

FREDERICO AMADO

**MANUAL DOS BENEFÍCIOS POR
INCAPACIDADE LABORAL
E PERÍCIA MÉDICA NO RGPS**

2ª Edição
revista e atualizada

2026

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE (antiga aposentadoria por invalidez)

1. INTRODUÇÃO

Regulamentação básica: artigos 42/47, da Lei 8.213/91; artigos 43/50, do RPS (Decreto 3.048/99).

Códigos de concessão: 92 – Aposentadoria por incapacidade permanente por acidente do trabalho e 32 – Aposentadoria por incapacidade permanente invalidez previdenciária (não decorrente de acidente de trabalho).

Este benefício passou a se chamar **aposentadoria por incapacidade permanente**, nos termos da Emenda 103/2019, a exemplo da citação feita no seu artigo 26 “aposentadoria por incapacidade permanente aos segurados do Regime Geral de Previdência Social”.

Outrossim, a modificação no **inciso I** no artigo 201 da Constituição perpetrada pela EC 103/2019 é para se alinhar ao *nomen iuris* da **aposentadoria por incapacidade permanente**, antiga aposentadoria por invalidez.

Dessa forma, a Lei 8.213/91 deve ser reinterpretada à luz da novel terminologia constitucional para este benefício.

2. FATO GERADOR

A aposentadoria por incapacidade permanente será devida **ao segurado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência**, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Deveras, o pagamento da aposentadoria incapacidade permanente é condicionada ao afastamento de todas as atividades laborativas do segurado.

Outrossim, **a anterior percepção de auxílio-doença não é condição para a concessão da aposentadoria por incapacidade permanente**, pois poderá este benefício ser concedido diretamente, quando o INSS constatar que a enfermidade ou o acidente é tão grave que já tornou o segurado inválido, sem possibilidade de reabilitação profissional.

Na hipótese de o segurado ter se filiado ao RGPS já inválido não haverá cobertura securitária, inexistindo direito à percepção da aposentadoria por incapacidade permanente, pois a lesão ou enfermidade preexistiam à cobertura securitária.

Nesse sentido, a Súmula 53 da TNU:

“Súmula 53- Não há direito a auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez quando a incapacidade para o trabalho é preexistente ao reingresso do segurado no Regime Geral de Previdência Social”.

Todavia, caso a lesão ou enfermidade preexistissem à filiação, mas não ao ponto de tornar o segurado incapaz para o trabalho, tendo a incapacidade permanente se realizado após a filiação e em decorrência da progressão da doença ou lesão, fará jus o segurado à percepção da aposentadoria por incapacidade permanente, uma vez realizada a carência de 12 contribuições mensais, exceto nas hipóteses em que esta é dispensada.

Em regra, para a concessão deste benefício, será imprescindível que o segurado esteja **incapacitado de maneira total e permanente para o exercício do trabalho, bem como não haja possibilidade plausível de ser reabilitado para outra atividade laborativa, compatível com as suas restrições físicas ou psíquicas decorrentes do acidente ou enfermidade**.

Essa análise normalmente é bastante difícil e casuística. Além das condições clínicas do segurado, será preciso analisar a sua idade e condições sociais, pois em alguns casos a baixa escolaridade e a idade avançada tornam inviável a reabilitação profissional, sendo necessário se conceder a aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado.

Conforme passagem de precedente do TRF da 1ª Região, a “limitação laborativa parcial, porém irreversível, somadas às condições pessoais da segurada para o exercício da sua profissão de trabalhadora rural, acrescentando-se o seu baixo grau de escolaridade, meio social em que vive, idade avançada, nível econômico e atividade desenvolvida, sendo inviabilizada, em função da idade, adaptação em atividade profissional diversa daquela a que dedicou sua vida, impõe-se a concessão da aposentadoria por invalidez”¹.

1.. AC 2001.38.0.2001443-7, de 10.11.2008.

De acordo com a **Súmula 47**, aprovada pela TNU em 2012, **“uma vez reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho, o juiz deve analisar as condições pessoais e sociais do segurado para a concessão de aposentadoria por invalidez”**.

De acordo com o STJ, “segundo a jurisprudência deste Colegiado, é possível a verificação do contexto socioeconômico do segurado com a finalidade de concessão da aposentadoria por invalidez sem ofensa à norma do art. 42 da Lei de Benefícios” (passagem do julgamento do AgRg no Ag 1270388, de 24/04/2010).

Assim sendo, a apreciação das condições pessoais e sociais do segurado somente será cabível quando houver o prévio reconhecimento de incapacidade laborativa para avaliar qual o benefício por incapacidade cabível (aposentadoria por incapacidade permanente ou auxílio-doença) na situação concreta.

Destarte, caso a perícia médica aponte a capacidade laboral para o trabalho habitual será impertinente que o julgador avalie as condições pessoais e sociais do segurado, pois, de todo modo, o benefício por incapacidade será negado. Nesse sentido, a TNU:

“PEDIDO 00065530620074036303 – DOU 23/04/2013

AUXÍLIO-DOENÇA. AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO. ANÁLISE DAS CONDIÇÕES PESSOAIS. DESNECESSIDADE.

1. O acórdão recorrido considerou não comprovada a existência de incapacidade laboral. Não houve exame de condições pessoais. A autora interpôs recurso inominado alegando que o acórdão recorrido divergiu do entendimento da Turma Recursal do Mato Grosso, segundo a qual as condições pessoais e sociais do requerente devem ser consideradas na análise da incapacidade para o trabalho.

2. A TNU já decidiu que **“quando o juiz conclui que não há incapacidade para o trabalho, não fica obrigado a examinar as condições pessoais e sociais** (Processo nº 0507072-34.2009.4.05.8101, Rel. Juiz Rogério Moreira Alves, DOU 1º/02/2013). **“Quando negada a incapacidade para o trabalho habitual, forçoso inadmitir o exame das condições pessoais, já que o mesmo não pode, por si só, afastar a conclusão sobre a aptidão laboral calcada na valoração de prova pericial”** (Processo nº 0020741-39.2009.4.03.6301, Rel. Juiz André Carvalho Monteiro, julgado em 8/3/2013).

A análise das condições pessoais e sociais do segurado só é indispensável para efeito de concessão de aposentadoria por invalidez e quando reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho (Processo 0506386-42.2009.4.05.8101, Rel. Juíza Simone Lemos Fernandes, DJ 25/4/2012; Processo 5010366-27.2011.4.04.7001, Rel. Juiz Gláucio Maciel, julgado em 17/4/2013).

3. A Turma Recursal encampou a conclusão pela ausência de incapacidade para o trabalho. Como não reconheceu incapacidade laboral, o acórdão recorrido não estava obrigado a analisar as condições pessoais e sociais do segurado”.

Com base neste precedente e em outros na mesma linha de raciocínio, em 06 de setembro de 2013 a TNU publicou a Súmula 77:

“Súmula 77 – O julgador não é obrigado a analisar as condições pessoais e sociais quando não reconhecer a incapacidade do requerente para a sua atividade habitual”.

No entanto, a TNU vem afastando a aplicação da Súmula 77 na hipótese de o segurado ser portador de doença com estigma social. É que, neste caso, é possível que a doença não gere incapacidade laboral do ponto de vista clínico, mas o mercado de trabalho se feche em discriminação aos segurados.

Este entendimento vem sendo aplicado em doenças como a AIDS, a hanseníase, a obesidade mórbida e as doenças de pele graves, sendo necessário nestes casos excepcionais verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social das referidas doenças.

Nesse sentido, no que concerne aos portadores do vírus HIV, a TNU aprovou a Súmula 78 na sessão de 12 de setembro de 2014:

“Súmula 78- Comprovado que o requerente de benefício é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença”.

Logo, conforme noticiado no sítio da Justiça Federal, no entendimento já pacificado na Turma Nacional, no caso dos portadores do HIV, mesmo os assintomáticos, a incapacidade transcende a mera limitação física, e repercute na esfera social do requerente, segregando-o do mercado de trabalho. “Nessas situações – em que a doença por si só gera um estigma social –, para a caracterização da incapacidade/deficiência, faz-se necessária a avaliação dos aspectos pessoais, econômicos, sociais e culturais. Por outro lado, importante deixar claro que a doença por si só não acarreta a incapacidade ou deficiência que a Legislação exige para o gozo do benefício”, pontuou Kyu Soon Lee.

Outro ponto destacado pela juíza foi o caráter de complementaridade dessa súmula com relação a de nº 77 (O julgador não é obrigado a analisar as condições pessoais e sociais quando não reconhecer a incapacidade do requerente para a sua atividade habitual). “Pode parecer uma contradição, mas, na verdade, a súmula 78 vem complementar a anterior, posto que, na praxe, a Jurisprudência já considerava que a ausência de incapacidade clínica ou física nos casos de doenças de elevada estigma social não era suficiente para a negativa do benefício previdenciário ou assistencial”, explicou a magistrada¹⁸.

De acordo com o Boletim 43/2020, “a TNU consolidou o entendimento no sentido de que a Lei n. 7.670/88, ao prever a concessão de benefícios por incapacidade aos portadores de AIDS/SIDA, não dispensa a análise da incapacidade laboral, pelo que não se autoriza a concessão automática do benefício pelo simples fato de o segurado apresentar referida moléstia. Também nessa situação, mantém-se em vigor a Lei n. 8.213/91, a qual fixa como requisito para a concessão dos benefícios a existência de incapacidade laboral, ainda que, para tanto, sejam levadas em consideração as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, nos termos da Súmula n. 78 do Colegiado Nacional” (PUIL n. 5010522-04.2014.4.04.7003/PR).

Talvez seja até necessário designar uma perícia social para aferir no ambiente vivido pelo segurado se está havendo discriminação no mercado de trabalho em razão da enfermidade que porta, sendo indicativo desta situação os sucessivos vínculos curtos de emprego.

A respeito do tema, colaciona-se Enunciado aprovado no XI FONAJEF:

Grupo 5 – Benefícios por Incapacidade

Enunciado 1 (ATUAL ENUNCIADO FONAFEJ 141)

A súmula 78 da TNU, que determina a análise das condições pessoais do segurado em caso de ser portador de HIV, é extensível a outras doenças igualmente estigmatizantes. (**Aprovado por contraste**)

Seguindo a sua linha de jurisprudência no sentido de que a incapacidade laboral também deve ser aferida no contexto social no que tange a doenças com estigma social sofrido pelo segurado, cujo *leading case* foi o vírus HIV (Súmula 78/TNU), ao julgar o **Tema 274** em 30 de setembro de 2021, a TNU admitiu a possibilidade de concessão da aposentadoria por incapacidade permanente na situação de **outras doenças estigmatizantes** além do vírus da AIDS, a depender das condições sociais e pessoais do segurado, conforme aferição do caso concreto, na situação do laudo pericial apontar incapacidade parcial e permanente para o labor habitual:

Tema	274	Situação do tema	Julgado	Ramo do direito	DIREITO PREVIDENCIÁRIO
Questão submetida a julgamento		Se é possível a concessão de aposentadoria por invalidez, após análise das condições sociais, pessoais, econômicas e culturais, existindo incapacidade parcial e permanente, no caso de outras doenças, que não se relacionem com o vírus HIV.			

Tese firmada	É possível a concessão de aposentadoria por invalidez, após análise das condições sociais, pessoais, econômicas e culturais, existindo incapacidade parcial e permanente, no caso de outras doenças, que não se relacionem com o vírus HIV, mas, que sejam estigmatizantes e impactem significativa e negativamente na funcionalidade social do segurado, entendida esta como o potencial de acesso e permanência no mercado de trabalho.				
Processo	Decisão de afetação	Relator (a)	Julgado em	Acórdão publicado em	Trânsito em julgado
<u>PEDILEF</u> 0512288- <u>77.2017.4.05.</u> 8300/PE	<u>21/08/2020</u>	Juiz Federal Luis Eduardo Bianchi Cer- queira	23/09/2021	<u>30/09/2021</u>	-

²Nesse sentido, o julgador deve observar os seguintes **parâmetros cumulativos**:

- a) Prova de estigma no caso concreto em decorrência da enfermidade;
- b) Incapacidade laboral parcial e permanente atestada no laudo pericial;
- c) Condições sociais, pessoais, econômicas e culturais não indicativas de reabilitação profissional;
- d) Estigma com impacto significativo na funcionalidade do segurado, impedindo o acesso ou a continuidade no mercado de trabalho.

O caso concreto versou sobre o **lúpus eritromatoso**. Não obstante isso, no voto vencedor da lavra do Juiz Federal Luís Eduardo Cerqueira, foram citadas decisões que reconheceram as seguintes doenças com possibilidade de estigma social: **hanseníase, doença psiquiátrica, Síndrome de Marfan e ceratose actínica**.

Pela importância, a respeito do estigma social e da sua caracterização para a ampliação da definição de incapacidade, transcrevo abaixo três pontos do voto vencedor:

“III – ESTIGMATIZAÇÃO SOCIAL

*Para compreender o conceito de “estigma” e as implicações da estigmatização social, dentre as opções possíveis, esta Relatoria foca a sua atenção para Goffman (GOF-FMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 158p.), que escreveu a obra mais famosa sobre esse tema específico.*

2. <http://www.cjf.jus.br/cjf/noticias-do-cjf/2014/setembro/tnu-aprova-sumula-78>.

Ora, o termo “estigma”, do grego, designava originalmente os “sinais corporais, com os quais, se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, Erving. *Op. cit.* p. 11), tal como acontecia com escravos, criminosos ou traidores, que eram marcados com cortes ou fogo no corpo. Uma vez marcados, tais sujeitos eram considerados “ritualmente poluídos”, de modo que, deveriam ser evitados no convívio público.

Assim sendo, o “estigma”, do ponto de vista social, não se refere apenas à marca em si, mas à “situação do indivíduo, que está inabilitado para a aceitação social plena” (Ibid. p. 7).

Posteriormente, com o advento do Cristianismo, o mesmo termo passou a incorporar mais duas acepções: a primeira delas diz respeito aos “sinais corporais de graça divina, que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele”, situados nos locais onde Cristo teria sido marcado pelos pregos de seus verdugos; a segunda, uma metáfora médica, que parte desta última alusão religiosa, referindo-se a “sinais corporais de distúrbios físicos”, que é o que se aproxima mais do objeto que se está a julgar. Como salienta GOFFMAN, atualmente, o termo “estigma” é mais utilizado para descrever “a própria desgraça do que à sua evidência corporal” (Ibid. p. 11).

O problema da inabilitação para a aceitação social ocorre, porque os indivíduos são **categorizados** na sociedade, sendo esperado que as pessoas possuam um certo grupo de **atributos “comuns e naturais”**, para os membros de cada uma dessas categorias, conferindo a tais indivíduos uma **identidade social**. Ocorre que, por vezes, há um **hiato entre a identidade social virtual ou esperada e a identidade social real**, o que gera uma **reclassificação social**. Quando há evidências de que aquele indivíduo específico possui determinado atribuído, que lhe torna diferente dos demais, o “estigma”, ele deixa de ser considerado “uma criatura comum e total”, para se tornar um ser “estragado e diminuído” (Ibid. p. 12).

Observa Goffman que “nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado tipo de indivíduo”, de modo que, o termo “estigma” refere-se a um atributo “profundamente depreciativo”, sendo de se notar que o que está em jogo é uma “linguagem de relações”, não uma “linguagem de atributos” em si, de tal modo que, “o mesmo atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem” (Ibid. p. 13).

Sem embargo, tomando como exemplo o caso dos portadores de HIV, existem os estereótipos sociais relativos aos homossexuais (por exemplo, de que seriam mais promíscuos do que os heterossexuais), de tal modo que, quando é tornado público que alguém é portador do mencionado vírus, automaticamente, surge a crença social de que a sua conduta social seria incompatível com a moral social, seja pela homossexualidade em si, seja pela promiscuidade, que normal e erroneamente, é associada à prática. Logo, o fato de portar um vírus – que pode ter se originado, por exemplo, de mera transfusão de sangue – desclassifica socialmente o indivíduo do padrão de normalidade para uma situação pejorativa, calcada em estereótipos sociais, desprovidos de qualquer fundamentação científica.

Exatamente, por esse motivo, ocorreram tantos julgamentos em sentido contrário ao da Súmula 77 desta turma nacional, eis que, independente do fato do trabalhador/

segurado apresentar incapacidade, se a sua situação de portador do vírus HIV é, de algum modo, conhecida ou suposta, em especial, em cidades pequenas, onde todos se conhecem e não é tão fácil esconder certos segredos, a sua empregabilidade será, seguramente, dificultada. Não porque o empregador o considere incapaz, fisicamente, de realizar o trabalho, mas, por conta de sua suposta reprovabilidade moral, de sua desclassificação social, de seu estigma.

Se assim o é, relativamente a doença, que sequer é perceptível, quando assintomática, bem como, acerca da qual, existe a proibição legal de se exigir o teste negativo para admissão, o que dirá, relativamente a estigmas facilmente visíveis e identificáveis.

É o passo seguinte do raciocínio.

IV – ESTIGMATIZAÇÃO E DOENÇA

Proseguindo com o auxílio luxuoso de GOFFMAN, é possível distinguir três tipos de estigmas: “as abominações do corpo”, as várias deformidades físicas; as “culpas de caráter individual”, inferidas a partir de relatos de distúrbio mental, prisão, alcoolismo, homossexualismo, desemprego e outros, e os “estigmas tribais de raça, nação e religião” (Ibid. p. 14).

Nos casos tratados no Tema 274, doenças sem relação com o vírus HIV, trata-se comumente do estigma, que tangencia as “abominações do corpo”.

Mas, também há o estigma do tipo “culpa de caráter individual”, quando se refere a doenças psiquiátricas ou relacionadas a vícios, tais como o alcoolismo, por exemplo.

O mecanismo social de reclassificação ou desclassificação, baseado na diferença entre a identidade social esperada e a identidade social real, porém, aplica-se da mesma forma.

Imagine-se, por exemplo, a situação do portador de vitiligo ou fogo selvagem, que é facilmente perceptível, em especial, quando ocorre no rosto do segurado/trabalhador.

Em princípio, não haveria qualquer incapacidade física para o trabalho, puramente, em função do vitiligo em si, porque não há uma relação de causa e efeito entre a sua existência e algum grau de redução funcional da capacidade de trabalho.

Porém, como as manchas aparentes provocam esse efeito de desclassificação social, com o rebaixamento da identidade social do indivíduo, com base em determinados estereótipos sociais, a sua empregabilidade, para determinadas funções, tende a ser bastante reduzida.

*Acerca do tema, convém verificar o artigo da autoria de SILVA, Morgana Geórgia Fernandes. **Vivências de Pessoas com Vitiligo – Exclusão e Inclusão Social: Sensibilização ao Tema.** Acesso em <http://www.eaic.uem.br/eaic2016/anais/artigos/1174.pdf>, no dia 24/04/2021. 20:51).*

Isso se dá porque, em círculos sociais menos esclarecidos, acredita-se que possa ocorrer contágio, caso se toque ou chegue próximo a tais manchas na pele. De igual modo, que a doença possa ser transmitida, caso o seu portador toque ou se aproxime de comidas, tecidos ou outros materiais.

De igual modo, acredita-se, nesses mesmos círculos, que tal doença possa decorrer de falta de higiene – o artigo supramencionado, na página 4, traz um relato de portador de vitiligo, que, ao procurar um dermatologista para eventual tratamento, o

profissional de saúde lhe teria dito que doença decorreria de “falta de banho” -, sendo comumente relacionada a população de rua, a habitantes de rincões rurais inóspitos ou regiões periféricas miseráveis das grandes cidades, de tal modo que, o estigma físico acaba sendo relacionado a situações moralmente reprováveis ou a condições sociais tidas como inferiores.

Por isso, em cidades menores, em regiões com maior número de analfabetos ou mais pobres, um, portador de vitiligo tenderá a ter menos chances de ser empregado em atividades que envolvam manipulação de alimentos, salões de beleza, cuidados pessoais de crianças ou idosos, alguns tipos de comércio, ou seja, em boa parte das atividades onde um trabalhador/segurado não especializado ou sem um bom nível educacional conseguiria empregar-se.

Tudo isso, com base em estereótipos e generalizações desprovidas de qualquer base científica, que levam a um rebaixamento de “ranking” social desse indivíduo pela sua mera aparência física.

No caso específico do vitiligo, dificilmente tal benefício por incapacidade seria concedido, porém, já que é um pressuposto da turma nacional, a existência de incapacidade parcial em sentido estrito, o que não ocorrerá em tal doença.

O mesmo não ocorre com o lúpus, que é a doença da qual se trata a discussão no caso concreto, porque, hipoteticamente falando, ela tem o potencial de causar limitações físicas para a realização de determinados trabalhos.

Nessa situação, existindo a incapacitação parcial, passa-se ao segundo passo do raciocínio, com a dita análise das condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, ou seja, a análise da **incapacidade em sentido amplo ou ampliada**, ou seja, da **funcionalidade**.

O mesmo se dá com doenças psiquiátricas, que fazem parte de um outro grupo de estigmas, os do tipo “culpa de caráter individual”, da classificação de GOFFMAN, acima referida.

Como o portador de doenças psiquiátricas é normalmente associado a questões de índole moral, como sendo “fracos” (por exemplo, como se dá com os pacientes depressivos) ou de “mau caráter” (todos aqueles de comportamento social desviante, o que define “doença” psiquiátrica), ou ainda, “agressivos” ou “perigosos” (quando, na realidade, uma pequena parcela dessa população de comportamento social desviante representa algum risco aos demais), **as suas chances no mercado de trabalho são sensivelmente reduzidas, tão logo, seja evidenciada a sua condição** – seja o fato verdadeiro ou não, diga-se de passagem...

Assim, se há algumas doenças psiquiátricas que permitem ao paciente levar uma vida normal, sem a necessidade de internação ou interdição, ou mesmo, outras que levam a perturbações temporárias e/ou cíclicas dessa qualidade de vida, por outro lado, ainda que não estejam, necessariamente, incapazes, tais segurados podem ser de tal modo estigmatizados socialmente, que as suas oportunidades no mercado de trabalho são bastantes reduzidas.

De qualquer modo, **pelo menos, uma incapacitação parcial é necessária como pressuposto, por força de entendimento sumulado por esta turma nacional, para que se possa passar ao segundo momento da análise.**

Sem embargo, tais evidências somente podem ser percebidas pelo juiz da causa, caso, além da realização do exame pericial médico, que ateste a existência da doença e o seu grau de incapacitação em sentido estrito, também seja realizado, por exemplo, uma pesquisa social, que se dirija, não apenas às condições subjetivas do segurado, mas, igualmente, às condições objetivas do ambiente onde tenta empregar-se.

É sabido que, em cidades maiores, em especial, grandes metrópoles, em locais onde haja um nível de instrução mais elevado; as oportunidades de trabalho para pessoas com deformidades aparentes e com doenças psiquiátricas tendem a ser maiores que em centros urbanos menores e/ou com um nível de instrução da população mais baixo.

De igual modo, se o segurado possui um nível educacional mais elevado ou alguma especialização, isso facilita na sua empregabilidade, a depender do estigma.

*De qualquer modo, em quaisquer dessas situações, o intérprete estará analisando um conceito de incapacidade um pouco diferente, que é o da **incapacidade ampliada**.*

V – INCAPACIDADE AMPLIADA

*Para além dos conceitos tradicionais de incapacidade e deficiência, que possuem conotação negativa, se tem utilizado, até mesmo, para instruir políticas públicas, uma perspectiva positiva, que inclui, até mesmo, a participação social (LAMARI, Neuseli. **Avaliação Ampliada da Funcionalidade, da Incapacidade e da Saúde**. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 7-8, dez. 2015. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/311>>. Acesso em: 25 abr. 2021. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.4.2015.311>).)*

Para tanto, se tem utilizado um instrumento normativo, que é a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), não apenas, a Classificação Internacional de Doenças (CID).

*Sem embargo, utilizando-se tal classificação, oriunda da Organização Mundial da Saúde, da Organização das Nações Unidas, de forma complementar à CID, na análise da funcionalidade e da capacidade, verifica-se, não apenas a doença em si (funções e estruturas corporais), mas, as **atividades humanas como atividades sociais, participação social e a interação com o ambiente**, como se vê do Manual de Boas Práticas da FIOCRUZ (<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif/>). Acesso em 24/04/2021, 21:27).*

*Assim o é, porque a **funcionalidade e a capacidade** se relacionam com a **condição de saúde da pessoa**, mas também com os seus **recursos** (habilidades pessoais e recursos econômicos) e o **ambiente** no qual a pessoa vive.*

*É por isso, que não é suficiente o laudo pericial médico – calcado na realidade da CID ou do DSM -, para aferir capacidade ou funcionalidade, em especial, no caso de doenças que reduzem a empregabilidade, por serem estigmatizantes, **havendo de se levar em conta, igualmente, aspectos subjetivos referentes aos recursos pessoais do segurado (situação econômico-financeira, estudo, especialização do trabalho) e aspectos objetivos atinentes ao ambiente onde o segurado/trabalhador reside e terá de buscar colocação no mercado de trabalho.***

Não é esta Relatoria que está pontificando tais conclusões, mas a Organização Mundial de Saúde, com base na ciência.

*Mais do que isso, como se está discutindo no Tema 274 desta turma nacional se, **para aferição da existência do estado incapacitante**, a fim de se conceder benefício por incapacidade, no caso de doenças estigmatizantes outras, que não aquelas decorrentes da infecção e/ou contágio por HIV, seria necessário realizar, igualmente, a avaliação pessoal, social, cultural e econômica, que é feita naquela circunstância, não se estará, de forma alguma criando algo novo, alguma anomalia, se a conclusão do presente voto levar à resposta positiva.*

Pelo contrário, se estará utilizando um conceito atualizado de incapacidade, que não se refere somente às estruturais e funções corporais, mas, a fatores outros, igualmente determinantes do estado de incapacidade.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, traz uma interessante matriz, na qual se veem as diferentes situações, envolvendo capacidade e funcionalidade, que podem ser encontradas, na qual, se faz referência a “estigma”, verbis:

Se a nossa intenção é descrever uma experiência de saúde, no seu todo, todos os componentes são úteis. Por exemplo, uma pessoa pode:

- **ter deficiências sem limitações de capacidade** (e.g., uma desfiguração resultante da Doença de Hansen pode não ter efeito sobre a capacidade da pessoa);
- **ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiências evidentes** (e.g., redução de desempenho nas atividades diárias associado a várias doenças);
- **ter problemas de desempenho sem deficiências ou limitações de capacidade** (e.g., indivíduo VIH positivo, ou um ex doente curado de doença mental, que enfrenta estigmas ou discriminação nas relações interpessoais ou no trabalho);
- **ter limitações de capacidade se não tiver assistência, e nenhum problema de desempenho no ambiente habitual** (e.g., um indivíduo com limitações de mobilidade pode beneficiar, por parte da sociedade, de ajudas tecnológicas de assistência para se movimentar);
- **experimentar um grau de influência em sentido contrário** (e.g., a inatividade dos membros pode levar à atrofia muscular; a institucionalização pode resultar numa perda da socialização).”

Ora, o que diz a CIF é que, ainda que não exista “limitação de capacidade”, em sentido estrito, haveria limitação à funcionalidade, que é um conceito mais amplo de capacidade, nos casos de doenças estigmatizantes.

A turma nacional, por outro lado, por força de entendimentos jurisprudenciais reiterados, consubstanciados na Súmula 77, considera que, para se analisar a eventual existência da incapacidade ampliada, para fins de concessão da aposentadoria por invalidez, é requisito necessário a existência de incapacidade parcial permanente.

Isso se reflete na própria pergunta do Tema 274, da maneira como formulada, porque o raciocínio empregado na Súmula 77 é um prius lógico em relação

ao Tema 274, verbis: “O julgador não é obrigado a analisar as condições pessoais e sociais quando não reconhecer a incapacidade do requerente para a sua atividade habitual.”

Por isso, a própria questão de afetação já incorporou, por decisão do colegiado, a premissa da existência da incapacidade parcial e permanente, para que se possa passar ao degrau seguinte, que é o da análise das condições pessoais, sociais, econômicas e culturais”.

A incapacidade permanente pode ser definida como a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente.

De acordo com o artigo 29 da Portaria INSS/DIRBEN 999/2022, modificado pela Portaria INSS/DIRBEN 1.310/2025, “a conclusão de insuscetibilidade à Reabilitação Profissional deverá ser formalizada pela Equipe de Reabilitação Profissional do INSS, com registro prévio no sistema de benefícios, com parecer fundamentado e encerramento do processo em seguida” (§2º). “Nos casos em que estiverem preenchidos os requisitos de carência e comprovação da incapacidade laborativa, mediante avaliação médico-pericial que constatou a **incapacidade parcial e permanente para a atividade habitual**, o benefício por incapacidade temporária será convertido administrativamente em aposentadoria por incapacidade permanente, nos termos do art. 42 da Lei nº 8.213/91, observada a revisão periódica prevista no art. 330 da Instrução Normativa PRES/INSS nº 128, de 28 de março de 2022” (§2-A).

Logo, essa regra introduzida pela Portaria INSS/DIRBEN 1.310/2025 se alinha à jurisprudência da TNU e STJ no sentido da **possibilidade da conversão do auxílio por incapacidade temporária em aposentadoria por incapacidade permanente quando incabível à luz do caso concreto a reabilitação profissional na situação de incapacidade PARCIAL E PERMANENTE**.

3. SEGURADOS ACOBERTADOS

Diante da inexistência de restrição no âmbito da Lei 8.213/91, é pacífico que a aposentadoria por incapacidade permanente é um benefício IRRESTRITO, sendo devido a TODOS os segurados obrigatórios e até mesmo aos segurados facultativos.

4. PERÍODO DE CARÊNCIA

Com o intuito de resguardar o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema, bem como prevenir a ocorrência de fraudes, a concessão de alguns benefícios previdenciários depende do prévio pagamento de um número mínimo contribuições previdenciárias em dia, o que se intitula de carência.

A definição legal de carência, conforme capitulado no artigo 24, da Lei 8.213/91, é *o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências*.

Nesse sentido, para fins de carência, um dia de trabalho, no mês, vale como contribuição para aquele mês, para qualquer categoria de segurado, nos termos do artigo 145, da revogada Instrução Normativa INSS 77/2015.

Todavia, esse conceito legal é incompleto, pois ainda será preciso que as contribuições previdenciárias sejam pagas tempestivamente para fins de carência, sendo imprestáveis as recolhidas com atraso nos termos abaixo vistos. **Ou seja, a carência se realizará não apenas como o pagamento das contribuições previdenciárias, mas também com o seu recolhimento em dia.**

Nos termos do artigo 26 do RPS, atualizado pelo Decreto 10.410/2020, o período de carência é o tempo correspondente ao número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, **consideradas as competências cujo salário de contribuição seja igual ou superior ao seu limite mínimo mensal.**

Isso porque, a partir da competência 11/2019, o segurado empregado, trabalhador avulso e empregado doméstico que receber remuneração inferior ao limite mínimo mensal do salário de contribuição, somente considerará o período para fins de carência se efetuar os ajustes de complementação, utilização e agrupamento de contribuições, nos termos do Decreto 10.410/2020, que regulamentou o artigo 29 da Emenda 103/2019, na forma do § 1º do artigo 19-E e o § 27-A do artigo 216, ambos do Regulamento da Previdência Social.

Por outro lado, para fins de carência, as contribuições anteriores à data de publicação da Emenda à Constituição nº 103, de 12 de novembro de 2019, serão consideradas em conformidade com a legislação vigente à época.

Outrossim, registre-se que para o contribuinte individual e o segurado facultativo, mesmo antes da EC 103/2019, o valor nominal do salário de contribuição não poderia ser inferior a um salário mínimo.

Para os segurados que possuem presunção de recolhimento da contribuição previdenciária não se há de falar de recolhimento em atraso, devendo a carência ser computada a contar do mês da filiação, independentemente do recolhimento, a saber: empregado, empregado doméstico, trabalhador avulso e contribuinte individual que presta serviços à empresa.

A inserção do empregado doméstico neste rol se deu apenas por força da Lei Complementar 150/2015, que modificou o artigo 27, da Lei 8.213/91.

No entanto, na interpretação administrativa da Previdência Social, a presunção de recolhimento em favor do empregado doméstico não irá retroagir, operando-se somente a partir da vigência da LC 150, em 2 de junho de 2015.

Nesse sendo, para a autarquia previdenciária, a carência do empregado doméstico, para período de trabalho de 25/07/1991 até 01/06/2015, será considerada quando comprovado o pagamento da primeira contribuição sem atraso, as demais contribuições recolhidas poderão ser consideradas para fins de carência, ainda que recolhidas fora do prazo legal; para período de trabalho a partir de 02/06/2015, independente do pagamento da primeira contribuição sem atraso e do recolhimento das contribuições mensais, todas as competências a partir de 06/2015 serão consideradas para fins de carência, desde que devidamente comprovado o vínculo de trabalho³.

Reputa-se equivocado tal entendimento. Conquanto a Lei Complementar 150 tenha entrado em vigor no dia 2 de junho de 2015, data da sua publicação, entende-se ser constitucional sustentar que a presunção de recolhimento das contribuições previdenciárias em favor do empregado doméstico deve ser retroativa, alcançando as competências anteriores a junho de 2015.

Isso porque mesmo antes da LC 150/2015 a responsabilidade tributária de recolher a contribuição do empregado doméstico já era do patrão doméstico, tendo apenas sido corrigida uma inconstitucionalidade por omissão injustificável que discriminava negativamente o empregado doméstico.

Já o contribuinte individual que trabalha por conta própria e o segurado facultativo, por serem os responsáveis tributários pelo recolhimento da sua contribuição não possuem presunção de recolhimento, de modo que o período de carência será contado apenas da data de efetivo pagamento da primeira contribuição sem atraso, não sendo consideradas para este fim as contribuições recolhidas com atraso referentes a competências anteriores.

Nesse sentido, de acordo com o artigo 18-A, §15, da Lei Complementar 123/2006, inserido pela Lei Complementar 139/2011, no caso do contribuinte individual filiado como microempreendedor individual, a inadimplência do recolhimento do valor da sua contribuição previdenciária tem como consequência a não contagem da competência em atraso para fins de carência para obtenção dos benefícios previdenciários respectivos.

Por isso, a tese aqui sustentada goza de previsão legal expressa da Lei Complementar 139/2011, que veio para espantar os eventuais posicionamentos contrários a respeito deste tema.

3. Memorando-Circular nº 38/DIRBEN/INSS, de 5/11/2015.

Inclusive, essa é a posição a ser seguida, pois foi nessa linha que decidiu o STJ no último julgado que abordou diretamente o tema⁴:

“PREVIDENCIÁRIO. RECURSO ESPECIAL. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO CARACTERIZADO. ART. 255 DO RISTJ. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. RECOLHIMENTO DE PRESTAÇÕES EM ATRASO. TEMPO DE SERVIÇO. CÔMPUTO PARA EFEITO DE CARÊNCIA. ART. 27 DA LEI Nº 8.213/91. IMPOSSIBILIDADE. I – Em casos nos quais só a comparação das situações fáticas evidencia o dissídio pretoriano, indispensável que se faça o cotejo analítico entre a decisão recorrida e os paradigmas invocados. A simples transcrição de ementas, sem que se evidencie a similitude das situações, não se presta como demonstração da divergência jurisprudencial. II – **As contribuições previdenciárias recolhidas em atraso não podem ser consideradas para o cômputo do período de carência, nos termos do art. 27 da Lei nº 8.213/91.** Recurso especial desprovido” (g.n.)

No entanto, é certo que o artigo 27, II, da Lei 8.213/91, possui uma redação dúbia, ao estatuir que “para cômputo do período de carência, **serão consideradas as contribuições realizadas a contar da data do efetivo pagamento da primeira contribuição sem atraso, não sendo consideradas para este fim as contribuições recolhidas com atraso referentes a competências anteriores**, no caso dos segurados contribuinte individual, especial e facultativo”.

Assim, surgiu uma corrente doutrinária e jurisprudencial no sentido de que o recolhimento das contribuições atrasadas antes da inscrição não se presta para fins de carência, mas, por outro lado, se forem contribuições recolhidas em atraso após a inscrição, estas são consideradas para integralização do período de carência, sendo necessário não ter havido a perda da qualidade de segurado.

Em uma interpretação alternativa do artigo 27, da Lei 8.213/91, a TNU vem entendendo que a partir da 1ª contribuição paga sem atraso, às demais poderão ser pagas com atraso para fins de carência:

“EMENTA PREVIDENCIÁRIO. CARÊNCIA. CONTRIBUINTE INDIVIDUAL. RECOLHIMENTO COM ATRASO DAS CONTRIBUIÇÕES POSTERIORES À PRIMEIRA. AUSÊNCIA DE PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO. POSSIBILIDADE DE CÔMPUTO DAS CONTRIBUIÇÕES ATRASADAS. 1. **Devem ser consideradas, para efeito de carência quanto à obtenção do benefício de auxílio-doença, as contribuições previdenciárias recolhidas com atraso, desde que posteriores à primeira paga sem atraso.** 2. A possibilidade do cômputo, para efeito de carência, dessas contribuições recolhidas em atraso decorre diretamente da interpretação do disposto no art. 27, II, da Lei nº 8.213/91. Importa, para que esse pagamento seja considerado, que não haja perda da qualidade de segurado. Precedente do STJ (REsp 642243/PR, Rel. Ministro Nilson Naves, Sexta Turma, julgado em 21/03/2006, DJ 05/06/2006 p. 324). 3. Tratando-se de restabelecimento

4. REsp 870.920, 5ª Turma, de 03.04.2007.

de benefício de auxílio-doença, e considerando que a questão da capacidade da autora para o trabalho não foi devidamente apreciada nas instâncias anteriores, devem os autos retornar ao juízo de origem para que se proceda ao completo e devido julgamento. 4. Pedido de Uniformização parcialmente provido para anular o acórdão e a sentença monocrática”⁵ (g.n.).

No entanto, a própria TNU entende que as contribuições atrasadas após a primeira paga em dia somente se prestam para fins de carência se ainda recolhidas dentro do período de graça, vez que se na data do recolhimento já tiver se dado a perda da qualidade de segurado serão imprestáveis para fins de carência:

“PREVIDENCIÁRIO E PROCESSUAL CIVIL. PEDIDO DE UNIFORMIZAÇÃO. APOSENTADORIA POR IDADE. CONTRIBUINTE INDIVIDUAL. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA MANTIDA PELA 2.^a TURMA RECURSAL DO PARANÁ. ALEGAÇÃO DE DISSÍDIO COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DA TURMA NACIONAL DE UNIFORMIZAÇÃO. RECOLHIMENTO DE CONTRIBUIÇÃO EM ATRASO. CARÊNCIA. NECESSIDADE DA MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO. SIMILITUDE FÁTICO-JURÍDICA ENTRE OS ACÓRDÃOS RECORRIDO E PARADIGMA. DIVERGÊNCIA DEMONSTRADA. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO INCIDENTE. Comprovada a similitude fático-jurídica e a divergência entre o acórdão recorrido e a jurisprudência dominante da Turma Nacional de Uniformização (PEDILEF n.º 200772500000920, Rel. Juiz Federal Derivaldo de Figueiredo Bezerra Filho, DJ 9 fev. 2009), tem cabimento o incidente.- **As contribuições previdenciárias recolhidas com atraso devem ser consideradas para efeito de carência desde que posteriores à primeira paga sem atraso e que o atraso não importe nova perda da condição de segurado (PEDILEF n.º 200670950114708 PR, Rel. Juiz Fed. Élio Wanderley de Siqueira Filho, DJ 14 abr. 2008).**- Hipótese na qual o recorrente alega que o acórdão da Turma Recursal de origem, mantendo a sentença de procedência do pedido de aposentadoria por idade, divergiria da jurisprudência dominante da TNU, segundo a qual é possível o recolhimento de contribuições em atraso, desde que haja a manutenção da qualidade de segurado.- **A TNU já firmou o entendimento quanto à possibilidade de cômputo das contribuições previdenciárias recolhidas a posteriori pelo contribuinte individual para efeitos de carência, se não houver perda da qualidade de segurado.** No caso, o acórdão recorrido afirmou expressamente não haver mais obrigatoriedade do requisito qualidade de segurado, de forma que, pagas as contribuições, mesmo a destempo, seria possível o seu cômputo para fins de carência e, conseqüentemente, para obtenção da aposentadoria por idade, o que diverge da jurisprudência desta TNU. **Como a recorrida não mais detinha a qualidade de segurada quando do pagamento das contribuições em atraso, referentes às competências de janeiro de 2002 até setembro de 2009, uma vez que passou mais de quatro anos sem contribuir, e tendo pago todo o período a partir do dia que completou a idade exigida para a concessão da aposentadoria por idade, tais contribuições recolhidas em atraso, após perda da qualidade de segurado, não podem ser computadas como**

5. Incidente 200772500000920, de 21.11.2008.