir das 21h da data da realização da perícia médica.

Diante disso, se faz necessário evidenciar algumas características do perfil do público que busca os benefícios por incapacidade, por exemplo, a faixa salarial desses(as) trabalhadores(as), que está relacionada a condição de baixa escolaridade e as dificuldades de acesso às tecnologias de informação. Assim, identifica-se que 36% dos(as) trabalhadores(as) que tiveram seu benefício concedido tinham rendimento de um salário-mínimo e 47% até dois salários, somando assim, 83% com renda até dois salários (Gráfico 04 – Anexo I). Por exemplo, aproximadamente 8% dos benefícios por incapacidade concedidos, em 2017, foram para segurados especiais, ou seja, em torno de 160.000 trabalhadores da zona rural (Tabela 19 – Anexo III).

Oportuno esclarecer que tal alteração ocorreu em virtude dos servidores peritos médicos se recusarem a entregar e esclarecer o resultado da avaliação após sua conclusão, repassando tal tarefa para o setor administrativo das agências com mais uma atividade de atendimento ao público.

As dificuldades de acesso ao resultado do requerimento tem relação direta com a necessidade ou não desses(as) trabalhadores(as) retornarem ao trabalho, podendo gerar inclusive perdas de dias de trabalho quando do indeferimento do benefício. Nesse sentido, é imperativo que a autarquia alterar tal medida para a entrega imediata após a avaliação médica do resultado do requerimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações instituídas pela Lei 13.457/201 é o retrato das medidas de restrições de direito em curso, já implantadas no contexto da proposta de contrarreforma da previdência social, apesar de a PEC 287 não ter sido aprovada pelo Congresso Nacional.

Assim, as alterações legislativas e normativas nos benefícios previdenciários por incapacidade, em especial o auxílio-doença e o salário-maternidade, tem contribuído para restrição e violação de direitos fundamentais dos trabalhadores(as) brasileiros(as) e de seus dependentes. Isto porque alterações substanciais estão ocorrendo nas características dos benefícios previdenciários, em especial os por incapacidade, como a extinção do Pedido de Reconsideração (PR), a alteração do Pedido de Prorrogação (PP) e os mecanismos de revisão a “toque de caixa” com a clara e



declarada intenção de atender quesitos meramente economicistas, desconsiderado a condição de saúde dos(as) trabalhadores(as).

Tais quesitos, conforme visualizamos no presente texto, são contraditórios na economicidade divulgada, visto a ampliação da judicialização da concessão dos benefícios, bem como o estabelecimento do bônus especial de desempenho para revisão dos benefícios de longa duração (BILDs).

Nesses termos é premente uma revisão das normativas em vigor, no sentido de garantir que os objetivos constitucionais da política de Previdência Social sejam garantidos, bem como assegurado os direitos dos(as) trabalhadores(as) brasileiros(as).

III TENTATIVAS DE EXTINÇÃO DO SERVIÇO PREVIDENCIÁRIO – SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social do INSS é um serviço previdenciário e direito do trabalhador brasileiro, previsto no artigo 88 da Lei n.8213/1991. Possui 73 anos na política de previdência social brasileira e tem compromisso com os(as) trabalhadores(as) no esclarecimento dos seus direitos, constituindo-se como referência para a população que busca por proteção social no INSS, com destaque para o reconhecimento de direito aos benefícios previdenciários e assistencial.

As ações desse serviço estão normatizadas pelo **MANUAL TÉCNICO DO SERVIÇO SOCIAL** atualizado pelo Despacho Decisório nº 350 DIRSAT/INSS de 30/08/2017. As principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social são socialização das informações previdenciárias e assistenciais aos usuários dos atendimentos na previdência social; assessoria/consultoria principalmente a órgãos e entidades públicas e organizações sociais; fortalecimento do coletivo, principalmente de organização dos trabalhadores; parecer social; e avaliação social da pessoa com deficiência para acesso BPC e da aposentadoria para a pessoa com deficiência, conforme a Lei Complementar n.142, de 8/05/2013. Essas principais ações do Serviço Social podem ser sintetizadas nas atividades abaixo:

- orientação individual e coletiva de usuários nas agências (critérios para requerimento de benefícios e recursos, procedimentos administrativos, documentação necessária);
- encaminhamentos para outras políticas (saúde, assistência social, justiça, educação, habitação; Ministério Público);
- realização de visita domiciliar, hospitalar, institucional, na impossibilidade dos segurados se deslocarem até as agências, possibilitando maior conforto e agilidade no andamento de seus processos/solicitações;
- emissão de parecer social para contribuir com a decisão acerca da concessão dos benefícios previdenciários e/ou assistenciais solicitados pelos trabalhadores no INSS;
- avaliação social de pessoas com deficiência para concessão de benefícios da assistência social (BPC – Decreto n.6.214/07) e da Previdência Social (aposentadoria – LC n.142/13);
- assessoria e consultoria a movimentos sociais, sindicatos, cooperativas, ONGs, órgãos públicos e privados, em matéria de serviço social e legislação previdenciária;
- palestras de socialização de informações previdenciárias em universidades, escolas, associações, sindicatos, hospitais, presídios, CRAS, CREAS, CAPS, Conselhos.

Conforme **MANUAL TÉCNICO DO SERVIÇO SOCIAL (2017)**, tais ações do Serviço Social estão vinculadas a três principais linhas de ações:

- a) **Ampliação e consolidação do acesso à previdência social** – as ações do Serviço Social direcionam-se para a ampliação e consolidação do acesso de categorias profissionais e ocupacionais, segmentos de trabalhadores e grupos sociais com dificuldades de obtenção dos benefícios e serviços ofertados pela Previdência Social;
- b) **Segurança e saúde do trabalhador** – as ações dos assistentes sociais do INSS fundamentam-se na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que visa a redução dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial e a participação popular, envolvendo os Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Social;
- c) **Direitos das pessoas com deficiência e das pessoas idosas** – as ações do Serviço Social objetiva promover a consolidação e a perspectiva de ampliação de direitos das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, beneficiárias ou não do BPC e da aposentadoria para a pessoa com deficiência-LC 142;

Destaca-se ainda que o Serviço Social, conforme o Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS 2015⁶, realizou em 2013 - **762.131**, 2014 - **1.077.822**, 2015 - **944.732 atendimentos técnicos**. Dessa forma, nesses três anos os assistentes sociais do INSS realizaram **2.784.685** atividades acima descritas para viabilizar direitos aos usuários das políticas públicas da Seguridade Social, com destaque para previdência social, saúde e assistência social. E evidencia-se que não há lotação de Assistentes Sociais⁷ em todas as APS do Brasil e o quantitativo aproximado desses profissionais por estado pode ser identificado no Gráfico 5 – Anexo I.

Contudo, tais números dos atendimentos técnicos do Serviço Social no INSS, a partir de 2016, dificilmente podem ser identificados e, se forem institucionalmente, provavelmente não correspondem a realidade do trabalho profissional cotidiano realizado com os usuários em todo Brasil, ou até mesmo, não representa a demanda social por esse serviço previdenciário. Isso porque o Serviço Social do INSS, a partir de 2016, passa a sofrer diversas ações de ingerência e desmonte pela administração central do INSS/MDS (Quadro 04 – ANEXO), como o esvaziamento de suas ações e competências profissionais e a mais recentemente tentativa de sua extinção no novo Regimento Interno (Portaria MDS n. 414/, de 28/09/2017), que somente foi parcialmente impedido com mobilização de profissionais⁸, entidades profissionais, sindicais⁹, da sociedade de civil¹⁰ e audiência na câmara dos deputados¹¹. Culminando, pois,

⁶<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>

⁷Serviço Social é profissão essa regulamentada pela lei Federal nº 8.662/93.

⁸<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1415>

⁹<http://www.fenasps.org.br/destaque/1524-apos-reuniao-no-inss-fenasps-apresenta-alteracoes-em-regimento-que-extingue-servico-social-do-instituto>

¹⁰<http://nosdoinss.blogspot.com.br/2017/09/venceos-uma-batalha-luta-continua.html>

com a exclusão do Serviço Social das ações das agências de previdência social (artigo 243), ou seja, do atendimento direito aos(as) trabalhadores(as) que buscam proteção social da política pública de previdência social, restringindo suas atividades apenas a avaliação social da pessoa com deficiência, anulando todo o artigo 88 da Lei Federal n.8.213/1991.

Por fim, aponta-se que esses entraves criados pela gestão do INSS para o desenvolvimento das atividades do Serviço Social nos anos de 2016/2017 falseiam inclusive os dados da execução orçamentária disponibilizada para essas atividades nesse período, o que provavelmente impactará em redução de orçamento para as atividades em 2018. Sendo assim, torna-se imperativo manter o recurso orçamentário do Serviço Social do INSS e do Benefício de Prestação Continuada para que os(as) usuários(as) da política previdenciária e assistencial não tenha limitado o acesso a esses serviços previdenciários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tentativas de extinção do Serviço Social do INSS e as alterações da legislação e de procedimentos no INSS expressam violações e restrição ao direito da população brasileira, e seguem as tendências da reforma da previdência em curso no Brasil. As tentativas de extinção do Serviço Social do INSS, por meio de atos e normas especificadas no Quadro 04, precariza a qualidade desse serviço prestado à população, em especial aquela com maior dificuldade de autonomia para compreender a legislação previdenciária e assistencial e participar ativamente de processos de inclusão nas políticas públicas de Seguridade Social. Assim, tal segmento de usuário necessita da intervenção sistemática e continuada dos assistentes sociais do INSS para que a missão dessa autarquia seja concretizada de maneira universal.

¹¹<http://nosdoins.blogspot.com.br/2017/09/trabalhadores-as-do-inss-denunciam-na.html>