

ALTA PROGRAMADA PREVIDENCIÁRIA: REPERCUSSÃO SOCIAL DE GESTÃO DE BENEFÍCIO AUXÍLIO-DOENÇA

SCHEDULED PAYMENT SUSPENSION: SOCIAL IMPACT OF DISABILITY BENEFITS MANAGEMENT

João Silvestre da Silva-Junior¹

¹ Médico, Mestre em Ciências, Especialista em Medicina do Trabalho e Direito Previdenciário. Doutorando em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Exerce atividade de Perito Médico Previdenciário no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social.

Resumo: A Previdência Social é um seguro social destinado a conceder direitos ao trabalhador adoecido impedido de trabalhar. Este estudo visa discutir o impacto social da Alta Programada dos benefícios auxílio-doença. Foram analisados os laudos periciais de 446 requerimentos emitidos em São Paulo. Foi reconhecido direito ao auxílio-doença em 45,7% das solicitações e prorrogado benefício de 71,7% dos casos solicitados. Os médicos do trabalho passaram a desempenhar um novo papel no processo, e em termos de gestão previdenciária houve repercussão positiva no sistema administrativo.

Palavras-chave: Previdência Social; Incapacidade; Medicina do Trabalho; Administração Pública; Gestão em Saúde.

Abstract: Social Security is an insurance to grant benefits to sick employee unable to work. This study aims to discuss the social impact of Scheduled Payment Suspension of sickness benefits. The physician reports of 446 requests issued in São Paulo were analyzed. Disability to work was recognized in 45.7% of the requests and was extended benefit for 71.7% of the requested cases. Occupational physicians began to play a new role in the process and in terms of social security management there was a positive impact on administrative system.

Keywords: Social Security; Disability; Occupational Medicine; Public Administration; Health Management.

Contexto

A criação de diretrizes mais amplas para a proteção social na sociedade brasileira ocorreu a partir de 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal. A Carta Magna foi pautada por princípios de cidadania e o conceito da Seguridade Social, que consiste no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social (MARQUES, BATICH, MENDES, 2003; BATICH, 2004).

A Previdência Social é definida como um seguro social destinado a reconhecer e conceder direitos aos segurados. Está baseada em contribuições que se destinam ao custeio de despesas com benefícios. Entre eles, há compensação pela perda de renda quando o trabalhador encontra-se impedido de trabalhar por motivo de doença, conhecido como auxílio-doença. Quem operacionaliza o sistema é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (SANTANA et al., 2006).

A questão do equilíbrio das contas públicas é uma prática neoliberal mundial e, de forma recorrente, é utilizada como justificativa nas discussões sobre gastos previdenciários (SILVA, 2004; LEITE, NESS, KLOTZLE, 2010). No Brasil, entre os anos de 1998 e 2006, houve um aumento de 55% no número de contribuintes à Previdência Social pública, e um incremento na ordem de 198% na concessão do benefício previdenciário auxílio-doença (BRASIL, 2010).

Discutem-se fatores que levaram a esta situação, como: mudanças de critério dificultando a concessão de aposentadorias; baixo dinamismo econômico aliado a desemprego e queda da renda dos trabalhadores; aumento do conhecimento dos segurados acerca dos seus direitos; e deficiência técnica na avaliação médica realizada por peritos fora do quadro de servidor público federal (CECHIN, GIAMBIAGI, 2004).

Também são citados a forma do cálculo do salário de benefício, fraudes, baixa resolubilidade da reabilitação profissional (Brasil, 2010) e o uso do salário de benefício do auxílio-doença como uma possível fonte de renda formal complementar a uma renda informal do segurados (SIANO et al., 2011).

No início dos anos 2000, o interesse por requerimento de benefício auxílio-doença fez com que a espera por avaliação pericial atingisse um prazo de 180 dias (GONZAGA, 2006). Como ferramenta de gestão, foi implantado pelo Governo Federal um plano para redução de filas. A partir de 2004 criou-se a carreira de Perito Médico do Ministério da Previdência Social e, através de concursos públicos, houve a contratação de milhares de médicos peritos entre 2005-2009 (MPS, 2009). A perícia médica é vinculada ao INSS, e forma o corpo técnico responsável por emitir parecer conclusivo quanto à capacidade laborativa dos segurados na análise de direito (MELO, ASSUNÇÃO, 2003).

Outra ação de gestão pública foi a instituição, a partir de 2005, da Cobertura Previdenciária Estimada (COPES) ou Programa Data Certa. O COPES, popularmente conhecido como Alta Programada Previdenciária, consiste na obrigação da perícia médica de fixar uma data para cessação automática do benefício auxílio-doença em que haja comprovação da incapacidade laborativa alegada. O perito deverá se utilizar de conhecimento da história natural do adoecimento para estimar um prazo de recuperação, e desta forma dispensar a realização de nova perícia com finalidade de avaliação da capacidade para o trabalho (SIANO et al., 2011). Em complementação ao COPES foram criados os mecanismos de Pedido de Prorrogação (PP) e Período de Reconsideração (PR).

O PP pode ser solicitado quinze dias antes da Data de Cessação do Benefício (DCB) fixada em qualquer avaliação onde tenha sido reconhecido o direito, mas cuja data de cessação não tenha sido suficiente para a recuperação da capacidade laborativa. O PR é uma solicitação de reavaliação da decisão pericial, que fornece ao segurado o direito a um novo exame médico que possibilite reanálise do seu requerimento por indeferimento ou perda do prazo para requerimento de prorrogação (GONZAGA, 2006).

Justifica-se este trabalho para discutir o impacto do COPES/Alta Programada Previdenciária para os segurados, para os Médicos do Trabalho das empresas e para o INSS.

Materiais e Métodos

Este estudo descritivo de corte transversal foi realizado em uma Agência da Previdência Social (APS) da Gerência Norte da cidade de São Paulo, com escolha por conveniência devido a facilidade de acesso aos dados.

A amostra foi composta por requerimentos de benefício previdenciário auxílio-doença cuja avaliação de incapacidade laborativa tivesse sido realizada entre 01/07/08 e 30/09/08. Como critério de inclusão a perícia deveria ser a inicial do requerimento, ou seja, a primeira avaliação pericial do segurado naquele requerimento.

Do total de 635 requerimentos, foram analisados os laudos médico-periciais emitidos inicialmente e em perícias subsequentes. Houve perda de 189 requerimentos pela impossibilidade técnica de localizar os laudos médico-periciais. Tabulou-se quantitativo de perícias realizadas, resultado da avaliação médico-pericial, quantitativo de solicitação de perícias subsequentes, modificações de datas de cessação de benefício (DCB) e tempo de benefício.

Resultados

Dentre os 446 requerimentos foram reconhecidos direito ao auxílio-doença em 45,7% das solicitações. Independentemente do resultado, houve pedido de reavaliação pericial em 46,4% dos casos, ou seja, o segurado não recorreu da decisão pericial em 53,6% das situações (Tabela 01).

Tabela 01. Distribuição dos participantes conforme conclusão médico-pericial inicial de requerimento de auxílio-doença e requerimento de avaliação sequencial, São Paulo, 2008 (N=446)						
Resultado da Perícia inicial			Requerimento de perícia sequencial			
			Não		Sim	
-	N	%	N	%	N	%
Há incapacidade	204	45,7	91	44,6	113	55,4
Não há incapacidade	42	54,3	148	61,1	94	38,9
Total	446	100,0	239	53,6	207	46,4

FONTE: Dados da pesquisa, 2008

Na perícia subsequente, solicitada como pedido de prorrogação ou pedido de reconsideração, houve manutenção da decisão pericial anterior em 52,1% das solicitações. A prorrogação do benefício por reconhecimento de manutenção de incapacidade laborativa alcançou 71,7% dos casos solicitados (Tabela 02).

Tabela 02. Distribuição dos participantes conforme resultado da perícia inicial do requerimento de auxílio-doença que solicitaram perícia sequencial e o seu resultado, São Paulo, 2008 (N=207)						
Resultado da Perícia inicial			Requerimento de perícia sequencial			
			Não há incapacidade		Há incapacidade	
-	N	%	N	%	N	%
Há incapacidade	113	54,6	32	28,3	81	71,7
Não há incapacidade	94	45,4	76	80,9	18	19,1
Total	207	100,0	108	52,1	99	47,9

FONTE: Dados da pesquisa, 2008

Discussão

Entre os requerentes que fizeram jus ao benefício, pouco mais da metade solicitou a prorrogação do benefício – e uma maioria expressiva teve seu pleito atendido. Todavia, mais da metade daqueles inicialmente reconhecidos como incapazes não necessitaram de mais tempo de benefício para recuperar sua capacidade laborativa.

É fato que as Ciências Médicas avançaram ao longo do tempo. A suposição do profissional médico acerca da recuperação clínica dos seus pacientes é prática cotidiana, vide o ato de emitir atestados médicos. Por meio dos conhecimentos da história natural de uma determinada doença, pode-se prever o tempo estimado de recuperação dos pacientes com uma boa margem de segurança. Todavia, isto cabe ao médico assistente do paciente adoecido.

Segundo Melo e Assunção (2003), a função do perito médico do INSS implica na interpretação de um material impreciso e variável, tornando específica cada avaliação, cuja conclusão derivaria de um

juízo sobre os diversos elementos apresentados pelos segurados. No exercício de sua função, o perito médico espera receber do segurado o maior número de dados objetivos que possam comprovar sua incapacidade laborativa e, assim, suscitar-lhe a convicção do direito ao benefício, na qual baseia sua interpretação do caso periciado.

Conforme Techy, Siena e Helfenstein (2009), a linha de comunicação legal entre o médico assistente e o perito médico do INSS são os atestados médicos ou a Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA). Esta ferramenta pode ser utilizada pelo perito médico previdenciário para elucidar dados sobre diagnóstico da enfermidade, programação terapêutica, prognóstico do quadro, entre outras, a fim de embasar seu parecer técnico.

A Perícia Médica não demanda observações de evolução e tratamento, típica da medicina assistencial. E, por estar relacionada a um benefício temporário, acredita-se que a cessação deva ocorrer na estabilização do quadro clínico com recuperação da capacidade para o trabalho. A manutenção de longos afastamentos desnecessários pode impactar no processo de retorno ao trabalho, por distúrbios de adaptação, além do aumento dos custos no pacto previdenciário causando prejuízos ilegais.

As complicações clínicas, terapêuticas não eficazes e novos procedimentos podem ocorrer durante o período de afastamento e tratamento, havendo necessidade de um tempo mais longo para recuperação. Muitas vezes, os percalços são decorrentes da inacessibilidade do segurado ao tratamento mais adequado, seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), seja por meio de atendimento privado, principalmente por convênios médicos. Conforme avaliado em estudos prévios (MELO, ASSUNÇÃO, 2003; SIANO et al., 2008), o benefício da dúvida privilegia o segurado para que não haja prejuízo do incapaz. Caso o prazo concedido em avaliação pericial não seja suficiente, o segurado pode requerer reavaliação.

Em termos de repercussão, para os médicos do trabalho há um impacto direto na gestão do afastados de longa duração sob sua responsabilidade. Ao não ser reavaliado pela perícia médica previdenciária, cabe a esse profissional realizar a atribuição imposta legalmente pelo Estado à autarquia federal, que é de avaliar a capacidade laborativa. Portanto, muitas vezes o segurando se apresenta para o exame de retorno ao trabalho, pois teve seu benefício cessado automaticamente e não requereu nova avaliação pericial, mas ainda se encontra incapaz para exercer suas tarefas habituais. Desta forma, cabe ao profissional médico do setor privado definir tanto a recuperação da capacidade laborativa, quanto a aptidão ao trabalho. Mas qual seria o

limiar que as separa? Esta é uma discussão que deve ser levada para novos estudos, pois, na prática, há uma sobreposição dos conceitos.

A problemática cotidiana se dá quando há uma dissociação entre a avaliação do médico do trabalho e o perito da Previdência Social. Quando o primeiro considera o trabalhador inapto para o retorno à função e o encaminha para nova avaliação pericial, mas o segundo não considera o segurado incapaz para o trabalho, entra-se em uma seara conhecida como "limbo previdenciário". Assim, o prejuízo é arcado pelo trabalhador, pois os dias não cobertos pelo INSS também não são pagos pelo empregador. Desta forma, pode-se gerar abalos na relação médico-paciente que a situação de trabalho lhes impõe.

Um dos princípios fundamentais da COPES é oferecer um acesso mais rápido dos requerentes ao auxílio-doença. Meziat Filho e Silva (2011), em estudo sobre benefícios por lombalgia, indicam que a diminuição do tempo de espera é uma forma de proteção ao trabalhador. Apesar da legislação vigente imputar a obrigatoriedade de avaliação de capacidade laborativa antes de ser considerado habilitado para o retorno ao seu trabalho habitual (BRASIL, 1991), em termos de gestão previdenciária, e utilizando a amostra como exemplo, houve uma melhora no funcionamento administrativo.

A partir da aplicação da DCB e com o segurado solicitando a reavaliação quando necessitar há possibilidade de direcionamento da perícia médica para mais avaliações iniciais. Esta análise corrobora o achado de Siano et al. (2011), na qual o COPES promove uma diminuição do tempo médio entre a data do requerimento e a realização de perícia médica. Assim, a Alta Programada Previdenciária beneficia tanto os segurados já em recebimento do benefício a que tem direito, quanto aqueles necessitados de avaliação inicial. Na cidade de São Paulo, a espera entre a data de entrada do requerimento e a realização do exame médico pericial era de 17 dias, segundo levantamento realizado no dia 31/01/2014. Em outras regiões do país, a espera é até maior: Belém (18 dias), Curitiba (28 dias), Brasília (34 dias), Recife (39 dias).

O Governo Federal empreendeu avanços de gestão para reduzir o tempo de atendimento e de reconhecimento de direitos com investimentos realizados na infraestrutura física, na realização de concursos públicos, na capacitação de servidores, na inovação tecnológica, na modernização dos procedimentos e no planejamento global das atividades do INSS consoante diretrizes estratégicas (Ministério da Previdência Social, 2009). A criação do mecanismo da Alta Programada Previdenciária veio na esteira desse processo.

Siano, Ribeiro e Ribeiro (2010) estudaram casos de auxílio-doença por transtornos mentais e comportamentais, e indicaram possíveis insuficiências técnicas nas avaliações médico-periciais. Para nortear as decisões acerca do grau, duração e repercussão funcional de agravos à saúde foram publicadas pelo INSS três "Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial": Ortopedia e Traumatologia, Transtornos Mentais e Clínica Médica - Parte I (Ministério da Previdência Social, 2010).

A grande crítica social ao sistema COPES é o tempo de espera até o segurado ser reavaliado. Este deve ser exequível em tempo hábil para que não haja prejuízo social ao adoecido, incapaz e dependente da renda transferida pelo Instituto. Se a data da perícia de reavaliação para prorrogação do benefício ativo for agendada para data posterior à cessação deste, a ausência da cobertura previdenciária lhe é injusta (SILVA-JUNIOR, 2009).

Esta distorção foi sanada com advento da data de cessação administrativa (DCA) do auxílio-doença, criada a partir de 19/07/2010. A 14ª Vara da Justiça da Bahia, após mandado impetrado pelo Ministério Público Federal da Bahia, definiu a obrigatoriedade do INSS arcar com pagamento do salário de benefício auxílio-doença ao segurado enquanto aguarda realização de exame médico-pericial por pedido de prorrogação do mesmo (NUNES, 2011). Portanto, deve ser interesse da instituição controlar gastos com o pagamento de benefícios durante esta espera (SIANO et al., 2011).

Considerações Finais

Sabe-se que o INSS vem investindo na abertura de novas agências da Previdência Social e contratando mais servidores públicos para ajustes em possíveis deficiências no quantitativo de recursos humanos. Além disso, vem-se treinando e padronizando o entendimento do conceito de capacidade laborativa.

Ao aperfeiçoar a gestão do órgão previdenciário, outras atribuições técnicas que dependem da mão-de-obra do perito médico podem ser contempladas de maneira adequada e em prazos satisfatórios, como: análise de recurso administrativo, análise de aposentadoria especial, avaliação de benefício de prestação continuada (BPC), avaliação de aposentadoria por tempo de contribuição para pessoa com deficiência, vistoria técnicas em locais de trabalho. Assim, possibilita-se dar resolução aos pleitos de todos os segurados contribuintes e se promove a verdadeira justiça social.

Referências

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo Perspec.*, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

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*, Brasília, DF, 25 jul. 1991.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Concessão e manutenção dos benefícios do auxílio-doença*. Brasília: TCU, 2010. 152 p. Disponível em:

<http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/previdencia_social/Relat%C3%B3rio_Aux%C3%ADlio%20Doen%C3%A7a.pdf> Acesso em: 13 ago. 2011.

CECHIN, J.; GIAMBIAGI, F. O aumento das despesas do INSS com o auxílio-doença. Boletim de Conjuntura nº 66. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 81-90. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/bccj/bc_66i.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

GONZAGA, P. Perícia Médica da Previdência Social. 4. ed. São Paulo: LTr, 2006.

LEITE, A.R.; NESS JR, W.L.; KLOTZLE, M.C. Previdência Social: fatores que explicam os resultados financeiros. *Rev. Adm. Pública*, v. 44, n. 2, p. 437-454, 2010.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000200011>.

MARQUES, R.M.; BATICH, M.; MENDES, A. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. *São Paulo Perspec.*, v. 17, n. 1, p. 111-121, 2003.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100011>.

MELO, M.P.P.; ASSUNÇÃO, A.A. A decisão pericial no âmbito da Previdência Social. *Physis*, v. 13, n. 2, p. 343-365, 2003.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312003000200007>.

MEZIAT FILHO, N.; SILVA, G.A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 494-502, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300007>.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Secretaria de Políticas de Previdência Social. Previdência Social: Reflexões e desafios*. Brasília: MPS; 2009. (Coleção Previdência Social, Séries Estudos, v.30). Os Desafios da Gestão do Regime Geral de Previdência Social, Diretoria do INSS; p. 191-203. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2010.

SILVA-JÚNIOR, J. S. *Alta Programada Previdenciária: Repercussão social de gestão de benefício auxílio-doença*. R. Laborativa. v. 3, n. 1, p. 29-39, abr./2014. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução n.º 128, de 16 de dezembro de 2010. Aprova o Manual de Procedimentos de Benefícios por Incapacidade (MPBI) – Volume I: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia, Volume II: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais e Volume III: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica (Parte I). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 dez. 2010. p. 732.

NUNES, A.M.B. *A Alta Previdenciária Programada*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Instituto de Ciências Jurídicas, Universidade Paulista, São Paulo, 2011.

SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000700006>.

SIANO, A.K. et al. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais. *HU Revista*, v. 34, n. 4, p. 235-242, 2008.

Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewfile/120/175>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

SIANO, A.K.; RIBEIRO, L.C.; RIBEIRO, M.S. Análise comparativa do registro médico-pericial do diagnóstico de transtornos mentais de segurados do Instituto Nacional do Seguro Social requerentes de auxílio-doença. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 59, n. 2, p. 131-138, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200009>.

SIANO, A. K. et al. Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2189-2198, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400018>.

SILVA, A. A. A reforma da previdência social brasileira: entre o direito social e o mercado. *São Paulo Perspec.*, v. 18, n. 3, p. 16-32, 2004.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300003>.

SILVA-JUNIOR, J. S. *Avaliação do Mecanismo de Alta Programada nas Perícias Médicas Previdenciárias*. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Previdenciário) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2009.

TECHY, A.; SIENA, C.; HELFENSTEIN JR., M. O exercício legal da medicina em LER/DORT. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 49, n. 4, p. 473-479, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Aug. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000400014>.

SILVA-JÚNIOR, J. S. *Alta Programada Previdenciária: Repercussão social de gestão de benefício auxílio-doença*. R. Laborativa. v. 3, n. 1, p. 29-39, abr./2014. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.

Nota: O autor declara ter recebido bolsa de estudos do Instituto Nacional do Seguro Social para conclusão de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Direito Previdenciário, cujo material serviu de base para o artigo em questão.

Artigo apresentado em 31/01/2014
Aprovado em 27/02/2014
Versão final apresentada em 13/03/2014