

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL

ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

**SAÚDE MENTAL E PROTEÇÃO SOCIAL: A (IN)CAPACIDADE
LABORAL E A (RE) INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**

Rio Grande
2016

ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

**SAÚDE MENTAL E PROTEÇÃO SOCIAL: A (IN)CAPACIDADE
LABORAL E A (RE) INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça da Universidade Federal do Rio Grande, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Direito e Justiça Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Liane Francisca Hüning Pazinato .

Rio Grande

2016

ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

**SAÚDE MENTAL E PROTEÇÃO SOCIAL: A (IN)CAPACIDADE
LABORAL E A (RE) INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Direito e Justiça Social e aprovada em sua forma final pelo Orientadora e pela Banca Examinadora.

Orientadora:

Profa. Dra. Liane Francisca Hüning Pazinato

Banca Examinadora:

Prof^o. Dr^o Cesar Augusto Soares da Costa (UCPEL)

Prof^a Dr^a Maria Claudia Crespo Brauner

Coordenadora do PPGDJS:

Prof^a. Dr^a. Maria Claudia Crespo Brauner

Rio Grande, outubro de 2016.

AGRADECIMENTO

Gostaria primeiramente de agradecer a Deus por ter me dado condições intelectuais de me desenvolver profissionalmente, pois sem a razão, eu seria mais um número entre os brasileiros deficientes em estado de vulnerabilidade social.

Faço um agradecimento especial ao meu marido José Ricardo, companheiro desta jornada desde a adolescência, que esteve sempre do meu lado me incentivando, me apoiando, sendo paciente e amoroso, me suprindo nas horas de ausência para que eu pudesse chegar até o fim desta etapa da minha vida.

Aos meus filhos Rodrigo e Guilherme, que souberam compreender as minhas horas de angústia e de ausência.

A minha mãe Cândida, que embora em fase de restabelecimento, soube me ouvir e me aconselhar.

Agradeço a duas grandes pessoas, que vou carregar sempre comigo, como exemplos de profissionais, de professoras, amigas e mulheres:

A minha orientadora Liane Francisca Hüning Pazinato pela confiança que depositou em mim ao aceitar me orientar. Pela sua dedicação, pela paciência e pelo fato de ter apontado o caminho e ter acompanhado a caminhada;

A Coordenadora do PPGDJS Profa. Dra. Maria Claudia Crespo Brauner, pelo cuidado, pela sabedoria, pelo incentivo e por todo o esforço para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a todos os professores que compõe o corpo docente do Mestrado em Direito e Justiça Social pela organização, dedicação, conhecimento e competência, contribuindo para o meu crescimento pessoal.

E por fim a todos os colegas do mestrado que contribuíram para a realização dos debates e especial para a minha colega e amiga Priscila Peter, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, me incentivado e me aconselhando...

A todos o meu MUITO OBRIGADO!

HOMENAGEM

Ofereço este trabalho a todas as pessoas que encontram-se neste momento em estado de vulnerabilidade, sofrendo males físicos e mentais e que dentro dos valores perpetuados pelo capitalismo, foram descartadas, excluídas socialmente.

Ofereço este trabalho a todos os bancários, que através do seu exemplo de profissionais me impulsionaram ao aprofundamento do tema ora desenvolvido.

E, por fim, um agradecimento especial a minha equipe de trabalho na advocacia, na pessoa de meu irmão Leonardo Isquierdo, na certeza de que as questões aqui desenvolvidas irão contribuir para o nosso crescimento pessoal e profissional e para a efetivação do nosso maior objetivo, contribuir para uma sociedade melhor, realizando a justiça social.

RESUMO: Esta pesquisa, de carácter exploratório, com análise da doutrina, jurisprudência e da legislação pertinente ao tema, busca analisar o adoecimento do trabalhador no mundo atual, bem como as novas patologias surgidas em decorrência do novo arranjo do capitalismo. Observa-se, nesse contexto, que os trabalhadores, passam a ser exigidos cada vez mais no cumprimento de metas infundáveis, sendo-lhes imposto uma reciclagem permanente, sob pena da perda do emprego, acarretando-lhes abalo na saúde mental. Para a melhor efetivação da justiça social é necessário que as políticas públicas de proteção social, especialmente aquelas ligadas à Saúde, à Previdência e à Assistência social estejam em consonância com as necessidades dos trabalhadores. Por isso a existência de um rol de benefícios que buscam auxiliar os trabalhadores nos momentos de perda da capacidade de trabalho, decorrente dos riscos existentes. Para tanto, torna-se necessária uma interlocução e interrelação direta das áreas que compõem a seguridade social, sendo que a saúde possui um papel fundamental nesta dinâmica. Seja para os benefícios previdenciários por incapacidade, bem como nos benefícios assistenciais, é fundamental que a saúde pública funcione bem e a contento dos trabalhadores. Indaga-se se a Previdência Social, por meio do INSS seu órgão gestor, está cumprindo com seu papel o que respeita ao processo de habilitação e reabilitação dos trabalhadores e segurados. A perícia médica e a perícia social, que devem estar entrelaçadas no conceito mais amplo trazido pela perícia biopsicossocial, são formas de avaliar o ser humano de modo mais completo. Analisando dados quantitativos disponibilizados pela Gerência Executiva do INSS de Pelotas, no Rio Grande do Sul, relativo ao ano de 2015, pode-se comprovar que o processo de habilitação e reabilitação profissional não está atendendo aos fins a que se destina, qual seja, o reingresso dos trabalhadores no mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mensal. Seguridade Social. Previdência Social. Reabilitação e Habilitação Profissional.

ABSTRACT: This exploratory research, with an analysis of the doctrine, jurisprudence and legislation pertinent to the subject, seeks to analyze the sickness of the worker in the world today, as well as the new pathologies that arose as a result of the new arrangement of capitalism. In this context, it is observed that workers are increasingly required to meet endless goals, and are subject to permanent recycling, under penalty of losing their jobs, causing them to suffer from mental health problems. In order to make social justice work better, it is necessary that public policies on social protection, especially those related to health, social security and social welfare are in line with the needs of workers. Therefore, the existence of a list of benefits that seek to assist workers in the moments of loss of work capacity, due to the existing risks. Therefore, it is necessary to have a direct interlocution and interrelation of the areas that make up social security, and health plays a fundamental role in this dynamic. Whether it is for disability benefits or benefits, it is essential that public health works well and to the satisfaction of workers. It is questioned if the Social Security, through the INSS its managing body, is fulfilling its role regarding the process of habilitation and rehabilitation of workers and insured persons. Medical expertise and social expertise, which should be intertwined in the broader concept brought about by biopsychosocial expertise, are ways of assessing the human being more fully. Analyzing quantitative data provided by the Executive Management of the INSS of Pelotas, in Rio Grande do Sul, related to the year 2015, it can be verified that the process of habilitation and professional rehabilitation is not serving the purposes for which it is intended, that is, the Re-entry into the labor market.

KEYWORDS: Health Monthly. Social Security. Social Security. Rehabilitation and Professional Qualification.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTO.....	04
HOMENAGEM.....	06
RESUMO.....	07
ABSCTRACT.....	08
SUMÁRIO.....	09
INTRODUÇÃO.....	13
1 SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA SOCIAL.....	16
1.1 Saúde: um direito em evolução.....	16
1.2 A Saúde mental na história.....	22
1.3 Fatores causadores do adoecimento mental.....	28
1.3.1 Saúde mental de origem orgânica.....	29
1.3.2 Saúde mental e trabalho.....	30
1.3.3 Saúde e gênero.....	38
1.3.4 Saúde e desemprego	45
1.4 Medicalização: a solução para todos os males.....	48
2 SEGURIDADE SOCIAL: A PROTEÇÃO DO TRABALHADOR.....	53
2.1 A Seguridade Social nas Constituições Brasileiras	54
2.2 - A Seguridade Social e sua composição.....	58
2.2.1- Saúde.....	59
2.2.2- Assistência Social.....	61
2.2.3- Previdência Social.....	63
2.3- Os benefícios decorrentes da restrição laboral	66
2.3.1 Auxílio-doença.....	67
2.3.2 Auxílio acidente.....	73
2.3.3 Aposentadoria por Invalidez.....	75
2.3.4 Benefício Assistencial da LOAS.....	78
2.3.5 Aposentadoria Especial dos Deficientes.....	82

2.4 A incapacidade em decorrência da saúde mental: do diagnóstico ao tratamento.....	86
3 A INTERRELAÇÃO DAS POLITICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E O PROCESSO DE REINserÇÃO NO TRABALHO.....	93
3.1 A Interlocação da Saúde, Previdência e Assistência Social	93
3.2 Os Limites da Perícia Médica Tradicional: perícia biopsicossocial no campo da Seguridade Social	96
3.3 O Processo de Reabilitação Profissional e sua (in)eficácia	105
3.4 – Um Recorte da Reabilitação Profissional no ano de 2015 em Pelotas, RS.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126

NO MEU CAMINHO TINHA UM CORAÇÃO

Mauro Salles Machado¹

Estava caminhando, pensamentos ao longe, quando encontrei um coração palpitando na calçada, sem o corpo.

Todos passavam e não olhavam para baixo, não viam. Seguiam pensando ao longe.

Pensando perto, comigo mesmo, vi o órgão vermelho molhado de sangue. Parei, peguei-o.

O Coração estava quente, acho que até ouvi bater: tum...tum...tum...

Olhei para todos os lados e, desesperadamente, passei a procurar seu corpo.

Entrei em uma agência bancária ao lado de onde encontrei o coração e perguntei afoito: será de alguém este coração? Ele está vivo ainda, precisa de um corpo e de um cérebro para comandar.

Um bancário aproxima-se assustado e me diz: poderia ser meu, pois quase não controlo o meu. Não aguento tanta humilhação, pressão, exigências sem fim. Não consigo colocar meu coração a serviço de minha família, Minha filhinha, quando chego em casa e ela está acordada, coloca seu ouvido no lado esquerdo de meu peito e fica em silêncio até adormecer.

Continuo, com alta angustia, sem saber de que corpo é este coração que teima em continuar batendo, *caliente*.

Aproxima-se outro bancário da agência, parece ser o gerente, e me diz: poderia ser meu, mas não é. Meu coração quase saiu pela boca quando eu e minha família fomos reféns por assaltantes. Os bandidos sabiam de toda minha rotina. O que mais me surpreendeu foi que tinham detalhes dos poucos momentos de convivência familiar. Fotos de nossa ida ao circo, à lanchonete, fotos de meu filho chegando na escola. Quase saí de mim. Aquela foto de meu filho, mostrada por eles, me assustou muitíssimo mais do que aquela pistola em minha cabeça.

Senti este coração da rua se apertar entre minhas mãos, se é que isso é possível.

Não desisti, continuei procurando, gritando, indagando: de quem é este coração que insiste em continuar pulsando?

¹ Presidente do SindBancários- Sindicato dos Bancários de Porto Alegre e Região. Do livro: **A Saúde do Trabalhador brasileiro: uma saga de 500 anos**. Beckmann, Amália *et. al.* CHEUCHE, Alcy (Org.). Porto Alegre : AGE, 2013, p. 17.

Aproximou-se de mim uma bancária: não é meu. O meu acho que não pulsa mais. Acabei de ser demitida. Dedicava-me totalmente ao banco, fui premiada recentemente como a melhor vendedora da região sul. Nunca imaginei que isso aconteceria agora. E o pior, não sei os motivos, não tenho mais chão, flutuando num desespero total.

O coração quase cai no chão num batimento agudo, mas consigo segurar.

Um outro bancário se aproxima e fala: não é meu, mas poderia ser. Todo dia choro para dentro pensando na possibilidade de ser demitido, descomissionado, assaltado. Choro, choro muito para dentro quando sou humilhado pela pressão cotidiana para cumprir as metas. Pô, sempre cumprimos as metas! A humilhação parece ser preventiva, pois, se não cumpríssemos, se não cumprirmos as metas, seremos dispensados, punidos!

Preocupo-me enormemente. Não posso deixar este coração parar de pulsar. Ele não viverá muito tempo sozinho, precisa de um corpo. Ou será que é um coração diferente?

Talvez pertença a muitos ou precisa de muitos corpos para adota-lo.

Vejo-me com dois corações, o meu biológico e o de todos, social e coletivo, e me convenço que, para mantê-los vivos por muito tempo, isso significa buscar ambientes mais respeitosos, com mais companheirismos, mais solidariedade.

Saio da agencia bancária e vou a rua, sento no banco de uma praça, olho para aquele coração que teima em bater e não consigo parar de pensar.

A razão dos Bancos (a elite) busca controlar nosso cérebro, mas o que eles não sabem, ou fazem de conta que não sabem, ou fazem de tudo para que nós não tomemos consciência, é que o coração não consegue controlar o cérebro.

E nosso cérebro, nossa consciência precisa de clareza para não deixar nosso coração sem corpo.

Até este momento, onde termino o relato, o coração continua palpitando. Estamos nos revezando para mantê-lo vivo, até que surja o corpo para abriga-lo.

Dei uma saidinha para descansar. Olho para trás e vejo uma fila enorme de pessoas esperando sua vez de cuidar daquele coração. São milhares... São milhões.

Homenagem a um colega bancário que foi vítima de AVC relacionado ao trabalho.

INTRODUÇÃO

A escolha de um tema de dissertação ou de um problema de pesquisa nunca é aleatória. E nesse caso não o foi. Na minha trajetória de estudante, cursei alguns anos a Faculdade de Psicologia, vindo a migrar posteriormente, para o Curso de Direito.

Meu primeiro emprego foi como professora na APAE, trabalhando com pessoas doentes e deficientes mentais. Verifica-se, portanto, que os problemas relativos a saúde mental sempre foram do meu interesse.

Como advogada, atuante na área previdenciária, passei a trabalhar diretamente com o Sindicato dos Trabalhadores Bancários de Pelotas e Região, momento em que passei a defender em juízo estes trabalhadores quando dos pedidos de benefícios por incapacidade laboral. Dispensa dizer como esta categoria vem sendo afetada por este novo modelo de produção capitalista, pois estão no cerne deste processo, com o conseqüente adoecimento de milhares de trabalhadores.

É do confronto direto dessa luta, em contato com as políticas públicas de Seguridade Social, aliado aos estudos que realizei nos dois anos em que cursei o Mestrado em Direito e Justiça Social ora concluído, que nasce a presente pesquisa.

Com efeito, as transformações ocorridas no capitalismo nas últimas décadas impactaram profundamente o mundo do trabalho, tornando-se um ambiente nocivo tanto a saúde física como mental do trabalhador.

Visando a extração da mais valia, e a acumulação de capital, criou-se um ambiente no qual coisificou o trabalhador, impondo baixos salários, ritmos de trabalho intensificado com longas jornadas, tornando as condições de trabalho precárias. O efeito deste processo materializa-se no adoecimento mental e físico do trabalhador e na alta incidência de acidentes de trabalho.

O adoecimento do trabalhador tem repercussão no afastamento laboral e na utilização da seguridade social, quer seja no tratamento da saúde ou no recebimento de benefícios previdenciários ou assistenciais devido à incapacidade laboral.

Embora a Seguridade Social tenha como papel primordial o amparo do trabalhador, a dinâmica deste processo não atende aos apelos desse novo contexto social e político. Pretende-se demonstrar nesta pesquisa que as políticas públicas atinentes à Seguridade Social não estão interligadas, cuja expressão pode ser sentida quando um trabalhador busca um benefício do auxílio-doença, por incapacidade temporária, busca um laudo pericial junto ao SUS, porque dele depende a concessão do benefício previdenciário, não obtendo êxito pela absurda demora na obtenção do exame requerido pelo INSS.

Por outro lado, percebe-se que a saúde mental é tratada da forma como ela é vista. A sociedade como um todo é estigmatizadora para com as pessoas que desenvolvem um problema mental, passando esta a ser vista como alguém que possui alguma falha fisiológica que deve ser medicalizada e tratada de forma diferenciada. As doenças de origem psiquiátricas são ao que tudo indica, o “mal do século” e a medicalização, quer seja por prescrição ou auto medicação, passou a ser algo normal, como se fosse a única saída para combater o estresse ocorrido no trabalho. A comercialização dos medicamentos aparece na televisão, entre as roupas, utensílios domésticos, cosméticos e comida. Vendem a fantasia da estabilidade emocional, da felicidade. Medicalizam os afetos e os problemas sociais, o mal-estar e enriquecem as indústrias farmacêuticas.

Para tanto, realiza-se uma pesquisa exploratória, com análise doutrinária e analisando a legislação no tocante à temática estudada, fazendo uma análise quantitativa e qualitativa a partir dos dados colhidos junto à Gerência Executiva do INSS da Região de Pelotas, RS. Pretende-se, nesta amostragem que considera o ano de 2015 como recorte, analisar o processo de habilitação/reabilitação profissional para verificar como este processo está sendo desenvolvido.

Para tanto, dividir-se-á esta pesquisa em três capítulos, a seguir exposta:

No Capítulo I, analisar-se-á saúde mental, sua gênese e evolução, apontando os diversos tipos de fatores causadores do adoecimento mental dos trabalhadores. Verificar-se-á, neste primeiro tópico o processo de medicalização como forma de resolver os problemas existentes, sem atacar as causas do adoecimento e sem adentrar no contexto da vida dos trabalhadores.

No Capítulo II, propõem-se um conhecimento da própria seguridade social, bem como as três áreas que a compõe (Saúde, Previdência e Assistência), na tentativa de localizar as notas características e os principais pontos de cada um dos benefícios que envolvem a incapacidade laboral, total ou parcial. Além disso, far-se-á uma análise da perícia que é requisito primordial para a constatação da (in)capacidade laboral.

Por fim, no último Capítulo, investigar-se-á a interlocução e interrelação entre a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, no intuito de demonstrar a fundamentalidade dessa aproximação, de modo que estas políticas tenham êxito, sob a ótica do trabalhador e seus direitos.

Ainda neste último Capítulo, far-se-á uma análise mais detida como está ocorrendo o sistema pericial, judicial e administrativo, por ser esse decisivo na concessão ou não de grande parcela dos benefícios por incapacidade laboral.

Neste passo, o processo de habilitação e reabilitação profissional passa a ser também decisivo na inserção ou reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. Desse processo depende o sucesso do exercício de novas aptidões e interesses. Para tanto, far-se-á um recorte a partir dos dados obtidos junto à Gerência Executiva do INSS de Pelotas, no Rio Grande do Sul, relativo ao ano de 2015, verificando o funcionamento do Setor de Reabilitação Profissional a partir dos dados quantitativos nos fornecidos.

1 SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA SOCIAL

A saúde está ligada às condições de vida, ao meio ambiente, a tudo aquilo que é necessário para atingir o bem-estar do cidadão. A concepção de saúde não é estática, ela teve mudanças ao longo do tempo, conforme será demonstrado a seguir.

1.1 Saúde: um direito em evolução

A vida se manifesta através da saúde e da doença, que por sua vez são experiências singulares e subjetivas. O doente nem sempre consegue expressar integralmente por meio das palavras o seu mal-estar. Da mesma forma, muitas vezes o médico não consegue dar a significação total das queixas do paciente. Da expressão do entendimento do que o paciente entende por saúde, que pode estar abalada e a ressignificação feita pelo médico, baseado na sua experiência surge o diagnóstico. A partir desta interação, o médico vai propor ou não, intervenções com o fito de restabelecer o bem-estar do paciente. Geralmente, o paciente pensa na falta de saúde e o médico procura as causas possíveis da doença.

O direito à saúde é um direito constitucional, porém, não se pode extrair da Carta Magna a concepção de saúde. Sabe-se, no entanto, que ela manifesta-se sob a perspectiva política, econômica e social.

O conceito de saúde está ligado diretamente à conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, o conceito é variável e depende da época, do lugar e do poder aquisitivo.

Até 1949, a concepção de saúde era a ausência de doença, sendo ampliado este conceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que passou a defini-la como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” considerando a nova dimensão psíquica, social e comportamental que passava a se estruturar na sociedade.²

²BRAUNER, Maria Claudia Crespo; FURLAN, Karina Morgana. *O crescente processo de medicalização da vida: entre a judicialização da saúde e um novo modelo biomédico*. In: BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PIERRE, Philippe. **Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva Internacional**. Rio Grande: Ed. Furg. p. 1-3-132, 2013.

A partir desta nova visão das necessidades sociais, as questões sociais e ambientais passaram a ganhar destaque a nível mundial, sendo que em 1972, na conferência de Estocolmo, na Suécia, resultaram em novas recomendações para o povo buscando uma melhor relação entre o homem e o Ambiente.³

Por conseguinte, sobreveio a Declaração de Alma-Ata para Cuidados Primários da Saúde, de 1978, realizada na Rússia, realçando o novo pensamento de caracterização do processo saúde-doença, incorporando as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas como indispensáveis às ações e aos serviços de saúde, destacando como inaceitável a situação da saúde mundial, principalmente nos países em desenvolvimento.⁴

A partir da Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, foi instituído uma nova visão diferenciada da saúde. Saúde é sinônimo de ter paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. A saúde está condicionada a recursos pessoais, sociais e capacidade física. Ela está ligada a qualidade de vida. Então, a saúde passa a ser vinculada às condições de vida, ao meio ambiente, a tudo aquilo que seja necessário a atingir o bem-estar do cidadão.

A ideia de que a saúde está ligada ao meio ambiente é antiga. Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV A.C., refere a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências.

Também Engels, filósofo alemão do século XIX, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, no auge da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida, o ambiente de seus habitantes são responsáveis pelo nível de saúde das populações.⁵

Nessa linha de evolução, o século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. Sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo

³ Idem, p. 106

⁴ Ibidem.

⁵ Idem, p. 58

especializado. Exatamente nesse momento os trabalhos de Pasteur e Koch provando a teoria sobre a etiologia das doenças, fornecem, então, a causa que explica o defeito na linha de montagem humana.⁶

Com efeito, devido ao sistema político que se instalava, não poderiam admitir que as doenças são desencadeantes do meio ambiente do trabalho.

Já em 1986, a Organização Mundial da Saúde define a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças, conceito esse que evoluiu, pois saúde, em sua concepção ampliada, é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde fundada em 1946, subordinada a Organização das nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça e tem por objetivo desenvolver ao máximo possível, o nível de saúde a todos os povos. O Brasil tem participação ativa nesta Instituição.

Na prática, existe mais de um conceito sobre saúde e doença. Esta evidência demonstra que os profissionais não podem trabalhar com conceitos estagnados que impedem o conhecimento da realidade. A saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, é a normatividade que define o normal e o patológico. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social.⁷

Entende-se que há necessidade de redimensionar o conceito de saúde, ampliando o conceito e inovando, utilizando a racionalidade científica interagindo com outras formas de entender a realidade.

⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1988, vol.22, n.1, pp.57-63. ISSN 0034-8910. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

⁷ BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELES, Betina Hörner Schlindwein ; SANTO, Sílvia Maria de Azevedo dos. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

A saúde depende da conjuntura social, econômica, política e cultural, portanto sofre influência do atual sistema político, logo, o capitalismo repercute nas relações econômicas, sociais, profissionais e conseqüentemente na saúde do trabalhador, conforme veremos.

Há muito tempo foi constatado que o trabalho tem conseqüências sobre a saúde do trabalhador. Ainda mais quando este trabalho é fonte de opressão, de desagregação e de exploração do trabalhador.

O sistema capitalista tem como característica o desenvolvimento produtivo desenfreado, a maximização das riquezas através da exploração máxima do trabalhador, permanecendo a saúde e o bem-estar destes em segundo plano.

A única preocupação do capitalismo em relação ao trabalhador é a qualificação, aptidão e competência deste, eis que sendo portador de tais atributos, passa a fazer parte do sistema contribuindo para o aumento da produtividade. Verifica-se, portanto, que neste processo, a vida humana é banalizada, os interesses com o capital são sobrepujados aos interesses humanos.

O pensador francês Dejours, por sua vez, compara a conjuntura atual a uma situação de guerra:

... numa conjuntura social que apresenta muitos pontos em comum com uma situação de guerra. Com a diferença de que não se trata de um conflito armado entre nações, mas de uma guerra “econômica”, na qual estariam em jogo, com a mesma gravidade que na guerra, a *sobrevivência* da nação e a garantia da *liberdade*. Nada menos que isso!⁸

Quando Dejours narra sobre a guerra, ele metaforicamente refere-se ao desenvolvimento da competitividade no mundo do trabalho. Neste sistema, são excluídas aquelas pessoas que não estão aptas ao combate, ou seja, os velhos, os doentes, as pessoas mal preparadas, as pessoas que não tem disponibilidade, disciplina ou abnegação. Ou fazem parte do sistema ou ficam à margem da sociedade.

⁸ DEJOURS Christophe. **A banalização da injustiça social**: tradução: MONJARDIM, Luis Alberto- reimpressão- Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007, p . 13.

Mas para participar do sistema inóspito pode levar ao desequilíbrio físico e mental do trabalhador, a crises de estafa, estresse e doenças oriundas da atividade profissional que exerce.

David Holmes, referindo-se a pesquisa realizada por Kiecolt-Glader *et al.*, narra que “nos estudos ligando estresse de vida a doença, supõe-se que alto estresse de vida conduz a uma redução na imunocompetência,⁹ a qual por sua vez, conduz a doença”¹⁰. Dai dizer-se que há uma interação entre a saúde física e a mental.

As perturbações mentais podem ser precursoras da saúde física, ou resultado de efeitos interativos. Utilizando-se como exemplo a predisposição de pessoas depressivas em desenvolver enfartes do miocárdio. Fatores psicológicos também podem causar ou exacerbar distúrbios físicos como ataques cardíacos, pressão alta, derrames, dores de cabeça, asma, dores nos músculos e articulações, erupções de pele, úlceras, resfriados e até mesmo câncer.¹¹

Holmes relata que o estresse é o fator psicológico que se encontra na maioria das doenças físicas. O estresse funciona da seguinte forma: Uma vez em situação de estresse, tenta-se lidar por meio de resolução construtiva dos problemas. Se há falha no enfrentamento, a resposta do estresse é disparada. A resposta do estresse tem tanto um componente psicológico¹² como um componente fisiológico¹³. Pode-se responder ao estresse com um mecanismo de defesa que pode reduzir o estresse, mas não resolve o problema subjacente. Se a defesa é eficaz, os componentes psicológicos e fisiológicos do estresse permanecerão elevados. É a elevação prolongada do componente fisiológico do estresse que conduz aos distúrbios físicos.¹⁴

Conforme um estudo realizado, foi comprovado que as pessoas que têm como características comportamento hostil, competitividade, sentimento de urgência, de tempo, que estabelecem metas mais altas para si mesmo e para os outros,

⁹ Baixa imunologia.

¹⁰ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**; Tradução Sandra Costa- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 586.

¹¹Idem, p. 357

¹² Ex. ansiedade, nervosismo, irritabilidade.

¹³ Por exemplo a frequência cardíaca elevada, sudorese, etc.

¹⁴ Ibidem.

apresentam frequência cardíaca e pressão sanguínea mais alta em situações estressantes. Diversos fatores contribuem para as doenças arteriais coronárias e para a hipertensão. Elas incluem genética, dieta, uso de cigarros, estresse e hostilidade.

O estresse e a hostilidade são fatores de desencadeamento de conflitos interpessoais. Quanto menos apoio social, maior níveis aumentados e prolongados de estimulação de estresse.¹⁵

Em um estudo realizado com contadores de imposto de renda, foi comprovado que o estado emocional pode causar repercussão na saúde física. Foi analisado que quando eles estavam com estresse crônico, apresentaram níveis de colesterol elevado, exceto quando não estavam sob a pressão de preencher os impostos de renda.¹⁶ O mesmo teste foi realizado em estudantes durante exames finais, tendo os mesmos resultados. Há evidências que catecolaminas, tais como a epinefrina e a norepinefrina, secretadas no fluxo sanguíneo durante o estresse fazem com que as partículas de colesterol mantenham-se juntas formando coágulos no sangue ou nas paredes da artéria, levando a oclusão das artérias.¹⁷

Dados científicos comprovam que há múltiplas ligações entre a saúde física e a saúde mental. Os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos de saúde tem grande impacto na saúde física. Por outro lado a saúde física tem influência sobre o bem-estar e a saúde mental do indivíduo. As perturbações mentais também influenciam no comportamento de saúde das pessoas que dela sofrem podendo, por exemplo, terem maior tendência ao vício.

Conclui-se, portanto, ao longo deste tópico, que o conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo, de modo que o homem deve ser visto como um todo, o que envolve analisar e considerar todos os aspectos que o circundam, sejam físicos, mentais, sociais e políticos. Neste passo, o homem deve ser compreendido de forma integral, tendo em mente que há uma interatividade entre corpo e mente, nas quais ambos sofrem reflexos mutuamente.

¹⁵ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**; Tradução Sandra Costa- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 370.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Idem*, p. 372.

A saúde física sempre foi mais compreendida que a saúde mental, eis que a primeira manifesta-se no corpo, sendo passível muitas vezes de ser visualizada. Pelo fato da saúde física ser mais estudada e mais compreendida, entende-se ser necessário o aprofundamento de pesquisa na área da saúde mental.

Passa-se a tecer breves comentários da forma como a saúde mental foi reconhecida e compreendida ao longo da história.

1.2 A Saúde Mental na História

Os transtornos mentais constituem um dos mais sérios e desconcertantes problemas da civilização ocidental. Os problemas mentais fazem parte da nossa realidade, ninguém está livre de possuí-los. Devido a auto incidência de sofrimento mental, faz-se necessário um aprofundamento sobre o tema ao longo da história.

A saúde mental é um tema de grande relevância e foi tratada de diferentes formas ao longo da história. A forma como a sociedade explicou e tratou a doença mental variou conforme a época e a cultura local.

Conforme narra Holmes, na época medieval a anormalidade comportamental era atribuída a causas sobrenaturais como possessões, deuses irados e demônios e o tratamento era realizado por meio de preces e exorcismo.¹⁸ Quando não solucionada por meio de oração, era comum a realização da punição física, apedrejamento e açoite. O objetivo era forçar os demônios a saírem do corpo da “pessoa possuída.”

Chegando à Idade Média (500-1500 D.C.) a religião tornou-se a forma dominante sobre todos os aspectos. Com isto, a abordagem naturalista de Hipócrates foi abandonada. “A vida era percebida como uma luta entre as forças do bem e forças do mal, sendo estas dirigidas pelo demônio que afligia as pessoas perturbadas.”¹⁹

Com o domínio da igreja, agravou o processo de tratamento das pessoas perturbadas, volta-se à antiga ideia de possessão demoníaca e aos tratamentos brutais para expulsar os demônios. Era comum a acusação de pessoas de bruxaria

¹⁸ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**- Tradução Sandra Costa- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997. p . 26

¹⁹ Idem, p . 27

ou agentes dos demônios com a penalidade de morte.²⁰ Eles entendiam que essas pessoas eram uma ameaça para a sociedade e visando a proteção desta, deveriam ser mortas. Na década de 90 a 1600 a caça às bruxas atingiu o seu ápice, inclusive com os famosos julgamentos de bruxaria de Salem.²¹ Esta prática diminuiu somente a partir de 1610 e foi legalmente proibida na América do Norte em torno do ano de 1700.

Por volta do século XVI as pessoas afortunadas começaram a receber tratamento com atendimento hospitalar. Estes locais eram chamados de asilos e tinham mais características de “prisões” do que hospitais. As pessoas eram confinadas em condições terríveis e precárias.

Amarante comenta sobre a internação dos doentes mentais nos asilos:

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade.²²

No contexto da Revolução Francesa, sob o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, o doente mental, sob a condição precípua de tornar-se sujeito de direito, era internado no asilo.²³ Este, pode ser visto como o “lugar da liberação dos alienados transformou-se no maior a exclusão, de sonegação, e mortificação das subjetividades.”²⁴

Era usual, por exemplo, os doentes serem acorrentados às paredes, o que os impedia de deitarem para dormir, ou acorrentados a grandes bolas de ferro que eram arrastadas em caso de locomoção.²⁵ O tratamento era desumano, não havia respeito pelos enfermos. Estes eram coisificados a tal ponto que eram utilizados

²⁰ Geralmente eram essas pessoas eram queimadas vivas.

²¹ Idem, p. 07.

²² AMARANTE, Paulo. (1995). **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>>. Acesso em: 12 maio 2016.

²³ Idem, p. 07.

²⁴ Ibidem.

²⁵ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais-** Tradução Sandra Costa- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 27

inclusive como diversão. Ingressos eram vendidos ao público visando à exposição dos pacientes.

Somente em torno de 1792, que começou o tratamento humanitário, visando oferecimento de melhores condições de vida aos pacientes. Philippe Pinel foi o precursor deste tratamento. “Ele ordenou que os pacientes de seu hospital, em Paris, fossem desacorrentados e que os alojamentos fossem renovados para se tornarem mais agradáveis.”²⁶

Posteriormente, vieram vários estudiosos que tentaram compreender o comportamento anormal, os medos e as fobias entre os mais estudados encontram-se Jean-Martin Charcot (1825-1893)²⁷, Freud (1856-1939)²⁸, Ivan Pavlov (1849-1936)²⁹.

Utilizando-se dos conhecimentos de Pavlov e Thorndike, o psicólogo John B Watson (1878-1958) adotou a ideia de condicionamento e sugeriu que ela poderia ser utilizada para explicar o comportamento normal e anormal nos humanos.³⁰

Utilizando-se da nova teoria, Watson vem a contestar a teoria de Freud e afirma que os comportamentos de medos e fobias são decorrentes do condicionamento clássico operante. Os comportamentos poderiam ser moldados e poderiam ser observados. O comportamentalismo tornou-se popular devido ao seu objetivo, sua base científica, suprimindo técnicas visando mudar comportamentos com mais rapidez que as técnicas psicoterapêuticas.

O comportamentalismo serviu de base para a perspectiva da aprendizagem sobre o comportamento anormal.³¹ Embora tenha tido grande disseminação, existia uma parcela de estudiosos que criticavam o comportamentalismo no sentido de que este era limitado, pois ignorava os processos cognitivos, eis que havia o

²⁶ Ibidem

²⁷ Contribuiu para o estudo da saúde mental. Seu estudo envolveu transtornos histéricos, ou seja, sintomas físicos de origem mental (problemas somáticos). Ele tratava os transtornos histéricos por meio de hipnose, tratamento este, que serviu de base para os estudos de Sigmund Freud.

²⁸ Era neurologista e também como Charcot, se interessava em tratar pacientes com transtornos histéricos.

²⁹ Descobriu o condicionamento clássico, que serve para explicar porque um indivíduo tem uma resposta fisiológica ou emocional incontrolável quando exposto a um estímulo particular,

³⁰ Ibidem.

³¹ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**- Tradução Sandra Cos- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 30

entendimento que o comportamento do indivíduo era resposta da influência dos fatores apenas ambientais (recompensas, punições e estímulos) e não de estímulos internos. Os críticos não negaram a influência do condicionamento, mas sugeriram que os pensamentos também desempenhavam um papel importante em determinar o comportamento.

O reconhecimento de que os pensamentos influenciam o comportamento em combinação com o entendimento do funcionamento do pensamento, levou ao desenvolvimento da perspectiva cognitiva sobre o comportamento anormal.

No início da década de 50 descobre-se a influência das drogas nos processos mentais e passa-se a utilizar a medicação no tratamento de pessoas perturbadas. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que se o cérebro era afetado pelas drogas, conseqüentemente seria possível determinar o que causaria o comportamento anormal.

Não é de se surpreender o fato da saúde ser medicalizada, eis que a humanidade transferiu a responsabilidade da solução dos seus males da religião para a ciência.

No Brasil, o tratamento da saúde mental não se distanciou dos demais países ocidentais. O tratamento psiquiátrico também era realizado através da internação das pessoas em manicômios e, como os demais países, o modelo manicomial se mostrou ineficiente e desumano. O isolamento do alienado mental do convívio social tinha por objetivo o controle de ordem social. Com um aumento considerável nas críticas contra o sistema surgiu o movimento político-social chamado desinstitucionalização psiquiátrica. O movimento tinha como objetivo tornar o tratamento psiquiátrico mais humano, bem como defender os direitos civis e humanos das pessoas acometidas com o transtorno mental. Os precursores do movimento alegavam que a segregação do asilamento além de gerar a cronificação da doença, dificultava a reintegração familiar e comunitária do portador da moléstia.³²

³² AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, V. 11, n.3, 1995.p. 491-494.

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, para regular as práticas psiquiátricas brasileiras. Já em 1964, durante o regime militar, o governo celebrou um convênio com os hospitais psiquiátricos privados, o Plano de Pronta Ação, na qual era repassada mais de 90% das verbas destinadas a saúde mental. Segundo Amarante, esse foi o maior processo de privatização de saúde de que se têm notícias.³³ Devido a ditadura militar, o sistema de saúde encontrava-se com restrições imposta pelos militares e o momento político impossibilitou qualquer tipo de modificação ou reivindicação da sociedade civil.

Na década de 1970, houve a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que aliados a diversos movimentos civis contra o regime se iniciou o debate e a divulgação do tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos, no qual não teve grandes repercussões.

Foi nesta época em que os trabalhadores em saúde mental manifestaram-se contra privatização da saúde mental, denunciaram as práticas desumanas, as internações compulsórias, os maus tratos e compararam as instituições psiquiátricas aos campos de concentração, mas não houve grandes repercussões.

Passado algum tempo, com base no questionamento crítico das relações sociais vinculadas a produção social da loucura, função social dos manicômios e do tratamento hospitalocêntrico surgiu o movimento da reforma psiquiátrica. A reforma concretizou-se ao meio do processo de redemocratização do país, marcado pelo processo militar.

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado, propôs um projeto de lei que tomou o nº 3.657/89, na qual tinha como proposta a constituição de um novo modelo na assistência mental: a proibição das internações anônimas, a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de um novo método de tratamento.

Em 1992, visando substituir os hospitais psiquiátricos, foi criado os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que implantaram novos métodos de cuidar das pessoas acometidas de problemas mentais. Os CAPS, instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), criados através da Portaria/SNAS

³³ Ibidem.

nº 224/92,³⁴ são unidades de saúde locais/regionalizadas, compostas por equipes multiprofissional, oferecendo atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

O projeto de lei teve grande resistência, principalmente do setor empresarial, eis que a grande maioria eram donos dos hospitais e este projeto representava uma ameaça aos seus rendimentos.

O projeto de lei tramitou no Congresso Nacional durante 12 (doze) anos, até ser convertido na lei federal nº 10.216/2001 pelo substitutivo do senador Sebastião Rocha. Após 12 anos de tramitação, o projeto de lei nº 3.657/89, deu origem na Lei nº 10.216/2001, mas com a supressão da cláusula que mencionava a extinção progressiva dos manicômios ou hospitais psiquiátricos no Brasil, eis que esta ia contra interesses financeiros de particulares.

Em 2002, respaldada pela Lei 10.216/2001 foi criada a Portaria 332/02, regulamentando os CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial). Os CAPS emergem de um processo de participação social.

Atualmente, as doenças mentais são tratadas no SUS e nos CAPS, este último, sob a responsabilidade dos municípios.

Até então se falou em tratamento e internações de pessoas com doenças mentais e em comportamento anormal, mas o que é considerado comportamento anormal?

Nos últimos dois séculos, as explicações para o comportamento anormal evoluíram da sugestão para os conflitos inconscientes, dos conflitos inconscientes para o condicionamento e finalmente para processos de pensamento.³⁵

Para alguns teóricos o comportamento anormal pode ser conceituado sob o ponto de vista do indivíduo a ser considerado, já outros definem o comportamento anormal do ponto de vista da cultura na qual o indivíduo está vivendo.³⁶

³⁵ HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**- Tradução Sandra Cos- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 30.

³⁶Idem p. 31.

Holmes entende que quando se define o comportamento anormal do ponto de vista do indivíduo, há sofrimento, ansiedade, depressão, insatisfação ou perturbação.³⁷

Do ponto de vista pessoal, então, a anomalia é definida, sobretudo, em termos da *felicidade e eficácia* do indivíduo e o que os outros pensam sobre o indivíduo é irrelevante.

Já do ponto de vista da cultura, a atenção é focalizada na incapacidade do indivíduo. Os indivíduos são definidos como anormais quando não são capazes de funcionar pessoalmente, socialmente, fisiologicamente ou profissionalmente.

Os moléstias mentais podem ser desencadeadas tanto por fatores orgânicos ou causas ambientais, tais como o sofrimento decorrente da realidade social/cultural do indivíduo, decorrentes das relações de gênero, ambiente de trabalho, desemprego, relações familiares entre outros.

Ao se analisar os aspectos sociais e históricos da saúde mental, verifica-se que ela é produto de um processo que se inicia com o questionamento do que é loucura, das práticas em torno do tratamento mental e do conceito e tratamento de saúde mental.

No próximo tópico passa-se a discorrer sobre os fatores causadores de sofrimento psíquico que podem abalar a capacidade profissional do trabalhador.

1.3 Fatores Causadores de adoecimento mental:

As situações de risco, além de indicadores de vulnerabilidade e gravidade do caso, possibilitam identificar aqueles que necessitam de cuidados, de reabilitação profissional, reinserção e inclusão social. Em contraponto, deve haver a valorização das dimensões tais como o diagnóstico, a duração da doença e o grau da incapacidade, sob pena de ter-se uma avaliação superficial e conseqüentemente um manejo errado, tanto no resultado do diagnóstico bem como no tratamento.

³⁷Ibidem.

Discorre-se sobre os fatores que abalam ou podem desencadear os transtornos mentais.

1.3.1 Saúde mental de origem orgânica

Conforme Holmes, a suposição básica da perspectiva fisiológica, que é uma das origens do comportamento anormal centra-se nos fatores fisiológicos, tais como a transmissão sináptica, estrutura cerebral e níveis hormonais.³⁸

Os problemas na transmissão sináptica estão ligados aos neurotransmissores que conduz o impulso pela sinapse. Há neurotransmissores conhecidos como *aminas biogênicas* ou simplesmente *animas* que são causadores de comportamento anormal. Os problemas da transmissão sináptica podem ser a causa da depressão, da esquizofrenia, da memória e conseqüentemente aprendizagem, por exemplo.

Há crescentes evidências de que diferenças na estrutura cerebral são associadas a alguns sintomas. Pode-se utilizar como exemplo o caso da esquizofrenia, da doença de Alzheimer e traumas cerebrais entre outros. Os esquizofrênicos, por exemplo, possuem os ventrículos cerebrais aumentados³⁹, estruturas distorcidas do lóbulo temporal e uma deterioração da superfície do cérebro, já os portadores de Alzheimer possuem uma degeneração granulovascular.

Estes problemas com a estrutura cerebral podem ser de origem genética, lesões decorrentes de infecções ou traumas ocorridos nos períodos pré ou pós-natais.

Quanto aos hormônios, estes são líquidos secretados pelas glândulas diretamente na corrente sanguínea e servem para estimular atividade. Níveis anormais de hormônios estão ligados a transtornos de comportamento sexual e de agressividade.

³⁸HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**- Tradução Sandra Cos- 2ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997, p. 49.

³⁹ Cavidade do cérebro as quais fluem líquidos.

Segundo a etiologia das síndromes psicopatológicas existem três fatores preponderantes o da vulnerabilidade constitucional⁴⁰ , fatores predisponentes⁴¹ e fatores precipitantes⁴²

Conclui-se, portanto, que os fatores fisiológicos causam predisposição a transtornos mentais. Brandão relata que “ao lado de fatores genéticos, fatores ambientais ou sociais também contribuem significativamente para o aparecimento da esquizofrenia”,⁴³ que seria um exemplo de doença genética. O autor ainda comenta, que a genética não é único fator determinante da doença, eis que gêmeos monozigóticos (idêntico material genético), teriam a mesma tendência em apresentar a doença, sendo que estes têm 50% de influência dos fatores genéticos para aparecimento da doença.⁴⁴

Tais doenças mentais de origem fisiológica são passíveis de serem diagnosticados através da tecnologia e de exames físicos e laboratoriais.

É sabido que o comportamento anormal não tem somente origem orgânica, interna, existem fatores externos que podem desencadear o desenvolvimento de moléstias mentais tais como o ambiente de trabalho, como exemplo, conforme se analisará a seguir.

1.3.2 Saúde mental e trabalho

É possível compreender o trabalho como uma fonte de manutenção da vida saudável, eis que é através dele que o homem encontra meios de garantir a sua sobrevivência, é através dele, que o cidadão produz bens e serviços para ele e para a sociedade.

Mendes e Cruz relatam que o trabalho tem um papel tão fundamental na vida do indivíduo, que acaba causando repercussões tanto na esfera física, psíquica e

⁴⁰ Fatores hereditários, genéticos e gestacionais. Fatores estes que precedem ao nascimento.

⁴¹ São aqueles que ocorrem nos primeiros cinco anos de vida e além do período escolar e que causam sensibilização no indivíduo.

⁴² São os eventos que ocorrem próximos ao surgimento dos sintomas psicopatológicos e no contexto da história de vida do indivíduo.

⁴³ BRANDÃO, Marcus Lira, **As bases psicofisiológicas do comportamento-** São Paulo : EPU, 1991, p. 113.

⁴⁴ Ibidem.

social. O trabalho tem a capacidade de assegurar a saúde ou a doença, caso o contexto deste seja caracterizado por condições precárias.⁴⁵

O trabalho humano transformou-se em capital, virou mercadoria. Para tanto, foi necessário à implementação de longas jornadas de trabalho, da competitividade, da necessidade de alta produtividade culminando com grande manifestação de sofrimento, crises de estafa e estresse no trabalhador, o que gera, em consequência, psicopatologias.

O aumento do número de registro de doenças relacionadas ao trabalho a cada ano tem ligação direta com as relações sociais de produção.

As relações sociais de produção se deram em função da revolução tecnológica e da globalização, onde as relações de emprego e de trabalho passaram a ser mais competitivas, adaptando-se as dinâmicas do mercado mundial.

Silva comenta sobre o processo social que envolve os indivíduos:

O sofrimento social gerado em macrocontextos está geralmente associado a formas poderosas de dominação que se estendem através de outras instancias sociais até atingir famílias, locais de trabalho e indivíduos. Dessa forma, dominação e sofrimento, conjuntamente, alcançam também a esfera psíquica de cada um.

Atualmente, as práticas de Saúde Mental nas organizações coexistem com uma pressão por produtividade crescente, no qual o indivíduo deve estar sempre pronto para mudar e se adaptar às demandas do mercado.⁴⁶

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são resultado de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. Entre os contextos geradores de sofrimento estão: (a) a falta de trabalho ou a ameaça de perda de emprego; (b) o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido; (c) situações de fracassos, acidente de trabalho ou mudança na posição hierárquica; (d) ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea,

⁴⁵ MENDES, A. M & Cruz, R. M. **Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas.** In : A. Tamayo (Org), *Cultura e saúde nas Organizações* (pp. 39-55). Porto Alegre: Artmed, 2004.

⁴⁶de Vasconcelos, Amanda, de Faria, José Henrique, **Saúde mental no trabalho: contradições e limites.** *Psicologia & Sociedade* [en linea] 2008, 20 (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 5 de junio de 2016] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326579008>> ISSN 0102-7182. Acesso em: 13 abr. 2016.

manifestação de insatisfações e sugestões dos trabalhadores em relação à organização; (e) fatores relacionados ao tempo, o ritmo e o turno de trabalho; (f) jornadas longas de trabalho, ritmos intensos ou monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas; (g) pressão por produtividade; (h) níveis altos de concentração somada com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho e (i) a vivência de acidentes de trabalho traumáticos.⁴⁷

O Ministério da Saúde realizou a relação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, dentre os quais encontram-se o alcoolismo crônico⁴⁸, episódios depressivos⁴⁹, estados de estresse pós-traumáticos⁵⁰, neurastenia⁵¹,

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ A OMS reconhece que o alcoolismo é uma doença. O alcoolismo afeta o convívio social e familiar, e causa repercussões no âmbito do trabalho e na saúde física e mental do indivíduo. Geralmente o indivíduo alcoólatra nega que é doente e evita realizar tratamento, daí a necessidade do envolvimento familiar. Devido aos conflitos familiares, toda a família tem que fazer tratamento, sob pena da não recuperação da saúde do indivíduo e da dissolução das relações familiares. Desde o fim do século XX, mas sociedades industriais avançadas, uma verdadeira doença da época.

⁴⁹ Conforme Holmes, no livro *Psicologia dos transtornos mentais*, há dois tipos diferentes de depressão: a depressão com retardo e a depressão agitada. A depressão com retardo é mais frequente e envolve um aumento de energia de modo que a menor tarefa pode parecer difícil ou impossível de realizar. Os indivíduos com depressão com retardo apresentam movimentos corporais reduzidos e mais lentos e fala monótona e arrastada. Por comparação, os indivíduos que possuem depressão agitada, são incapazes de sentar-se, de ficar parados,; eles caminham de um lado para o outro, torcem as mãos e puxam ou friccionam o cabelo ou a pele. Em geral na depressão, as pessoas tem os seguintes sintomas: sentimento de melancolia, de isolamento, de rejeição, de não ser amada, de autoestima baixa, sentimento de culpabilidade, de fracasso, de pessimistas e redução de motivação. Em alguns casos as pessoas deprimidas podem desenvolver delírio, perda de memória, sono perturbado e perda da libido. (HOLMES, David S. **Psicologia dos Transtornos mentais**, Porto Alegre: ARTMED, 1997, p. 159)

⁵⁰ O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pode ser definido como um distúrbio da ansiedade caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos, psíquicos e emocionais. Esse quadro ocorre devido à pessoa ter sido vítima ou testemunha de atos violentos ou de situações traumáticas que representaram ameaça à sua vida ou à vida de terceiros. Quando ele se recorda do fato, revive o episódio como se estivesse ocorrendo naquele momento e com a mesma sensação de dor e sofrimento vivido na primeira vez. Essa recordação, conhecida como revivescência, desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais. (<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/transtorno-do-estresse-pos-traumatico>)

⁵¹ Neurastenia é um distúrbio psicológico que resulta do enfraquecimento aumentado do sistema nervoso central, ocasionado principalmente por estafa, esgotamento mental, intoxicações por drogas, permanência por longos períodos em lugares pouco arejados, sujeição a frequentes emoções fortes, entre outros fatores. Tem como características: impossibilidade de realizar atividades físicas, oscilação contínua de humor, depressão, tremores sem causa aparente, dormência e formigamentos dos membros, memória debilitada, vertigens, dores de cabeça e musculares, insônia, dificuldade de concentração, problemas alimentares, perda da capacidade de sentir prazer e ansiedade. A vida social desse indivíduo é, quase sempre, comprometida, uma vez que seu comportamento sofre sérias alterações. O tratamento da doença pode ser feito por meio de psicoterapia e medicação, como antidepressivos. CARDOSO, Maiara. **Neurastenia**, Info-escola Navegando e aprendendo, Disponível em : <http://www.infoescola.com/psicologia/neurastenia>. Acesso em 22 de agos de 2016.

neurose profissional, transtornos do sono e síndrome de burnout ou síndrome do esgotamento profissional⁵².

Ouve-se muito corriqueiramente, que o homem é fruto da sociedade, mas não imagina-se o quanto esta sociedade, o meio ambiente, pode repercutir na saúde do trabalhador.

O ser humano é influenciado pelo meio ambiente, que pode ser causador de estresse ⁵³. Reação esta, que pode ser originária do meio externo, tais como o ambiente social ou em decorrência do meio interno, pensamentos, reações, emoções e sentimentos. Tais fatores estressores podem criar reações no sistema nervoso levando ao adoecimento.

Altos níveis de estresse podem desencadear problemas de hipertensão, infarto e derrames. Além dos problemas de ordem física, o estresse também induz ao abuso do álcool e das drogas.

Existe mais de um tipo de estresse, como nos ensina Cataldi:

É importante notar que existem dois tipos de estresse: o *eutresse*, que consiste na existência de tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados, e o *distresse*, que pode ser definido como a tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial por excesso ou falta de esforço incompatível com tempo, resultado e realizações. Assim sendo, pode-se dizer que quando é realizado algo agradável e a pessoa se sente valorizada pelo esforço realizado, ocorre o *eutresse*. Nesse caso, depois da tensão ou do esforço de adaptação, a pessoa apresenta a sensação de realização pessoal, bem-estar e satisfação; trata-se, pois, de um esforço sadio na garantia de sobrevivência. No caso de ocorrência do *distresse*, a sobrecarga é tão grande que passam a ocorrer manifestações e sintomas da doença.⁵⁴

A maioria das doenças mentais adquiridas no trabalho tem relação íntima com o estresse. Dentre os fatores geradores de estresse no ambiente do trabalho estão

⁵² A síndrome de burnout é uma moléstia que é caracterizada por um estado de exaustão física, emocional ou mental devido ao acúmulo de estresse no trabalho, sendo, por isso, muito comum em profissionais que têm que lidar com a pressão ou a responsabilidade, como os professores ou enfermeiros, por exemplo. A síndrome de burnout tem repercussões físicas e psíquicas. Os sintomas físicos são: dores de cabeça constantes, tonturas, alterações no sono, problemas digestivos, falta de ar, excesso de cansaço. Já os sintomas psíquicos são: ansiedade, dificuldade em se concentrar, variações de humor, perda de motivação no emprego, ficar isolado dos colegas de trabalho. FRAZÃO, Artur. **Sintomas da Síndrome de burnout**, Revista Tua Saúde. Disponível em : <http://www.tuasaude.com/sintomas-da-sindrome-de-burnout/>. Acessado em 22 de Agos. 2016.

⁵³ Processo de tensão diante de uma situação que pode ser uma ameaça ou uma conquista.

⁵⁴ CATALDI, Maria Jose Giannella. **Stress no meio ambiente**- 3ª ed.- São Paulo: LTR, 2015. p. 60.

as pressões sociais, o não reconhecimento do esforço e do investimento pessoal, a estimulação a competitividade que desencadeia o isolacionismo, o medo pela ameaça ao desemprego e o medo do fracasso e do insucesso pessoal entre outros.

Conforme Cataldi, o reconhecimento do trabalho do cidadão não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, é um fator decisivo na dinâmica e na mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (o que é designado em psicologia pela expressão “motivação no trabalho”).⁵⁵

Quando o cidadão tem seu trabalho reconhecido, valorizado, conseqüentemente há o reconhecimento do seu esforço. Há o reconhecimento de sua competência. As angústias, as dúvidas, as decepções e os desânimos decorrentes do trabalho adquirem sentido. O trabalhador sente que o seu sofrimento não foi em vão e este é transformado em sentimento de alívio, de prazer e de elevação.⁵⁶ Uma vez reconhecido o esforço do trabalhador, é preservada a sua identidade e, por conseguinte, não há desenvolvimento de crise psicopatológica, ocorre aqui o eutresse. Embora a carga de trabalho seja grande, o profissional fica motivado.

Por outro lado, não havendo o reconhecimento do trabalho do profissional, isto causará desânimo e sensação de desvalia. A atividade profissional sem reconhecimento pode causar um sofrimento capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade causando a doença mental.

Atualmente há uma grande porcentagem de empresas, como por exemplo as instituições financeiras, especialmente os bancos, que trabalham com um plano de metas absurdamente insustentável. Metas que são constantemente renovadas, onde o trabalho é mecânico, sem criação e sem individualização do trabalho, devido ao fato das metas serem constantemente renovadas, não há o prazer a sensação de conclusão da tarefa, causando insatisfação profissional e depressão.⁵⁷ Quando há

⁵⁵ DEJOURS, Christophe. **Banalização da injustiça social**; tradução de Luiz Alberto Monjardim-reimpressão- Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, p. 34.

⁵⁶ Idem, p. 34.

⁵⁷ Várias pesquisas já demonstraram as doenças mentais decorrentes das metas exigidas pelos bancos, que adoecem os trabalhadores bancários diuturnamente. Ver, neste sentido, COSTA, José Ricardo Caetano; COSTA, Eder Dion de Paula. *O Trabalho Penoso dos Bancários: Adoecimento*,

relação de obediência e hierarquia com pouco espaço de expressão, criação, não há apropriação do trabalho. Sem apropriação do trabalho não há realização.

Existem visões ambíguas do trabalho, eis enquanto a empresa valoriza a produtividade, o trabalhador almeja o reconhecimento do seu trabalho árduo.

As pressões pela alta produtividade levam ao trabalhador a uma sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções. A submissão do empregado, as exigências pela produtividade geram desgaste físico e mental, causando uma maior incidência de acidentes do trabalho e diversas formas de adoecimento mental.

As empresas utilizam-se da ameaça da perda de emprego para gerar aumento da produtividade. É a "política do medo"⁵⁸. Dentro desse esquema de atitude autoritário da chefia desenvolve-se a discórdia, a competitividade e o isolacionismo entre os funcionários, gerando conseqüentemente desgaste mental.⁵⁹ Desenvolve-se entre os colegas de trabalho o medo de ser substituído, criando-se entre os colegas um ambiente de concorrência.

Nesse contexto de trabalho, o sujeito tem seus sentimentos reprimidos, sua agressividade contida, gerando o que Dejours, Abdoucheli e Jayet chamam de "repressão pulsional", ou seja, repressão do funcionamento psíquico do sujeito. Como já foi dito, se a tarefa é estereotipada, sem o uso da criatividade e da fantasia, ela torna-se desprovida de significação para o trabalhador. Quando a tarefa executada é compartilhada, é separada da concepção e demanda rigidez na condução, o trabalhador tende a eliminar o sofrimento criativo (imaginação, fantasias, etc.) preenchendo sua consciência, muitas vezes, com uma aceleração do ritmo de trabalho.

Não é sem razão que os casos de LER/DORT⁶⁰, apesar de não serem doenças novas, tenham apresentado uma incidência a epidemiologia nas

gravidade e desequilíbrio nas relações laborais. In: **JURIS – REVISTA DA FACULDADE DE DIREITO.** V. 18, Rio Grande : EDIGRAF, 2012, p. 43-64.

⁵⁸ Ameaças de desemprego.

⁵⁹ LIMA, Elizabeth Antunes ; DEUSDEDIT JUNIOR, Manoel. **A relação entre transtorno mental e trabalho- um diagnóstico no setor siderúrgico.** *Temas de Psicologia e Administração.* Goulart. I.B. Ed. Casa do Psicólogo. 2006.

⁶⁰ As expressões "Lesões por Esforços Repetitivos (LER)" e "Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)" são termos usados de uma maneira generalizada e que

organizações contemporâneas. “A repressão da pulsão que não se faz representar no aparelho psíquico encontra-se frequentemente descarregada direta no corpo, portanto, em doenças físicas”.⁶¹

Também em prol da produtividade além da aceleração do trabalho há a exigência da realização de horas-extras, tudo em prol da produtividade. O excesso de horas extras conduz a redução de tempo dedicado ao lazer e descanso, conseqüentemente causando fadiga.

As normas de medicina e segurança do trabalho sendo imperativas e de ordem pública envolvem as horas de atividades e períodos de descanso do empregado. Essas normas têm como fundamento três aspectos importantes: os fatores biológicos, sociais e econômicos.

Cataldi comenta que “o excesso de trabalho causa fadiga física e mental, estresse⁶² e cansaço ao trabalhador.”⁶³ A realização de excessivas horas de trabalho influi no aspecto social do trabalhador que fica excluído de ter convívio social com a família e com os amigos. É sabido que as longas jornadas de trabalho causam estresse no trabalhador, conseqüentemente pouca produtividade e maior incidência de risco de acidente de trabalho, acarretando prejuízos aos empregadores.⁶⁴

Visando a proteção do trabalhador a legislação trabalhista estabelece que a duração normal do trabalho não deve ser superior a oito horas diárias e quarenta e quatro horas semanais,⁶⁵ incluindo o período de deslocamento para o trabalho.

Apregoa o art. § 2º do art. 58 da CLT:

abrangem os distúrbios ou doenças do sistema músculo-esquelético-ligamentar, podendo as mesmas estar ou não relacionadas ao trabalho.

As doenças enquadradas neste grupo compreendem uma heterogeneidade de distúrbios funcionais e/ou orgânicos, que manifestam em seu portador sintomas comuns, muitas vezes inespecíficos como: fadiga muscular, dor, parestesia, sensação de peso, mal estar, processos inflamatórios em tendões, ligamentos e bursas sinoviais, contraturas musculares etc. A portaria nº 4.062/87 reconhece a LER/DORT como doença profissional.

⁶¹ VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Antonio de. **Saúde mental no trabalho: Contradições e limites**. Revista Psicologia & Sociedade On-line version, v.03, n. 3. Florianópolis. Set/Dec.2008.

⁶² Neste contexto o autor refere-se ao distresse. A partir deste momento toda vez que utilizar-se a expressão estresse leia-se como sinônimo de EUTRESSE.

⁶³ CATALDI, Maria José Ganella. **Stress no meio do trabalho**. 3. ed. São Paulo : LTr., 2015, p.. 74.

⁶⁴ Idem, p. 75

⁶⁵ Art. 7º , inciso XII da Constituição Federal.

§2º O tempo despendido pelo empregado até o local de trabalho e para o seu retorno, por qualquer meio de transporte, não será computado na jornada de trabalho, salvo quando, tratando-se de local de difícil acesso ou não servido por transporte público, o empregador fornecer a condução. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.243, de 19/6/2001)

Verifica-se, portanto, que existem normas reguladoras da jornada do obreiro, todas visando proteger a sua saúde, quer seja mental como física.

Além da pesquisa relativa às horas extras, foi publicada pesquisa sobre os efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento na saúde do trabalhador. Os pesquisadores chegaram à conclusão que essa forma de organização do horário de trabalho causa efeitos negativos na saúde física e mental do trabalhador, eis que modifica o funcionamento dos períodos de sono e de vigília do trabalhador, causando desgaste físico e mental. Dentre as repercussões físicas encontram-se: a) desorganização do ciclo biológico do trabalhador com alternância de horários de sono, alimentação, metabolismo gástrico; b) redução da capacidade de recuperação do desgaste físico e mental; c) elevação dos riscos de acidentes decorrentes do sono e do cansaço; d) dificuldades de organização da vida pessoal, familiar, social e educacional.⁶⁶

Visando o aumento da produtividade do trabalho do empregado, avanços tecnológicos foram incorporados às empresas visando a facilidade das tarefas. Pesquisa realizado por Elizabeth Lima e Manoel Deusdedit Junior concluíram:

que os avanços tecnológicos incorporados as empresas não trouxeram redução de carga de trabalho, implicando ao contrário, em mais exploração, ao exigir dos trabalhadores jornadas prolongadas de trabalho, além de cumprimento de funções diversas, em nome da polivalência. O aumento do número de afastamentos ocorrendo paralelamente ao crescimento da produtividade, sugere que tal crescimento não se deu por incremento tecnológico, mas sobretudo, pela exploração do trabalho vivo.⁶⁷

A pesquisa concluiu que o aumento tecnológico, além de não trazer mais conforto aos trabalhadores, contribuiu para o crescimento do número de afastamentos decorrentes do processo de trabalho acelerado.

As novas tecnologias baseadas no computador aceleraram tanto o volume, o fluxo e o ritmo da informação que milhões de trabalhadores

⁶⁶ CATALDI, Maria José *Ganella*. **Stress no meio do trabalho**. 3. ed. São Paulo : LTr., 2015, p. 39.

⁶⁷ Ibidem.

estão passando por “sobrecarga” mental e “fundindo-se”. O cansaço físico gerado pelo ritmo acelerado da antiga economia industrial está sendo superado pela fadiga mental provocada pelo ritmo do nanossegundo da nova economia da informação. Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH), trabalhadores administrativos que usam computadores sofrem de níveis excessivamente altos de estresse.⁶⁸

Com base no que foi exposto, demonstra-se que existe uma relação de causalidade direta entre os transtornos mentais e certas formas de organização do trabalho. Alguns contextos de trabalho tem um fator patogênico, que pode ser ampliado se somado ao fator gênero.

1.3.3 Saúde mental e gênero

Conforme o Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde /ONU, as mulheres se encontram em uma condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico.

O relatório aponta que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade, contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais, pois as mulheres continuam com o fardo da responsabilidade que vem associado com papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, tornando-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e frequentemente constituem-se na principal fonte de renda familiar.

Além das pressões impostas às mulheres devido a expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vitimas de discriminação sexual. Essa discriminação sexual concomitante a pobreza, a fome, a desnutrição, ao excesso de trabalho e a violência doméstica e sexual.

Existem muitos estudos que comprovam que o fator gênero aumenta as predisposições ao desenvolvimento de desequilíbrio mental.

Ana Paula Muller de Andrade comenta sobre o sofrimento mental e o gênero

O fator gênero se intersecciona com outras categorias como raça e classe que marcam as relações de poder que se desenvolvem nos

⁶⁸ Ibidem.

serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico bem como naqueles hospitais psiquiátricos ainda existentes.

Como uma categoria importante deste processo, o gênero se desdobra em práticas e discursos que reproduzem hierarquias, reforçam desigualdades e assimetrias que, naturaliza o sofrimento das mulheres.⁶⁹

As condições enfrentadas pelo sujeito onde as relações hierarquizadas de gênero, de relações e poder, de conflito, de violência são importantes na determinação do processo de saúde e doença.

Por muitos anos, e porque não dizer ainda hoje, a racionalidade biomédica tem uma visão biolizante do sofrimento relacionado à construção social do sofrimento feminino. Relacionam a loucura com o biológico e a vulnerabilidade a natureza feminina.

Ao contrário dos homens, as mulheres sofrem com a violência de gênero, discriminação sexual, violência sexual e doméstica. Fatores esses causadores de sofrimento e que contribuem para o abalo da saúde mental da mulher.

No panorama mundial, as pesquisas apontam diferenças significativas com base nas relações sociais de gênero. Enquanto as mulheres possuem uma maior incidência de casos de depressão, os homens lideram os casos de suicídio⁷⁰, concluindo-se que a femilidade e a masculinidade estabelecem formas diferentes de sofrimento psíquico.

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial esquizotímica, transtornos do controle de impulsos, déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas

⁶⁹ ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de.(Orgs.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 64.

⁷⁰SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos Santos. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1177-1182. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>> Acesso em: 10 jul. 2016.

diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Têm, ainda sido identificados diferentes padrões de comorbidade e psiquiátrica/física em mulheres e homens.⁷¹

Berquó também dá destaque a relação social de gênero, relacionando as relações sociais ao adoecimento. Comenta que geralmente é a mulher quem assume a responsabilidade e os cuidados com o doente. Os homens quando adoecem são cuidados por elas que ao contrário deles, quando adoecem, são abandonadas pelos parentes masculinos. Geralmente o homem é levado ao hospital pela esposa, mãe ou filha.

Percebe-se aqui, neste estudo, que as mulheres possuem um grau de envolvimento afetivo, de responsabilidade maior que os homens. Embora o grau de adoecimento na mulher seja igual ou maior que os homens, estas têm um número de internações menores que aqueles. Tal diferença se dá devido ao fato do sofrimento psíquico dos homens serem diferentes das mulheres, eis que estas trabalham mais com a sua afetividade do que aqueles.

Socialmente, há um tratamento diferenciado entre os homens e as mulheres que apresentam problemas de saúde mental. As mulheres que apresentam transtorno mental, são mais toleradas no âmbito privado que os homens, eis que mesmo enfermas, elas assumem a responsabilidade de algumas tarefas domésticas. Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar os papéis de mãe e de esposa e se encarregarem das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com que estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares.⁷²

Já em relação ao homem, existe um tratamento diferenciado, existe um maior estigma para o portador de moléstia psíquica, conforme narrado por Santos:

⁷¹ ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003>. Acesso em: 07 jun. 2016.

⁷² SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos Santos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1177-1182. ISSN 14138123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>>. Acesso em: 19 maio 2016.

Já o adoecimento psíquico masculino, de acordo com os sujeitos entrevistados, resultou numa brusca ruptura em suas trajetórias de vida. Significa, portanto, a exclusão destes do espaço público. Dentro da esfera privada, se confinam e se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade. Assim, o CAPS desempenha para esses pacientes a única ligação destes com a sociedade em geral e, portanto, se estabelece uma maior dependência com essa instituição. Estar doente para os homens resulta em fracasso social; assim, torna-se uma condição não tolerada pela família e sociedade. Uma vez perdida a identidade de trabalhador ou de estudante devido ao adoecimento psíquico, os homens enfrentam maiores dificuldades de reinserção social e reconstrução da identidade anterior. Dessa forma, os relatos masculinos abordaram a questão do estigma que acompanha o adoecimento psíquico. Outro problema verificado nas entrevistas com homens é a privação do exercício de suas sexualidades e a incapacidade de cumprir com o papel social de gênero tradicional de provedor e chefe de família.⁷³

Verifica-se, ainda, que na sociedade atual ainda existem papéis e padrões de comportamento ligados a masculinidade e a feminilidade. O machismo ainda prospera. A mulher é subjugada dentro das relações maritais. Em consequência da subjugação, a mulher sofre vários tipos de violência doméstica que podem ser fator de contribuição para o adoecimento. Decorrente disto, o casamento e a maternidade antecedem o adoecimento psíquico das mulheres que pertencem à geração mais velha e às camadas populares com baixa escolaridade. A violência de gênero apresenta-se presente e ocupa um lugar central nestas pesquisas.

“Em entrevistas realizadas com mulheres que foram casadas mostraram que todas sofreram agressões físicas e psicológicas de seus ex- cônjuges”⁷⁴. A violência de gênero esteve presente nessas narrativas e ocupa um lugar central.

O avanço histórico, com a participação da mulher no mercado de trabalho, fez com que as mulheres acumulassem as atividades domésticas com o trabalho profissional. Embora a mulher tenha ingressado no mercado de trabalho em iguais condições com o homem, atualmente ainda é muito rara a participação deste nas atividades domésticas, causando acúmulo de funções (dupla jornada de trabalho), contribuindo para estafa física e o adoecimento mental das mulheres.

⁷³ SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1177-1182. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>. Acesso em: 7 abr. 2016.

⁷⁴ Idem, p. 5

Suplicy também discorre sobre a jornada de trabalho e disparidade de gênero:

A mulher tem o sentimento do dever familiar e doméstico, que decorre de sua natureza amorosa. Não é raro o abandono de mulheres por parte dos maridos, após muitos anos de vida em comum, o que levou feministas a cunhar a expressão “síndrome do abandono da mulher madura”. Muitas ficam viúvas- a expectativa de vida da mulher é superior à do homem-sem ter tido uma experiência profissional, Adolescentes torna-se mães sem estrutura financeira para sustentar suas crianças ou a si mesmas. Mulheres são impedidas de trabalhar por não haver uma vaga numa creche ou numa escola pública. Outras, premidas pelo desespero, trancam suas crianças em casa para poder lutar pelo sustento da família. Com o recurso, bastante comum no Brasil, do emprego doméstico, muitas mulheres sustentam suas famílias quando os maridos ficam desempregados.⁷⁵

A cada dia que passa, mais as mulheres estão assumindo sozinhas a responsabilidade com a família e o provimento de seus filhos. Dentro deste contexto Suplicy discorre:

...embora tenha havido avanços, a emancipação da mulher, especialmente da mulher pobre, está envolvida numa situação de certa forma semelhante a emancipação dos escravos. Não há um mercado específico para apoiar o trabalho feminino, as mulheres receberam treinamento profissional com a mesma intensidade que os homens, e ainda enfrentam diversos preconceitos de caráter misógino.⁷⁶

Suplicy elucida a rotina diária de uma mulher trabalhadora, caracterizando atividades comuns a quase todas as mulheres.

As 6h, “pegam” o caminhão ou ônibus para uma jornada de trabalho de nove a dez horas, inclusive aos sábados. Ao chegarem em casa, por volta das 18 h ou 19h, ainda vão preparar o jantar, lavar roupa, limpar a casa e cuidar dos filhos, podendo receber ajuda de outras mulheres, pois a participação masculina no trabalho doméstico é muito rara. Nunca dormem mais de seis horas por dia.

⁷⁵ SUPLICY, Eduardo Matarazzo. **TENDA DA CIDADANIA: A SAÍDA É PELA PORTA.** 0 Ed. – São Paulo: Cortez, 2013. p.163

⁷⁶ Ibidem.

Aos domingos, dedicam-se às tarefas domésticas. Raramente sobra-lhes tempo para o lazer.⁷⁷

Observa-se que embora as mulheres tenham alcançado a sua independência financeira, ainda existe uma disparidade comportamental e financeira ainda hoje, eis que embora elas tenham alcançado espaço no mercado de trabalho, ainda cabem às estas as atividades domésticas.

Além de serem impostas as mulheres as responsabilidades domésticas, estas são objeto de violência doméstica perpetrada pelo homem. Apesar do poder do homem ter sido abalado com o assalariamento da mulher, as relações assimétricas continuam. Pode-se ainda afirmar que essas mulheres vivenciam uma situação de dupla ou tripla discriminação social: a que marca a sua condição feminina, a de trabalhadora e a de raça ou etnia.⁷⁸

Por muito tempo as mulheres eram consideradas inferiores. Sempre foi imposto as mulheres papéis sociais pré-estabelecidos que envolvem o casamento, o cuidado da casa e dos filhos. Tudo em nome de uma aptidão inata, natural a sua natureza feminina.

Em um período não muito distante, era muito comum hospitalizarem as mulheres sob o diagnóstico de loucas, caso fossem contra aos papéis pré-estabelecidos pela sociedade, como por exemplo se negassem a continuarem casadas, não tivessem interesse pelas tarefas domésticas e pelos filhos, ou tivessem uma libido acentuada dentro dos padrões considerados “normais”.

É importante ser frisar que é dentro das convivências domésticas, enquanto esposas, mães e filhas que se estabelecem as relações de violência e poder em face delas.

Pierre Bourdieu constata: “é a unidade doméstica um dos lugares em que a dominação masculina se manifesta de maneira mais indiscutível (e não só através de recurso à violência física).”⁷⁹

⁷⁷ Idem, p. 161.

⁷⁸ Idem, p. 166.

⁷⁹ BURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Traduzido por Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. Tradução de La domination masculine, p. 138.

Maria Alice Rodrigues também relata que a violência contra as mulheres manifestada no espaço doméstico, é um fenômeno comum a todos os países e é fruto da concepção de que o homem é proprietário de suas companheiras, esposas, filhas e irmãos. Em decorrência disto, sentem-se no direito de ditar a roupa, o modo de viver, eis que se sentem proprietários de seus corpos.⁸⁰

Enquanto o adoecimento psíquico das mulheres tem correlação com o problema de violência, assédio sexual e estresse em decorrência da dupla jornada, o adoecimento masculino resultou numa brusca ruptura em suas trajetórias de vida, na rotina do espaço público marcado pela ociosidade, perda da identidade de trabalhador ou de estudante

Puppim relata, que “casos de desordem físicas e psicológicas são assinaladas pela literatura como usuais nos casos de mulheres-alvo de assédio, insatisfação com o trabalho, absenteísmo, tensão, irritação, ansiedade e etc.”⁸¹

O assédio sexual passou a ser tratado como uma questão jurídica. Para Andréa Brandão Puppim o assédio sexual seria um sexismo num local específico de trabalho.⁸²

Na grande maioria dos casos o assédio sexual é praticado pelo gênero masculino, eis que ele que detém, em sua grande maioria, o papel hierárquico superior.

“O assédio sexual ocorre quando há exercício de autoridade de uma pessoa sobre a outra, de modo a configurar ameaça à segurança do emprego de alguém ou criar uma atmosfera estressante ou intimidadora no ambiente de trabalho.”⁸³

Abordagens consideradas como assédio sexual vão, desde atitudes como ataque sexual direto, demandas por sexo, beliscões, toques ou beijos não

⁸⁰ RODRIGUES, Maria Alice. **A mulher no espaço privado: da incapacidade à igualdade de direitos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 2015.

⁸¹ PUPPIN, Andréa Brandão. Do lugar das mulheres e das mulheres fora de lugar: um estudo das relações de gênero na EMPREA. Niterói: EdUFF, 2001, p. 136.

⁸² PUPPIN, Andréa Brandão. **Do lugar das mulheres e das mulheres fora de lugar: um estudo das relações de gênero na EMPREA**. Niterói: EdUFF, 2001, p.135.

⁸³ Idem, p.137.

autorizados, observações grosseiras, pedidos insistentes de encontros, exames dados em termos fixos para o corpo feminino, piadas sexuais.⁸⁴

Rodrigues nos alerta, a necessidade de haver mais espaços de discussão na sociedade sobre a questão da dicotomia do público e do privado.⁸⁵

Já em relação ao homem, existe um tratamento diferenciado, existe um maior estigma para o portador de moléstia psíquica, conforme narrado por Santos:

Já o adoecimento psíquico masculino, de acordo com os sujeitos entrevistados, resultou numa brusca ruptura em suas trajetórias de vida. Significa, portanto, a exclusão destes do espaço público. Dentro da esfera privada, se confinam e se estabelece uma rotina marcada pela ociosidade. Assim, o CAPS desempenha para esses pacientes a única ligação destes com a sociedade em geral e, portanto, se estabelece uma maior dependência com essa instituição. Estar doente para os homens resulta em fracasso social; assim, torna-se uma condição não tolerada pela família e sociedade. Uma vez perdida a identidade de trabalhador ou de estudante devido ao adoecimento psíquico, os homens enfrentam maiores dificuldades de reinserção social e reconstrução da identidade anterior. Dessa forma, os relatos masculinos abordaram a questão do estigma que acompanha o adoecimento psíquico. Outro problema verificado nas entrevistas com homens é a privação do exercício de suas sexualidades e a incapacidade de cumprir com o papel social de gênero tradicional de provedor e chefe de família.⁸⁶

Os problemas de saúde mental também envolvem os trabalhadores que encontram-se desempregados e sem renda. O desemprego é fator de desestruturação social e de desgaste emocional, conforme verificaremos a seguir.

1.3.4 Saúde mental e desemprego

Não há dúvidas de quem perdeu o emprego e não consegue empregar-se ou reempregar-se, sofre. Esse processo leva ao desequilíbrio mental, pois ataca os alicerces da identidade.⁸⁷

⁸⁴ Idem, p. 136/137.

⁸⁵ RODRIGUES, Maria Alice. A mulher no espaço privado: da incapacidade à igualdade de direitos, Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 13.

⁸⁶ SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1177-1182. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>. Acesso em: 7 abr. 2016.

⁸⁷ DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**; tradução: MONJARDIM, Luis Alberto-reimpressão- Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007, p. 19.

Os casos que envolvem longo período na busca de oportunidades de trabalho podem gerar frustração, desmotivação, baixa autoestima e sentimento de incapacidade.

Além das cobranças internas pelo fato de não conseguir empregar-se existem as cobranças familiares e as cobranças sociais que podem aumentar a possibilidade de um episódio depressivo. Vale lembrar que, em parte, o desenvolvimento da depressão depende da estrutura da personalidade. Pessoas com uma tendência autodepreciativa, muito exigente consigo mesmas, com pensamentos pessimistas, inseguras e ansiosas têm maior probabilidade de desenvolver depressão em uma situação de desemprego.

Para compreender o drama que representa a precariedade da mobilização contra o desemprego e a exclusão, seria preciso analisar as relações e os vínculos que fazem e desfazem com o sofrimento.

Edith Seligmann-Silva relata que as mudanças econômicas, tanto na fase de crescimento quanto na recessão afetam a saúde humana. Há ocorrência de afecções influenciadas pela tensão. A ameaça de perda de emprego, da carreira, do modo de vida e relações de trabalho por um período prolongado podem gerar transtornos mentais. “As taxas de suicídio e de homicídio aumentaram já durante o primeiro ano de recessão.”⁸⁸

A preocupação com o constante crescimento do desemprego a longo prazo, despertou o interesse de psicólogos e sociólogos sobre o problema da saúde mental dos desempregados. Há uma clara correlação entre o crescente desemprego e os níveis de depressão e morbidez psicótica.⁸⁹

Cataldi também comenta sobre a correlação do desemprego e a moléstia mental:

A preocupação com o constante crescimento do deslocamento tecnológico de longo prazo despertou o interesse de psicólogos e sociólogos para os problemas da saúde mental dos desempregados. Uma série de estudos acompanhados no transcorrer da última década

⁸⁸ Idem, p.403.

⁸⁹ Idem, p. 41.

descobriu uma clara correlação entre o crescente desemprego tecnológico e maiores níveis de depressão e morbidez psicótica.⁹⁰

Homens e mulheres desempregados por mais de seis meses sentem-se desmotivados e desmoralizados para continuar procurando emprego e passado o lapso de mais de um ano, em sua maioria começam a direcionar raiva contra si. Essas pessoas experimentam medo de não conseguirem voltar a trabalhar, o sentimento de vergonha e inutilidade, agravado pela perda de vitalidade. No lugar da raiva, sentem-se deprimidos e resignados.

Cataldi relata que os desempregados inveterados têm sintomas de patologias similares aos de pacientes terminais. Em suas mentes, o trabalho produtivo está tão fortemente relacionado com estar vivo, que, quando lhes é tirado o emprego, manifestam todos os sinais clássicos de quem está a morte.

Farah analisa sobre os sentimentos de vergonha e depressão:

A vergonha em questão na contemporaneidade caracteriza-se por uma “violência imposta ao narcisismo do sujeito, capaz de estremecer os pilares da sua identidade. Quando esse tipo de vergonha surge, o sujeito é atingido em toda a sua unidade narcisista e fica impossibilitado de dar resposta”. Deferentemente da culpa que incide na relação com o objeto e cuja angústia fomenta o sujeito a dar resposta ao dano causado ao outro, na vergonha o eu é a referência principal. Não há possibilidade de reparação ao dano causado a imagem narcisista e a ansiedade decorrente pode acarretar uma paralisia, uma inibição.⁹¹

O quadro depressivo caracteriza-se justamente pela inibição da ação e real ausência de vontade, a não ser desaparecer. Tal como a vergonha, na depressão há o impasse relativo à perspectiva do futuro que resulta de um fracasso frente a exigências do ideal do ego.

Verifica-se que a desigualdade social no Brasil é um fator associado a problemas de saúde mental na população. Os fatores oriundos do trabalho associados aos fatores como o gênero e o desemprego conduzem a Transtorno mental comum. As políticas públicas devem considerar as desigualdades como forma de prevenção e de tratamento dos transtornos mentais. Questiona-se como o

⁹⁰ CATALDI, Maria José Giannella. **Stress no Meio Ambiente de Trabalho**. 3. ed. São Paulo : LTr., 2015, p. 41.

⁹¹ FARAH, Bruno. **A depressão no ambiente de trabalho: prevenção e gestão de pessoas**. São Paulo: LTr, 2016, p. 58/59.

Estado vem tratando essa problemática de forma a medicalizar a pobreza e as mazelas sociais.

Entende-se que a concessão de benefícios quer sejam previdenciários ou assistenciais, sem o questionamento da origem do problema, sem um tratamento eficaz, sem o enfrentamento do problema, que muitas vezes é de origem social, não resgatará a capacidade laboral do trabalhador, deixando-o na dependência do Estado e na dependência de medicamentos que só vão atenuar, mascarar momentaneamente a problemática.

1.4 Medicalização: a solução para todos os males

O ser humano é um ser social e como tal, ele tanto age sobre o meio ambiente, como sofre influências deste. Esta interatividade influi tanto sobre a sua saúde física ou psíquica, eis que somos compostos de um todo. Não é por menos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição ampliou-se saiu da morfologia, do bom desempenho das funções vitais e passou a ser considerada, também, em relação do indivíduo com o trabalho e com a comunidade.

No que diz respeito a saúde individual a expressão utilizada quanto ao bem-estar físico, refere-se a saúde total como um todo, englobando tanto o aspecto físico como psíquico.

Conforme já mencionado, o neoliberalismo modificou as relações sociais e os problemas psíquicos cresceram dado às inquietudes, aos diversos reclames da vida social, os desejos, as incertezas, as relações profissionais e a insegurança da vida econômica atual, que causam desgaste mental, cansaço físico, levando ao abalo da saúde mental do trabalhador.

Embora exista um grande número de pessoas com problemas de saúde mental, muitas vezes não é realizado o tratamento adequado, pelo fato das pessoas negarem a sua condição e pelo fato dos profissionais da saúde não detectarem as perturbações mentais, dando mais ênfase a saúde física que a saúde mental.

A OMS constatou este fato, fazendo a seguinte observação:

Apesar do grande número de pessoas com perturbações mentais que frequentam os cuidados primários, o seu reconhecimento e tratamento é geralmente inadequado. Em muitas partes do mundo, os profissionais de cuidados primários não detectam as perturbações mentais, e por diversas razões também falham na prestação de tratamento de acordo com a evidência científica nos casos que conseguem identificar. O reconhecimento das perturbações mentais nos cuidados primários por parte de profissionais de cuidados primários é baixo a moderado na melhor das hipóteses.

Verifica-se que embora a perturbação seja diagnosticada corretamente, o tratamento tem sido ineficaz, uma vez que geralmente baseia-se unicamente em tratamento medicamentoso. É através do tratamento psicoterápico que vão ser trabalhados os fatores emocionais e sociais que levaram ao desequilíbrio psíquico. Caso não sejam trabalhados os fatores que levaram, por exemplo, a depressão maior, uma vez suspenso a medicação e o trabalhador retornando ao meio de trabalho inóspito, o quadro emocional do paciente voltará a situação que encontrava-se ou até mesmo se agravar.

Quanto ao tratamento médico, o psiquiatra é submetido aos parâmetros da bioética, que norteia o bem-fazer na saúde.

Felicio e Pessini nos ensinam que é através da bioética que vão ser estudados os conceitos de autonomia, vulnerabilidade, beneficência e confiabilidade para garantir a proeminência dos valores humanos nas práticas profissionais.⁹²

Costa, Anjos e Zaher comentam sobre o respeito que o médico deve ter à autonomia do paciente. Dentro desta autonomia, deve ser reconhecida a capacidade do paciente e as perspectivas pessoais, incluindo o direito de examinar, fazer escolhas e tomar atitudes baseadas em suas convicções.⁹³

Embora o doente mental tenha a sua autonomia reduzida, esta deve ser respeitada. É muito fácil dizer que os profissionais da saúde só podem administrar liberdades e direitos dos pacientes respeitando a sua totalidade. A autonomia exprime a dignidade da pessoa, porque franqueia sua liberdade autocontrolada e

⁹² FELICIO, Jônia Lacerda, PESSINI, Leo. **Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais**, Revista Bioética 2009 17 (2): 203-220

⁹³ COSTA, José Raimundo Evangelista da, ANJOS, Márcio Fabri dos, ZAHER, Vera Lúcia. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**, Bio&Thikos- Centro Universitário São Camilo- 2007; 1 (2): 103-110. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/Para_compreender_a_doenca_mental.pdf. Acessado em 12/09/1016.

responsável, mas ao mesmo tempo pode tornar-se terrível arma contra o paciente que pode decidir baseado no medo ou emotividade.⁹⁴

O paciente não pode ser visto como um mero consumidor de medicamentos. O doente é co-responsável pelo seu tratamento. O paciente deve ser cuidado com acolhimento e com escuta. “Não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência a ética.”⁹⁵

Ora, não se pode discordar que o avanço da descoberta dos medicamentos trouxe benefícios ao setor da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas, eis que este uso pode evitar cirurgias, internações prolongadas, combater infecções e dar maior qualidade de vida às pessoas que possuem doenças incuráveis.⁹⁶

A grande preocupação na utilização dos produtos criados em prol da saúde, quer seja medicações, exames, cinge-se na ética de quem prescreve o tratamento: o médico.

Segundo Drumond,

Estudiosos da economia da inovação têm apontado para uma relação estreita entre ciência e tecnologia no setor saúde (NELSON,1995), cujo desenvolvimento tem propiciado melhoria na quantidade e qualidade de tratamentos e nos métodos de diagnóstico, embora essa relação seja, concomitantemente, responsável pela elevação dos custos da assistência médica.⁹⁷

A elevação dos custos e inovação tecnológica se dá devido ao fato de que no setor saúde, a tecnologia criada não substitui a mais antiga e é cumulada.⁹⁸ Ou seja, existem muitos aparelhos e medicamentos que podem dar o mesmo resultado mas com um custo menor para o usuário, mas muitas vezes não são indicados pela classe médica.

Um aspecto a ser destacado é que embora os medicamentos tenham contribuído para a cura de doenças incuráveis, sua produção está sendo objeto de exploração financeira por parte das indústrias farmacêuticas. Por esta razão, a cada

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Idem p. 108.

⁹⁶ Sendo este um dos maiores motivos de óbito até pouco tempo.

⁹⁷ Idem, p. 137.

⁹⁸ Ibidem.

dia que passa, aumentam a produção de medicamentos que são cada vez mais sofisticados.⁹⁹

Na verdade, todos sabem que é muito usual na prática da medicina, a prescrição de medicamentos para qualquer mal-estar, seja físico ou psíquico. O que se observa, é que há uma redução do problema saúde-doença a uma questão de organização racional (custo/eficácia) nas ações médicas. O médico faz a triagem dos problemas de saúde, a partir do eixo “queixa/procedimento”, e não leva em consideração a dimensão coletiva do processo saúde-doença e realiza uma “deslavada” medicalização.

Duarte e outros sinalizam sobre a importância da mudança das grades curriculares da medicina no sentido de serem mais humanistas e menos biologistas:

As universidades devem mudar o enfoqueologista de lidar com a doença ou, mesmo, o enfoque simplificado de tratá-la. Não basta apenas medicar o paciente, mas, sim, reabilitá-lo dentro das suas possibilidades e habilidades no contexto do qual ele está inserido. Há de se repensar as grades curriculares que formam profissionais focados na doença e na cura e que se esquecem de que o tratamento do sujeito deve incluir a família como um todo e em especial a figura feminina, que geralmente assume o cuidado do doente. Faz-se necessário viabilizar a inserção da mulher cuidadora nos serviços e no tratamento, considerando-a a principal fonte de informações e de cuidado. Deve-se tornar a figura feminina uma parceira no processo de reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico.¹⁰⁰ (grifo nosso)

No Brasil, implementou-se a cultura da medicalização. Os medicamentos deixaram de possuir um mero papel de combate às enfermidades e passaram a ser utilizados pelo cidadão em busca do bem-estar e da saúde e até como “cosmético”.

Na verdade os medicamentos estão sendo utilizados sem controle e de maneira irrestrita, como qualquer outro objeto de consumo.

Após as indústrias farmacêuticas passarem a encomendar “pesquisas” visando “comprovar” por meio da publicidade, dados positivos de medicamentos já aprovados, Drummond *apud* Drane, conclui, que parcela dos médicos e companhias farmacêuticas estão violando os princípios éticos. Além da utilização de “pesquisa

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SOUZA Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado ; PINHO , Leandro Barbosa de. **Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área.** Disponível em:<<http://www.dx.doi.org/S1415-27622007000100011>>. Acesso em 5 maio 2016.

encomendada”, está sendo utilizado o teste de novos medicamentos em pacientes sem o respectivo consentimento informado.¹⁰¹

É importante ser destacado, que há um investimento medicamentoso, para o tratamento de moléstias de acordo com a classe social. Existe um comércio medicamentoso para os ricos. A indústria farmacêutica virou um comércio, onde o lucro sobrepõe o tratamento e a recuperação da saúde.

Cabe também lembrar, que não é somente através de médicos que as indústrias farmacêuticas vendem seus remédios. Atualmente utilizam-se da publicidade, da mídia, para induzirem os trabalhadores de senso comum, a consumirem medicações.

O consumo dos medicamentos passou a ser um problema social, eis que a utilização errônea pode causar reação adversa ao medicamento¹⁰² e prejuízo para o Estado, que tem que custear o tratamento das doenças adquiridas pelo uso indevido da medicação.

Visando o controle da publicidade foi criada a Lei nº 6.360/76 e o Decreto 79.094/77. O Regulamento trata da Resolução Diretora Colegiada (RDC) 102/2000, da ANVISA.

Vê-se, portanto, a importância de conhecer e entender os processos de saúde, doença e de tratamento. É através da avaliação profunda desta problemática que o Estado poderá exercer a sua função de protetor em caso de vulnerabilidade, quer seja no controle do uso de medicamentos de forma discriminada como na instituição de políticas públicas no caso de incapacidade laboral do trabalhador.

Cabe ao Estado a responsabilidade de proteger o cidadão em caso de vulnerabilidade, atuando através da Seguridade Social, conforme se demonstrará no próximo capítulo.

¹⁰¹ DRUMOND, Jose Geraldo e Freitas. *Aspectos bioéticos em inovação de tratamentos médicos*. In: CASABONA, Carlos Maria Romeo; SÁ, Maria de Freire de. **Direito Biomédico: Espanha – Brasil**. Belo Horizonte : Ed. PUC Minas, 2011, p.137

¹⁰² A Organização Mundial de Saúde (OMS) define reação adversa a medicamentos (RAM) como “qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento em doses” normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade. Não se recomenda mais a expressão: “efeitos colaterais”, e sim, RAM

2 SEGURIDADE SOCIAL: A PROTEÇÃO DO TRABALHADOR

A proteção social é um dos pilares da Justiça Social. Os sistemas de proteção social implicam na redistribuição de recursos e serviços sociais como forma de controlar os riscos inerentes à sociedade capitalista.

As políticas públicas são um mecanismo de redistribuição de renda e limitação das desigualdades sociais em favor dos doentes, inválidos, das famílias, dos desempregados e dos hipossuficientes e pobres. A seguridade social, encarregada desta função protetiva, é financiada pelos poderes públicos e por toda a sociedade e seus segmentos, tendo como fundamento a expressão de valores vinculados à dignidade humana. Ela tem o condão de inclusão, de forma multidimensional, das deficiências socioeconômicas, de emprego, de saúde e de outros direitos sociais.

Como direito social, a Seguridade Social é um dos instrumentos que busca garantir, por meio de políticas públicas, o bem-estar e a justiça social. Sua finalidade é garantir aos indivíduos condições mínimas para a sua sobrevivência, consistindo em pressupostos essenciais para o exercício da cidadania. O “mínimo existencial” passou a integrar o conceito de cidadania, havendo, portanto, direito a condições mínimas de vida e de dignidade, não escapando da necessidade de intervenção do Estado para sua realização¹⁰³

Não basta dizer que todos são iguais perante a lei, se na prática, existe uma disparidade social, devendo então ser assegurado a esses cidadãos um mínimo, para que possam ter dignidade, liberdade de escolha e oportunidade.

A implementação dos direitos sociais está vinculada a um projeto de Estado de Direito Social, que passa a incorporar medidas com o objetivo de efetividade dos direitos e garantia dos direitos dos cidadãos.

Para uma adequada leitura e interpretação da Seguridade Social, sua trajetória e conseqüentemente conquistas de direitos, é de fundamental importância traçar a evolução cronológica, compreendendo-se assim o objeto por todos os seus

¹⁰³ CAMPELLO, Gaigner Bósio e SILVEIRA, Vladimir Oliveira da. **Cidadania e direitos humanos**. Disponível em <http://faa.edu.br/revistas/docs/RID/2011/RID_2011_06.pdf> Acesso em: 05 abr. 2016.

ângulos. Não se pode compreender o momento presente da seguridade social, sem estudar as bases históricas, como esta se desenvolveu.

Assim, é de máxima importância fazer uma breve elucidação das constituições e sua correlação com o que hoje chamamos de seguridade social.

2.1- A Seguridade Social nas Constituições Brasileiras

A primeira constituição foi a de 1824. Analisando-se genericamente os direitos sociais e não especificamente a Previdência Social, a Constituição Imperial de 1824, elaborada no fim do imperialismo e independência do Brasil, fez uma alusão à assistência social. Verificar-se-á, que o Estado era responsável pelo “socorro público”, conforme apregoa o art. 179, XXXI daquele diploma¹⁰⁴.

Aqui, o Estado tinha a característica de assistencialista.

A primeira legislação específica sobre Direito Previdenciário foi o Decreto nº. 9.912 de 26 de março de 1888, que regulou o direito à aposentadoria dos empregados dos correios. Já em novembro do mesmo ano, foi criada a Caixa de Socorros em cada uma das estradas de ferro do Império.

Já a Constituição Federal de 1891, outorgada no período da república velha, era baseada no texto constitucional dos Estados Unidos, e era mantido o dever do Estado para com os cidadãos. Aqui, a execução saiu da área privada e passou para a administração pública¹⁰⁵.

Em 1919 foi instituído, compulsoriamente, o seguro por acidente de trabalho através do Decreto Legislativo nº 3.724. Este seguro já vinha sendo praticado por alguns seguimentos, contudo sem previsão expressa na lei.

¹⁰⁴ “ Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte. (...) XXXI. A Constituição também garante os socorros públicos.”

¹⁰⁵ “Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes á liberdade, á segurança individual e á propriedade, nos termos seguintes: 1º Ninguém pode ser obrigado a fazer, ou deixar fazer alguma cousa, senão em virtude de lei. § 2º Todos são iguais perante a lei.”

Até aqui haviam legislações esparsas. Somente em 1923 foi criado o Decreto-Legislativo nº. 4.682, conhecido como Lei Elói Chaves, que determinava a criação das caixas de aposentadorias e pensões para os ferroviários, a ser instituída pelas empresas. Após a edição desta Lei, outras caixas de aposentadoria foram criadas em favor das demais categorias.

Também no mesmo ano, com o Decreto nº 16.027, foi criado o Conselho Nacional do Trabalho, com o intuito de fomentar o desenvolvimento da proteção social no plano estatal.

Verifica-se, portanto, que até esta data, não existia uma obrigação estatal em relação ao trabalhador, eis que a proteção destes se dava através das empresas sejam públicas ou privadas.

O art. 2º do mesmo Decreto narra:

Art. 2º Além do estudo de outros assumptos que possam interessar á organização do trabalho e da Previdência Social, o Conselho Nacional do Trabalho ocupar-se-á do seguinte: dia normal de trabalho nas principais indústrias, systemas de remuneração do trabalho, contractos collectivos do trabalho, systemas de conciliação e arbitragem, especialmente para prevenir ou resolver as paredes, trabalho de menores, trabalho de mulheres, aprendizagem e ensino technico, accidentes do trabalho, seguros sociais; caixas de aposentadorias e pensões de ferroviários, instituições de credito popular e caixas de credito agrícola.

Várias normas foram criadas entre a Lei Elói Chaves e a Constituição de 1934 em relação aos direitos sociais dos trabalhadores.

Cabe ser ressaltado que posteriormente foram criadas novas caixas de pensões a outras categorias profissionais, especificando o custeio e os benefícios que poderiam ser concedidos a estes trabalhadores.

A próxima Constituição Federal se deu no ano de 1934, lavrada no governo de Getúlio Vargas. Esta Constituição trouxe uma nova sistemática para a Previdência Social brasileira, introduziu o seguro social e outras políticas trabalhistas. Esta Carta adquiriu uma natureza previdenciária no âmbito das políticas trabalhistas, sob a forma de seguro social pra o trabalhador em troca de sua contribuição. Posteriormente, nas constituições seguintes, manteve-se o mesmo formato, tendo sido apenas aperfeiçoado.

Após o golpe, em 1937, Getúlio Vargas criou a Constituição do “Estado Novo”, tendo como maior característica a concentração da maior parte do poder aos chefes do executivo. Esta Constituição tinha cunho eminentemente autoritário e não trouxe grandes inovações no plano previdenciário, a não ser o uso da expressão "seguro social", sem apresentar qualquer diferenciação prática ou teórica no plano legislativo.

Embora não tenha havido grande alteração em relação à Constituição anterior, é na Constituição Federal de 1946, período pós-guerra mundial, que foi utilizada pela primeira vez a expressão “Previdência Social”. Somente em 1960, ainda sob o vigor desta Constituição, foi editada a Lei Orgânica da Previdência Social.¹⁰⁶

A LOPS, como era conhecida, estabeleceu a unificação e uniformização das normas infraconstitucionais existentes sobre a Previdência Social, e serviu de norte no percurso do sistema de seguridade social.

Verifica-se que ainda sob o vigor da Constituição Federal de 1946, foi editada a Lei nº 4.214/63, que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), eis que até então os rurícolas, não estavam acobertados pela LOPS. Três anos depois, em 1965, foi editada uma modificação constitucional, que instituiu a fonte de custeio como requisito para a concessão de benefícios previdenciários.

Com a alteração de dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1966, foram instituídos o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, e o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (INSS), que reuniu os seis institutos de aposentadorias e pensões existentes, unificando administrativamente a Previdência Social no Brasil.

Foi na Constituição de 1967, que houve a internacionalização da economia e a legalização das medidas autoritárias. Com a internacionalização houve aumento de mão de obra e conseqüentemente a incidência de um número maior de acidentes de trabalho. Embora a Constituição Federal tenha sido feita no início do Regime

¹⁰⁶ Pela importância deste regramento no que respeita ao processo de Reabilitação/Habilitação Profissional, analisar-se-á no último capítulo dos seus principais tópicos.

Militar, trouxe, no art. 158, algumas regras de cunho previdenciário que protegiam o trabalhador.

Passados alguns anos, em 23 de janeiro de 1984, foi aprovado O Decreto nº 89.312. Era a nova Consolidação das Leis da Previdência Social.

Do ponto de vista das políticas sociais, foi a Constituição de 1988, que representou o marco importante na consagração dos direitos sociais no Brasil. Nesta Carta foi estabelecida a instituição do sistema de Seguridade Social, que é constituído pelas políticas de saúde, previdência e assistência social.¹⁰⁷

Os constituintes cuidaram de conceituar a Seguridade Social no *caput* do artigo 194 da Constituição Federal, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

A Seguridade Social visa assegurar, de forma efetiva e plena, a promoção do bem-estar social. Pelo fim a que se propõe, por muito tempo, entre as décadas de 1960 e 1970, foi utilizado a expressão “segurança social” para denominar a mesma ideia de “seguridade social”. Ao ser inserido o adjetivo social, o constituinte teve a intenção de deixar claro, que a seguridade tem por fim, salvaguardar a proteção de toda a sociedade, de todos os cidadãos, de toda a sociedade civil no período de risco social e de hipossuficiência.

Embora tenha havido destaque da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, somente em 1991, foram publicadas as Leis nº 8.212 e 8.213. A primeira lei dispõe sobre a organização da Seguridade Social e instituiu o Plano de custeio e a segunda instituiu o Plano de Benefícios da Previdência Social.

Como assevera Marcus Correia: “Existem alguns princípios universais que, ainda que aplicáveis a todos os ramos devem ser observados na seguridade social, como o princípio da igualdade, e da liberdade.”¹⁰⁸

¹⁰⁷ Analisaremos, mais detida e criticamente, a inter-relação destas três áreas e suas implicações com a saúde dos trabalhadores, no Capítulo 3, item 3.1.

¹⁰⁸ CORREIA, Marcos Orione Gonçalves e CORREIA, Paula Barcha. **Curso de direito da Seguridade Social**, p.110

A Constituição Federal estabeleceu como princípios e diretrizes da Seguridade Social a universalidade na cobertura e no atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços aos trabalhadores urbanos e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação do custeio; diversidade das bases de financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração.

A Seguridade Social é um sistema de proteção social que abrange os três programas sociais de maior relevância: a Previdência Social, a assistência social e a saúde. A Saúde caracteriza-se pela necessidade, convergindo para a universalidade; a Previdência é contributiva e decorre do trabalho e a Assistência visa à proteção dos incapacitados e idosos em estado de hipossuficiência e vulnerabilidade.

Faz-se de máxima importância a análise mais aprofundada dos eixos que compõem a Seguridade Social, passando-se a seguir.

2.2- A Seguridade Social e sua Composição

A Seguridade Social tem como finalidade primordial, o atendimento e manutenção de determinados bens da vida, bens estes juridicamente relevantes, que devem ser protegidos pela sociedade, para que ela mesma permaneça em estado de justiça, bem-estar social.

Estes bens têm correlação direta com a vida, com a dignidade e com o desenvolvimento do ser humano. A Carta Magna de 1988 prevê que esses bens estão distribuídos entre os serviços públicos instrumentais da seguridade social, os serviços de previdência, assistência social e saúde. Os indivíduos necessitam de proteção social, pois sem a proteção desses bens, individualmente, seriam incapazes de suportar as mazelas e os infortúnios da vida.

Risco social é o perigo, a expectativa da ocorrência das mazelas ou infortúnios. Se o indivíduo é parte do todo que é a sociedade e se esta é resultante da congregação dos indivíduos, entre ambos se estabelece uma relação de dependência, de modo que o que atinge a sociedade atinge o indivíduo e vice-versa.

O perigo é relevante como um fato social porque sua repercussão traz consequências que acabam sendo compartilhados por toda a sociedade, e não somente pelo indivíduo atingido pelo infortúnio. O risco de subsistência é um risco social na qual o Estado, age como fonte garantidora de condições dignas de manutenção e de proteção dos indivíduos, em diferentes estados de necessidade, frente a vulnerabilidade e situações de risco social (doença, velhice, miserabilidade, maternidade, necessidade de tratamento médico-hospitalar, dentre outros),

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, nas áreas da saúde, previdência e assistência social, conforme elucidaremos a seguir.

2.2.1- A saúde

Embora a saúde seja um direito de máxima importância, somente a partir da Constituição de 1988 que este direito foi elevado como princípio constitucional. Verifica-se que o direito à saúde foi incluído no art. 6º da Constituição Federal entre os demais Direitos Sociais, veja:

...são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a Previdência Social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifo nosso)

Para entender-se com profundidade o tema, pega-se emprestado de Moraes, a sua conceituação de direitos sociais:

Direitos Sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, IV, da Constituição Federal.¹⁰⁹

Tais direitos são considerados sociais, pois embora atendam às necessidades individuais, uma vez que, não sendo implementados, suas consequências repercutem sobre toda a sociedade. Como viu-se, a saúde é um direito universal e gratuito e é um dos segmentos autônomos da Seguridade Social. Diferente da

¹⁰⁹MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**, 12 ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 202.

Previdência Social, não há restrição e nem exigibilidade contributiva de seus beneficiários, com base no princípio da universalidade¹¹⁰.

Como salienta Vianna, a “saúde integra a seguridade social e por esta razão o financiamento desta contribuirá para o financiamento daquela, mas não de forma exclusiva”¹¹¹. Além da parcela do orçamento da seguridade social, o SUS é financiado através do orçamento fiscal da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios¹¹².

As ações na área da saúde são de responsabilidade do Ministério da Saúde, instrumentalizada pelo Sistema Único de Saúde. O SUS “é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”¹¹³. A comunidade também deve participar na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços da saúde.

Cabe ser esclarecido que as ações e serviços da saúde não se restringem à área médica. Também está ligada a saúde, as ações preventivas relativas ao bem-estar da população nas áreas sanitárias, nutricionais, educacionais e ambientais.

A política nacional de saúde é regulada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, sendo que as ações e serviços de saúde não se restringem à área médica. Também estão ligadas à saúde, as ações preventivas relativas ao bem-estar da população nas áreas sanitárias, nutricionais, educacionais e ambientais.

O acesso à saúde é um dos alicerces para a efetivação da implementação da assistência social e da Previdência Social no que diz aos benefícios por incapacidade.

Muitos cidadãos embora tenham a sua saúde comprometida, têm o seu benefício previdenciário ou assistencial negado ou suspenso administrativamente

¹¹⁰ Ficou estabelecido o princípio da universalidade através da instituição do art nº 196, da Carta Magna, onde proclama que a saúde é um direito de todos e dever do Estado propicia-la independente da condição financeira do indivíduo.

¹¹¹ VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito previdenciário**, 7ª ed. São Paulo : Atlas, 2014, p.21.

¹¹² Conforme previsto no § 1º do art. 198 da Constituição Federal.

¹¹³ VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito Constitucional**, 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2014, p. 22.

devido a falta de provas de sua incapacidade laboral devido ao difícil acesso ao sistema de saúde pública. A longa espera quer para realizar consultas ou fazer exames leva o trabalhador a procurar o judiciário para ter seu direito atendido.

Tal contexto acaba por criar um fenômeno social que passou a ser reconhecido como judicialização da saúde. O crescimento de tais demandas demonstra a fragilidade de políticas públicas na área da saúde, ou ainda na inércia do poder legislativo para encaminhar as demandas da população.¹¹⁴

Tal fenômeno é decorrente do não acesso a medicações necessária ao tratamento de patologias graves e a solicitação de cirurgias que não são alcançadas ao cidadão em tempo hábil, tornando uma patologia passível de cura, em uma doença irreversível e incapacitante devido a morosidade do Sistema Público.

A falha no atendimento pelo Sistema único pode levar ao comprometimento da saúde do trabalhador criando uma responsabilidade social com a Previdência Social ou Assistência Social encarregadas dos benefícios por incapacidade profissional.

Verifica-se que o processo de judicialização não reproduz igualdade social, eis que acaba beneficiando as pessoas com maior poder aquisitivo em detrimento das hipossuficientes que nem sempre têm condições financeiras de contratar um advogado. As pessoas que recorrem ao judiciário acabam tendo acesso aos medicamentos e cirurgias de forma mais rápida do que aquelas que possuem moléstias mais graves e que se encontram nas filas de espera e em risco social.

Passa-se a discorrer sobre a assistência social, que também como a saúde é um dos pilares da Seguridade Social.

2.2.2 A Assistência Social

¹¹⁴ BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; FURLAN, Karina Morgana. **O crescente processo de medicalização da vida: entre a judicialização da saúde e um novo modelo biomédico.**- In: BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; PIERRE, Philippe. Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva internacional. Rio Grande: Ed Furg, p. 103

Trata-se de uma política pública não contributiva,¹¹⁵ destinada a todo cidadão que dela necessitar. Tem como pilares a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

A assistência social tem por objetivo, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência; a promoção de sua integração à vida comunitária.

É garantido o valor de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a Lei.

A Assistência Social é organizada com os recursos do orçamento da seguridade social¹¹⁶ e busca a seleção, prevenção e a eliminação dos riscos e vulnerabilidade social. Sendo um segmento autônomo da seguridade social, trata dos hipossuficientes, ou seja, daqueles que não possuem condições de prover sua própria manutenção, cobrindo assim, as lacunas deixadas pela Previdência Social.

O Ministério responsável pelas ações da Assistência Social é o Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome.

A gestão da assistência social brasileira é acompanhada e avaliada tanto pelo poder público quanto pela sociedade civil, igualmente representados nos conselhos nacional do Distrito Federal, estaduais e municipais de assistência social.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), implementou o SUAS (Sistema Único de Assistência Social), que tem suas ações baseadas na PNAS (Política Nacional de Assistência Social). O SUAS tem por finalidade articular meios, esforços e recursos pra a execução dos programas, serviços e benefícios socioassistenciais.

¹¹⁵ Nos termos do artigo 203 da Constituição Federal, “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social.

¹¹⁶Conforme preceitua o artigo nº 204 da CF.

O último segmento da Seguridade Social a ser explanado é a Previdência Social, que possui algumas peculiaridades conforme se verificará a seguir.

2.2.3 A Previdência Social

Este segmento autônomo da seguridade social vai se preocupar exclusivamente com os trabalhadores e com os seus dependentes econômicos. Ao contrário da saúde e da assistência social, a Previdência Social tem natureza de seguro social, por isso, exige a contribuição obrigatória de seus segurados para manutenção e concessão de benefícios previdenciários, para seus segurados e dependentes.¹¹⁷

A regra geral é a de que todo e qualquer trabalhador que exerça a atividade remunerada, automaticamente, encontra-se sujeito à filiação, ou seja, independe de sua vontade. “Daí dizer-se que vigora na Previdência Social o princípio da automaticidade”.¹¹⁸

O Regime Geral da Previdência Social abrange todos os trabalhadores, quer sejam rurais ou urbanos. O RGPS é gerido pelo poder público, nos moldes da Lei de Plano de Benefícios da Previdência Social(Lei nº 8.213/91).

Cabe ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal, pública, responsável pela administração dos benefícios e serviços.¹¹⁹

O RGPS é regido pela Lei nº 8.213/91, intitulada “Plano de Benefício da Previdência Social”, sendo de filiação compulsória e automática para os segurados obrigatórios. Permite também que pessoas que não estejam enquadradas como obrigatórios e não tenham regime próprio de previdência, se inscrevam como segurados facultativos, passando também a serem filiados ao RGPS.

¹¹⁷ Consoante o art. 201 da Constituição Federal : “ A Previdência Social será organizada sob a forma de regime geral de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial...”

¹¹⁸VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito Constitucional**, 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2014, p.24.

¹¹⁹ A estrutura do Ministério da Previdência Social foi drasticamente afetada a partir da Medida Provisória n. 726/2016. Segundo esta medida, em vigor quando escrevi esta pesquisa (25/10/16), o Ministério da Previdência passa a ser gerenciada pelo Ministério da Fazenda, em notório processo de desestruturação e perda do sentido “social” daquele Instituto. Ver, nesse sentido, TRICHES, Alexandre Schumacher. *A reestruturação administrativa da Previdência Social – apontamentos críticos*. In: BERWANGER, Jane Lucia W.; SERAU Jr., Marco Aurélio; FOLMANN, Melissa. **Previdência Social?** Porto Alegre : Lex Magister, 2016, p. 342-353.

No caso dos segurados obrigatórios, são aqueles trabalhadores que, exercendo atividade profissional, independente de sua vontade, são filiados.¹²⁰ Os arts. 11 e 13 da Lei nº 8.213/91 determina quem são os segurados.

A partir do momento que um cidadão passa à condição de segurado da Previdência Social, começa a ser identificado junto ao órgão através do NIT (número de identificação do trabalhador), sendo este único, pessoal e intransferível.¹²¹

O CNIS- Cadastro Nacional de Informações foi criado, com o objetivo de concentrar em um único cadastro de banco de dados os inúmeros elementos disponíveis nas repartições governamentais, isto se deu através do decreto nº 97.936/89, modificado posteriormente pelo decreto nº 99.378/90.

Segundo a lição de Ernesto Vianna

O CNIS sobrevive desde 1989 com condições para tornar-se o principal cadastro de informações da história do país. É destinado a registrar informações de interesse da Administração Pública Federal e dos beneficiários da Previdência Social. As contribuições aportadas pelos segurados e empresas têm o registro contábil individualizado.¹²²

O CNIS é composto do cadastro de trabalhadores, de empregadores, de vínculos empregatícios/remuneração do trabalhador empregado e recolhimentos do contribuinte individual e agregados de vínculos empregatícios/remuneração por estabelecimento empregador. Daí pode-se concluir que os segurados são identificados, dentro do CNIS, através do NIT (Número de Identificação do Trabalhador).

¹²⁰ Art. 20 do decreto 3049/99 “A filiação é o vínculo que se estabelece entre pessoas que contribuem para a previdência social e esta, do qual decorrem direitos e obrigações.

Parágrafo único. A filiação à previdência social decorre automaticamente do exercício de atividade remunerada para os segurados obrigatórios e da inscrição formalizada com o pagamento da primeira contribuição para o segurado facultativo.

§ 1º A filiação à previdência social decorre automaticamente do exercício de atividade remunerada para os segurados obrigatórios, observado o disposto no

§ 2º, e da inscrição formalizada com o pagamento da primeira contribuição para o segurado facultativo. (Incluído pelo Decreto nº 6.722, de 2008).

§ 2º A filiação do trabalhador rural contratado por produtor rural pessoa física por prazo de até dois meses dentro do período de um ano, para o exercício de atividades de natureza temporária, decorre automaticamente de sua inclusão na GFIP, mediante identificação específica.

¹²¹ Caput do art. nº 330, do decreto 3049/99.

¹²²VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito Constitucional**, 7ª ed. São Paulo : Atlas, 2014, p. 387.

Também são beneficiários da Previdência Social os dependentes dos segurados¹²³. Para a maioria dos doutrinadores o critério de dependência econômica é o pressuposto para configuração dos dependentes do regime previdenciário. Este posicionamento não é pacífico nem pela jurisprudência e nem pelos doutrinadores.

Costa ¹²⁴ posicionou-se sobre o tema:

Contra entendemos que o critério supra, por si só, é insuficiente para albergar o rol dos dependentes consagrados legalmente. Basta tomarmos o exemplo do direito da pensão estendida constitucionalmente ao marido quando da morte da esposa, concubina ou companheira, tendo em vista que, no mais das vezes, não existia dependência econômica entre ambos, mas somente solidariedade e mútua assistência.

Para a concessão dos benefícios previdenciários¹²⁵, não basta ser segurado da Previdência Social, é necessário a ocorrência de certo evento determinado (o risco a ser acobertado) a carência do benefício¹²⁶ e a qualidade de segurado. Por outro lado, existem algumas hipóteses, baseado no princípio da solidariedade, que concebe a possibilidade de exclusão da necessidade de carência para a obtenção de benefícios, as quais serão posteriormente explanados.

O segurado que é empregado perde a qualidade de segurado após permanecer um ano sem contribuição, estendendo-se este prazo para vinte e quatro meses para os que possuem mais de cento e vinte contribuições. Urge frisar que a jurisprudência tem se manifestado, no sentido que não perde a qualidade de segurado, o que deixou de verter as contribuições em virtude de não ter trabalhado em decorrência da moléstia incapacitante.

A perda da qualidade de segurado gera a perda da qualidade de dependente¹²⁷. Já o Enunciado 26 da Advocacia Geral da União assevera que

¹²³ Elencados no art. 16 da Lei nº 8.213/91.

¹²⁴ COSTA, Jose Ricardo Caetano. **Manual de prática previdenciária**. Caxias do Sul: Ed. Plenun, 2010, p.30

¹²⁵ O art. 18 da Lei nº 8.213/91 discrimina quais são os benefícios previdenciários.

¹²⁶ Entende-se oportuno a definição de carência. A carência é o período mínimo de contribuições, indicado em lei. O art. nº 25 e 26 da Lei nº 8.213/91 estabelecem a carência para os benefícios cobertos pela previdência social, bem como seus requisitos.

¹²⁷ O art. 15 da Lei nº 8.213/91, excepcionou a regra, instituindo um determinado tempo em que o segurado pode permanecer sem realizar o recolhimento previdenciário, período este, denominado "período de graça".

“Para a concessão de benefício por incapacidade, não será considerado a perda da qualidade de segurado decorrente da própria moléstia incapacitante.”

Os contribuintes facultativos somente passam a ser segurados quando, voluntariamente, realizam a sua inscrição junto a Previdência Social, sendo que a formalização dependerá do pagamento da primeira contribuição.

Na lição de Wladimir Novaes Martinez, o “segurado facultativo é pessoa autorizada, em determinadas circunstâncias, a ingressar e situar-se no regime de previdência por vontade própria. A referida facultatividade é a de admissão e permanência.”¹²⁸

Por outro lado, existem outros requisitos para a concessão de benefícios. Optou-se em fazer o estudo pormenorizado dos benefícios oriundos da incapacidade laboral, conforme se verificará a seguir.

2.3 Os benefícios oriundos da restrição laboral

Com base na estimativa acima demonstrada, conclui-se que, 55,74% da totalidade de todos os benefícios concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social, são oriundos de moléstias que causam incapacidade para o trabalhador. O fato nos alerta quanto é importante a proteção da saúde do trabalhador e a função da Seguridade Social no amparo do trabalhador no caso de vulnerabilidade social.¹²⁹ Verifica-se que no boletim de ocorrência não apresentam os dados do número de pessoas que solicitaram os benefícios e que não foram concedidos. Também não podemos precisar o número de pessoas que se encontram incapacitadas para o trabalho e por entenderem que não são segurados acabam não exercendo seus direitos. Ou seja, existem em nossa sociedade um imenso número de pessoas com a saúde abalada e que se encontra em risco social, eis que encontram-se sem trabalhar e sem a proteção do Estado. Acredita-se que grande parte dos problemas de saúde são decorrentes das relações de trabalho atrelado as mazelas sociais que acabam tornando o cidadão com limitações físicas e mentais.

¹²⁸ MARTINEZ, Wladimir. **Curso de Direito Previdenciário**. São Paulo : LTr., 2009, p. 156.

¹²⁹ Conf. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Beps062016_Final.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

Após termos recorrido sobre a Seguridade Social e sobre os direitos sociais, faremos uma breve explanação dos benefícios previdenciários decorrentes da saúde, uns de responsabilidade da Previdência Social e outros da Assistência Social.

2.3.1 Auxílio-doença

O benefício de auxílio-doença será devido ao segurado, que tendo cumprido a carência de 12 contribuições mensais,¹³⁰ ficar incapacitado temporariamente para o trabalho, para suas atividades habituais, ou por prescrição médica¹³¹ por mais de 15 dias¹³² consecutivos.

Perdurando a incapacidade do trabalhador com carteira assinada¹³³ por mais de 15 dias, caberá a Previdência Social, pagar ao segurado o benefício de auxílio-doença a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Não sendo o segurado empregado, o benefício começará a ser pago, desde o início da incapacidade e enquanto está a perdurar.¹³⁴

O parágrafo 3º do artigo 75 do decreto nº 3.048/99, assevera quanto a incapacidades sucessivas dentro do prazo de trinta dias:

Se concedido novo benefício decorrente da mesma doença dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, a empresa fica desobrigada do pagamento relativo aos trinta primeiros dias de afastamento, prorrogando-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados, se for o caso.

Nos casos em que o trabalhador retornar ao trabalho, em período imediato aos 15 dias, mas voltar a se incapacitar pela mesma enfermidade, dentro dos 60 dias desse retorno, este fará jus ao auxílio-doença a partir do novo afastamento.¹³⁵

É muito comum processos judiciais que versam sobre a incapacidade laboral do segurado. Muitas vezes o benefício previdenciário do segurado é indeferido

¹³⁰ Conforme prevê o art. 29, I, da Lei nº 8213/91.

¹³¹ Por exemplo, no caso da gravidez de risco.

¹³² Sendo a incapacidade inferior a 15 dias, o contrato de trabalho, sofre interrupção, devendo o empregador arcar com o salário no período de afastamento.

¹³³ O empregado doméstico é a exceção da regra, pois embora tenha carteira de trabalho assinada, em caso de incapacidade profissional para o trabalho, seu benefício será pago a partir do dia de afastamento.

¹³⁴ Conforme previsto no parágrafo 3º, do artigo 60, da Lei nº 8213/91, dada pela Medida Provisória nº 664/2014.

¹³⁵ Conforme o inciso 4º do art. 75, do Decreto nº 3.048/99.

baseado no diagnóstico da perícia médica administrativa. Cabe ao Judiciário dirimir o empasse. Caso haja administrativamente a concessão do benefício, será estimado um período de concessão do benefício, para que o segurado possa se afastar do trabalho e realizar o seu tratamento médico.

O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para a atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade, sendo que não cessará o benefício até o segurado seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando for considerado totalmente inválido para o trabalho, conseqüentemente será aposentado por invalidez.¹³⁶

Embora haja previsão da lei quanto a reabilitação profissional, uma parcela de trabalhadores são insusceptíveis de recuperação devido ao fato de terem pouca escolaridade, limitações físicas parciais e idade avançada, dificultando-os de serem reinseridos no mercado de trabalho, que é exigente e competitivo.

Entende-se que a melhor maneira de avaliação da capacidade laboral do segurado é a realização da perícia biopsicossocial.

Costa,¹³⁷ defende a realização da perícia biopsicossocial, com a finalidade de detectar a capacidade laboral dos trabalhadores, eis que a perícia atualmente utilizada, a biomédica, é ultrapassada, limitando-se somente no âmbito fisiológico. Dependendo da gravidade da patologia apresentada pelo segurado, este necessita ser avaliado, além do conhecimento médico, outros aspectos interdisciplinares que o perito-médico não consegue aquilatar, ou seja no âmbito ambiental, atividades e participações, estruturas do corpo entre outros.

Conforme a Súmula 25 da Advocacia-Geral da União, o auxílio-doença é devido ao trabalhador independente do grau de incapacidade do segurado:

Será concedido auxílio-doença ao segurado considerado temporariamente incapaz para o trabalho ou sua atividade habitual, de forma total ou parcial, atendido os demais requisitos legais, entendendo-se por incapacidade parcial aquela que permita sua reabilitação para outras atividades laborais.

¹³⁶ Esse complexo processo reabilitatório analisaremos no último capítulo desta pesquisa.

¹³⁷ COSTA, Jose Ricardo C. **Perícia biopsicossocial- perspectiva de um novo modelo pericial**, Caxias do Sul : Editora Plenum, 2014.

O art. 60, § 8º da Lei nº 8.213/91¹³⁸ estabelece que “ sempre que possível, o ato de concessão ou de reativação de auxílio-doença, judicial ou administrativamente, deverá fixar o prazo estimado para a duração do benefício”. Aqui existe uma violação ao direito do segurado, uma vez que o médico-perito, ao fazer a análise do segurado, não poderá premeditar o tempo necessário para o restabelecimento da saúde do cidadão sem averiguar como este vai organicamente reagir ao tratamento médico, que condições financeiras possui para tanto e quais barreiras sociais possui. Tal análise dependeria de uma perícia biopsicossocial e mesmo assim cada um possui uma determinada e individualizada reação ao tratamento, não podendo ser assinalado.

Causando espanto, o § 9º do artigo da mesma lei estabelece o prazo de cento e vinte dias a contar da data de concessão ou reativação caso houver ausência de fixação de tempo de gozo do benefício. Trata-se da “alta programada”. A prefixação do tempo para usufruir o benefício de auxílio-doença com data estipulada para a suspensão acaba prejudicando o segurado que dependendo do tratamento realizado, ainda não teve a sua saúde restabelecida, fere também o direito que este possa fazer jus ao auxílio acidente ou a reabilitação profissional, eis que não foi reavaliado pela perícia para constatar a sua capacidade laboral.

É importante ser esclarecido, que não será devido auxílio-doença (B31) ao segurado, que ao filiar-se à Previdência Social, já for portador de doença ou lesão incapacitante, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento da enfermidade.¹³⁹ Dependendo do tipo de moléstia, o segurado estará isento de carência.¹⁴⁰

Entre as tantas razões dos indeferimentos administrativos dos benefícios de auxílio doença encontra-se as doenças pré-existente, ou seja, o INSS alega que o segurado já se filiou a Previdência Social incapacitado para o trabalho. Caso o fato venha a ser discutido judicialmente, no decorrer do processo, será realizada perícia judicial para a constatação da incapacidade laboral e se esta sobreveio por motivo de progressão. Na maioria das vezes, o segurado não possui nenhuma

¹³⁸ Teve a sua redação alterada pela Medida Provisória nº 739/2016.

¹³⁹ A doença adquirida em período anterior a filiação é denominada doença preexistente.

¹⁴⁰ Há excepcionalidade quanto a carência do benefício encontra-se elencado no art. 26, II da Lei nº 13.135/2015, que alterou Lei nº 8,213/91

documentação anterior de sua doença, tornando-se difícil a prova do início da moléstia que o incapacitou, bem como sua progressão. Em uma sociedade, onde o nível de pobreza é alto e onde há o difícil acesso à saúde, muitas vezes torna-se inviável a produção da referida prova.

Caso o segurado tenha perdido a qualidade de segurado, para que faça jus ao benefício previdenciário terá que contar com a carência de reingresso de 12 contribuições mensais.¹⁴¹

Como já foi mencionado, existe exceção à exigência da carência para a concessão do benefício de auxílio-doença, conforme apregoa o artigo 151, da Lei nº 8.213/91. Veja-se o entendimento doutrinário:

É dispensada no caso do auxílio-doença ser oriundo de acidente de qualquer natureza ou causa (B91), bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, for acometido de alguma das doenças ou afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado.¹⁴²

Embora para fazer jus ao benefício de auxílio-doença necessite de carência, o art. 26 da Lei nº 8213/91 elenca as moléstias que causam isenção de tal exigência.¹⁴³

Castro e Lazzari fazem a distinção entre auxílio-doença (B31) e auxílio-doença acidentário (B91): O auxílio-doença acidentário, espécie B-91, por seu turno, somente é concedido aos segurados enquadrados nas categorias de empregado urbano e rural¹⁴⁴, trabalhador avulso e segurado especial, por força do disposto no

¹⁴¹ Conforme alteração da Lei nº 8213/91 trazida pela Medida Provisória nº 739/2016.

¹⁴² VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito Constitucional**, 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2014, p.544

¹⁴³ Atualmente, as doenças isentas de carência são: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, doença de Paget em estágio avançado (osteíte deformante), síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), contaminação por radiação (comprovada em laudo médico) ou hepatopatia grave. Entendemos que o rol de doenças é exemplificativo e não taxativo.

¹⁴⁴ Exceto o trabalhador doméstico.

art. 19 da Lei nº 8.213/91 e da interpretação conferida pelo INSS à matéria, na normatização do tema.¹⁴⁵

Embora não haja distinção legal quanto aos benefícios acima citados, eles possuem diferenças quer sejam, em relação aos segurados abrangidos, a carência, bem como aos efeitos trabalhistas decorrentes deste benefício.¹⁴⁶

Conforme apregoa o art. 118 da Lei nº 8213/91, tem direito de estabilidade no emprego o trabalhador que sofreu acidente de trabalho e usufruiu o benefício de auxílio-doença acidentário :

Art. 118. O segurado que sofreu acidente do trabalho tem garantido, pelo prazo mínimo de doze meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa, após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente de percepção de auxílio-acidente.

Esclarece-se que caso o segurado venha a receber auxílio-doença em decorrência de acidente de trabalho, o empregador ficará obrigado a recolher para o FGTS sobre todo o período.

Devido a ausência da CAT, muitos segurados acabam recebendo auxílio-doença previdenciária (B31) ao invés de auxílio-doença acidentário (B91). É corriqueiro o empregador não emitir a CAT com a finalidade de burlar a lei e evitar a referida estabilidade do empregado.

Caso o segurado exerça mais de uma atividade abrangida pela Previdência Social (atividades concomitantes), e venha a se incapacitar, será concedido o benefício de auxílio-doença em relação à atividade para a qual se encontra incapacitado. Neste caso, é considerado para efeito de carência somente as contribuições relativas a essa atividade.¹⁴⁷ Porém, se a incapacidade laboral for insuscetível de recuperação para alguma delas, será pago auxílio-doença indefinidamente, até que aquele venha a se aposentar ou a falecer.

¹⁴⁵ CASTRO, Carlos Alberto Pereira de.; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário**, São Paulo: LTr, 2001, p. 753.

¹⁴⁶ O auxílio-doença acidentário acarreta ao empregado a garantia de emprego prevista no art. 118 da Lei nº 8.213/91 (doze meses após a cessação desse benefício, independente de percepção de auxílio-acidente) e a manutenção da obrigatoriedade do recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), mesmo durante o período de afastamento.

¹⁴⁷ Art. 73 do decreto nº 3048/99.

Verificado pela perícia, que a incapacidade do segurado é total e uniprofissional, mas momentânea, será concedido auxílio-doença com o afastamento das atividades profissionais, sendo calculado a RMI com base em todas as contribuições. Porém, caso a incapacidade seja definitiva, o referido benefício será transformado em aposentadoria por invalidez.

Conforme a Lei nº 9.032/95, o auxílio-doença consistirá numa renda mensal de 91% do salário do benefício, independente se tiver origem acidentária ou não. O salário do benefício consiste numa renda aritmética simples dos maiores salários de contribuição correspondentes a oitenta por cento do período contributivo decorrido desde a competência de julho de 1994 até a data do benefício. Em qualquer caso, o valor da RMI do benefício não poderá ser inferior ao salário mínimo nem superior ao limite máximo do salário de contribuição.

Excepcionalmente, caso o segurado exerça duas atividades profissionais e permaneça incapacitado, somente em uma atividade, o benefício poderá ser pago em valor inferior ao salário mínimo, desde que a soma do auxílio-doença com os demais rendimentos percebidos supere o valor do mínimo legal.

Não cessará o benefício enquanto o segurado não estiver incapacitado para o trabalho ou devidamente habilitado para o exercício de nova atividade profissional que lhe garanta a subsistência. Caso o segurado seja diagnosticado como totalmente inválido, o auxílio-doença será transformado em aposentadoria por invalidez.

A cessação do benefício de auxílio-doença se dará: com a recuperação da capacidade laboral do segurado, com a transformação em auxílio acidente, (B91), ou com a transformação em aposentadoria por invalidez ou com a morte.

Caso o restabelecimento da saúde do segurado seja parcial e que este tenha ficado com sequelas que lhe impedem de exercer a sua função, este será encaminhado a reabilitação profissional que será debatida posteriormente.

Embora não seja muito divulgado, a jurisprudência tem concedido o benefício auxílio parental baseado no artigo 226 da nossa Constituição Federal de 1988, que prevê: “A família, a base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, urge o

respaldo do Estado com o fim de cobrir os riscos quando o segurado tiver que se afastar do emprego devido ao fato de ter que cuidar de um parente.¹⁴⁸

Vários juristas têm se posicionado defendendo a concessão de auxílio-doença ao segurado que esteja incapacitado de trabalhar por ter que dedicar-se aos cuidados de um parente que foi acometido por alguma doença e que se encontre sob sua responsabilidade. Esta tese visa a proteção do segurado que pode perder o seu emprego em decorrência dos problemas familiares e ficar em risco social. Entre os defensores desta tese encontra-se Carlos Alberto Vieira de Gouveia, André Bittencourt entre outros.

Verifica-se que a jurisprudência não tem acolhido a concessão deste benefício por entender que não há previsão legal.

Verifica-se então, ao longo do nosso estudo, que cada benefício tem características peculiares, passa-se então, a comentar sobre o auxílio acidente.

2.3.2 Auxílio-Acidente

O auxílio-acidente¹⁴⁹ é um benefício previdenciário, isento de carência, pago mensalmente ao segurado acidentado, como forma de indenização¹⁵⁰ a contar no dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença. Para tanto, é necessário que as lesões decorrentes do acidente deixem sequelas que impliquem na redução da capacidade de trabalho que o segurado habitualmente exercia. Para a concessão do benefício, não importa se a redução da capacidade laborativa é mínima ou máxima, e se é definitiva ou reversível¹⁵¹ desde que estas causem repercussão na atividade profissional.¹⁵²

¹⁴⁸ SANTOS, Taís Rodrigues dos. **Auxílio-doença parental: risco social evidente, cobertura inexistente, necessidade urgente!** São Paulo: RPS- nº 404- Agosto 204. p. 748-749.

¹⁴⁹ Art. 86 da Lei nº 8.213/91.

¹⁵⁰ Não tem caráter substitutivo do salário. É recebido cumulativamente com o salário.

¹⁵¹ O Superior Tribunal de Justiça já se manifestou na possibilidade de percepção do benefício em casos onde a lesão tenha caráter reversível onde o segurado possa restabelecer a sua capacidade laboral total através de futura intervenção cirúrgica ou tratamento ambulatorial.

O § 1º do art. 18 da Lei nº 8213/91¹⁵³, discrimina quem são os beneficiários do auxílio-acidente, sendo que a partir da Emenda Constitucional nº 71, este direito foi estendido aos empregados domésticos.¹⁵⁴

O auxílio-acidentário pode decorrer de acidente do trabalho ou acidente de qualquer natureza e pode ser concedido ao trabalhador quando este ainda estiver desempregado, mas encontrar-se no período de graça.¹⁵⁵

O artigo 30 da lei nº 8213/91 conceitua acidente de qualquer natureza:

“entende-se como acidente de qualquer natureza ou causa aquele de origem traumática e por exposição a agentes exógenos (físicos, químicos e biológicos), que acarreta lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária da capacidade laborativa”.

Ao analisar-se esse artigo conclui-se que o acidente pode ser decorrente de uma atividade esportiva ou de um acidente de carro, que embora não tenha comunicação com o trabalho, cause redução da capacidade laboral.

O auxílio-acidente consiste numa renda de 50% do salário-de-benefício¹⁵⁶. Como já foi dito, quando devido, é implantado no dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença e pago até a data do segurado aposentar-se.¹⁵⁷

Conforme assevera Castro e Lazzari, o valor do benefício do auxílio-acidente integra o salário de contribuição, para fins de cálculo do salário de benefício de qualquer aposentadoria, observado, no que couber, o disposto no art. 29 e no art. 86 § 5º.¹⁵⁸

¹⁵³ São beneficiários do auxílio acidente o empregado, o segurado especial e o trabalhador avulso.

¹⁵⁴ O direito ao auxílio acidentário foi estendido aos empregados domésticos a partir de 01/06/2015 através da Emenda Constitucional nº 71, sendo a questão regulamentada por intermédio da Lei Complementar nº 150/2015, porém continuou mantida a vedação da concessão do benefício ao contribuinte individual e ao segurado facultativo.

¹⁵⁵ Colacionamos o parágrafo 7º do artigo 104 do Decreto 6722/2008: § 7º Cabe a concessão de auxílio-acidente oriundo de acidente de qualquer natureza ocorrido durante o período de manutenção da qualidade de segurado, desde que atendidas às condições inerentes à espécie.

¹⁵⁶ Percentual este previsto conforme § 1º do artigo 86 da Lei 8.213/91 modificado pela Lei nº 9.032/95.

¹⁵⁷ Conforme disposto no § 2º do art. 86 da Lei nº 8213/91.

¹⁵⁸ CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**, 15 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 789.

O auxílio-acidentário é um dos poucos benefícios que pode ser cumulado com qualquer benefício previdenciário, exceto o benefício de aposentadoria.¹⁵⁹ Ele também pode ser cumulado com o benefício de auxílio-doença que seja oriundo de evento distinto. Ressalta-se, que até a promulgação da Lei nº 9.032 de 28 de abril de 1995, o segurado podia receber mais de um auxílio-acidentário¹⁶⁰.

Questão importante diz respeito ao termo inicial ao auxílio acidentário, eis que muitas vezes o INSS utiliza-se da alta programada sem realizar a análise se o segurado detém toda a capacidade laboral para o trabalho. Ao realizar a alta programada, o Instituto previdenciário não ajuíza se o trabalhador ficou com sequelas que causaram redução de sua capacidade laboral, tendo que o segurado ingressar judicialmente para comprovar este mister.¹⁶¹

O benefício em questão é personalíssimo, não sendo portanto, passível de ser transferido aos dependentes do segurado no caso de falecimento deste. Já o benefício de Aposentadoria por invalidez a seguir exposto, uma vez falecido o aposentado, seus dependentes passam a receber pensão por morte.

2.3.3 Aposentadoria por Invalidez

Tratada nos artigos 42 e seguintes da Lei nº 8213/91, é um benefício pago ao segurado, que após ter a carência de 12 meses¹⁶² e estiver totalmente incapacitado para o trabalho e insuscetível de reabilitação profissional. A aposentadoria por invalidez pode ou não ser antecedida pelo gozo de auxílio-doença e consiste numa renda mensal de 100% do salário do benefício. Ela suspende o contrato de trabalho (CLT, art. 475) e cessa com a recuperação da capacidade laboral.

¹⁵⁹ Preconizado no § 5º do art. 86 da Lei nº 8213/91

¹⁶⁰ Art. 124 da Lei 8213: " Salvo no caso de direito adquirido, não é permitido o recebimento conjunto dos seguintes benefícios da Previdência Social: V - mais de um **auxílio-acidente** (inciso incluído pela Lei 9.032/95.)

¹⁶¹ No caso que o segurado tenha que vir a discutir judicialmente o recebimento do auxílio acidente, a ação previdenciária será distribuída da Justiça federal, porém se for de origem acidentária a propositura da ação será na justiça comum.

¹⁶² Conforme já explicitado, esta carência é dispensada em caso de ser originária de acidente de qualquer natureza ou causa, ou ser portador das doenças especificadas pelo art. 151 da Lei nº 8213/91.

Uma vez aposentado por invalidez, o segurado não fica isento de realizar nova perícia médica para reavaliação de sua capacidade laboral, eis que esta aposentadoria não é vitalícia e a concessão do benefício é passível de revisão¹⁶³.

A Medida Provisória nº 739/2016, também trouxe esculpida a possibilidade de convocação dos aposentados por invalidez para verificação se ainda encontram-se incapacitados para o trabalho.¹⁶⁴ O grande problema é que a expressão a “qualquer tempo” causa insegurança, e falta de tranquilidade aos segurados que se encontram recebendo auxílio-doença e realizando tratamento médico, bem como aos aposentados que estão há muito tempo doentes e fora do mercado de trabalho. Entendemos, que existe aqui uma violação ao direito adquirido, eis que muitos segurados têm seu direito assegurado pela perícia judicial mediante sentença transitada em julgada.

Serau Junior entende, que tal convocação viola o princípio da razoabilidade:

A redação dada pela Medida Provisória nº 739/2016 permite a convocação do aposentado ou do beneficiário a *qualquer tempo*, o que entendemos que viola o princípio da razoabilidade, pois faculta à Administração Pública um poder ilimitado, atemporal e incondicionado. A ausência de restrições no trato da Administração com os segurados não corresponde aos princípios democráticos que norteiam o Estado brasileiro.¹⁶⁵

Caso a aposentadoria por invalidez seja precedida de auxílio-acidentário, uma vez constatada a capacidade laboral, com a persistência da redução da capacidade laboral, o benefício acidentário será novamente reimplantado.

Embora a regra seja a faculdade da Previdência Social avaliar o segurado aposentado por invalidez, o § 1º do art. 101 da Lei nº 8213/91 excepciona os segurados com mais de 60 anos de idade. As únicas exceções a esta regra

¹⁶³ Art. 102 da Lei nº 8213/91: “O segurado em gozo de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e o pensionista inválido estão obrigados, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)”

¹⁶⁴ Colacionamos § 4º do art. 43 da Lei nº 8213/91 alterado pela Medida Provisória nº 739/2016: “ o segurado aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram o afastamento ou a aposentadoria, concedida judicial ou administrativa, observado o disposto no art. 101.” grifo nosso. Tal medida também será aplicada ao segurado que encontra-se em gozo de auxílio-doença, conforme § 10 do art. 60.

¹⁶⁵ SERAU JUNIOR, Marco Aurelio, **Medida Provisória nº 739/2016: Restrições Indevidas nos Benefícios Previdenciários por Incapacidade**, Revistas Magister de Direito Previdenciário/Edição 33- Jun/Jul 2016- Revista Brasileira de Direito.

ocorrerão, quando o próprio segurado solicitar perícia médica para verificar a necessidade de assistência permanente de outra pessoa¹⁶⁶ ou por se sentir apto a retornar ao trabalho ou a pedido do judiciário.

O pressuposto para a concessão do benefício não é a incapacidade total absoluta, mas aquela que impede a continuidade do trabalho realizado pelo segurado.

Nos apropriamos do conceito de Vianna, para quem “a invalidez laborativa não decorre de mero resultado de uma disfunção orgânica, mas da somatória das condições de saúde e pessoais de cada indivíduo.”¹⁶⁷

Outrossim, o STF posicionou-se no sentido de que para considerar a invalidez do segurado, além de serem examinados os elementos previstos no artigo 42 da Lei nº 8.213/91, devem ser analisados os aspectos socioeconômicos, profissionais e culturais do segurado, ainda que o laudo pericial tenha concluído pela sua incapacidade parcial para o trabalho. Por esta razão, defendemos a realização da perícia biopsicossocial, eis que somente esta poderá auferir todos os aspectos anteriormente narrados.

Cabe ser esclarecido, que, todos os aposentados por invalidez que necessitem de assistência permanente de terceiros, têm direito ao adicional de 25% sobre o valor da aposentadoria que percebem¹⁶⁸ a contar da data da concessão do benefício de aposentadoria.¹⁶⁹ Caso a invalidez maior tenha se dado posteriormente, o pagamento será devido a partir da data do requerimento. Se tratando de um direito personalíssimo, este percentual não poderá ser repassado para a pensão por morte, pois tem o condão de ajudar o inválido. O intuito do legislador foi o de compensar os

¹⁶⁶ É considerado “grande invalidez”, quando, em decorrência da invalidez, o segurado necessitar da assistência permanente de outra pessoa. O Decreto 3.048/99, arrola as situações que são passíveis de recebimento do adicional de 25% da renda de aposentadoria em detrimento das necessidades relatadas.

Cabe ser esclarecido, que há entendimento jurisprudencial, que as moléstias arroladas no decreto acima narrado, tem caráter exemplificativo, cabendo o pagamento do adicional a outras doenças que não estão no rol.

¹⁶⁷ VIANNA, Ernesto Angones, **Curso de Direito Constitucional**, 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2014, p. 498.

¹⁶⁸ Assim determina o artigo 45 da lei 8.213/91: “O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento).”

¹⁶⁹ Conforme o art. 2014, § 1º da Instrução Normativa 45/2010 INSS/PRES.

gastos do segurado invalido com a contratação de uma pessoa que lhe garanta essa assistência permanente.

Embora o Decreto 3.048/99, aponte os casos em que o acréscimo seria devido, o judiciário tem julgado no sentido de que o rol de moléstias ali contidas trata-se de um rol exemplificativo e não exaustivo.

Caso o segurado encontre-se incapacitado para o trabalho, mas não tenha carência para a concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, poderá requerer o benefício de prestação continuada – LOAS.

Para o recebimento do Benefício Assistencial da LOAS é necessário cumprir alguns requisitos, não bastando somente ter incapacidade para o trabalho.

No próximo tópico explicitaremos os critérios de concessão para o Benefício Assistencial da LOAS.

2.3.4 Benefício Assistencial da LOAS

Incluída no campo da seguridade social, a assistência social é política de proteção social não contributiva. Visa prover ações preventivas e protetivas em face da vulnerabilidade, riscos e danos sociais.

A assistência social é um segmento autônomo da seguridade social, que trata da proteção aos hipossuficientes, ou seja, daqueles que não possuem condições de prover sua própria manutenção, cobrindo assim, as lacunas deixadas pela Previdência Social. Ela é financiada com os recursos provindos do orçamento da seguridade social. Tem como pilares a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

O art. 203 da Constituição Federal prevê, que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de qualquer retribuição pecuniária, sendo que no inciso V, do mesmo diploma, assegura o valor de um salário mínimo a título de benefício mensal, à pessoa portadora de deficiência ou de incapacidade duradoura por mais de dois anos, bem como ao idoso, que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

O benefício de prestação continuada foi instituído pela Lei nº 8.742/93, tendo como requisitos legais ter mais de 65 anos de idade ou ser pessoa com deficiência e renda *per capita* mensal, inferior a um quarto do salário mínimo vigente. O benefício da LOAS não pode ser cumulado com outro benefício previdenciário, conforme discrimina o § 4º da lei em comento.

É de se destacar que o STF já se posicionou quanto aos critérios de concessão do benefício: o requerente deve possuir deficiência incapacitante para a vida independente ou ser idoso, e encontrar-se a família do requerente em situação de miserabilidade.¹⁷⁰

O artigo 20 da Lei nº 8.742/93 sinaliza:

o benefício de prestação continuada é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem tê-la provida por sua família” (redação dada pela Lei nº 12.435 de 2011)

A Convenção de Nova Iorque, recepcionada pelo Brasil com “status” de Emenda Constitucional, forneceu nova concepção de deficiência, ampliando-se, uma vez que, segundo esta Convenção, também é deficiente aqueles trabalhadores que passam a ter uma incapacidade laboral mais duradoura.

No Brasil, a Lei n. 12.435/11 passou a entender como incapacidade duradoura aquela que perdura por dois anos ou mais. Com isso, o entendimento da própria concepção de deficiente para fins de recebimento do benefício assistencial da LOAS (Lei n. 8.742/93), foi ampliado de forma a contemplar um número maior de usuários.

Já no § 2º do artigo 20 da Lei nº 8742/93¹⁷¹ o legislador cuidou de conceituar deficiência. Atualmente o termo ampliou-se para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica. Diz respeito à atividade exercida

¹⁷⁰ O Supremo Tribunal Federal em 18/04/2013 (RE 567.985/MT e RE 580.963/PR) também decidiu que é inconstitucional a definição da miserabilidade com base no critério de ¼ salário mínimo (§ 3º do artigo 20 da LOAS), devendo a condição socioeconômica do requerente, situação fática, ser aferida no caso concreto.

¹⁷¹ § 2º Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

pela biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial da Saúde.

Com efeito, para a concessão do benefício LOAS, a deficiência teria que ser definitiva e irreversível. Como se verifica, a partir da lei supra, passou a ser considerada pessoa deficiente somente aquela com impedimento a longo prazo.¹⁷²

O grande dilema é a análise. A avaliação da invalidez é ligada diretamente as características pessoais da pessoa bem como os aspectos sociais que são muito relevantes. Esta avaliação deve avaliar os aspectos sociais, eis que uma parcela de trabalhadores são impedidos de serem reintegrados no mercado de trabalho devido a pouca ou nenhuma qualificação. A pouca escolaridade e a idade avançada são aspectos precípuos para fins de reciclagem laboral.

Podemos utilizar como exemplo a classe dos trabalhadores rurais que têm como única habilidade o trabalho braçal. Uma vez doentes, não podem mais exercer seus misteres, permanecendo totalmente incapacitados para o trabalho.

Nota-se que o fator social, o poder aquisitivo, o acesso que este segurado/trabalhador tem em relação ao tratamento de sua saúde, quer seja mental ou física, são determinantes para o restabelecimento de sua saúde, ou seu adoecimento a curto ou longo prazo. Conforme a Lei 12.435/11, a pessoa que tenha doença que cause impedimento por longo prazo é considerada deficiente. Assim, pessoa com deficiência “é aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.”

A renda *per capita* familiar é um dos fatores de grande discussão judicial para a concessão do benefício da LOAS. A Previdência Social tem um entendimento rígida e estática do conceito de família sem acompanhar a evolução e a realidade social.

Segundo a teleologia do parágrafo 1º do artigo 20 da Lei nº 8.742/93¹⁷³, ouve uma restrição aos partícipes que compõem o grupo familiar, tornando o conceito de

¹⁷² Conforme previsto no § 10 do artigo 20 da referida Lei.

¹⁷³ Conforme o § 1 : Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos

família obsoleto frente as mais diferentes e multifacetadas formas de famílias existentes na sociedade moderna. Faz-se necessária a ampliação do conceito com o objetivo de abarcar todos os componentes da família que residem juntos e que de alguma forma contribuem para o cálculo da renda *per capita*. Embora o § 1º do artigo 20, estabeleça quem são as pessoas que compõem o grupo familiar, na via judicial, é realizada a perícia psicossocial visando a análise de todos os valores e os gastos auferidos pelo grupo familiar.

Ao realizar o cálculo da renda *per capita*, o INSS utiliza todos os valores auferidos pelos integrantes da família independente destes valores serem oriundos do benefício da LOAS ou não.

Por outro lado, o parágrafo único do artigo 34 da Lei 10.734/03 institui que . O benefício da LOAS já concedido ao idoso maior de 65 anos não será utilizado para fins do cálculo da renda *per capita* familiar.

O STF já declarou que o privilégio instituída pelo parágrafo único do artigo 34 da Lei 10.741/03¹⁷⁴(Estatuto do Idoso) como inconstitucional, pois tal vantagem, com base no princípio da isonomia, deve ser estendida aos demais percebentes da LOAS. Assim, caso algum integrante venha a receber o benefício da LOAS, tal valor não integrará na realização da renda *per capita*.

Frise-se também, que para a realização da renda *per capita* familiar, a remuneração da pessoa na condição de aprendiz, bem como os valores recebidos oriundos dos programas de transferência de renda (bolsa-família, por exemplo), não serão considerados para fins do cálculo.

Embora o indivíduo tenha todos os requisitos acima expostos, o benefício da LOAS vem sendo negado administrativamente pelo INSS aos estrangeiros residentes no território nacional sob a argumentação de que tal benefício é de direito exclusivo dos brasileiros.

solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011).

¹⁷⁴ Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do **caput** não será computado para os fins do cálculo da renda familiar **per capita** a que se refere a Loas.

Por outro lado, a jurisprudência vem entendendo que o fato de ser estrangeiro não é óbice à concessão de benefício assistencial ao idoso, uma vez que o art. 5º da Constituição Federal assegura ao estrangeiro residente no país o gozo dos direitos e garantias individuais em igualdade de condição com o nacional. Colaciona-se Acórdão nesse sentido:

EMENTA: BENEFÍCIO ASSISTENCIAL. ESTRANGEIRO. POSSIBILIDADE. PESSOA IDOSA. CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA. MISERABILIDADE. PREENCHIMENTO DE REQUISITOS. RENDA FAMILIAR. ART. 20, §3º, DA LEI 8.742/93. RELATIVIZAÇÃO DO CRITÉRIO ECONÔMICO OBJETIVO. STJ E STF. PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DO LIVRE CONVENCIMENTO DO JUIZ. CONECTÁRIOS LEGAIS. TUTELA ESPECÍFICA. IMPLANTAÇÃO DO BENEFÍCIO. . (TRF4 5047228-58.2015.404.7000, QUINTA TURMA, Relator ROGER RAUPP RIOS, juntado aos autos em 30/06/2016).

Somente quando a administração e o judiciário utilizarem-se de critérios de avaliação onde haja novos entendimentos do que é saúde, o que é doença, o que é invalidez , fatores desencadeantes da limitação laboral, ambiente social, a Assistência Social será universal.

Para que o trabalhador possa usufruir dos benefícios por incapacidade laboral, é necessário a avaliação pericial que poderá constatar ou não a invalidez momentânea ou total do cidadão. Caso a incapacidade laboral do trabalhador seja momentânea e parcial e com limitações funcionais parciais este será remetido a reabilitação profissional, conforme discorreremos a seguir.

Conforme anteriormente narrado, o benefício da LOAS tem como requisito legal ter mais de 65 anos de idade ou ser pessoa com deficiência. É um benefício assistencial, ou seja, para quem não é segurado da Previdência Social, no valor de um salário mínimo nacional. A Emenda Constitucional nº 20/08 assegurou aposentadoria especial aos deficientes que sejam partícipes da Previdência Social, conforme passamos a estudar.

2.3.5 – Aposentadoria Especial dos Deficientes

Devido ao presente trabalho versar sobre saúde e incapacidade, pensou-se muito se a aposentadoria dos deficientes deveria ser incluída no rol de benefícios decorrentes de restrição laboral. Quando discorre-se sobre restrição laboral, aventa-se elucidar não somente a incapacidade do labor, mas também sobre a limitação deste. Neste intento, decidiu-se incluir tal aposentadoria.

Para tanto, traça-se a diferença entre incapacidade e deficiência. Constata-se que a incapacidade gera impossibilidade parcial ou total da atividade laboral, enquanto a deficiência determina alguma situação de barreira que impeça a pessoa de atuar em igualdade de condições com as demais pessoas, não trazendo, necessariamente, incapacidade laboral.

Devido ao fato da deficiência estar ligada ao conceito de saúde, eis que pode ser oriunda de uma doença que cause limitação a longo prazo, resolveu-se tratar sobre esta aposentadoria. Outrossim, para aferir a condição de deficiência é necessário a realização de perícia médica com a possibilidade de habilitação ou reabilitação profissional que será tratado neste trabalho. Veja-se que a presente aposentadoria tem muitos pontos em comum com os benefícios anteriormente estudados. Portanto, a aposentadoria especial dos deficientes torna-se interessante para os fins buscados neste trabalho. Ela está diretamente ligada ao conceito de saúde, haja visto que trata-se de valorizar o segurado que porta alguma deficiência ou incapacidade duradoura, de forma a não o estigmatizar. Muito pelo contrário, o objetivo é sua inserção na sociedade e no trabalho, valorizando suas habilidades e potencialidades.

Foi nesse sentido que a Emenda Constitucional n. 20/08 acrescentou o § 4º, ao art. 40 da CF/88, prevendo a adoção de critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria para os partícipes do Regime Próprio de Previdência Social, em casos de trabalho em condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, conforme dispusesse lei complementar.

Esta mesma disposição, referente aos partícipes do Regime Geral de Previdência Social, foi repetida no § 1º do art. 201 da CF/88.

Diante da inércia do Poder Legislativo e Executivo, em regularizar este importante benefício social, coube ao STF decidir esta questão. E o fez por meio do Mandado de Injunção n. 5.126, impetrado pelo Juiz Federal Roberto Wanderley Nogueira, ordenou a aplicação provisória do art. 57 da Lei n. 8.213/91, até que houvesse a regulamentação deste direito.¹⁷⁵

¹⁷⁵ Conferir, neste sentido, MAUSS, Adriano; COSTA, José Ricardo Caetano. **Aposentadoria Especial dos Deficientes: aspectos legais, processuais e administrativos**. São Paulo : LTr., 2015.

A Lei Complementar n. 142/13, regulamentada pelo Decreto n. 8.145/13, institui duas espécies de aposentadorias para os deficientes: por tempo de contribuição, com tempo reduzido, como veremos a seguir e a aposentadoria por idade, igualmente com idade reduzida.

Trata-se, portanto, de uma aposentadoria inscrita dentro do Regime Geral de Previdência Social, o que vale dizer que é de caráter contributivo e não assistencial. Devem ser preenchidos todos os requisitos aplicados aos demais benefícios previdenciários, tais como a qualidade de segurado e carência, por exemplo.

Com isso queremos dizer, que diferentemente do benefício de prestação continuada da LOAS, ele que prescinde de contribuição. Por certo que, no caso específico dos deficientes, caso não haja contribuição ou não seja atendido algum dos outros requisitos exigidos, o único benefício cabível será o da LOAS.

Com efeito, temos neste benefício a possibilidade da instituição de critérios diferenciados quando da existência do trabalho em condições nocivas à saúde ou da dificuldade enfrentada pelos segurados em decorrência das deficiências apresentadas pelos mesmos.

De todo justificado que um trabalhador que apresente uma deficiência grave e passe duas décadas e meia exercendo uma atividade laboral com extrema dificuldade, diante da gravidade da patologia que lhe acometera, tenha uma aposentadoria com tempo reduzido, ou uma idade a menor, tal como constou na legislação previdenciária pátria.

Com efeito, no benefício da Aposentadoria por Idade, o segurado se aposenta com 60 anos de idade, e a segurada aos 55 anos, tal como ocorre com os trabalhadores rurais que também sofrem um desgaste natural devido às condições precárias e agressivas do meio ambiente. Basta, neste caso, que tenham algum tipo de deficiência ou incapacidade duradoura, mesmo que de nível leve.

Neste caso, o período de carência exigido também é de 180 meses de contribuição.

A Aposentadoria por Tempo de Contribuição do deficiente é disciplinada pelo art. 3º da LC n. 142, que assegurou uma redução do tempo de labor, conforme o

grau da deficiência. Verifica-se que quanto maior o grau de deficiência, menor o tempo a ser cumprido, conforme segue:

Art. 3º É assegurada a concessão de aposentadoria pelo RGPS ao segurado com deficiência, observadas as seguintes condições:

I — aos 25 (vinte e cinco) anos de tempo de contribuição, se homem, e 20 (vinte) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência grave;

II — aos 29 (vinte e nove) anos de tempo de contribuição, se homem, e 24 (vinte e quatro) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência moderada;

III — aos 33 (trinta e três) anos de tempo de contribuição, se homem, e 28 (vinte e oito) anos, se mulher, no caso de segurado com deficiência leve; ou [...].

É necessário que se diga, pela importância que aqui assume esta questão, que a forma de aferição destes níveis de incapacidade duradoura ou deficiência deve ser realizada através da perícia biopsicossocial. O que equivale a dizer a uma avaliação médica e social, concomitantemente.

A Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP n. 1, de 27.1.2014,) publicada no Diário Oficial da União em 30.1.2014, “aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999”. Esta importante Portaria estabeleceu quais são os procedimentos nos quais o Instituto irá avaliar o requerente no ato pericial, bem como estabeleceu os critérios para avaliação dos graus de deficiência (leve, moderado e grave) estabelecidos pela LC n. 142/13. Essa Portaria foi baseada na CIF, embora alguns de seus procedimentos introduzam inovações próprias, inspiradas naquela Convenção.

Com efeito, tal como ocorre na dinâmica dos benefícios assistenciais da LOAS, pela primeira vez um benefício de natureza previdenciária, leia-se contributivo, adota uma concepção mais holística, complexa, no que diz respeito ao conceito de saúde.

A partir desta modalidade de perícia biopsicossocial, não importam somente os fatores médicos, clínicos, a doença ou patologia que os segurados possuem. Importam, também e essencialmente, as barreiras sociais a que estão sujeitos, bem como o meio ambiente que os rodeiam, o acesso à informação, às políticas públicas, entre outros fatores que somente uma investigação social poderá constatar.

2.4 – A Incapacidade do Trabalhador em decorrência da Saúde Mental: do diagnóstico ao tratamento

Existem diversos vieses que possibilitam que uma pessoa possa utilizar-se para restabelecer a saúde. Keinman,¹⁷⁶ *apud* Helman, salienta que ao olhar-se para uma sociedade complexa poder-se-á identificar três setores sobrepostos e interligados da assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*), e o setor médico.¹⁷⁷

O setor informal seria o domínio leigo, não profissional. “Esse setor inclui todas as opções terapêuticas a que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consulta a provedores tradicionais ou praticantes da medicina.”¹⁷⁸ Aqui entra a automedicação, muito usada, estimulada pelas propagandas comerciais, a família, os conselhos de parentes e amigos, atividades de cura de igrejas, seitas, consulta com leigos que têm experiência específica com o transtorno.

Já o setor popular (*folk*), é extenso em sociedades não-industrializadas e certos indivíduos especializam-se em realizar curas sagradas ou seculares ou uma mistura de ambos. Esses curandeiros não pertencem ao sistema médico, mas ocupam uma posição intermediária entre o setor informal e o profissional.

Existe uma grande variedade de curandeiros populares, desde especialistas, seculares e técnicos¹⁷⁹.

Helman relata a importância do *folk*, uma vez que este tipo de cura geralmente tem o envolvimento da família. Existe uma visão compartilhada de mundo, proximidade, cordialidade, informalidade, e uso de linguagem do dia-a-dia nas consultas. Sua ação curativa se dá em meio a ambientes com os quais o paciente está familiarizado, como o lar.

¹⁷⁶ KLEINMAN, A. (1980), **Patients and Healers in the Cotext of Culture**, pp. 49-70. Iniversit of California Press.

¹⁷⁷ HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. Tradução: Claudia Buchwitz e Pedro M. Garcez- 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, p . 72.

¹⁷⁸ Idem, p. 72.

¹⁷⁹ À exemplo dos indivíduos que curam ossos deslocados, parteiras, pessoas que extraem dentes ou herboristas ou até curandeiros espiritualistas.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a recomendar que a medicina tradicional fosse promovida, desenvolvida e integrada onde quer que fosse possível com a medicina científica moderna, mas enfatizou a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes dos vários sistemas envolvidos. Os recursos humanos que a OMS buscou engajar incluíam seguidores do herborismo, da medicina *tradicional indiana ayurvédica*, da medicina tradicional *unãni ou* da ioga, bem como curandeiros tradicionais seguindo a medicina tradicional chinesa, como os acupunturistas e vários outros.¹⁸⁰

Prestou-se atenção especial à seleção e ao treinamento de parteiras tradicionais, já que são responsáveis por dois terços dos partos no mundo.

Já o setor profissional, compreende as profissões do tratamento de saúde que são organizadas e sancionadas legalmente, como é o caso da medicina científica ocidental, também conhecida como *alopatia* ou *biomedicina*.

O setor profissional inclui os médicos, bem como os paramédicos, reconhecidos tais como os enfermeiros, parteiros e fisioterapeutas.

Na maioria dos países, a medicina é a base do setor profissional, mas conforme relata Helman, representa uma proporção pequena do atendimento em saúde. Grande parte dos atendimentos ocorre nos setores informais e popular.¹⁸¹

As estatísticas da Organização Mundial de Saúde nos informa que há poucos médicos e leitos de hospitais disponíveis no mundo.¹⁸² Deve-se levar em conta que parte desses médicos que constam no relatório, provavelmente trabalham na área de administração e de pesquisa ou no setor privado.

Fator preponderante a ser analisado, é que a distribuição de médicos não é uniforme. Eles tendem a concentrar-se em cidades onde é mais lucrativo e há melhor infra estrutura para a prática da medicina.

Esse conjunto de fatores faz com que a população recorra ao setor informal ou popular de atendimento à saúde.

¹⁸⁰ Idem , p .79.

¹⁸¹ Idem, p. 82.

¹⁸² Ibidem.

Como já foi relatado, a formação dos médicos é reflexo da cultura da sociedade. Sociedades com tipos culturais diferentes produzem médicos com comportamentos distintos. Esses profissionais da saúde vão ter uma relação com a saúde e a doença, conforme a ideologia dominante, quer seja capitalista, de bem-estar-social-socialista ou comunista. Ou seja, o modelo de sociedade repercute no sistema de saúde e modelo de médico estabelecido.

Uma dada sociedade pode conceber a assistência de saúde gratuita como direito básico do cidadão, em outras, o médico pode ser visto como uma mercadoria a ser comprada por aqueles que têm condições. Assim, dependendo do tipo de concepção que a sociedade tem de saúde, vai haver a inclusão ou exclusão de boa parte da população de realizarem tratamento por serem pobres e não poderem pagar.

Os críticos dos sistemas médicos no mundo ocidental constataram, que as desigualdades existentes na sociedade refletem na organização interna do setor profissional, quer seja em relação ao gênero, classes sociais e origens culturais.

Dentro do sistema médico, a maioria são homens brancos. Como acontece em âmbito social maior, são esses homens brancos que ocupam as posições de maior prestígio, de poder e de remuneração em comparação com as médicas e enfermeiras.¹⁸³

É importante ser relatado que durante o processo de formação médica, os alunos passam por um processo de formação, na qual gradualmente, vão sendo preparados para verem os problemas de saúde dentro de uma determinada realidade que muitas vezes torna-se distante da realidade social geral da população. A formação do médico (humanista ou não) vai repercutir na maneira pela qual ele vai exercer a profissão.

¹⁸³ LITTLEWOD, R. and LIPSEGE, M. **Aliens and Alienists**, 2nd edn. Umwin Hyman., 1989. Disponível em: [www.abebooks.com/.../aliens-and-alienists-ethnic-minorities-and-...>](http://www.abebooks.com/.../aliens-and-alienists-ethnic-minorities-and-...). Acesso em: 19 jul. 2016.

A medicina está baseada na racionalidade científica. Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só se tornam reais quando podem ser observados, quantificados e investigados. Todos os fatos clínicos têm uma causa, sendo a tarefa do médico a descoberta da cadeia lógica das influências e causas que resultam o fato.

O modelo da medicina moderna pauta-se na descoberta e a quantificação das manifestações psicoquímicas dos pacientes e não nos fatores sociais e emocionais.

Segundo Kleinman “o enfoque que o médico ocidental moderno dá a realidade clínica presume que os aspectos biológicos são mais básicos, reais, clinicamente significativos e interessantes do que os aspectos psicológicos e socioculturais.”¹⁸⁴

Geralmente os médicos estão preparados para fazerem uma análise da moléstia de forma universal, em desenvolvimento e em conteúdo. Esta perspectiva não inclui as dimensões sociais, culturais e psicológicas do problema de saúde, nem o contexto em que foram desenvolvidas. Fatores de ambiente, de personalidade, crença religiosa, status socioeconômico são desconsiderados, eis que é dada mais relevância a realização do diagnóstico e o tratamento, pois a medicina dá mais valor as dimensões físicas da enfermidade.¹⁸⁵

Vasconcelos e Ruiz relatam que “A educação médica tem sofrido profundas críticas quanto à necessidade de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem para que se construam novos currículos e sujeitos, possibilitando-lhes a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico.”¹⁸⁶

Dessa maneira, a atenção à saúde, hoje, requer uma mudança na concepção de mundo e na utilização do conhecimento em relação às práticas de saúde. É muito mais do que uma aplicação técnica e normativa. A promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para

¹⁸⁴ KLEINMAN. A. (1980), **Patients and Healers in the Cotext of Culture**, pp. 49-70. Iniversit of California Press.

¹⁸⁵ HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & doença**. Tradução: Claudia Buchwitz e Pedro M. Garcez-4ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 2003. p . 72, p. 112.

¹⁸⁶ VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho ; RUIZ, Erasmo Miessa. **Formação de médicos para o sus: a integração ensino e saúde da família**. – Revisão Integrativa. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2015, vol.39, n.4, pp.630-638. ISSN 0100-5502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02772014>. Acesso em: 12 fev. 2016.

conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde. Isto significa, que é preciso estar atento aos acontecimentos da realidade, intervindo de forma mais efetiva nos contextos em que envolvem vulnerabilidades.¹⁸⁷

Para que o trabalhador faça jus ao benefício previdenciário ou assistencial é necessário que se submeta à realização de perícia médica administrativa ou judicial, caso a primeira não lhe tenha oportunizado o recebimento do benefício pleiteado.

A perícia médica é uma atividade realizada por um médico investido do cargo de perito.¹⁸⁸ É uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, fazendo parte da especialidade de "Perícia Médica e Medicina Legal", que abrange outros tipos de perícias além da perícia previdenciária (como perícia criminal de lesões corporais)

Verifica-se, portanto, que a perícia médica é que vai realizar a análise, avaliação e diagnóstico da saúde do cidadão e decorrente capacidade ou não para o trabalho, com a finalidade de conceder um dos benefícios anteriormente relatados caso ser possuidor de todos os requisitos.

Savaris leciona que o perito deve informar no laudo

reconhecidamente a mais relevante prova nas ações previdenciárias por incapacidade, deve conter, pelo menos: as queixas do periciando; a história ocupacional do trabalhador; a história clínica e exame clínico (registrando dados observados nos diversos aparelhos, órgãos e segmentos examinados, sinais, sintomas e resultados de testes realizados); os principais resultados e provas diagnósticas (registrar exames realizados com as respectivas datas e resultados); o provável diagnóstico (com referência à natureza e localização da lesão); o significado dos exames complementares em que apoiou suas convicções; as consequências do desempenho de atividade profissional à saúde do periciando.¹⁸⁹

O perito tem por finalidade, portanto, diagnosticar através de sintomas, levando em conta os aspectos biológicos, sociais e ambientais e emitir parecer acerca da capacidade de trabalho, considerando-se os aspectos anteriormente narrados.

¹⁸⁷ Idem

¹⁸⁸ O perito pode ser atrelado aos órgãos administrativo municipal, estadual e federal ou do poder judiciário.

¹⁸⁹ SAVARIS Jose Antonio. **Noções jurídicas fundamentais sobre os benefícios previdenciários por incapacidade**, Coord: Jose Antonio Savaris- São Paulo: Conceito Editorial, 2011, p. 29.

Embora tenha-se visto pareceres no sentido de que a relação médico e paciente e do perito e periciado são distintos, nós discordamos da premissa que o perito não pode emitir considerações sobre o tratamento da doença do trabalhador.

A sociedade possui uma discrepância ínfima, social, educacional, financeira entre outras. Ao ser realizada a avaliação médica, muitas vezes, por diversas razões, o cidadão não tem as condições necessárias para saber se expressar e narrar os seus males e todos os aspectos que envolvem este devir. Muitas vezes ele é sucinto, no explanar seus males e o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento não é estabelecido de forma correta. Cabe ao médico humanista analisar todos os aspectos biológicos seguindo os psicológicos e socioculturais, pois todos os aspectos clínicos têm uma causa a diagnosticar.

Ao fazer a análise dos dados, o perito deve se reportar a capacidade laboral, a redução desta, diagnóstico da moléstia, avaliação e indicação de tratamento, se for o caso e análise da possível origem da moléstia e reabilitação profissional.

A necessidade do diagnóstico e da avaliação da moléstia cinge-se no fato de que sem eles, o perito não poderá precisar o tempo de realização do tratamento. A precisão do tempo de benefício levará em conta a gravidade da moléstia, as condições psicossociais e financeiras do periciado e o andamento do tratamento.¹⁹⁰

No caso da verificação da incapacidade para fins de concessão de benefícios por incapacidade, o perito médico tem cinco possibilidades de conclusão de seu exame: a) não há incapacidade para o trabalho; b) há incapacidade por um prazo definido, ao fim do qual o segurado deverá retornar ao trabalho ou, se ainda se sentir incapacitado, solicitar nova avaliação pericial em exame de prorrogação ou pedido de reconsideração, de acordo com a data desse requerimento; c) trata-se de incapacidade por doença ou lesão de evolução prolongada e incerta, devendo ser reexaminado após um prazo de 2 anos; d) há incapacidade definitiva para a atividade usual, sendo encaminhado para a reabilitação profissional; e) há incapacidade definitiva omniprofissional, devendo ser aposentado por invalidez -

¹⁹⁰ Não se pode comparar a forma de realização de tratamento de um trabalhador hipossuficiente a de outro que além de ter condições financeiras de comprar os melhores remédios, consegue realizar tratamento psicoterapêutico ou fisioterapia, por exemplo, duas vezes por semana.

nesse caso, há previsão legal para reexames periciais a cada 2 anos para verificação da persistência da incapacidade que motivou a aposentadoria.

Pode-se citar como atribuições do perito, também: a) realizar a perícia na casa do trabalhador ou em hospitais, quando houver a impossibilidade de deslocamento deste; b) vistoriar empresas com a finalidade de avaliar o anexo técnico para fins de aposentadoria especial; c) participar como assistente técnico do autor ou como médico perito assistente do INSS em exames periciais judiciais de segurados quando o órgão é réu; d) eventualmente fazer o exame em empresas conveniadas ao INSS.

Ao final da perícia o médico-perito elaborará por escrito o denominado laudo pericial.

Após haver tratado da Seguridade Social e dos benefícios concernentes à restrição laboral, passa-se a fazer uma análise das políticas de proteção social e o processo de reinserção dos segurados no mercado de trabalho. Para tanto, analisar-se-á a relação, ou falta dela, das três searas que compõem a Seguridade Social: Saúde, Previdência e a Assistência Social. Dar-se-á maior ênfase, ainda, ao processo de habilitação e reabilitação profissional a cargo do INSS, cuja amostragem realizada na Gerência do INSS de Pelotas, RGS, dará uma maior visibilidade a esse processo.

3 A INTERRELAÇÃO DAS POLITICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E O PROCESSO DE REINSERÇÃO NO TRABALHO

No capítulo anterior constatamos a importância da Seguridade Social.

Neste capítulo defenderemos a necessidade de uma maior interlocução entre as três áreas que compõem a Seguridade Social como forma de efetivação dos direitos sociais dos cidadãos. Somente com uma interligação maior entre as áreas que compõem a Seguridade Social haverá efetivamente a proteção do cidadão, ora protegendo-os através da concessão de benefícios, encaminhando-o para uma nova profissão através da reabilitação profissional evitando que este quede no limbo jurídico, em risco social, conforme verificaremos a seguir.

3.1 A Interlocução da Saúde, Previdência e Assistência Social

Em se tratando do processo de recuperação e reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, por terem perdido as funções originárias, é condição fundamental a interligação entre a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, para que esse processo vingue.

A ideia de integração dos três âmbitos de atuação que integram a Seguridade Social é relativamente nova, mas necessária, para que não haja um hiato e conseqüente prejuízo ao trabalhador no período de vulnerabilidade, para que não fique desamparado.

Conforme vislumbramos no decorrer do capítulo anterior, para que o cidadão possa fazer jus aos benefícios decorrentes de incapacidade laboral, é necessário a comprovação da incapacidade laboral. É através da documentação, de exames médicos, que o perito do Instituto Nacional de Seguro Social vai firmar o seu parecer, vai elaborar o laudo, contendo os sintomas e a análise da capacidade laboral. .

O Sistema único de saúde é o sistema médico mais usual. É através dele, que a maioria das pessoas realizam os tratamentos médicos. Embora a saúde tenha um caráter universal, ser um direito do povo e uma obrigação do Estado, seu acesso nem sempre é imediato devido a grande procura para consultas, realização de exames ou cirurgias, ocasionando listas de espera. Assim, embora as pessoas

estejam com a sua saúde abalada, estas não têm as provas imediatas e necessárias para a comprovação de sua incapacidade laboral.

Além do problema de espera no tratamento médico, também existe uma grande discrepância no diagnóstico dos peritos do INSS em relação ao perito judicial ou médicos particulares. Conforme analisado anteriormente, isso decorre da análise e formação do médico.

Quando o segurado empregado permanece incapacitado para o trabalho por mais de 15 dias é encaminhado pela empresa para a Previdência Social, com a finalidade de realização de perícia médica e consequente percepção de benefício previdenciário. Ocorre, que é comum haver divergência do diagnóstico do médico do trabalho, que trabalha para a empresa, que muitas vezes constata a inaptidão laboral e o diagnóstico do perito do INSS, que acaba auferindo capacidade laboral. A análise da capacidade laboral por parte do perito do Instituto Nacional do Seguro Social, acaba ensejando em indeferimento do benefício e a análise do médico do trabalho, que ao contrário, constata a incapacidade laboral, impede que o trabalhador retorne ao trabalho, criando-se aqui, um limbo jurídico trabalhista previdenciário.

Silva comenta sobre as consequências das divergências das perícias médicas:

Entretanto, ao retornarem ao seu antigo posto de trabalho, são impedidos de regressar pelo laudo do médico do trabalho da empresa devido à constatação do estado de inaptidão para o exercício das funções laborativas. Temos, portanto, configurada uma divergência entre o laudo do perito do INSS e o laudo do médico do trabalho da empresa.¹⁹¹

A divergência nos laudos periciais acarreta prejuízo ao trabalhador que, embora incapaz para o trabalho, no limbo jurídico, fica sem perceber o seu salário e também o seu benefício previdenciário.

Silva conclui :

A persistência neste cenário por um longo período pode lhe acarretar serias e graves consequências, pois, sem condições de arcar com o

¹⁹¹ SILVA, Cassia Bertassone da. **Limbo Jurídico Trabalhista Previdenciário**, São Paulo: Revista SINTESE-Direito Previdenciário, 66 maio-junho/2015, p. 60

seu sustento, não terá condições de custear tratamentos ou medicamentos para a recuperação de sua saúde.¹⁹²

Veja-se que o trabalhador queda-se aqui, numa situação calamitosa, de extrema vulnerabilidade.

Cabe lembrar, que caso o trabalhador passe um lapso de tempo sem contribuição, devido ao limbo previdenciário, este perderá a qualidade de segurado, causando prejuízo no recebimento de benefícios previdenciários, restando-lhe como única alternativa o encaminhamento de benefício assistencial.

Este desiderato, do trabalhador doente socorrer-se do benefício previdenciário, também não é tão fácil assim, eis que devido a ausência de provas, ele também pode ser considerado apto para o trabalho. Como já foi dito, a ausência de provas pode ser decorrente do difícil acesso ao SUS.

Caso o trabalhador esteja incapaz para o trabalho e preencha os requisitos para ser considerado deficiente, poderá recorrer ao INSS com a finalidade de concessão do benefício Assistencial-LOAS. A problemática aqui se dá, com base na análise da perícia assistencial, onde o trabalhador pode ser excluído do recebimento do benefício devido a sua condição social e financeira. Não sendo considerado como miserável nos critérios da perícia do INSS, o trabalhador recorre a judicialização.

Nesta situação, embora haja o reconhecimento da incapacidade laboral do trabalhador, ele encontra-se no limbo jurídico, não pode auferir benefícios previdenciários¹⁹³ devido ao fato de ter perdido a qualidade de segurado e não pode receber benefício assistencial por não comportar a exigência da renda per capita familiar.

A integração dos três âmbitos que compõem a Seguridade Social evitaria, em muitos casos, a efetivação do limbo jurídico. Caso o trabalhador necessitasse da previdência ou da assistência para receber seu benefício previdenciário ou assistencial sem os exames necessários para uma melhor avaliação do estado de saúde do trabalhador, o médico perito do INSS, agendaria diretamente no SUS os exames necessários para a realização do Laudo médico. A integração entre os

¹⁹² Ibidem.

¹⁹³ Auxílio-doença, aposentadoria por invalidez.

sistemas também proporcionaria vantagem para o trabalhador no sentido de, caso estivesse doente, ser encaminhado pelo SUS para o INSS com a finalidade de ser protocolado o benefício por incapacidade.

Quando fala-se em limbo jurídico, não pode-se esquecer de mencionar os casos que decorrem da alta programada.

O limbo jurídico também pode decorrer da alta programada ¹⁹⁴, eis que a suspensão do benefício decorrente de incapacidade laboral sem a devida averiguação do restabelecimento da capacidade laboral pode ensejar na devolução de pessoas fisicamente incapazes para concorrer no mercado de trabalho seletivo e exigente, ocasionando trabalhadores sem emprego, sem verter contribuições para a Previdência Social.

Esses trabalhadores ficam em estado de vulnerabilidade, eis que perdem o direito a um novo benefício, por restarem sem contribuição e ao mesmo tempo não poder voltam ao mercado de trabalho, por estarem doentes ou desabilitados. A capacidade residual, que pode ser detectada na perícia, poderia dar ensejo no processo de reabilitação profissional, desenvolvendo ao cidadão novas habilidades que lhes propiciem uma nova profissão, conseqüentemente evitando o limbo jurídico.

Verifica-se que devido a desconexão e ineficiência dos sistemas, acaba por havendo prejuízo nos direitos do cidadão que deveria estar sendo protegido no período em que mais precisa, que esta em vulnerabilidade, no período de doença e incapacidade social.

3.2 – Os Limites da Perícia Médica Tradicional: possibilidades da perícia biopsicossocial no campo da Seguridade Social e na habilitação e reabilitação profissional

Com base no estudo realizado no capítulo anterior, concluímos que o trabalhador utiliza-se de vários métodos de tratamento para o restabelecimento da sua saúde, porém aqui nos deteremos mais na medicina tradicional.

¹⁹⁴ Instituída pelo § 9º do artigo 60 da lei nº 8.213/91, onde estabelece, que caso o perito não estabeleça um prazo definido para o gozo do benefício, será fixado o prazo de cento e vinte dias a contar da data de concessão do benefício.

Ao analisar-se a história da medicina ocidental verificaremos que o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por isso é natural que, uma vez que a concepção mecanicista da vida foi estabelecida na biologia ela passou a incidir também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico ¹⁹⁵ que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. Na biomedicina, o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular e o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.

Ainda hoje a formação dos profissionais da saúde é voltada para o biologicismo e o individualismo, fazendo com que esses profissionais não levem em conta as referências socioculturais.

Na biomedicina há saberes pré-determinados e respostas pré-estabelecidas sem o envolvimento crítico do médico. A biociência construiu seus métodos de produção de saberes sobre a doença e testagem, onde há um padrão de comportamento. A biomedicina isenta o profissional médico de produzir saber para sua própria atividade, desqualifica o saber produzido na prática (ou arte) médica, desqualifica todo saber do doente e de outros curadores não científicos. ¹⁹⁶

Atualmente a maior parte da medicina ainda é baseada em evidências sob o ponto de vista orgânico, havendo uma centralidade na biomedicina e na medicalização. A biomedicina mantém uma “verdade” que é o princípio ético daquele.

Do ponto de vista da biomedicina, a cura está vinculada a doença e os profissionais dão ênfase a doença e não há saúde.

¹⁹⁵ O modelo biomédico é, com frequência, chamado simplesmente de modelo médico. Entretanto, usarei o termo “biomédico” para distingui-lo dos modelos conceituais de outros sistemas médicos, como o chinês.

¹⁹⁶ Idem.

Do ponto de vista biomédico, a pessoa doente, traduzida no modo de pensar científico, transforma-se na doença, que é um processo epistemológico. A pessoa doente se transforma em alguém portador de uma doença, sendo que esta cresce em importância e ameaça monopolizar a atenção como objeto do médico.

TESSER, médico sanitário, analisou a conduta biomédica dos trabalhadores na saúde:

Analisam-se aspectos problemáticos de transformações realizadas pela biomedicina em dois momentos críticos da produção de verdades: 1) a efetivação da cura e 2) sua relação com os tratamentos. A missão ética da biomedicina é curar e tratar dos doentes e promover a saúde, mas seu saber é voltado e construído para a cura ou controle de doenças específicas. As verdades produzidas cientificamente alimentam a tendência à conversão do doente em doença e da cura em eliminação ou controle de doenças e riscos. Isso está envolvido num processo de “desresponsabilização” ética e epistemológica dos curadores biomédicos. A “desresponsabilização” ética transforma a identidade dos médicos, que passam a se ver mais como cientistas e menos como curadores de pessoas.¹⁹⁷

O médico tem um olhar epidemiológico, baseado na biomedicina. Ele se atém na doença se esquecendo de todo um conjunto de atributos, que poderia contribuir na realização do diagnóstico.

A perícia médica sob o ponto de vista biomédico, vai fazer uma análise individual, restringindo-se a estrutura física, sem levar em consideração os fatores sociais que influíram para o abalo da saúde do trabalhador.

É justamente neste vácuo, que entra a concepção da perícia biopsicossocial. Na avaliação social há análise de todos os demais aspectos circundantes do indivíduo.

Atualmente o diagnóstico realizado centra-se no modelo biomédico. No consultório são tratadas as características e o diagnóstico, visando o enquadramento do transtorno mental sem ser aferida a origem, o fator determinante e desencadeante da patologia que adquiriu. Entende-se, portanto, que a questão da avaliação é por demais complexa, necessitando de vários olhares e saberes.

¹⁹⁷ TESSER, Charles Dalcanale. **A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a04.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

Embora o médico tenha um perfil de cuidador, a avaliação não pode estar centrada somente na figura deste profissional, pois ele não tem formação para realizar a análise social, que envolve todo o conceito de saúde, doença e reabilitação social.

A partir da quebra do paradigma da perícia biomédica, começou a surgir a consciência de que a perícia biomédica ou perícia médica, não mais se apresenta como instrumento suficiente para fazer análise da incapacidade ou deficiência de determinado indivíduo, sendo necessária a avaliação da incapacidade e da funcionalidade através da interação dinâmica, envolvendo fatores ambientais e pessoais de cada indivíduo.

A perícia biopsicossocial,¹⁹⁸ é uma perícia que integra os aspectos psicológicos e sociais ao modelo biomédico.

Mauss e Costa defendem que deve ser utilizado, por analogia, a realização da perícia biopsicossocial nos benefícios previdenciários:

A dinâmica envolvendo perito médico e perito assistente social deverá o ser também quando se tratar de benefício previdenciário de origem contributiva. Não há, absolutamente, nenhuma lógica ou explicação racional que justifique a presença da perícia biopsicossocial quando se tratar de um benefício assistencial e sua dispensabilidade quando se tratar de benefício de prestação continuada inscrito dentro do RGPS.¹⁹⁹

Portanto, diante dos elementos que compõe a CIF de 2001, diante da premissa de que o perito médico não consegue avaliar os quesitos de ordem social, econômica, ambiental, pessoal e atitudinal, é necessária a avaliação pelo assistente social.²⁰⁰

Assim, com base no que foi estudado até o presente momento, conclui-se, que a saúde envolve questões ambientais e que o ambiente de trabalho tem causado adoecimento na saúde mental do trabalhador. Assim, que a aferição da incapacidade laboral dos benefícios previdenciários não se diferem muito do

¹⁹⁸ Que foi instituída pela OMS por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em complementação à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, relativa à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

¹⁹⁹ MAUSS, Adriano; COSTA, Jose Ricardo Caetano. **Aposentadoria especial dos deficientes: aspectos legais, processuais e administrativo.** São Paulo: LTr, 2015, p. 113.

²⁰⁰ Idem, p. 113.

assistencial, devido a inaptidão dos médicos para aferir a análise social eis que possuem uma formação humanística e sim biolizante. Ademais, os assistentes que possuem maiores aptidões para avaliarem a possibilidade de reabilitação profissional ou não.

Os apontamentos feitos por Savaris, acerca das deficiências das perícias médicas no âmbito administrativo, a nosso ver, também se aplicam em boa medida nas perícias médicas judiciais realizadas na esfera do Judiciário:

A procura de razões para uma tal incessante elevação dessa específica litigiosidade nos leva a alguns fatos consabidos: a) o reduzido número de profissionais médicos que atuam como peritos da Previdência Social; b) A falta de estrutura administrativa para que os peritos alcancem pareceres mais seguros e próximos da verdade; c) O diminuto espaço de tempo em que se realiza a perícia médica administrativa; d) As constantes reclamações contra os serviços da perícia médica do INSS; e) Condutas oportunistas de pessoas que buscam, no benefício previdenciário por incapacidade, correção para as vicissitudes dos mercado de trabalho, amparo à velhice ou simples acréscimo de bem-estar individual.²⁰¹

Igualmente, comprovar-se-á que as perícias médicas se restringem em dar o diagnóstico, verificando somente o tratamento medicamentoso sem investigar as razões do adoecimento mental do trabalhador, devolvendo-o, depois de um lapso de tempo, ao mesmo ambiente inóspito que causou o adoecimento, sem reabilitação profissional.

Seja no âmbito do INSS, encarregado de realizar as perícias médicas na dinâmica da concessão dos benefícios por incapacidade, seja na perspectiva das perícias médicas realizadas pelo Judiciário, especialmente no âmbito dos Juizados Especiais Federais, há uma concepção não humanista na formação dos peritos médicos, que merece ser melhor investigado.

Ao que tudo indica, a formação tecnicista e não humanista dos médicos passa pela base curricular das faculdades de medicina. Em minuciosa pesquisa realizada

²⁰¹ SAVARIS, José Antonio. *Introdução ao Curso de Perícia Judicial Previdenciária: noções elementares para a comunidade médico-jurídica*. In: SAVARIS, José Antonio. **Curso de Perícia Judicial Previdenciária: noções elementares para a comunidade médico-jurídica**. São Paulo : Editora Conceito, 2011, p. 8.

por Sottili e Costa, foram avaliados os currículos de 257 escolas de medicina no Brasil, segundo apontado pelo “Ranking Folha Universitária”.²⁰²

Nesta pesquisa os autores fizeram uma amostragem em dois Estados brasileiros: São Paulo e Rio Grande do Sul. Foram avaliadas 15 Faculdades de Medicina de São Paulo e oito Faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul, nas quais foram realizados os seguintes quesitos: a carga horária total do curso, a carga horária das disciplinas propedêuticas/humanistas obrigatórias e optativas e a relação à carga horária individual das mesmas.

Tanto em São Paulo como nas Faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul, não existe a disciplina de Perícia Médica ou similar, nem como cadeira obrigatória ou optativa.

Das 15 Faculdades paulistas, somente 7 delas possuem alguma disciplina propedêutica humana, enquanto três não possuem nenhuma disciplina nesse sentido. Mesmo assim, a carga horária dedicada a estas 7 disciplinas, não ultrapassa a 220 horas aulas, correspondendo a pouco mais de 2% da carga horária total dos cursos. Já no Rio Grande do Sul, das oito Faculdades analisadas, cinco possuem alguma disciplina humanista com carga de 391 horas aulas, embora estas não cheguem a 5% da carga horária total dos cursos.

Esses resultados demonstraram a falta de formação humanista dos médicos em geral. Certamente não é uma realidade somente em São Paulo e no Rio Grande do Sul, bastando uma análise maior dos currículos das demais faculdades de medicina.

Por outro lado, se as perícias médicas administrativas, realizadas no âmbito do INSS, não são feitas com um olhar mais humano, avaliando as circunstâncias e a realidade em que o segurado se encontra, na seara do Judiciário, não parece ser diferente. As perícias médicas judiciais, tal como ocorre na via administrativa, são marcadas em tempo mínimo e quase exíguo para uma compreensão e avaliação maior do trabalhador. São apresentados laudos sem muito aprofundamento,

²⁰² SOTTILI, Luciana Adélia; COSTA, José Ricardo Caetano. *A Formação Humanística dos Médicos: uma análise comparativa dos currículos das principais faculdades de medicina de São Paulo e Rio Grande do Sul*. In: 35º Congresso Brasileiro de Previdência Social – “Básica e Complementar”. **Jornal do Congresso**. São Paulo : Editora LTr., 20 jun. 2016.

genéricos, sem adentrar nos fatores sociais, pessoais, econômicos entre outros. Os laudos muitas vezes não retratam a real condição de saúde que os segurados/autores apresentam.

Diante da perspectiva judicial, esperava-se que as perícias médicas tivessem um olhar mais detido acerca da falta de saúde dos segurados.

Observa-se, que em relação a “alta programada”²⁰³, as perícias médicas judiciais não estão tendo muito dissonância de comportamento com a perícia médica administrativa. Os peritos judiciais estão aferindo a incapacidade laboral sem aferirem o tempo de benefício nem a indicação de reabilitação/habilitação profissional.

Diante do exaurimento da perícia médica ou biomédica tradicional, frente a evidente incapacidade deste modelo na avaliação da realidade complexa e interdisciplinar na aferição da incapacidade dos segurados, defendemos a implementação da perícia biopsicossocial.

A perícia biopsicossocial é utilizada pelo sistema securitário para aferição da deficiência ou a incapacidade duradoura²⁰⁴. A partir da implementação da Portaria Conjunta nº 1, de 29 de maio de 2009, a Previdência Social passou a realizar a Perícia Médica e a Perícia Social, sendo a primeira a cargo do perito médico e a segunda do assistente social.²⁰⁵ Na seara previdenciária, a Aposentadoria Especial dos Deficientes, instituída pela Lei Complementar nº 142/13, solidificou a perícia biopsicossocial na dinâmica deste benefício. A Portaria Interministerial n 1, de 27 de janeiro de 2014, considerou ser necessária, conjuntamente, a Perícia Médica e a Perícia Social para a aferição dos níveis de deficiência: leve, moderada e grave.

No Poder Judiciário, especialmente no Federal, observa-se uma lentidão maior na assimilação da perícia biopsicossocial. Prova disso é que as denominadas “condições pessoais e sociais” dos segurados somente foram aventadas a partir da

²⁰³ Alta programada esta institucionalizada a partir da Medida Provisória n. 357/16, em que restou consignada a alta dos benefícios do auxílio-doença por incapacidade após os 120 dias, quando o perito não consignar qual é a data da suposta recuperação para o trabalho.

²⁰⁴ A incapacidade considerada para mais de dois anos.

²⁰⁵ Tal como consta na CIF-2001, é necessário a perícia médica e social para a verificação das estruturas e movimentos do corpo (médica) e das barreiras e dificuldades que as pessoas apresentam em suas vidas e no seu entorno (social). Por isso a designação biopsicossocial.

Súmula n. 47 e da Súmula n. 48, ambas lavradas pela Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Especiais Federais, a T.N.U.²⁰⁶ Percebe-se que ambas as Súmulas foram editadas no começo de 2012, três anos depois da Portaria Interministerial n. 1/09, que instituiu a perícia social como forma de avaliação das questões sociais e pessoais dos segurados.

Neste passo, a T.N.U avançou significativamente com a emissão da Súmula nº 78, que também diz respeito a LOAS assegurando ao portador de HIV, para aferir a incapacidade laboral, cabe ao juiz a designação da perícia biopsicossocial.

“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” .

De qualquer modo, não há dúvidas que o passo mais importante na construção da perícia biopsicossocial, muito embora ainda somente no âmbito dos benefícios assistenciais, foi dado com a prolação da Súmula nº 80, também da T.N.U, em que restou garantido que

“nos pedidos de benefício de prestação continuada (LOAS), tendo em vista o advento da Lei 12.470/11, para adequada valoração dos fatores ambientais, sociais, econômicos e pessoais que impactam na participação da pessoa com deficiência na sociedade, é necessária a realização de avaliação social por assistente social ou outras providências aptas a revelar a efetiva condição vivida no meio social pelo requerente.”

Segundo esta Súmula inovadora, fruto do PEDILEF nº 0528310-94.2009.4.05.8300, julgado em 15.04.2015, cujo Relator foi o Juiz Wilson José Witzel, passa a ser obrigatório, nos casos de BPC da LOAS, tanto a avaliação médica propriamente dita e já conhecida, como a perícia social para a avaliação dos demais fatores constantes na CIF de 2001.

Muito embora a perícia social esteja consagrada nos benefícios assistenciais e na concessão da aposentadoria por idade e por tempo de contribuição reduzida, no

²⁰⁶ Segundo a primeira Súmula, “uma vez reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho, o juiz deve analisar as condições pessoais e sociais do segurado para a concessão da aposentadoria por invalidez.” A segunda Súmula, referindo-se especificamente aos benefícios assistenciais, garantiu que a “incapacidade não precisa ser permanente para fins de concessão do benefício assistencial de prestação continuada.”

caso dos deficientes²⁰⁷, o Estatuto da Pessoa com deficiência,²⁰⁸ veio sedimentar a concepção de deficiência em um sentido largo, complexo, pluridimensional, podendo ser compreendido, portanto, somente a partir de uma concepção igualmente pluridimensional, interdisciplinar.

No segundo artigo, encontramos a concepção de deficiência no mesmo sentido já assimilado pela LOAS, como já apontamos. E mais: consta taquigraficamente que “a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar...”.

Por outro lado, deu prazo de dois anos, a contar da vigência do Estatuto, para a entrada em vigor da modalidade de perícia (biopsicossocial) consagrada. Esse prazo, portanto, começa a fluir a partir de 05 de dezembro de 2017.

A questão que se levanta, portanto, pode ser resumida na seguinte tese: a perícia biopsicossocial, já consagrada na dinâmica da concessão do benefício assistencial e da nova aposentadoria especial dos deficientes, mediante uma leitura integradora da Convenção de Nova Iorque do Estatuto do Deficiente, deverá ser estendida também aos benefícios previdenciários.

Nada mais lógico, e justo, que o segurado das políticas públicas tenha a seu dispor uma avaliação biopsicossocial, mormente quando essa é a prática da assistência e do próprio benefício da aposentadoria dos deficientes, que, frise-se, é de natureza previdenciária pois que contributiva.

Não há dúvidas que, nesta perspectiva nova, os segurados serão melhor avaliados quando necessitarem de algum benefício por incapacidade, seja previdenciário ou de cunho assistencial. Não temos dúvidas, também, que uma imensa quantidade das patologias de origem mental, que retiram milhares de trabalhadores do mercado de trabalho e ficam na zona cinzenta da “desproteção social”, será melhor contemplada mediante uma avaliação social.²⁰⁹

²⁰⁷ Lei Complementar nº 142/13.

²⁰⁸ Introduzido pela Lei nº 13.146/15

²⁰⁹ Esta zona gris, cinzenta, merece ser melhor estudada. Ela se apresenta por ora como um “limbo previdenciário-trabalhista”, quando o empregador considera o empregado inapto para o trabalho, o enviando para o Seguro Social (INSS), e este, por sua vez, diante das rápidas perícias realizadas, o considera apto para retornar ao seu labor. O resultado é inevitável: o empregado, sem condições laborais, não recebe nem do empregador e nem do sistema previdenciário, em notório comprometimento à sua subsistência pela falta de uma renda que lhe assegure os mínimos sociais. Na seguridade social essa zona gris ou cinzenta apresenta-se em forma de “desproteção social”. O que vale dizer, amiúde, que o cidadão já não é mais segurado, seja porque perdeu essa condição em decorrência do não atendimento mais aos prazos de carência, seja porque não consegue provar uma

3.3- O Processo de Reabilitação Profissional dos Trabalhadores e sua (in)efetividade

Os procedimentos de recuperação da capacidade laboral dos trabalhadores sempre estiveram presentes no âmbito da seguridade social como um todo.

Como nos ensina Alves, a reabilitação profissional surgiu, primeiramente, na primeira guerra mundial e tem como importância primordial o fato de que o cidadão incapacitado ou com deficiência deixa de ficar a margem da sociedade laboral e assim zela por sua saúde mental.

Portanto, historicamente, num primeiro momento, período pós-guerra, a reabilitação profissional nasceu pela falta de mão de obra, e num segundo momento, a partir do Plano Beveridge, foi a reabilitação enquadrada como proteção social para buscar a colocação do segurado ao mercado de trabalho, mesmo diante de suas limitações físicas ou psíquicas.²¹⁰

No Brasil, começou-se a pensar nesta proteção social somente em 1944 com o Decreto-lei 7036, visando adaptação profissional e o reaproveitamento profissional para o empregado acidentado, mas ainda não previa a proteção de outras categorias, como por exemplo os dependentes.

Não há dúvidas que seu funcionamento à contento representa um ganho incontroverso para todas as partes envolvidas: o segurado poderá retornar ao mercado de trabalho, uma vez que a perspectiva de depender precocemente de um benefício cujo valor não é atrativo, além de lhe impossibilitar o reingresso no mercado de trabalho; por conseguinte, ele retornará a contribuir para o sistema, aliviando-o e melhorando a arrecadação.²¹¹

Na verdade, desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), onde várias delas ofereciam serviços médicos e de assistência aos acidentados no

incapacidade duradoura (dois anos ou mais) ou deficiência, critérios estes que o tornariam elegível ao BPC da LOAS. Mais uma vez, não possuiu nem um nem outro direito.

²¹⁰ ALVES, Hélio Gustavo. **Habilitação e Reabilitação Profissional: obrigação do empregador ou da previdência social?** São Paulo : LTr., 2015, p. 41

²¹¹ ALVES, Hélio Gustavo. **Habilitação e Reabilitação Profissional: obrigação do empregador ou da previdência social?** São Paulo : LTr., 2015, p. 42.

trabalho, uma incipiente espécie de reabilitação era encontrada. Na fusão das CAPS com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), restou mais visível a preocupação com a recuperação e reinserção dos trabalhadores quando não tinham capacidade laboral.

O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), por sua vez, foi o primeiro Instituto a regulamentar esse procedimento no âmbito dos benefícios, por meio do Dec. n. 44.770, de 3 de novembro de 1958. Este Decreto criou a Comissão de Reabilitação Profissional e Serviço Social, a qual ficou encarregada de implantar, organizar e executar os serviços de reabilitação profissional.²¹²

Percebe-se, pela leitura do artigo 53 da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), aprovada pela Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960, que esse dispositivo do IAPI embasou a construção do que veio a ser denominado de Readaptação Profissional.²¹³

Na LOPS de 1960, por sua vez, encontramos esse procedimento de forma muito rica e proveitosa aos trabalhadores que adoecem e perdem sua capacidade laboral. Algumas das ideias hoje aventadas, já estavam dispostas nos cinco longos artigos do Regulamento Geral da Previdência Social há quarenta e seis anos atrás.

Veja-se, pela importância que esse processo reabilitatório possui para os fins deste trabalho, os principais pontos constantes nesse procedimento reabilitatório:

- a) Primeiro, é de se observar que a reabilitação é compreendida como um processo inter e multidisciplinar, que envolve os médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais, sendo a decisão final tomada em conjunto;
- b) Segundo, é permitido ao beneficiário do programa, por oportunidade, desnecessidade ou impossibilidade técnica do tratamento, recusar o tratamento apontado (inc. III, art. 171);
- c) Terceiro, além da orientação, formação profissional e colocação ou reemprego, caberá à equipe encarregada do processo indicar o tratamento adequado, assim como acompanhar o caso até a plena reabilitação profissional do trabalhador;

²¹² ROSA, Albino Pereira da. **A Lei Orgânica da Previdência Social**. Rio de Janeiro Editora Melso Soc. Anônima, s/d.

²¹³ É de frisar que o as primeiras manifestações a cerca deste processo o vinculava a um procedimento de reeducação profissional, com um viés educativo e pedagógico. ô

d) Quarto, os cursos para formação e treinamento deverão ser oferecidos não somente no início do processo, mas mantidos de forma periódica, de modo a assegurar a garantia e efetividade do retorno do segurado ao trabalho.

Além destes pontos, merecem uma reflexão mais detida mais dois dispositivos constantes na LOPS de 1960. O primeiro, o fato de a assistência médica dos órgãos locais poder requer o encaminhamento de um segurado que está em tratamento, mas não em gozo de um benefício de auxílio-doença, para que possa realizar o processo de readaptação profissional. Veja-se, atualizando essa ideia para os dias atuais, que um segurado é atendido em um Posto de Saúde no SUS e o médico que o atendera perceba, pela patologia que o trabalhador apresenta e diante de sua própria experiência ordinatória cotidiana, que há um risco grande de perder seu emprego devido à patologia e suas implicações. Encaminhar este segurado a um processo prévio de readaptação laboral atende aos fins de proteção social que a Seguridade é imbuída desde seu nascedouro. Isso sem falar na economia que o erário da Seguridade terá quando deixa de arcar com anos a fio com um benefício por incapacidade, quando poderia, antes da perda do emprego, ter encaminhado preventivamente o segurado para a reabilitação.

O segundo ponto que merece destaque encontra-se no artigo 174 da LOPS/60, cuja importância e atualidade merece a citação literal do dispositivo:

“Fora dos casos previstos nos §§ 1º e 2º do art. 52, será permitido ao beneficiário, que esteja em processo de reabilitação profissional, e tenha possibilidade, ainda que parcial, de auferir alguma remuneração pelo exercício de atividade para a qual já esteja habilitado, acumular o provento do benefício com essa remuneração, até o dobro do valor daquele, reduzindo-se proporcionalmente este valor na medida em que a remuneração alcançar o limite mencionado.”

A ideia é bastante interessante e também atual, podendo assim ser traduzida: um segurado poderá, mesmo em processo reabilitatório, conseguir novo emprego e começar a receber salários como empregado, sem a perda de continuidade da participação do processo e sem a perda do benefício que vem recebendo da Previdência Social. Quando conseguir auferir o dobro do valor do benefício, que vai perdendo gradativamente o valor até desaparecer totalmente o encargo da Previdência Social. Por certo que esta medida é um verdadeiro incentivo a um processo sério e consequente de reabilitação do segurado. Até mesmo porque ele não deseja permanecer eternamente realizando cursos, oficinas e tentando nova

recolocação profissional. Por outro lado, caso não lhe seja garantido um procedimento verdadeiramente eficaz, sério e consequente, o benefício previdenciário torna-se sua única fonte de subsistência, da qual não poderá abrir mão.

Esta perspectiva já foi esboçada em 1942, na Inglaterra, quando Beveridge aconselhou “o estabelecimento de serviços racionais de saúde, de reabilitação e de manutenção dos empregos, considerando que evitar o desemprego em massa é condição necessária ao êxito do seguro social.”²¹⁴

Uma sistemática adotada pela LOPS de 1960, que diz respeito diretamente ao processo de reinserção (ou não) dos segurados ao mercado de trabalho, merece ser citada pela atualidade que julgamos possuir. Trata-se do direito à Aposentadoria por Invalidez constante no artigo 27, que assim dispôs: “A aposentadoria por invalidez será concedida ao segurado que, após haver percebido auxílio-doença pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, continuar incapaz para o seu trabalho e não estiver habilitado para o exercício de outro, compatível com suas aptidões.”

O que vale dizer, seguindo esta sistemática adotada na legislação de 1960, que a Previdência Social tem o prazo razoável de dois anos para tentar observar o desenrolar da patologia e do estado de saúde laboral do segurado. Passado esse tempo, impõe-se conceder a aposentadoria por invalidez compulsória e automaticamente, ao invés de deixá-lo esperando por décadas, como acontece na atualidade.

E mais, este dispositivo avança e garante, ainda, que não é necessário o gozo do benefício do auxílio-doença para ser concedida a aposentadoria por invalidez, desde que fundada em exames e análise prévia que aponte pela incapacidade total e definitiva para o trabalho.

Por certo que o entendimento constante neste dispositivo é o de que cabe à Previdência Social manter e oferecer o serviço de reabilitação/habilitação profissional a seu encargo, a contento com os interesses dos segurados, e não contra estes. Incumbe a si esse processo, e não ao segurado que é a parte mais

²¹⁴ BEVERIDGE, Willian H. **O Plano Beveridge – relatório sobre o Seguro Social e Serviços Afins**. Rio de Janeiro : Livraria José Olympio Editora, 1943, p. 14.

fraca e hipossuficiente, dependendo desta política pública de proteção e segurança social para prover os mínimos sociais.

Lamentavelmente, a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), instituída durante o Governo Militar e 1977, por meio do Decreto n. 77.077, apresenta somente um artigo, evasivo e abstrato, prevendo tão-somente que se trata de assistência reeducativa e de readaptação profissional, a que tem direito aqueles segurados que recebem auxílio-doença e os aposentados e pensionistas inválidos, a cargo da ABBR (Associação Brasileira de Reabilitação) e outras instituições de carácter privado.

Na CLPS de 1984, instituída pelo Decreto n. 89.312 daquele ano, este procedimento não encontra melhor sorte, sendo mantido praticamente o mesmo artigo constante na CLPS de 1976, vindo, o seu Regulamento, sequer tangenciar qualquer um dos pontos levantados na LOPS de 1960, como vimos.

Atualmente a habilitação e a reabilitação são regidos pela Lei n. 8213/91, que, por sua vez, não avançou muito se formos comparar com os dispositivos constantes na LOPS de 1960. Os pontos principais ressaltados como positivos, portanto, não foram recepcionados pela nova Lei de Benefícios da Previdência Social, nem pelo seu Decreto Regulamentador, de nº 3.48/99.

O programa de habilitação e a reabilitação profissional é um serviço da Previdência Social destinado aos segurados, portadores de deficiência independente de carência e também aos dependentes dos segurados.

O artigo 89 da Lei 8.213/91 traça o objetivo da habilitação e da reabilitação qual seja educar e reeducar, adaptar e readaptar a pessoa para o mercado de trabalho.²¹⁵

Ao analisar-se o caput do artigo acima referido entende-se que o legislador teve por intenção proporcionar ao segurado ²¹⁶ e as pessoas portadoras de

²¹⁵ Art. 89: A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e as pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive. *Grifo nosso.*

²¹⁶ Quando ele refere-se a beneficiário, pretende referir-se a quem recebe benefícios previdenciários, ou seja o segurado da Previdência social.

deficiência, qualificação para integra-lo (habilitação) ou reintegrá-lo (reabilitação) no mercado de trabalho e socialmente.

A utilização da expressão “e social” leva a crer que tem o condão de também criar habilidades sociais, para que essas pessoas mencionadas no art. 89, embora inelegíveis para a reabilitação profissional devido a total incapacidade laboral, pudessem realizar habilitação para ter uma vida mais independente, para ter melhores condições de saúde .

Ao se observar o sistema de proteção social esculpido no art. 6º do ordenamento Constitucional percebe-se que o Estado tem obrigação de fazer medidas protetivas (positivas) no sentido de dar ao cidadão melhor qualidade de vida. Dentro desse ideal o ser humano deve receber educação seja profissionalizante ou não.

Conforme análise do art. 136 do decreto nº 3.048/99 ²¹⁷ que regula a Lei nº 8213/91, do sistema de benefícios da Previdência Social e o art. 398²¹⁸ da IN 77/15, embora tenha sido suprimido na primeira parte a expressão e social, ainda foram, nas demais normas mantida a expressão “ e no contexto em que vivem” nos levando a crer que a habilitação também deve ser dar no âmbito social conforme acima defendido.

Já o artigo 90 da Lei nº 8213/91 aponta quem terá atendimento prioritário no referido programa.²¹⁹

Conforme se apreende da análise do artigo 90, acima narrado, não há um tratamento igualitário na implementação do programa de habilitação e reabilitação. Ele não é universal, pois existe obrigatoriedade de realização da habilitação e

²¹⁷ Art. 136 do Decreto 3.048/99 que regula a Lei nº 8213/91: “. A assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.”

²¹⁸ Art. 398. A Habilitação e Reabilitação Profissional visa proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

²¹⁹ Art. 90. A prestação de que trata o artigo anterior é devida em caráter obrigatório aos segurados, inclusive aposentados e, na medida das possibilidades do órgão da Previdência Social, aos seus dependentes

reabilitação e fornecimento e substituição de próteses somente para os segurados, Consta-se que a obrigatoriedade de implementação deste direito não se estende a quem deixou de ser segurado e aos dependentes. É importante ser ressaltado que o legislador não faz menção aos deficientes, deixando estes, também, de serem prioridade no atendimento.

Conclui-se assim, que haverá obrigatoriedade da Previdência Social para realizar a reabilitação profissional e social para todos os segurados e especificamente habilitação para os segurados facultativos que ainda não ingressaram no mercado de trabalho e que se tornaram incapacitados para estes.

No próximo e último tópico deste trabalho far-se-á um pequeno recorte do processo de reabilitação/habilitação profissional, analisando esse processo no ano de 2015, nas Agências de Previdência Social (APSs) que compõe a Gerência Executiva do INSS de Pelotas, no Rio Grande do Sul.

Interessa-nos fazer uma leitura qualitativa dos dados fornecidos pelo Setor de Reabilitação Profissional desta Instituição, buscando responder as seguintes questões: a) será que os segurados estão tendo a oportunidade de participar deste programa, uma vez que é o INSS quem deve oferecer essa possibilidade? b) existe uma equipe interdisciplinar para dar conta desse processo? c) o programa de reabilitação/habilitação profissional possui convênios educativos e acordos de cooperação com empresas como parte do processo? d) está fornecendo órteses e próteses para os segurados reabilitandos? e) entre as patologias apontadas nos relatórios médicos constam as doenças relacionadas à saúde mental dos segurados?

Estas cinco questões, que esperamos responder a partir dos dados qualitativos fornecidos pelo setor respectivo da GEX-Pelotas, são fundamentais para que tenhamos uma pequena, mas significativa, amostra de como este processo reabilitatório e habilitatório está (ou) não ocorrendo no ínsito das políticas públicas previdenciárias.

3.4 – Um Recorte da Reabilitação Profissional no ano de 2015 em Pelotas, RS

Antes de adentrar-se na análise dos dados colhidos, para os fins propostos nesta pesquisa, importante tecer algumas considerações, teóricas e práticas, sobre o procedimento da reabilitação e habilitação profissional.

Com efeito, uma primeira questão emerge no tocante à própria designação do nome do Programa, suscitando de plano uma análise conceitual sobre a significação deste processo.

É necessário que se diga que talvez esse ponto seja um dos menos desenvolvidos pela doutrina, cingindo-se, quando encontrado nos livros e manuais previdenciários, a poucas linhas ou parágrafos sobre esse importante procedimento, a cargo do INSS.

Parece, nesse sentido, importante primeiramente fazer-se uma relação e, ao mesmo tempo, distinção entre a Reabilitação e a Habilitação profissional propriamente dita. Nesse sentido, a lição de Martinez parece pertinente e elucidadora:

Habilitação não se confunde com reabilitação. A primeira é a preparação do inapto para exercer atividades, em decorrência de incapacidade física adquirida ou deficiência hereditária. A segunda pressupõe a pessoa ter tido aptidão e tê-la perdido por motivo de enfermidade ou acidente. Tecnicamente o deficiente não é reabilitado e, sim, habilitado.²²⁰

Por certo que um trabalhador rural que perde parte dos movimentos de algum membro, indispensável à sua atividade habitual, até poderá aprender a exercer outro mister. Isso somente será possível dentro de um processo em reeducativo em que aprenderá novas habilidades. Por isso a reabilitação profissional é exigida. Como bem observou Wladimir Novaes Martinez, o deficiente se habilita para um mister, eis que não teve a oportunidade até então de aprender determinada atividade.

No mesmo sentido Marcelo Leonardo Tavares, para quem “a habilitação profissional difere conceitualmente da reabilitação por se referir a serviço que tem

²²⁰ MARTINEZ, Wladimir Novaes. CD – **Comentários à Lei Básica da Previdência Social**. Brasília, Rede Brasil/LTr., fev./1999.

por fim inserir pessoa pela primeira vez no mercado laboral”²²¹ A reabilitação, seguindo esta linha, busca a reinserção do trabalhador ao mercado de trabalho.

Bittencourt nos ensina que na reabilitação

Temos a educação profissionalizante voltada a inclusão de pessoa que já esteve inserida no processo produtivo em determinada atividade, por questões de incapacidade parcial ou total, restou alijado. Já a habilitação é voltada à inclusão daquele que não tem aptidão alguma para o exercício de determinada atividade. ²²²

Com efeito, embora seja um processo interdisciplinar desde a sua origem, nascera vinculado ao Serviço Social, não havendo dúvidas na importância dos Assistentes Sociais na condução dos processos reinserção dos segurados ao mercado de trabalho.

Conforme aponta Ferreira, estes programas buscam promover a dignidade do ser humano, bem como a reintegração psicossocial dos deficientes, por meio do desenvolvimento de suas capacidades residuais.²²³

Bittencourt comenta que é política louvável voltada ao bem-estar das pessoas e que realiza (ou tenta realizar) justiça social, trazendo dignidade aos que nunca a tiveram ou aos que a perderam.²²⁴

Nos termos do artigo 398 da Instrução Normativa n. 77/2015, a Habilitação e Reabilitação Profissional têm por objetivo proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independente de carência, e as pessoas portadoras de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

Esclarece-se que não existe obrigatoriedade do processo aos dependentes e às pessoas com deficiência, conforme apregoa o artigo 400 da Instrução Normativa

²²¹ TAVARES, Marcelo Leonardo. **Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2005, p. 231.

²²² BITTENCOURT, Luiz Moro. **Manual dos Benefícios por Incapacidade Laboral e Deficiência**- Curitiba: Alteridade Editora, 2016, p. 224

²²³ FERREIRA, Iraydes Moesia. **Reabilitação Profissional & Serviço Social**. São Paulo: Editora Cortez, 1985, p. 23.

²²⁴ BITTENCOURT, Luiz Moro. **Manual dos Benefícios por Incapacidade Laboral e Deficiência** - Curitiba: Alteridade Editora, 2016, p 226

nº 77/2015. Afirma ainda, que devem ser respeitadas, para esses casos, as possibilidades técnicas, financeiras, e as características locais.

Ao ser realizado a habilitação e a reabilitação profissional é oportunizado a pessoa com deficiência a participar da sociedade dentro de uma perspectiva de autodeterminação e autorrealização. É retirado o deficiente da esfera do recebimento de um benefício assistencial, passando através da realização de uma atividade profissional a ter a perspectiva de vir a receber um benefício previdenciário no valor de mais de um salário mínimo, benefício por ele custeado através de seu trabalho.

Da mesma forma diz-se em relação ao dependente com deficiência ou inválido que poderia ser destinatário de pensão por morte do segurado, que uma vez habilitado ou reabilitado, podendo trilhar o seu caminho de forma independente. Verifica-se portanto, que a habilitação e a reabilitação trazem nítido respeito ao equilíbrio econômico e atuarial do sistema.

Como bem observa Silene Tonelli Regatieri, esse processo deverá levar em conta algumas variantes em prol dos trabalhadores: não pode o recolocar na mesma atividade sem que haja um estudo de impacto dos efeitos e consequências deste retorno; deve considerar seu grau de instrução, bem como atentar para as medidas de prevenção das causas que ocasionaram o adoecimento, de modo que não mais voltem a acontecer.²²⁵

No Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional, organizado pela Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT),²²⁶ esse processo é apresentado, no Capítulo II, com a designação geral de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, cuja conceituação assim pode ser resumida: a Reabilitação Profissional é uma assistência educativa ou reeducativa, tanto de adaptação ou de readaptação profissional, cuja denominação genericamente é chamada de habilitação e reabilitação profissional. Busca, assim, proporcionar aos beneficiários incapacitados, parcial ou totalmente, em caráter obrigatório, independente de

²²⁵ REGATIERI, Silene Tonelli. *A Efetividade da Reabilitação Profissional Previdenciária em Face da Realidade do Trabalhador com Baixa Instrução*. In: **Revista de Direito Social**. Ano 1, n. 62, p. 87, set.-out. 2014.

²²⁶ **MANUAL TÉCNICO DE PROCEDIMENTOS DA ÁREA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**. Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT). Previdência Social. Novembro 2011.

possuírem ou não qualquer carência, bem como aos portadores de deficiência, os meios de reingresso ao mercado de trabalho e no contexto em que vivem.

Adentrando-se no conceito de habilitação e reabilitação, encontra-se também uma certa distinção, a saber: A) Habilitação é a capacitação do segurado e seus dependentes para o exercício de uma atividade laborativa, devendo ser consideradas suas experiências, aptidões e interesses. B) Readaptação Profissional é o processo que busca tornar o segurado apto para retornar às suas atividades profissionais, proporcionando-lhe os meios de adaptação às funções compatíveis com suas limitações.²²⁷

No Capítulo IV do mesmo manual, é disposto o modo de formação das Equipes de Atendimento da Reabilitação Profissional, restando identificado o carácter inter e multidisciplinar de toda a equipe, prevendo a presença de assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, sociólogos e outros profissionais de áreas afins.

Este Manual revela a complexidade que deve permear esse processo reabilitatório/habilitatório: acordos de cooperação técnica, a formação de oficinas e cursos de educação pedagógica, a presença de equipes volantes para melhor atender aos segurados, avaliação constante, periódica, inclusive após o término do procedimento²²⁸, estágios curriculares e extracurriculares para os alunos graduados; o acompanhamento direto e periódico do habilitando/reabilitando, com a emissão de pareceres e relatórios; o fornecimento de suporte, desde a concessão das passagens utilizadas no trajeto ao fornecimento de próteses e órteses para que o segurado possa ser reabilitado/habilitado; entre outros tantos procedimentos constantes no procedimento.

Ao final do processo, é obrigada a emissão de um certificado em que conste quais são as eventuais ou prováveis atividades que o segurado poderá vir a exercer.

²²⁷ Idem, p. 14.

²²⁸ Existe a previsão de uma pesquisa bastante interessante denominada “Pesquisa de Fixação no Mercado de Trabalho”, na qual os segurados que terminam o processo são entrevistados, respondendo a várias questões que serão posteriormente processadas e divulgadas em boletins institucionais, nos seis e nos doze meses subsequentes ao término do processo reabilitatório/habilitatório. Como veremos, no caso de Pelotas, RS, essa importante pesquisa não ocorre em virtude da falta de servidores ou pesquisadores que apliquem o instrumento.

Diante disso, realiza-se uma análise específica do processo de habilitação e de reabilitação profissional, tomando como base o ano calendário de 2015 (de 01/01/15 a 31/12/15), no sistema existente na Regional de Pelotas, no Rio Grande do Sul.²²⁹

A Gerência Executiva da Regional do INSS de Pelotas abrange, além desta cidade, mais dez cidades, quais sejam: Bagé, Camaquã, Jaguarão, Piratini, Rio Grande, São Lourenço do Sul, Canguçu, Santa Vitória do Palmar, Tapes e Capão do Leão.

Existem quatro equipes de Reabilitação/Habilitação Profissional organizadas nas seguintes cidades: Pelotas, Rio Grande, Bagé e Camaquã.

Buscando responder às questões levantadas no final do item 3.3, no que respeita ao caráter inter e multidisciplinar previsto na legislação e reiterado de forma esmiuçada no próprio Manual de procedimentos do INSS, constante na nota n. 197, resta prejudicado esse quesito em virtude de ter, na cidade de Pelotas que é a maior APS, somente um médico, uma psicóloga e cinco assistentes sociais. Nas demais cidades em que funcionam esse processo, existe somente um médico e uma assistência social em cada equipe.

Quadro I – Total de Benefícios Requeridos e Benefícios Concedidos em 2015

CIDADE SEDE DA APS	BENEFÍCIOS REQUERIDOS	BENEFÍCIOS CONCEDIDOS
BAGÉ	3.566	1.832
CAMAQUÃ	2.785	1.258
JAGUARÃO	835	386
PELOTAS	9.061	4.851
PIRATINI	37	28
RIO GRANDE	5.333	3.477
SÃO L. DO SUL	1.448	995
CANGUÇU	1.964	1.196
SANTA VITÓRIA DO PALMAR	628	467
TAPES	842	460

²²⁹ Estes dados, nos fornecido pelo Setor responsável pelo procedimento de Reabilitação Profissional em funcionamento na Agência de Previdência Social de Pelotas, RS, foram organizados a partir dos relatórios constantes no sistema MPAS/DATAPREV, no dia 19 de ago. 2016.

CAPÃO DO LEÃO	762	402
---------------	-----	-----

Fonte: Organizado pela autora.

Analisando e interpretando os dados referentes ao Quadro I, veremos que a Previdência Social concedeu em torno de 56% dos benefícios solicitados pelos segurados, frisando-se que estes dados resultam da soma de todos os auxílios-doença comum (B-31) e dos auxílios-doença acidentários (B-91), requeridos nestas APSs que formam a Regional de Pelotas, RS.

Quadro II – Perícias Realizadas e Processos de Habilitação/Reabilitação existentes em 2015

CIDADE SEDE DA APS	TOTAL PERÍCIAS FEITAS	TOTAL DE HAB./REAB.
BAGÉ	7.205	285
CAMAQUÃ	4.262	65
JAGUARÃO	2.735	7
PELOTAS	16.551	355
PIRATINI	260	2
RIO GRANDE	11.542	231
SÃO L. DO SUL	2.874	27
CANGUÇU	3.624	43
SANTA V. PALMAR	1.465	24
TAPES	1.528	14
CAPÃO DO LEÃO	1.269	4

FONTE: Organizado pela autora.

No Quadro II, tem-se a quantidade de perícias realizadas nestas APSs, bem como a quantidade de segurados que ingressaram em processo de reabilitação/habilitação profissional no ano de 2015.

Neste passo, vê-se que foram realizadas 53.315 perícias médicas, somando-se igualmente os B-31 ao B-91, no ano de 2015. Por outro lado, estão em processo de habilitação/reabilitação profissional 1.057 segurados. Esses dados nos permitem afirmar que não chega a 2% o número de segurados que estão realizando esse procedimento reabilitatório/habilitatório.

O pequeno percentual de segurados realizando a reabilitação/habilitação é decorrente do fato de as agências terem um médico apenas em cada Equipe que compõe a Reabilitação Profissional, demonstrando a absoluta impossibilidade estrutural no atendimento de um número maior de segurados, muito embora os dados apontem para um grande volume de empregados que estão em gozo de um dos benefícios por incapacidade temporária (comum e acidentário).

Os dados colhidos junto à Equipe de Reabilitação Profissional de Pelotas, RS, em relação aos cursos de reeducação, convênios e acordos de cooperação que a Previdência Social deve firmar para instrumentalizar esse processo não são muito animadores. Segundo o relato das Assistentes Sociais que trabalham neste Setor especializado na recuperação dos segurados, até o final do ano de 2014 a Previdência Social, pelo menos na Agência local analisada, eram comprados os cursos junto ao sistema conhecido como sistema “S”, especialmente no SESC, SESI, SENAI, IEL, SENAC, SENAR, SENAT, SEST, SEBRAE e SESCOOP. Estes convênios interinstitucionais foram suspensos ou rompidos a partir do começo de 2015, de modo que, ao tempo em que foram colhidas estas informações (agosto de 2016), não existia nenhum curso em andamento no programa. O único encaminhamento, no sentido de aprimoramento pedagógico, foi no sentido de encaminhar aqueles segurados que não detinham ainda o Ensino Fundamental, com encaminhamento ao EJA (Educação de Jovens e Adultos).

Em relação aos cursos em que os segurados que participavam do Programa de RP eram inseridos, também a partir do começo de 2015 não vieram mais verbas para a participação junto ao PRONATEC²³⁰, fazendo cessar os convênios, cursos técnicos e profissionalizantes.

Sem a existência de cursos reeducativos, bem como a impossibilidade de convênios institucionais e com empresas privadas, torna-se inviável sequer pensar em reinserção dos segurados no mercado de trabalho. Tais fatos certamente estão

²³⁰ O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) foi criado pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 12.513/2011, com o objetivo de expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país. O Pronatec busca ampliar as oportunidades educacionais e de formação profissional qualificada aos jovens, trabalhadores e beneficiários de programas de transferência de renda. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pronatec/>. Acesso em 19 agos. 2016.

na base da pouquíssima utilização do sistema de habilitação e reabilitação profissional à cargo do INSS.

No que respeita ao fornecimento de próteses e órteses²³¹, os dados relativos ao fornecimento de ambos demonstram o descaso com a saúde e recuperação dos trabalhadores. No ano de 2014 foram realizados somente 12 procedimentos, enquanto no ano de 2015 e até agosto de 2016 (data da investigação e coleta dos dados ora apresentados), nenhuma prótese ou órtese foi disponibilizada aos 68 segurados em processo de reabilitação/habilitação profissional que aguardam em uma longa e angustiante fila de espera.

Outro dado fornecido pela Gerência Executiva de Pelotas (GEX), retirado da mesma fonte dos demais dados apresentados, diz respeito ao número de segurados que começaram a participar do processo de habilitação e reabilitação profissional, no mesmo ano calendário de 2015, bem como os tipos de patologias que apresentaram.

Foram inscritos neste programa 343 segurados, podendo ser enquadrados nas seguintes patologias:²³²

ESPÉCIES DE PATOLOGIAS	NÚMERO DE SEGURADOS
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	230
PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA	21
DOENÇA MENTAL	13
NEOPLASIA	11
PROBLEMAS VISUAIS	9

Fonte: Organizado pela autora.

231 A diferença entre elas é que na órtese é utilizado um aparelho ou equipamento que corrige alguma deformidade, auxiliando o organismo na função, enquanto a prótese é um aparelho ou equipamento que substitui o órgão ou sua função. Ambos são fundamentais, e a legislação previdenciária prevê que o INSS arque com estes aparelhos quando for necessário, para que o segurado possa recuperar pelo menos parte do movimento ou função prejudicada.

232 Para fazer este quadro utilizamos o seguinte critério: agrupamos as patologias em cinco grandes grupos, a partir da CID 10: a) Traumatologia/Ortopedia/ b) Pressão Alterada; c) Doenças de origem mental; d) Neoplasias (malignas e benignas) e d) Relacionadas à Perda da Visão. Consideramos, para tanto, a quantidade de patologias superior a cinco casos, razão pela qual não elencamos as demais.

Os dados ora entabulados nos permitem uma série de ilações. Para os fins propostos neste trabalho, porém, nos restringiremos a apresentar algumas leituras que podem auxiliar na reflexão que buscamos trazer.

Verifica-se que 67% dos reabilitandos/habilitandos portam patologia de origem traumatológica e ortopédica e são os casos mais indicados para o processo de reabilitação/habilitação. Caso típico de quem perde uma função ou movimento, decorrente de acidente do trabalho, mas pode vir, diante de um processo gradual, a retornar ao mercado de trabalho.

De qualquer modo cabem pelo menos duas observações quanto a esse elevado número de segurados com problemas ortopédicos, que beira aos 70% das patologias registrada no sistema da GEX-Pelotas, RS.

Vejamos: a) Conforme foi analisado no nosso trabalho, é bastante comum pessoas portadoras de LER/DORT também possuem outras síndromes de origem psíquicas, *mas esses números não aparecem no diagnóstico e nem durante o processo de recuperação laboral*; b) Há dificuldade dos segurados realizarem tratamento psiquiátrico, eis que existe apenas um medico psiquiátrica e sequer uma psicóloga e terapeuta ocupacional em toda a região de Pelotas, o que torna impossível qualquer possibilidade de recuperação de um segurado que precisa de tratamento nesta área.

Por outro lado, diante da majoritária parcela de segurados que possuem problemas traumatológicos e ortopédicos, não é possível que grande parte deles, que estão em uma lista de espera aguardando pelas próteses e órteses, possam vir a ser reabilitados para algum mister, caso não recebam estes equipamentos.

De qualquer modo, os 13 casos de doenças mentais apontados, que estão em processo de RP, já ocupando o terceiro lugar na lista das patologias que ensejam esse processo, não podem e não devem ser desprezados. Pelo contrário. Supõe-se que esse número seja muito maior. Seja pela dificuldade destas patologias serem detectadas quando das avaliações periciais, como se demonstrou, seja pela falta de estrutura das Equipes de Reabilitação em decorrência da falta absoluta de profissionais para as compor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se ter demonstrado que as doenças mentais que acometem os trabalhadores foram agudizadas a partir de um novo modelo societário, em que o capitalismo passa por uma nova fase, chamada por alguns autores de “reestruturação produtiva”, o que, aliada à globalização e tudo o que ela representa, exige dos trabalhadores mais sacrifício para desempenhar suas atividades. O medo da perda do emprego, assim como a incerteza de que irá nele permanecer, ocasionam várias doenças mentais que antes não eram visíveis, muito embora podiam existir de forma menos intensa.

Várias síndromes, à exemplo da “Síndrome de Bournout” e da “Síndrome do Pânico”, somente para citar dois exemplos mais comuns, não existiam a ponto de ensejar a proteção social dos trabalhadores, especialmente no que respeita aos direitos previdenciários a que tem direito quando não mais conseguem laborar.

Parece inconteste que o conceito de doença e de patologia passou por uma enorme evolução, especialmente depois da promulgação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (CIF), pela Organização Mundial de Saúde, de 2001, de modo que passou a ser considerado também o ambiente do trabalho e seu entorno. Isso porque, nessa nova concepção que passou a ser denominada de biopsicossocial, interessa predominantemente à falta de saúde do trabalhador, muito mais do que meramente qual é o Código Internacional da Doença (CID) que este possui. Importa, a partir desta concepção, conhecer o meio ambiente em que o trabalhador vive, sua participação na sociedade, o acesso às políticas públicas, suas atividades e participações, seu acesso à informação, entre outros fatores que passam a ser considerados.

A Convenção de Nova Iorque, que tem “status” de Emenda Constitucional, forneceu nova concepção de deficiência. Em 2011 foi promulgada a Lei n. 12.435/11 que com base na Convenção de Nova Iorque, passou a entender como incapacidade duradoura aquela que perdura por dois anos ou mais ampliando o conceito de deficiência, beneficiando um maior número de pessoas para o recebimento do benefício assistencial da LOAS (Lei n. 8.742/93).

Outra implicação desta nova concepção pode ser encontrada na nova Aposentadoria Especial dos Deficientes, prevista na Lei Complementar n. 142/13 e regulada pelo Dec. 145/13. Segundo a sistemática adotada na aferição das deficiências e incapacidades duradouras destes segurados, a avaliação deverá ser feita de forma mais complexa e globalizante, envolvendo a perícia médica e a perícia social de forma interdependente mas concomitante, garantindo que todas aqueles fatores elencados na CIF-2001 sejam considerados.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, por sua vez, introduzido pela Lei nº 13.146/15, consolidou a concepção de deficiência em um sentido largo, complexo, pluridimensional, podendo ser compreendido, portanto, somente a partir de uma concepção igualmente pluridimensional, interdisciplinar. Frise-se que já no parágrafo único do seu primeiro artigo faz constar que a base desta lei de inclusão da pessoa com deficiência é a própria Convenção de Nova Iorque. E mais, aponta em seu parágrafo 2º, do art. 2º, que “a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar...”, dando o prazo até o dia 05 de dezembro de 2017 para que as políticas públicas passem a operar nesta dinâmica.

Por outro lado, pode-se observar que o tratamento atual dado aos benefícios por incapacidade está caminhando em sentido contrário do disposto no presente trabalho. A Medida Provisória nº 739, de 07/07/16, alterou significativamente a dinâmica de concessão e manutenção dos benefícios por incapacidade. Como principal ponto pode-se destacar o objetivo, nada velado, de revisar a qualquer tempo (quicá, a qualquer custo), os benefícios por incapacidade (auxílios-doença e aposentadorias por invalidez). A começar pelos benefícios mais antigos, esta Medida Provisória prevê uma remuneração extraordinária para os peritos do INSS, como incentivo que cumpram esse mister o mais rápido possível. Afora isso, e talvez tão grave quanto, resta estabelecido uma certa “alta programada legal”, para utilizar as palavras do jurista Marco Aurélio Serau Jr., pré-fixando um prazo de 120 dias, tão-somente, para o gozo dos benefícios do auxílio-doença, sempre que não for fixada pelo perito médico a suposta data de recuperação (milagrosa, certamente) da capacidade laboral. Ao que tudo indica, esta MP traz em si um objetivo bem claro de redução de despesas do Ente Público para com os segurados da Previdência Social.

Mais uma, entre tantas outras medidas para reformar o sistema mediante a retirada ou supressão de direitos sociais.

Todavia, pensa-se ter demonstrado que as políticas públicas de seguridade social, envolvendo a Saúde, a Previdência e a própria Assistência Social, ainda não estão entrelaçadas no Brasil.

Com efeito, se a Constituição de 1988 trouxe um conceito de Seguridade Social nunca antes visto em nenhuma Constituição anterior, como vimos, também é verdade que as áreas que a compõe sempre foram vistas de formas independentes e sem comunicação. A começar pela criação de Ministérios específicos (da Previdência, da Saúde e do Desenvolvimento Social), bem como pelos órgãos peculiares a cada uma destas áreas (INSS, SUS, SUAS), perdeu-se uma concepção integrativa e associativa que todas deveriam ter, confluindo em prol dos trabalhadores nos momentos de adoecimento e perda da capacidade laboral.

Apresenta-se vários exemplos, no decorrer deste trabalho, demonstrando a falta de conexão e inter-relação destas políticas, em notório prejuízo aos direitos dos trabalhadores, especialmente no que respeita à concessão dos benefícios previdenciários por incapacidade.

Por fim, merece uma boa reflexão os dados colhidos do Sistema de Reabilitação Profissional da Regional de Pelotas, RS.

Sendo o Processo de Reabilitação/Habilitação Profissional fundamental na reinserção dos trabalhadores que adoecem, no mercado de trabalho, ele faz uma ponte (ou deveria fazer) diretamente da Saúde com a Previdência, mas também com os benefícios assistenciais pois compete a ele o despertar de novas habilidades e aptidões dos deficientes.

Muito embora se saiba que se trata de uma pequena amostragem, os dados disponibilizados pela Previdência Social, conforme vimos no último tópico do presente trabalho, traduzem em um primeiro olhar a deficiência do sistema previdenciário na própria caracterização e identificação das patologias de origem psíquicas e mentais. A começar pelo número exíguo de peritos médicos que possuem especialidade em psiquiatria, ou seja, apenas um em toda a Regional, bem

como pela qualidade com que as perícias são feitas – que não é uma crítica somente nas perícias administrativas, mas também nas judiciais, como demonstrado.

Os casos que envolvem ortopedia/traumatologia, cujo um exame de Raio-X ou uma ultrassonografia geralmente dão conta em demonstrar aparecem em primeiro lugar nos códigos que ensejam os benefícios por incapacidade, são muito distintos daqueles de origem psicológica ou psiquiátrica. Estes, o processo de adoecimento e de incapacidade não aparecem em um Raio-X, sendo descobertos somente por um processo de anamnese, duradouro e complexo.

Com a nova reestruturação do capitalismo, devido as relações de trabalho, vários profissionais passaram a sofrer abalo em sua saúde física e psíquica. Estes trabalhadores, quando avaliados pelas rápidas e superficiais perícias médicas realizadas no âmbito do INSS, são considerados aptos para retornar aos seus labores devido a uma análise meramente aparente, baseada em impressões subjetivas dos peritos a partir da apresentação (vestuário, higiene etc.) destes trabalhadores.

Por conseguinte, se estas patologias não são sequer identificadas nas perícias médicas, pelas razões que vimos, por certo que grande parcela destes trabalhadores se tornam inelegíveis para os processos de readequação e reeducação profissional.

Mesmo assim, e os dados levantados no item 3.4, do Capítulo 3 demonstram isso, já aparecem em um significativo terceiro lugar no que refere ao CID – 10, suscitando questionamentos no que respeita ao encaminhamento destas demandas. Isso porque, como também vimos neste mesmo tópico, não existe médico especialista em psiquiatria nas equipes de reabilitação, nem psicólogos, nem terapeutas ocupacionais, retirando, com isso, o caráter inter e multidisciplinar que estas equipes devem ter.

Não é possível pensarmos em um processo sério de reinserção dos trabalhadores ao mercado de trabalho sem que seja possível o fornecimento de próteses e órteses as quais necessitam para tanto. Não é possível, também, acreditar que é viável esse procedimento sem que o trabalhador tenha condições de

realizar cursos profissionalizantes e reeducativos, oficinas, estágios, entre outras tantas atividades, como se tivesse, por conta e risco, que procurar um emprego para poder “sair” da reabilitação proposta.

Pode-se afirmar, sem engano, que se tudo está indicando que a perícia para detectar a incapacidade laboral é biopsicossocial, também deve ser o processo de reabilitação e reabilitação profissional. Somente em uma concepção mais global, envolvendo não somente uma equipe interdisciplinar mas também a comunidade, o poder público, os convênios etc., poderá contribuir para o retorno dos trabalhadores ao mercado de trabalho.

Acredita-se, portanto, ter demonstrado o quão importante é pensar a política pública da Seguridade Social de forma integrada, em conjunto. Para tanto, julga-se que algumas sugestões podem ser propostas, tal como um crédito no próprio sistema público de saúde (S.U.S), pois este poderá subsidiar a Previdência Social nos exames, atestados, tratamento etc., necessários à recuperação dos segurados. Não crê-se ser utopia, em seu sentido pejorativo, acreditar que qualquer processo de reinserção do trabalhador ao seu trabalho e ao próprio meio em que vive passa por um tratamento condigno junto ao SUS, bem como também à Assistência Social, por meio dos Centros de Apoio Biopsicossociais (CAPS), especialmente nos casos de tratamento da saúde mental.

Quer-se acreditar, a partir das bases humanistas lançadas neste trabalho, que é possível a interrelação das áreas que compõe a Seguridade Social no Brasil, de forma harmônica, interdependente mas concorrendo em prol dos trabalhadores que diuturnamente adoecem e que não querem permanecer dependendo das políticas públicas. Elas deverão servir para, ao contrário, lhes devolver a dignidade que tinham e perderam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Hélio Gustavo. **Habilitação e Reabilitação Profissional: obrigação do empregador ou da Previdência Social?** São Paulo : LTr., 2015.

AMARANTE, Paulo. (1995). **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher.** *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos.em 07 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELES, Betina Hörner Schindwein ; SANTO, Sílvia Maria de Azevedo dos. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico** <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>

BEVERIDGE, William. **O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins.** Tradução de Almir de Andrade. Rio de Janeiro : José Olympio Editora, 1943.

BORDIEU, Pierre. **A dominação masculina.** Traduzido por Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. Tradução de La domination masculine.

BRANDÃO, Margarida Luiza Ribeiro; BINGEMER, Maria Clara Luchetti. (Orgs.). **Mulher e Relações de Gênero.** São Paulo : Edições Loyola, 1994.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; LOBATO, Anderson Orestes Cavalcante. (Orgs.). **Direito e Justiça Social: a construção jurídica dos direitos de cidadania.** Rio Grande : Editora da FURG, 2015.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; FURLAN, Karina Morgana. *O Crescente Processo de Médicalização da vida: entre a judicialização da saúde e um novo*

modelo biomédico. In: BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PIERRE, Philippe. **Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva Internacional**. Rio Grande: Ed. Furg. p. 1-3-132, 2013

BRAGA, Juliana; BOLSON, Pâmela; COSTA, José Ricardo Caetano. **A Perícia Médica Judicial nos Juizados Especiais Federais sob Julgamento: um recorte pequeno de um grande problema**. In: 35º Congresso Brasileiro de Previdência Social – Básica e Complementar. Jornal do Congresso. São Paulo : LTr., 20 jun. 2016. Caderno de Teses.

CAMPELLO, Gaigner Bósio e SILVEIRA, Vladmir Oliveira da. **Cidadania e Direitos Humanos**. Disponível em <http://faa.edu.br/revistas/docs/RID/2011/RID2011_06.pdf>. Acesso em 20 ago. 2016.

CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de. (Coords.). **Direito Biomédico: Brasil-Espanha**. Belo Horizonte : Ed. PUC Minas, 2011.

CATALDI, Maria José Giannella. **Stress no Meio Ambiente de Trabalho**. 3. ed. São Paulo : LTr., 2015.

CARDOSO, Maiara. **Neurastenia, Info-escola Navegando e aprendendo**. Disponível em : <http://www.infoescola.com/psicologia/neurastenia>. Acesso em 22 de agos de 2016.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de.; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**. 15. ed. Rio de Janeiro : Forense; São Paulo : MÉTODO, 2013.

CATALDI, Maria Jose Giannella. **STRESS NO MEIO AMBIENTE**- 3ª ed.- São Paulo: LTR, 2015.

CHEUICHE, Alcy (Org.). **A Saúde do Trabalhador Brasileiro: uma saga de 500 anos = La Salud del Trabajador Brasileño: una saga de 500 años**. Porto Alegre : AGE, 2013.

COUTO, Berenice. **O Direito social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 2. ed. São Paulo : Cortez, 2006.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. 6. ed. **Curso de Direito da Seguridade Social**. São Paulo : Saraiva, 2012.

CRUZ, Lílian Rodrigues da.; GUARESCHI, Neuza.(Orgs.). **Políticas Públicas e Assistência Social: diálogo com as práticas psicológicas.** Petrópolis, RJ : Editora Vozes, 2013.

COSTA, Jose Ricardo C. **PERÍCIA BIOPSISSOCIAL- PERSPECTIVA DE UM NOVO MODELO PERÍCIAL,** Caxias do Sul : Editora Plenum, 2014.

COSTA, José Ricardo Caetano; COSTA, Eder Dion de Paula. *O Trabalho Penoso dos Bancários: Adoecimento, gravosidade e desequilíbrio nas relações laborais.* In: **JURIS – REVISTA DA FACULDADE DE DIREITO.** V. 18, Rio Grande : EDIGRAF, 2012, p. 43-64.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1988, vol.22, n.1, pp.57-63. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>

DARTONA, Cleci Maria; BERWANGER, Jane Lucia Wilhelm; FOLMANN, Melissa. **Direito Previdenciário Revisitado.** Porto Alegre : Magister, 2014.

DELGADO, Didice G.; CAPPELLIN, Paola; SOARES, Vera (Orgs.). **Mulher e Trabalho: experiências de ação afirmativa.** São Paulo : Boiempo Editorial, 2002.

DEJOURS Christophe. **A Banalização da Injustiça Social;** tradução: MONJARDIM, Luis Alberto- reimpressão- Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio ; SOUZA Jacqueline de ; KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO , Leandro Barbosa de. **Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área.** Disponível em:<<http://www.dx.doi.org/S1415-27622007000100011>.>. Acesso em 5 maio 2016.

FARAH, Bruno. **A Depressão no Ambiente de Trabalho: prevenção e gestão de pessoas.** São Paulo : LTr., 2016.

FERREIRA, Iraydes Moesia. **Reabilitação Profissional & Serviço Social.** São Paulo : Editora Cortez, 1985.

FRAZÃO, Artur. Sintomas da Síndrome de burnout, **Revista Tua Saúde.** Disponível em : <http://www.tuasaude.com/sintomas-da-sindrome-de-burnout/>. Acessado em 22 de Agos. 2016.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Meio Ambiente do Trabalho: direito, segurança e medicina do trabalho**. 3. ed. Rio de Janeiro : Forense; São Paulo : MÉTODO, 2011.

HOLMES, David S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**; Tradução Sandra Costa- 2. ed.- Porto Alegre: Artmed, 1997 586p.: il; 28cm.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saude & Doença**. Tradução: Claudia Buchwitz e Pedro M. Garcez- 4ª ed.- Porto Alegre: Artmed, 2003.

LANGDON EJ. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Rev Antropologia em Primeira Mão. 1995; 12: 1-24

LOPES, Glauca Gomes Vergara. **A Inserção do Portador de Deficiência no Mercado de Trabalho: a efetividade das leis brasileiras**. São Paulo : LTr., 2005.

LIMA, Elizabeth Antunes ; DEUSDEDIT JUNIOR, Manoel. **A Relação entre Transtorno Mental e Trabalho- Um Diagnóstico no Setor Siderurgico**. *Temas de Psicologia e Administração*. Goulart. I.B. Ed. Casa do Psicólogo. 2006.

LITTLEWOD, R. and LIPSEGE, M. **Aliens and Alienists**, 2nd edn. Umwin Hyman., 1989. Disponível em:www.abebooks.com/.../aliens-and-alienists-ethnic-minorities-and-....>. Acesso em: 19 jul. 2016.

MANUAL TÉCNICO DE PROCEDIMENTOS DA ÁREA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL. Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT). Previdência Social. Novembro 2011.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. CD – **Comentários à Lei Básica da Previdência Social**. Brasília, Rede Brasil/LTr., fev./1999.

MARTINEZ, Wladimir. **Curso de Direito Previdenciário**. São Paulo : LTr., 2009, p. 156.
PASSOS, Fábio Luiz dos. **Previdência Social e Sociedade Pós-Industrial**. Curitiba : Juruá, 2013.

MAUSS, Adriano; COSTA, José Ricardo Caetano. **Aposentadoria Especial dos Deficientes: aspectos legais, processuais e administrativos**. São Paulo : LTr., 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, A. M & Cruz, R. M. **Trabalho e Saúde no Contexto Organizacional: Vicissitudes Teóricas**. In : A. Tamayo (Org), *Cultura e saúde nas Organizações* (pp. 39-55). Porto Alegre: Artmed., 2004.

PUPPIN, Andréa Brandão. **Do Lugar das Mulheres e das Mulheres Fora de Lugar.: um estudo das relações de gênero na empresa**. Niterói : EdUFF, 2001.

KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in the Cotext of Culture*, pp. 49-70. Iniversit of California Press.

RABELO, Francisco Chagas E.; BERNARDES, Genilda D'arc.(Orgs.). **Políticas Públicas e Cidadania**. Goiânia : Cãnone Editorial, 2008.

ROCHA, Daniel Machado da. **O Direito Fundamental à Previdência Social: na perspectiva dos princípios constitucionais diretivos do sistema previdenciário brasileiro**. Porto Alegre : Livraria do Advogado Editora, 2004.

ROCHA, Daniel Machado da.; BALTAZAR Jr., José Paulo. **Comentários à lei de Benefícios da Previdência Social**. 12. ed. São Paulo : Atlas, 2014.

RODRIGUES, Maria Alice. **A mulher no espaço privado: da incapacidade à igualdade de direitos**-Rio de Janeiro : Renovar, 2003. p. 2013.

REGATIERI, Silene Tonelli. *A Efetividade da Reabilitação Profissional Previdenciária em Face da Realidade do Trabalhador com Baixa Instrução*. In: **Revista de Direito Social**. Ano 1, n. 62, p. 80-92, set.-out. 2014.

ROSA, Albino Pereira da. **A Lei Orgânica da Previdência Social**. Rio de Janeiro Editora Melso Soc. Anonima, s/d. SANTOS, Anna Maria Corbi. **Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS** – Araraquara - SP [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos Santos. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados**. *Ciênc. saúde coletiva*

[online]. 2009, vol.14, n.4, pp.1177-1182. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>

SAVARIS, José Antonio. *Introdução ao Curso de Perícia Judicial Previdenciária: noções elementares para a comunidade médico-jurídica*. In: SAVARIS, José Antonio. **Curso de Perícia Judicial Previdenciária: noções elementares para a comunidade médico-jurídica**. São Paulo : Editora Conceito, 2011.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.29-41. ISSN 0103-7331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Acesso em: 15 maio 2016.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo : Cortez Editora, 2012.

SERAU Jr., Marco Aurélio. **Seguridade Social como Direito Fundamental Material**. Curitiba : Juruá, 2009.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da. **A saúde dos trabalhadores no campo na America Latina**. In: TORRES, Maria Adriana. (Org.). **TRABALHO, DIREITOS E POLITICAS SOCIAIS NA AMERICA LATINA**. Maceio: Edufal, 2013. p. 77

SOTTILI, Luciana Adélia; COSTA, José Ricardo Caetano. *A Formação Humanística dos Médicos: uma análise comparativa dos currículos das principais faculdades de medicina de São Paulo e Rio Grande do Sul*. In: 35º Congresso Brasileiro de Previdência Social – “Básica e Complementar”. **Jornal do Congresso**. São Paulo : Editora LTr., 20 jun. 2016.

STREY, Marlene Neves et. al. **Construções e Perspectivas em Gênero**. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2000.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. 7. ed. **Renda de Cidadania: a saída é pela porta**. São Paulo : Cortez Editora/Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

TAVARES, Marcelo Leonardo. *Direito Previdenciário*. Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2005, p. 231.

TESSER, Charles Dalcanale. **A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a04.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TORRES, Maria Adriana. (Org.). **Trabalho, Direitos e Políticas Sociais na América Latina.** Maceió, Al. : EDUFAL, 2014.

TORRES, Maria Adriana. **Trabalho Infantil: trabalho e direitos.** Maceió, AL. : EDUFAL, 2011.

TRICHES, Alexandre Schumacher. A reestruturação administrativa da Previdência Social – apontamentos críticos. In: BERWANGER, Jane Lucia W.; SERAU Jr., Marco Aurélio; FOLMANN, Melissa. **Previdência Social?** Porto Alegre : Lex Magister, 2016, p. 342-353.

FOLMANN, Melissa. **Previdência Social?** Porto Alegre: Lex Magister, 2016, p. 342-353.

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique, **Saúde Mental no trabalho: contradições e limites** *Psicologia & Sociedade* [en linea] 2008, 20 (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 5 de junio de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326579008>. Acesso em: 5 jun. 2016.

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

ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de.(Orgs.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade.** Curitiba : Appris, 2014.