



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E TECNOLÓGICAS PPG EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS**

ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

**O DIREITO DE ENVELHECER SEM PERDER OS DIREITOS:
a importância dos critérios biopsicossociais na conformação dos
benefícios previdenciários por incapacidade**

Pelotas (RS)

2023



ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

**O DIREITO DE ENVELHECER SEM PERDER OS DIREITOS:
a importância dos critérios biopsicossociais na conformação dos
benefícios previdenciários por incapacidade**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas-UCPEL, como requisito para obtenção do título de Doutora em Política Social e Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Pelotas (RS)

2023

Ficha catalográfica

Isquierdo, Ana Maria Correa

O direito de envelhecer sem perder os direitos:
a importância dos critérios biopsicossociais na conformação
dos benefícios previdenciários por incapacidade./ Ana Maria
Correa Isquierdo. - Pelotas:
UCPEL, 2023.

205 f.

Orientador: Dr. Sandro Schreiber de Oliveira.

Tese (doutorado) - Universidade Católica de
Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e
Direitos Humanos. - Pelotas, BR-RS, 2023.

1. Previdência social. 2. Perícia biopsicossocial.
3. Envelhecimento. 4. Política social. 5. Direitos humanos.
I. Oliveira, Sandro Schreiber. II. Título.

Bibliotecária responsável: Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233



ANA MARIA CORREA ISQUIERDO

O DIREITO DE ENVELHECER SEM PERDER OS DIREITOS: a importância dos critérios biopsicossociais na conformação dos benefícios previdenciários por incapacidade

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira
Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

Examinadora: Prof. Dr. Tiago Nunes
Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

2ª Examinadora: Profª Dra. Aline Rodrigues de Ávila
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (examinadora externa)

3º Examinador: Prof. Dra. Leticia Oliveira de Menezes
Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) (examinadora externa)

Pelotas, dezembro de 2023.

RESUMO

Esta tese de doutoramento, intitulada “O DIREITO DE ENVELHECER SEM PERDER OS DIREITOS: a importância dos critérios biopsicossociais na conformação dos benefícios previdenciários por incapacidade”, insere-se na Linha de Pesquisa “Estado, Direitos Sociais e Política Social”, do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas. Conforme o título anuncia, se buscou investigar, como tema central, a questão da perícia realizada na Seguridade Social, especialmente no que concerne à Previdência Social no âmbito do judiciário federal. Para realizar a presente pesquisa, utilizamos o método de abordagem indutivo em pesquisa exploratória, com revisão bibliográfica e análise legislativa. A presente pesquisa realiza uma análise, de uma apreciação crítica sobre o formato como as perícias judiciais estão sendo realizadas. Comprova-se como está sendo enfatizado o adoecimento e, conseqüentemente, a análise da capacidade laboral do segurado idoso como indicativo à concessão dos benefícios por incapacidade. Ao analisarmos o ser humano como um corpo social verifica-se que a posição dele na sociedade refletirá na sua situação econômica, conseqüentemente, na qualidade de vida e por conseguinte no modo de envelhecer e de adoecer. Compreende-se que as comorbidades decorrentes do envelhecimento são exacerbadas pela realidade social, pelos níveis de saúde precária e por uma série de cuidados que devem ser realizados ao longo da vida e que repercutem na capacidade laboral do idoso. Portanto, esses fatores não podem ser desconsiderados na análise da capacidade laboral, sob pena de frustrar a efetivação do acesso ao direito social. Assim, percebe-se que as perícias judiciais que são estritamente médicas para a constatação da capacidade laboral, são ineficazes, são incapazes de promover, de produzir um resultado social e individualmente justo prejudicando a efetivação do direito social. A tese confirma a importância das políticas sociais como forma de amenizar as desigualdades sociais. A partir dos resultados encontrados nesta tese entende-se, com base nos direitos inerentes à cidadania, sob a perspectiva da equidade, que busca a concessão de direitos e garantias para corrigir relações desiguais, a necessidade de construir direitos que proporcionem oportunidades para reduzir e atenuar as desigualdades. Para tanto, propõe-se uma Emenda Constitucional com o condão de fazer a inclusão social e de proteger segurados idosos que viveram em condições de mal-estar social. Trata-se de uma norma protetiva para a parcela da população que não teve as condições mínimas de vida, que exerceu trabalho precarizado e com pouca contribuição previdenciária. Assim, sugere-se a criação de um auxílio por incapacidade temporária ou permanente social, destinado aos trabalhadores manuais incapacitados para o trabalho que tenham a carência bem como mais de 65 anos de idade, na qual sua capacidade laboral deverá ser aferida, obrigatoriamente através da perícia biopsicossocial. A presente sugestão visa averiguar as barreiras sociais que repercutem no impedimento da atividade laboral. Visa a proteção de milhares de brasileiros que, devido à pobreza, sob a concepção multidisciplinar, envelheceram sem reestruturação social, onde não terem sido criados mecanismos para que envelhecessem saudáveis e que se encontram à espera do judiciário para que seja reconhecida a sua incapacidade laboral.

Palavras-chave: Previdência Social; Perícia Biopsicossocial; Envelhecimento; Política Social; Direitos Humanos.

ABSTRACT

This doctoral thesis, entitled “THE RIGHT TO AGE WITHOUT LOSING RIGHTS: the importance of biopsychosocial criteria in shaping social security benefits due to disability”, is part of the Research Line “State, Social Rights and Social Policy”, of the Research Program Postgraduate in Social Policy and Human Rights from the Catholic University of Pelotas. As the title announces, the aim was to investigate, as a central theme, the issue of expertise carried out in Social Security, especially with regard to Social Security within the scope of the federal judiciary. To carry out this research, we used the inductive approach method in exploratory research, with bibliographic review and legislative analysis. This research carries out an analysis, a critical assessment of the format in which judicial expertise is being carried out. It is clear how illness is being emphasized and, consequently, the analysis of the work capacity of the elderly insured as an indication of the granting of disability benefits. When we analyze the human being as a social body, it appears that their position in society will reflect on their economic situation, consequently, on their quality of life and, consequently, on their way of aging and becoming ill. It is understood that comorbidities resulting from aging are exacerbated by social reality, poor health levels and a series of care measures that must be carried out throughout life and that have an impact on the elderly's ability to work. Therefore, these factors cannot be disregarded in the analysis of work capacity, under penalty of frustrating access to social rights. Thus, it is clear that judicial examinations that are strictly medical to verify work capacity are ineffective and are incapable of promoting or producing a socially and individually fair result, harming the implementation of social rights. The thesis confirms the importance of social policies as a way of alleviating social inequalities. From the results found in this thesis, it is understood, based on the rights inherent to citizenship, from the perspective of equity, which seeks to grant rights and guarantees to correct unequal relationships, the need to build rights that provide opportunities to reduce and mitigate inequalities. To this end, a Constitutional Amendment is proposed with the power to promote social inclusion and protect elderly insured people who have lived in conditions of social malaise. This is a protective norm for the portion of the population that did not have the minimum living conditions, that worked in precarious work and with little social security contributions. Therefore, it is suggested the creation of an aid due to temporary or permanent social incapacity, aimed at manual workers unable to work who have the deficiency and are over 65 years of age, in which their work capacity must be assessed, obligatorily through the biopsychosocial expertise. This suggestion aims to investigate the social barriers that impede work activity. It aims to protect thousands of Brazilians who, due to poverty, under the multidisciplinary conception, have grown old without social restructuring, where no mechanisms have been created for them to grow old healthy and who are waiting for the judiciary to recognize their incapacity for work.

Keywords: Social Security; Biopsychosocial Expertise; Aging; Social Policy; Human rights.



RESUMEN

Esta tesis doctoral, titulada “EL DERECHO A ENVEJECIR SIN PERDER DERECHOS: la importancia de los criterios biopsicosociales en la configuración de las prestaciones de la seguridad social por invalidez”, forma parte de la Línea de Investigación “Estado, Derechos Sociales y Política Social”, del Programa de Investigación de Posgrado en Política Social y Derechos Humanos de la Universidad Católica de Pelotas. Como lo anuncia el título, el objetivo fue investigar, como tema central, la cuestión de las pericias realizadas en materia de Seguridad Social, especialmente en lo que respecta a la Seguridad Social en el ámbito del poder judicial federal. Para realizar esta investigación se utilizó el método de enfoque inductivo en la investigación exploratoria, con revisión bibliográfica y análisis legislativo. Esta investigación realiza un análisis, una valoración crítica del formato en el que se está realizando la pericia judicial. Es evidente cómo se enfatiza la enfermedad y, en consecuencia, el análisis de la capacidad laboral de los ancianos asegurados como indicador del otorgamiento de prestaciones por invalidez. Cuando analizamos al ser humano como cuerpo social, parece que su posición en la sociedad se reflejará en su situación económica, en consecuencia, en su calidad de vida y, en consecuencia, en su forma de envejecer y enfermarse. Se entiende que las comorbilidades derivadas del envejecimiento se ven exacerbadas por la realidad social, los malos niveles de salud y una serie de medidas de cuidado que deben realizarse a lo largo de la vida y que repercuten en la capacidad de trabajo de las personas mayores. Por lo tanto, estos factores no pueden ser ignorados en el análisis de la capacidad de trabajo, so pena de frustrar el acceso a los derechos sociales. Thus, it is clear that judicial examinations that are strictly medical to verify work capacity are ineffective and are incapable of promoting or producing a socially and individually fair result, harming the implementation of social rights. The thesis confirms the importance of social policies as a way of alleviating social inequalities. From the results found in this thesis, it is understood, based on the rights inherent to citizenship, from the perspective of equity, which seeks to grant rights and guarantees to correct unequal relationships, the need to build rights that provide opportunities to reduce and mitigate inequalities. To this end, a Constitutional Amendment is proposed with the power to promote social inclusion and protect elderly insured people who have lived in conditions of social malaise. This is a protective norm for the portion of the population that did not have the minimum living conditions, that worked in precarious work and with little social security contributions. Therefore, it is suggested the creation of an aid due to temporary or permanent social incapacity, aimed at manual workers unable to work who have the deficiency and are over 65 years of age, in which their work capacity must be assessed, obligatorily through the biopsychosocial expertise. This suggestion aims to investigate the social barriers that impede work activity. It aims to protect thousands of Brazilians who, due to poverty, under the multidisciplinary conception, have grown old without social restructuring, where no mechanisms have been created for them to grow old healthy and who are waiting for the judiciary to recognize their incapacity for work.

Keywords: Social Security; Biopsychosocial Expertise; Aging; Social Policy; Human rights.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
BPS: Benefício de Prestação Continuada
CID: Código Internacional de Doenças
CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNJ: Conselho Nacional de Justiça
CPC: Código de Processo Civil
EC: Emenda Constitucional
ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS: Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JEF: Juizado Especial Federal
LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social
OMS: Organização Mundial da Saúde
RGPS: Regime Geral de Previdência Social
STF: Supremo Tribunal Federal
TR: Turma Recursal dos Juizados Especiais Federais
TRF4: Tribunal Regional Federal da 4ª Região

“A *arte de comparar* é um dos mais importantes marcos no desenvolvimento do conhecimento acerca da sociedade e da política porque tem a ver com a forma como aferimos o impacto da realidade nas nossas vidas e nas dos outros. Não obstante essa importância, o que se observa são pesquisas comparadas carentes de rigorosidade e precisão na definição tanto dos objetos ou problemas, das dimensões de análise ou do escopo, quanto das variáveis e dos métodos estatísticos adequados”.
(Pennings, Keman e Kleinnijenhuis, 1999)

EPÍGRAFE

A busca de conhecimento, assim como a luta pela construção de uma sociedade solidária e justa, para mim, é mesmo uma utopia (...) mas o que é UTOPIA?

“(...) Ela está no horizonte. Caminho dois passos, ela se afasta dois passos; me acerco mais dez passos e ela se afasta outros dez passos mais. Por muito que eu caminhe, nunca lhe alcançarei. Para que serve, então, a utopia? Para isso ela me serve: para eu caminhar”.

Eduardo Galeano

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	14
1.1.	Delineamento da Pesquisa.....	14
1.2.	Problema.....	16
2.	OBJETIVOS	17
2.1.	Objetivo geral	17
2.2.	Objetivos específicos	17
3.	TIPO DE PESQUISA E METODOLOGIA	19
4.	REFERENCIAIS TEÓRICOS	20
4.1.	As Políticas Sociais de Feição Securitária no Brasil: delimitando as Políticas Sociais	20
4.2.	Os Direitos Sociais na Constituição Federal de 1988: uma promessa ainda não cumprida	26
4.3.	O Papel da Seguridade Social como forma de proteção social.....	35
4.3.1.	Saúde: um direito universal	36
4.3.2.	Previdência: a comercialização da política social	38
4.3.3.	A Assistência Social: é para quem dela necessitar?	42
4.4.	Envelhecimento e proteção social: a importância de políticas públicas para o idoso	46
5.	O ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL EM CURSO NO BRASIL	52
5.1.	As Reformas da Previdência Social: da Emenda Constitucional nº 20/98 à EC nº 103/2019	57
5.2.	Os Efeitos deletérios da “Operação Pente-fino” e a “alta programada” nos benefícios previdenciários.....	61
5.3.	A Reforma Trabalhista e seus reflexos nos direitos da seguridade social	70
5.4.	A Emenda Constitucional nº 95 e o “Teto de Gastos”	74
5.5.	Emenda Constitucional nº 103/2019 e seus nefastos reflexos nos benefícios por incapacidade	81
5.6.	Quando as políticas neoliberais batem à porta do judiciário.....	84

6.	DO DIREITO À SAÚDE	89
6.1.	Saúde: um direito em evolução	89
6.2.	A Saúde: um direito fundamental assegurado pela constituição	95
6.3.	Fatores que podem reverberar na saúde	98
6.4.	A Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS/2001) e a Convenção de Nova Iorque (ONU/2007)	113
6.5.	A Importância e Inovação do Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015	115
7.	A PERÍCIA E SUA FORÇA COMPROBATÓRIA NOS PROCESSOS PREVIDENCIÁRIOS POR INCAPACIDADE OU FALTA DE SAÚDE	118
7.1.	A ciência e o <i>modus operandi</i> : a defesa da interdisciplinaridade da ciência	119
7.2.	Aspectos gerais da perícia	125
7.3.	A judicialidade e as perícias	128
7.4.	As perícias realizadas na análise de concessão dos benefícios por incapacidade	140
7.4.1.	A perícia médica.....	145
7.4.2.	A Perícia Social.....	147
7.4.3.	A Perícia Biopsicossocial.....	149
7.4.4.	Pericias auxiliares diversas.....	150
7.5	O Laudo Pericial e o Parecer Social	152
8	ENVELHECIMENTO E POBREZA: OS FATORES BIOPSIKOSOCIAIS QUE CONTRIBUEM PARA A INCAPACIDADE LABORAL DO IDOSO	163
8.1.	A relação entre envelhecimento, saúde, trabalho e pobreza	163
8.2.	A pobreza e a dificuldade ao acesso a política pública	167
8.3.	A Justiça Federal é a justiça da Cidadania?.....	185
8.3.1.	Os benefícios previdenciários em números	185
8.3.2.	Quem são os sujeitos que vestem a toga e que são responsáveis em julgar?	188
8.3.3.	Os peritos judiciais responsáveis por dirimir as questões da incapacidade laboral	193
8.3.3.1.	Médico, Mercado e Mercadoria: A mercantilização da medicina	193



8.3.3.2. Uma análise em torno dos Assistentes Sociais	200
8.4. A garantia a miserabilidade na velhice: a naturalização das comorbidades decorrentes do envelhecimento pelas perícias médicas judiciais	201
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231

1. APRESENTAÇÃO

1.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Desde muito cedo, supõe-se que o exercício na advocacia previdenciária poderia contribuir e “ajudar” a devolver um pouco da dignidade às pessoas que necessitam da política pública securitária. É nessa ânsia, nesse espírito de solidariedade, de enxergar as mazelas da sociedade e sentir que todos nós somos responsáveis por aqueles que parecem estarem órfãos do Estado, que nasce o desejo de se pensar sobre o sistema securitário. Nesse caso, destaca-se notadamente os benefícios que substituem os salários ou as remunerações, justamente quando falta o elemento “saúde” ao trabalhador e à trabalhadora; e acrescenta-se, também, os demais segurados/as da Previdência Social (tais como os contribuintes individuais e os segurados facultativos). Nesse sentido, a questão pericial, especialmente a perícia médica, tradicionalmente realizada como forma de acesso a esses benefícios (auxílios por incapacidade temporária ou incapacidade permanente)¹, é central nesta discussão.

Nesse contexto, foi a partir da participação da presente autora como membra da Comissão Especial de Perícia da OAB de São Paulo, convivendo com peritos de diversas áreas de atuação - colegas advogados/as, peritos das mais diversas áreas e juízes/as, reunidos para dialogar e pesquisar sobre a perícia e tudo que cinge esse tema, que a mesma passou a compreender a importância dessa temática, de modo a elegê-la como objeto central da presente pesquisa. A partir dessa atuação, foi possível verificar que a preocupação sobre a eficácia das perícias como instrumento de deslinde do objeto das Ações Previdenciárias, detentoras do condão de constatar a capacidade laboral dos cidadãos no *modus operandi* das perícias, não é só da pesquisadora. Essa inquietação é compartilhada por todos os profissionais que trabalham com o Direito Previdenciário.

¹ Convém ser esclarecido que as nomenclaturas “benefício por incapacidade temporária”, bem como “benefício por incapacidade permanente”, são sinônimos de “auxílio doença” e “aposentadoria por invalidez”, respectivamente; e foram instituídas a partir da Reforma da Previdência alicerçada pela Emenda Constitucional nº 103/2019.

A questão da análise pericial é complexa, pois o sistema e a sistemática trazidos pela perícia médica, tanto no âmbito administrativo, como no judicial, não pode ser dissociado da política pública em que está inserida. Com efeito, em um Estado de feição mais social, a política pública previdenciária evidencia um sistema pericial mais brando e sem efeitos deletérios aos segurados. Essa situação é impensável no contexto atual brasileiro, onde há uma política pública de revisão de benefícios de forma arbitrária e meramente economicista-fiscal, desencadeada a partir da denominada “operação pente-fino”. Também, não teria espaço para a construção da chamada “alta programada”, onde há suspensão dos benefícios por incapacidade em quatro meses, tal como vê-se imperar no nosso sistema atualmente.

Cabe observar que tanto o “pente-fino” previdenciário e assistencial (pois estende-se, inacreditavelmente, também aos benefícios assistenciais da LOAS), trazidos pela Lei n. 13.849/2019, como a “alta-programada” dos 120 dias limites para gozo dos benefícios por incapacidade temporária, trazidos pela Lei n. 13.457/2017, dependem essencialmente do sistema pericial. São justamente os peritos médicos, essencialmente (excetuando-se os BPCs assistenciais cuja Perícia Social se impõe), que, em última análise, dizem quem serão os excluídos do sistema.

Sendo assim, partindo da compreensão que a saúde e a capacidade laboral devem ser analisadas sob um prisma multifatorial e interdisciplinar, o presente trabalho terá como foco demonstrar que: a) a saúde do ser humano é decorrente do ambiente social, da forma como ele vive; b) o envelhecimento da população é díspar e que as comorbidades decorrentes desse envelhecimento, caso venha a repercutir na capacidade laboral, podem ser fator de invalidez; e c) a perícia biopsicossocial é prova exímia para a análise da capacidade laboral do segurado.

É dentro desse contexto que a presente tese pretende analisar, criticamente, a forma como as perícias são realizadas, judicialmente, nos processos que visam benefícios por incapacidade laboral, especificamente os benefícios por incapacidade temporária e permanente no que concerne ao segurado idoso, tanto no aspecto social como no patológico.

1.2. PROBLEMA

As perícias judiciais, nas avaliações para a concessão dos benefícios por incapacidade, especialmente no que respeita aos benefícios por incapacidade temporária (auxílio-doença) ou permanente (invalidez) das/os trabalhadoras/es idosas/os, estão levando em consideração os aspectos biopsicossociais decorrentes do envelhecimento e de suas sequelas sobre a saúde?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o sistema pericial judicial, buscando identificar a utilização e a importância da perícia biopsicossocial como forma de análise da saúde do idoso, especialmente no que respeita aos aspectos trazidos pelo envelhecimento da população mais vulnerável, que necessita e depende desta política pública para fins de concessão de benefícios decorrentes da incapacidade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as políticas públicas relacionadas aos direitos sociais previdenciários, enfocando a feição de Estado Malfeitor que se efetivou no Brasil a partir do Golpe de Estado ocorrido em 2016;
- Analisar a seguridade social em suas três áreas (Saúde, Assistência e Previdência Social), sua interdependência e interdisciplinaridade;
- Conhecer e entender as políticas restritivas de direitos sociais que têm se apresentado com a minimização do Estado;
- Entender a saúde como um direito constitucional, bem como legislações específicas que repercutem na utilização da aplicação da perícia como forma de investigação e análise da saúde do trabalhador;
- Analisar a questão da perícia biopsicossocial, buscando entender sua aplicação (ou não), em cumprimento ao Estatuto do Deficiente (Lei n. 13.146/2015), no âmbito dos benefícios sociais previdenciários;
- Verificar os aspectos trazidos pelo processo de envelhecimento, especialmente no que respeita às/aos trabalhadoras/es mais vulneráveis e que necessitam dos direitos previdenciários por incapacidade, justamente no momento em que não possuem mais a força-de-trabalho ativa.

3. TIPO DE PESQUISA E METODOLOGIA

Para realizar a presente pesquisa, utilizamos o método de abordagem indutivo em pesquisa exploratória, com revisão bibliográfica e análise legislativa. Nos socorremos também, de livros, pesquisas já realizadas, artigos e legislações.

Realizamos uma análise do sistema pericial judicial, com o condão de verificar a incapacidade laboral. Além disso, demonstramos a importância da consideração dos aspectos biopsicossociais, bem como as comorbidades desencadeadas pelo envelhecimento dos idosos, na análise pericial; pois esses fatores são determinantes na análise da incapacidade laboral e, conseqüentemente, na concessão ou não dos benefícios por incapacidade temporária e por incapacidade permanente.

Demonstramos que a utilização da perícia biopsicossocial é primordial, haja vista que ela tem a inteligência para a realização de uma análise mais complexa da condição de todos os segurados, principalmente dos não letrados e trabalhadores manuais, alcançando assim, suas condições sociais e laborais.

4. REFERENCIAIS TEÓRICOS

4.1. AS POLÍTICAS SOCIAIS DE FEIÇÃO SECURITÁRIA NO BRASIL: DELIMITANDO AS POLÍTICAS SOCIAIS

Primeiramente, entende-se que é preciso compreender as políticas sociais e a sua relação precípua com os vários institutos, entre eles os direitos humanos. Tentando trazer o conceito de políticas públicas, desde já se torna necessário informar que não existe unicidade no conceito, mas considera-se oportuna a utilização daquele fornecido por Geraldo Di Giovanni (2009). Segundo o autor, políticas públicas são atividades sociais que vão

(...) além da ideia de que uma política pública é simplesmente uma intervenção do Estado numa situação social considerada problemática. Mais do que isso, penso a política pública como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal. (Di Giovanni, 2009).

Os atores sociais participam, direta ou indiretamente, da formulação, implementação e dos resultados de uma política pública, buscando os seus interesses, os quais, com base no autor explicitado, podem ser econômicos, políticos e social. A partir da análise desses interesses, verifica-se que os interesses econômicos podem conter a lógica da acumulação do capital, os interesses políticos, a acumulação de poder, e os interesses sociais, a lógica da acumulação de recursos de bem-estar social. Observando pelo olhar de Cattani e Cimadamore (2007, p. 43):

A forma social capitalista é um processo de enorme complexidade, que mudou historicamente em seus diagramas de exercício do poder e, portanto, nas lógicas do governo dos sujeitos coletivos e individuais, particularmente dos sujeitos pobres. Na construção das lógicas de governo, o Estado sempre desempenhou um papel-chave, embora diverso. As mutações ocorridas na lógica de governo ocorreram como efeito das lutas pela hegemonia da ordem social, mas também como uma resposta estratégica empregada contra as resistências a essa hegemonia. Logo a produção de pobreza, embora seja um processo



filho da lógica de acumulação de capitais, também tem formas historicamente cambiantes.

O capitalismo está amplamente arraigado à pobreza - produz a pobreza e, antagonicamente, a riqueza. Engendra a indústria, a ciência, a tecnologia e o conhecimento, supostamente em benefício da humanidade. Desta forma, insurge sua presumível propensão de estimulador da evolução. Entretanto, enquanto produz abundância e ostentação para uma minoria, gera carência e indigência para uma significativa parcela da população.

Embora, no capitalismo, o Mercado crie condições de manutenção da desigualdade social, Vicente de Paula Faleiros (1991) apresenta uma visão liberal das políticas públicas, segundo a qual uma ação espontânea do Mercado ocasionaria um equilíbrio entre todos, onde todos pudessem obter prerrogativas por meio da livre concorrência e da livre escolha (Faleiros, 1991). Para corrigir esse desequilíbrio, o Estado liberal intervém com medidas sociais “fora do Mercado”, inerentes a interesses mercantis, enquanto o Estado, neutro, passa a agir como um árbitro acima das classes e dos grupos sociais.

Faleiros (1991, p. 43) comenta que o Estado interventor “[...] deve assegurar um mínimo, sem afetar as condições de funcionamento do mercado, onde cada um e todos possam usufruir do maior número possível de vantagens”. O Estado é o principal agente responsável pela sociedade civil, criando meios de proteção para a população, eliminando as barreiras geográficas, pela descentralização; as barreiras financeiras, pelas transferências; e as barreiras técnicas, pela racionalização. A eliminação dessas barreiras pode ser realizada através da educação, justiça, rendimentos, auxílio social e habitação.

O Estado é, ao mesmo tempo, lugar do poder político, um aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática, uma instância de mediação para a práxis social capaz de organizar o que aparece num determinado território como o interesse geral. A autonomia relativa do Estado resulta desta relação dialética com a economia, segundo a qual é determinado, mas também determinante. O Estado pode ser entendido como uma relação social, de modo que “O Estado não é árbitro neutro, nem juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem é um instrumento, uma ferramenta nas mãos das classes dominantes, para realizar seus interesses” (Faleiros, 1991).

Com a finalidade de se fazer uma breve análise da trajetória destas políticas no Brasil, e suas consequências, apresenta-se Potyara Pereira. Essa autora destaca que, no Brasil, no início de 1980, as políticas públicas começaram a sofrer ações minimalistas, impostas pelo Estado. Nesse período, houve a mudança, o predomínio de políticas sociais voltadas à extrema pobreza, impondo condicionalidades e controles no acesso, em detrimento das universais. Pereira (2010) ainda relata que há uma “substituição do Welfare pelo workfare” e uma “culpabilização dos pobres pela sua situação de privação”. A autora ainda ressalta a incidência da “substituição das análises socioeconômicas dos determinantes da pobreza por argumentos morais, que vinculam o empobrecimento a comportamentos individuais desviantes” e “a revalorização da família” (Pereira, 2010, p. 10).

Diante desse panorama político, verifica-se a minimização do Estado. Eis que ele reduziu sua intensidade protetora e passou a adotar ações orientadas para determinados segmentos sociais, categorias, favorecendo demandas de grupos específicos, em detrimento das demandas de classe. Trata-se da mercantilização das políticas públicas e do enfraquecimento de direitos sociais, diante de barreiras ideológicas e operacionais.

As corporações imperialistas, o grande capital, implementam a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo público, com a “desregulamentação” sendo apresentada como “modernização” que valoriza a “sociedade civil”, liberando-a da tutela do “Estado protetor” — e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da “liberdade”, da “cidadania” e da “democracia”. (Netto, 2012, pg. 422)

Nesse sentido, Pereira (2010) constata que, no Brasil, o modelo de desenvolvimento baseado na industrialização originou desigualdades incomensuráveis, intensificadas ainda mais com o regime autoritário ocorrido entre 1964 e 1985, o que se traduziu na sociedade que temos hoje, dividida entre ricos e pobres.

Esse fato, revelador do caráter antissocial ou injusto das políticas econômicas brasileiras, engendrou desequilíbrios internos e externos que se traduziram em deficiências estruturais acumuladas nas áreas da saúde, educação, previdência, assistência social, seguro desemprego, qualificação do trabalhador desempregado, entre outras – áreas estas levadas a sério nas democracias ocidentais (FAGNANI,

2005). Além disso, o país possui deficiências crônicas e estruturais em relação à infraestrutura urbana (habitação popular, saneamento básico e transporte público), à reforma agrária e ao emprego e renda. (Pereira, 2010, pg.13).

Essa mudança, num capitalismo exacerbado, causa interferência direta nas relações de trabalho, nas políticas sociais e na gestão da organização política. As condutas adotadas pelo Estado se dão na realização de políticas sociais de privilégios aos detentores do poder e a sua manutenção econômica.

Voltando à análise das políticas sociais, e considerando que “há uma clara e direta associação entre o mercado de trabalho e o bem-estar da população” (Pereira, 2010, pg. 13), deduz-se que as mudanças no mundo laboral repercutiram negativamente sobre as condições de vida do trabalhador brasileiro. Nesse sentido, também Netto (2012, pg. 417) faz sua reflexão sobre a repercussão do projeto neoliberal nas políticas sociais:

No que toca às exigências imediatas do grande capital, o projeto neoliberal restaurador viu-se resumido no tríplice mote da “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), da “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal). Se esta última transferiu ao grande capital parcelas expressivas de riquezas públicas, especial, mas não exclusivamente nos países periféricos, a “desregulamentação” liquidou as proteções comercial-alfandegárias dos Estados mais débeis e ofereceu ao capital financeiro a mais radical liberdade de movimento, propiciando, entre outras consequências, os ataques especulativos contra economias nacionais. Quanto à “flexibilização”, embora dirigida principalmente para liquidar direitos laborais conquistados a duras penas pelos vendedores da força de trabalho, ela também afetou padrões de produção consolidados na vigência do taylorismo fordista.

Pereira (2010) comenta que, embora não tenha havido a extinção das políticas sociais, essas foram adaptadas, reestruturadas institucionalmente e ideologicamente a essa revolução conservadora. Conforme já mencionado, foi em meados de 1980 que começou essa avalanche de retrocessos sociais. A seguir, elenca-se alguns:

- a) O Estado perdeu o protagonismo na produção e distribuição da política social. Houve uma diminuição da proteção Estatal, bem como no seu papel de garantidor de direitos sociais;

- b) Verifica-se que houve um alastramento da ideia de que empreendedorismo é mais relevante que ter um emprego estável. Junto ao empreendedorismo, foram agregadas as ideias de
- (...) eficiência, competitividade e equilíbrios macroeconômicos, que passaram a ser os novos totens do pensamento político internacional (Fiori *apud* Fagnani, 2005, p. 284). Houve, como diz Mattoso (1995, p. 76), uma “desordem do trabalho” representada pela fragmentação e heterogeneidade do mundo do trabalho e pela redução da segurança no emprego e da combatividade dos movimentos sindicais. (Pereira, 2010, p. 8)
- c) “Priorização do atendimento das necessidades do capital em detrimento à satisfação das necessidades sociais. Como disse Solow (*apud* Lopes, 2000, p. 96): “a redistribuição da riqueza se fez em favor dos mais ricos e a distribuição do poder em favor dos mais poderosos”” (Pereira, 2010, p. 8);
- d) “Reforma da Previdência Social que, seguindo as orientações do teórico liberal americano Milton Friedmann, deveriam se circunscrever a uma concepção de seguro social, contratado individualmente e gerido por um sistema de capitalização” (Pereira, 2010, p. 8);
- e) “Supremacia do princípio da focalização e da subsidiariedade sobre o princípio da universalidade e do compromisso primaz do Estado nas práticas da política social” (Pereira, 2010, p. 9);
- f) “Cortes nos gastos sociais e ênfase em uma assistência social rudimentar, resgatadora da filantropia privada, que passou a ter notável estímulo no quadro de um modelo de bem-estar que perdeu o protagonismo do Estado e passou a ser denominado de bem-estar misto ou pluralista (*welfare mix*)” (Pereira, 2010, p. 9).

Pereira (2010) observa que, embora a nossa Constituição Federal de 1988 tenha sido um marco importante relativo à proteção social, a ideologia neoliberal acabou ocasionando um desmonte no conteúdo constitucional. Tal fato ocorreu, principalmente, nos anos 90, durante o governo de Fernando Collor de Mello, aprofundando-se com Fernando Henrique Cardoso e se encerrando com Luiz Inácio Lula da Silva. Havia expectativa que com o governo petista esse ciclo se rompesse, mas o ciclo neoliberal permaneceu, resultando na

“continuidade da busca de equilíbrio macro econômico e na tensão entre os paradigmas da focalização e da universalização” (Pereira, 2010, p. 17).

Dentro desse cenário neoliberal, tornou-se imperativo a reformulação das políticas sociais, sendo que a transferência de renda foi uma das soluções encontradas para amenizar as consequências desta política. Assim, alicerçado nos princípios de condicionalidades e ambicionando cumprir as metas estipuladas por organismos internacionais, o Brasil inicia estratégias para promover o acesso a benefícios de transferência de renda para a população hipossuficiente.

Os Programas de Transferência Condicionada de Renda (Conditional Cash Transfer Programs, CCTP) destinam mensalmente certa quantia monetária para as famílias classificadas como pobres ou extremamente pobres, tendo por objetivos melhorar as condições de saúde e de educação desta parte da população excluída socialmente do mercado de bens e serviços. Para tanto, são exigidas certas responsabilidades dos beneficiários relativas aos cronogramas de execução de cada programa. De um modo geral, esses programas geralmente são políticas focalizadas a partir de dados e informações socioeconômicas sobre as famílias e domicílios, destinando recursos monetários diretamente aos beneficiários. Há, todavia, situações que incluem, além de recursos financeiros, doações de alimentos e complementos nutricionais. (Mattei, 2015, p. 226)

Nesse sentido, Mattei (2015) explica que esse tipo de política social é focalizado na suposição de que o Estado consegue gerar compensações sociais e proteger os cidadãos, produzindo grandes impactos sobre a desigualdade social por meio de baixos custos. Conclui-se, no entanto, que embora as políticas sociais brasileiras tenham tido avanço no enfrentamento às desigualdades, não lograram transformar as estruturas que as originaram, mantendo até hoje a pobreza. Essas políticas, com a ajuda do Estado, favoreceram muito mais os desejos da elite dominante e os interesses do capital do que as necessidades sociais.

Assim, verifica-se que, embora o sistema de proteção da Constituição Federal de 1988 seja universal, ele acabou sendo adaptado com o passar do tempo, passando a apenas atuar como forma de amenizar os impactos decorrentes do sistema neoliberal, com a finalidade de solucionar os reflexos nefastos que surgem sobre a parcela da sociedade que se encontra em precariedade social. Nesse contexto, embora não seja pretensão da presente

tese esgotar o tema, entende-se ser necessário a realização da análise da política social no enfoque constitucional, conforme será visto a seguir.

4.2. OS DIREITOS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: UMA PROMESSA AINDA NÃO CUMPRIDA

Decorrente da criação do Estado Constitucional, os direitos sociais e as constituições estão intrinsecamente interligados. Tal fato se dá em razão da hierarquia das normas. A Constituição Federal de 1988 definiu e elencou os direitos sociais, e asseverou que é de responsabilidade do Estado assegurar esses direitos. Ao analisar o preâmbulo da Carta Magna, verifica-se que ele norteia a interpretação do texto constitucional, na medida que se trata de uma carta de intenções, um objetivo a ser almejado pela nossa sociedade. Veja-se:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

Esses valores essenciais, atemporais, pautam os objetivos e modos de atuação do Estado em face da administração da sociedade. A análise do preâmbulo nos permite verificar a intenção dos constituintes de instaurar um Estado Democrático e uma sociedade mais justa e solidária. Ainda, ao analisar o “projeto”, verifica-se, através da expressão “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais” que, embora os constituintes deem relevância aos direitos individuais, também entendem que devam estar devidamente protegidos os direitos sociais; e que os direitos sociais prevaleçam, tendo primazia sobre os direitos individuais. Assim, embora esteja assegurada a liberdade de cada cidadão, não pode ser admitido o exercício desse direito fundamental quando este direito sobrepuja os direitos do outro ou de toda uma coletividade.

A partir da análise do artigo primeiro da Constituição Federal, verifica-se a força normativa sobre todo o restante do texto constitucional e os fundamentos

que devem ser aplicados. Tal artigo exprime que a República Federativa do Brasil tem como princípios a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho, da livre iniciativa e o pluralismo político. Passos (2016), ao analisar esse artigo exara:

À exceção do primeiro e do último fundamento apresentados, todos os outros três se referem nitidamente ao indivíduo e à percepção de seu universo existencial na sociedade e na relação com o Estado: a noção de ser cidadão, e, portanto, da igualdade entre os indivíduos apesar de suas características peculiares, e a noção do respeito ao indivíduo como membro da sociedade; e o respeito devido pelos demais indivíduos, pela sociedade e também pelo Estado.

Passos (2016) complementa a análise do artigo constitucional narrando que “o elemento da dignidade reforça a noção de cidadania e impede a criação de categorias discriminatórias” e, quanto à referência dos “valores sociais do trabalho e da livre iniciativa”, “demonstra uma preponderância do trabalho sobre a livre-iniciativa” (Passos, 2016). Os constituintes trataram de dar primazia ao trabalho, que é um direito social e, portanto, de toda a coletividade, mencionando a livre iniciativa concernente aos direitos individuais.

A análise do artigo 2º da Carta Magna enuncia a composição da União, deixando nítido que não há hierarquia entre os poderes executivo, legislativo e judiciário. Já o artigo 3º pauta os objetivos a serem perseguidos, conquistados pelo Estado: uma sociedade livre, justa e solidária; a garantia de um desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e da marginalidade, bem como a redução das desigualdades sociais e regionais e, por último, a promoção do bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e qualquer outra forma de discriminação. Entende-se que todos os objetivos elencados no artigo 3º, sendo efetivados, contribuem também para o desenvolvimento da nação. Outrossim, todos esses objetivos, enaltecidos pelos constituintes, têm relevância e são indispensáveis para a efetivação dos direitos humanos, tal como destacado no inciso II do artigo 4º da Constituição Federal. Ainda, a Constituição Federal de 1988 define em seu artigo 6º que

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados,



na forma desta Constituição” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

Todos esses direitos, elencados do caput do artigo 6º, foram normatizados na Constituição Federal como um direito social. A seguir apresenta-se um breve comentário de cada um:

- a) São asseguradas garantias mínimas do direito à educação no Capítulo III, entre os artigos 205 e 214 da Constituição Federal de 1988. Além disso, a Constituição Federal estabelece as diretrizes de administração e orçamentária destinadas à educação, e também reforça a obrigatoriedade Estatal em relação à implementação desse direito;
- b) O direito à saúde encontra-se garantido no Capítulo II, Seção II, artigos 196 ao 200 da CF/88. Nesse capítulo, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um órgão federal, sob a responsabilidade da União, Estados e Municípios, responsável pela saúde, de forma universal e gratuita, a toda e qualquer pessoa que dela precisar, independentemente da nacionalidade;
- c) É muito recente o fato de o direito à alimentação ser considerado um direito constitucional (art. 6º da CF). Esse direito somente foi reconhecido a partir da PEC 047 de 29 de abril de 2003. O direito à alimentação é um direito humano básico, reconhecido pela Declaração Internacional de Direitos Humanos (ONU, 1948), que em seu artigo 25, item 1, estabelece que

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948).

Assim, a alimentação é um direito precípuo, ligado à saúde e, portanto, um direito essencial à sobrevivência.

d) O direito ao trabalho é fonte de renda e conseqüentemente qualidade de vida e sobrevivência. Esse direito ficou regulado também no artigo 7º da Constituição Federal. A partir desse artigo, também, entre outros direitos, houve a equiparação do trabalhador rural ao urbano, uma conquista que minimizou a dessemelhança que havia entre essas duas categorias de trabalhadores. Até a promulgação da constituição de 1988 os trabalhadores rurais não tinham os mesmos direitos dos urbanos.

Verifica-se também, a partir da leitura dos incisos do artigo 7º, que foi estabelecido uma série de direitos que visa a proteção do trabalhador. Entre todos os direitos, destaca-se a proibição da demissão arbitrária ou sem justa causa, a não ser que haja indenização compensatória (inciso I); a concessão de seguro desemprego, no caso de ser involuntário (inciso II); salário mínimo fixado em lei (inciso IV); piso salarial (inciso V); irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo (inciso VI) e, entre outros, a garantia de salário nunca inferior ao mínimo (inciso VII). Com efeito, inicialmente os trabalhadores possuíam mais proteções estatais no âmbito do trabalho, sendo estes suprimidos ou mitigados após a Reforma da Lei Trabalhista, Lei nº 13.467/2017. Devido à mudança radical que essa legislação causou nos direitos trabalhistas, sendo um dos reflexos das reformas neoliberais, que se refletem na saúde do trabalhador e na Previdência Social, pretende-se aprofundar o estudo sobre esse tema no decorrer deste trabalho;

e) O direito à moradia é considerado como um direito fundamental, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, desde o século XX. Em decorrência disso, todos os países que são integrantes da ONU também devem cumpri-lo. Assim, o Brasil, que também é membro da ONU, corrobora com os ditames dessa declaração. Isso ocorre porque os tratados e acordos internacionais assinados pelo Brasil tem força de lei:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, **habitação**, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.

O direito à moradia, propriamente dito, não está na Constituição Federal desde a sua implementação, passando a ser considerado um direito constitucional somente em 2000, quando a Emenda Constitucional nº 26 foi incorporada ao texto original. A lei diz o seguinte: “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”. Este direito também passou a ser um direito constitucional por estar associado ao princípio da dignidade da pessoa humana. Ele está ligado à condição de vida digna e encontra-se também elencado no art. 23, IX, da CF/88.

- f) O direito ao transporte também passou a ser um direito fundamental. Note-se que pessoas hipossuficientes geralmente residem longe dos centros urbanos, na periferia, e necessitam utilizar o transporte coletivo como meio de chegar aos locais de acesso a outros direitos fundamentais essenciais.
- g) O que dizer do lazer estar elencado como um direito constitucional a ser assegurado? Segundo Dumazedier (1979, p.94 *apud* Silva e col., 2019)

Lazer é o conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após se livrar ou se desembaraçar das obrigações profissionais, familiares e sociais.

- h) Já para Bramante (1998, p.9 *apud* Silva e col., 2019):

O lazer se traduz por uma dimensão privilegiada da expressão humana dentro de um tempo conquistado, materializada através de uma experiência pessoal criativa, de prazer e que não se repete no tempo/espço, cujo eixo principal é a ludicidade. Ela é enriquecida pelo seu potencial socializador e determinada, predominantemente, por uma grande motivação intrínseca e realizada dentro de um contexto marcado pela percepção de liberdade. É feita por amor, pode transcender a existência e, muitas vezes, chega a aproximar-se de um ato de fé. Sua vivência está relacionada diretamente às oportunidades de acesso aos bens culturais, os quais são determinados, via de regra, por fatores sócio-político-econômicos e influenciados por fatores ambientais.

Pois bem, numa sociedade capitalista, onde existe um estímulo extremo à atividade profissional e às atividades que representam lucro, o lazer tende a ser considerado como uma atividade secundária ou desnecessária. Ocorre que o direito ao lazer tem relação direta com a busca de reorganização física e mental, de convívio familiar, de realização de atividades esportivas entre outras. Nesse sentido, Cataldi (2015, p. 74) assevera que “o excesso de trabalho causa fadiga física e mental, estresse e cansaço ao trabalhador”. Assim, é possível concluir que o excesso de trabalho reduz a vida social do trabalhador e afeta sua saúde. Ainda, quando o trabalhador tem redução de horas de lazer, fica cerceado do convívio social com a família e amigos.

O direito ao lazer, além de estar elencado no caput do artigo 6º da Constituição Federal, também se encontra especificado no art. 7º, IV²; art. 217, §3º³; e art. 227⁴. Esse direito também está expresso no artigo 24 da Declaração dos Direitos Humanos (ONU, 1948)⁵, sendo, portanto, um direito humano a ser alcançado, pois sua ausência causa estresse, exaustão e abalo à saúde. Da mesma forma, o direito à segurança também é considerado como um direito social e, como tal, é de responsabilidade do Estado e de todos. A segurança pública também está regulamentada no artigo 144 da Constituição Federal⁶, ratificando a

² **Art. 7º** da CF/88 - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) **IV** - Salário-mínimo mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim (...). (grifo próprio)

³ **Art. 217** da CF/88 - É dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não-formais, como direito de cada um, observados: (...) 3º **§ 3º** O Poder Público incentivará o lazer, como forma de promoção social.

⁴ **Art. 227** da CF/88 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

⁵ **Art 24.** Todo ser humano tem direito a repouso e lazer, inclusive à limitação razoável das horas de trabalho e férias periódicas remuneradas. (ONU, 1948)

⁶ **Art. 144** da CF/88 - A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos: **I** - Polícia federal; **II** - Polícia rodoviária federal; **III** - polícia

visão da segurança pública com a função de defesa e proteção do Estado, em detrimento da defesa do cidadão. Verifica-se, portanto, que a segurança pública tem como foco principal a manutenção da ordem interna.

É possível constatar que, ao longo da nossa história, existiu uma certa ambiguidade nas funções da polícia. Muitas vezes a segurança se encontra voltada para proteger os “cidadãos de bem”, proteger a população dos “criminosos” ou voltada para proteger os interesses do governo, infringindo a liberdade e o direito de expressão da população, e colocando em xeque a democracia.

- i) A Previdência Social é um segmento autônomo e, juntamente com a Saúde e a Assistência Social, compõe a Seguridade Social brasileira. Essa política social de cunho securitário não é universal e, para fazer jus a esses direitos, é necessário a contraprestação pecuniária em forma de contribuições para a autarquia previdenciária.

A Previdência Social tem a função de proteção social no caso de perigo social, em caso de evento futuro e incerto, em forma de benefícios previdenciários ao segurado e seus dependentes. Além de estar prescrita no artigo 6º da constituição Federal, a Previdência Social também se encontra disposta no artigo 201⁷. Do mesmo jeito, a Previdência Social possui legislações infraconstitucionais que a regulamentam também. Os estudos sobre a Previdência Social serão aprofundados a posteriori, no decorrer da tese, uma vez que ela é da máxima importância para esta pesquisa.

- j) Até a inclusão da proteção à maternidade na Constituição de 1988, apenas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu artigo 391,

ferroviária federal; **IV** - Polícias civis; **V** - Polícias militares e corpos de bombeiros militares. **VI** - Polícias penais federal, estaduais e distrital. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 104, de 2019)

⁷ 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 (...)”

havia menção à proteção da gestante com base na relação de emprego. Esse artigo aludia à impossibilidade de demissão em razão de gravidez, ou seja, ao direito das gestantes à estabilidade no emprego.

Além do artigo 6º da Constituição Federal, a proteção à maternidade também está estabelecida no artigo 10, II, b, do ADCT de 1988, dando estabilidade provisória de 05 (cinco) meses para a gestante após o parto. Já no artigo 7º, XVIII, os constituintes trataram de aumentar o tempo da licença maternidade que já estava prevista na CLT, de 4 (quatro) semanas antes do parto e 8 (oito) semanas após o parto, passando a ser de 120 (cento e vinte) dias.

A partir de estabelecida a proteção à maternidade como um direito constitucional, uma série de medidas protecionistas acabaram surgindo. Pode-se citar como exemplo a Lei n.º 9.029/95⁸, a Lei nº 11.324 de 2006⁹, e a Lei 11.770 de 2008, que ampliou o período da licença maternidade¹⁰. E, por último, a Lei n.º 12.812/2013, que estendeu as garantias constitucionais às gestantes que tinham engravidado durante o aviso prévio ou durante um contrato com prazo determinado.

É importante ser dito que essas medidas protetivas não dizem respeito somente à gestante, mas também à qualidade de vida do bebê. Ressalta-se que há um sistema especial de proteção também delineado nos artigos 227¹¹ e 228 da Constituição brasileira, tornando crianças e adolescentes sujeitos dos direitos fundamentais e de direitos especiais, baseados no

⁸ Que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências.

⁹ Que estendeu às domésticas, também, a estabilidade provisória e a licença maternidade, reconhecidos pelo ordenamento jurídico, não havendo razão para distingui-las das gestantes que não eram domésticas.

¹⁰ Desde que a empresa se cadastre para conceder um aumento de 60 (sessenta) dias na licença maternidade totalizando 180 (cento e oitenta) dias, em troca de redução de pagamento do Imposto de Renda.

¹¹ **Art. 227** da CF/88 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010). **§ 1º** O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010) (...)

fato de que eles se encontram na condição de pessoa em desenvolvimento.

Os direitos elencados no caput do artigo 227 e 228 da CF/88 são também direitos fundamentais da pessoa humana. Ele se baseia no fato de que o direito à vida, à liberdade e à igualdade, que estão mencionados no caput do artigo 5º da Constituição Federal, indicam os mesmos direitos descritos no artigo 227 e § 3º do artigo 228, ou seja, versam sobre direitos da mesma natureza, sendo todos direitos fundamentais. Bobbio (2002, p. 35) aponta a singularidade da proteção infantil:

Se se diz que “criança, por causa de sua imaturidade física e intelectual, necessita de uma proteção *particular* e de cuidados *especiais*”, deixa-se assim claro que os direitos da criança são considerados como um *ius singulare* com relação a um *ius commune*; o destaque que se dá a essa especificidade do genérico, no qual se realiza o respeito à máxima *suum cuique tribuere*.

k) E, por último, mas não menos importante, o artigo 6º da Constituição Federal refere-se à proteção aos desamparados e auxilia aqueles que estejam em estado de risco social: os desempregados, os doentes, os idosos e pessoas sem renda. Silva (2005, p. 286) nos ensina que os direitos sociais são:

(...) prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a equalização de situações sociais desiguais.

Moraes (2002, p. 203) também contribui com a 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.

O principal papel da assistência é a efetivação do Estado Democrático de Direito por meio da promoção dos direitos sociais, visando a redução da



desigualdade social e propiciando oportunidades de emancipação através dessa assistência. Do ponto de vista de Rocha (1999, p. 6-7)

Não é livre quem não detém autossuficiência material. Não há garantia do direito à vida enquanto não se figura juridicamente a fome como uma negação do sistema constitucional organizador da vida política no Estado. (...) não é livre o homem ausente de nome que a sua própria mão desenhe. Como saber de seu direito sem letra ou sinal conhecido o homem sem nome de gente? Não há direito para o qual a cegueira analfabeta ofereça luz (...).

Baseado nisso, a Assistência Social se apresenta também regulada nos artigos 203 e 204, que definem e garantem os direitos à assistência social, e no artigo 6º, que vincula a assistência aos desamparados como um direito social e fundamental. Cabe ressaltar que existem serviços, benefícios, programas e projetos destinados ao enfrentamento da pobreza e da exclusão social; porém, esses serviços não serão tratados com profundidade nesse momento. É através das Políticas Públicas que existe o enlace do Estado com a sociedade. Uma das mais importantes, e que assegura a proteção da população, é a Seguridade Social, a qual será ilustrada a seguir.

4.3. O PAPEL DA SEGURIDADE SOCIAL COMO FORMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A Seguridade Social foi criada para o fim precípua de proteção social. Ela tem a função de

(...) atender, proteger e promover o bem-estar do ser humano, sempre que este estiver em situação relacionada a contingências sociais. Me refiro a contingências sociais que dificultam ou empecam que a pessoa humana possa viver de forma digna e saudável” (Garcia, 2013).

Em virtude de o sistema capitalista, como modelo de produção, orientar-se para a acumulação de capital, observa-se uma redução no compromisso com a proteção da dignidade humana e com a justiça social. Decorrente disso, sistemas de proteção para os membros da sociedade foram criados, visando assegurar a garantia de suas necessidades precípua e fundamentais. Assim, as políticas sociais “implicam na redistribuição de recursos e serviços sociais



como forma de controlar os riscos inerentes à sociedade capitalista" (ISQUIERDO, 2016). Nesse sentido, Carvalho (2007) afirma que a Política Social é o

(...) conjunto de diretrizes, orientações, critérios e ações que permitam a preservação e a elevação do bem-estar social procurando que os benefícios do desenvolvimento alcancem a todas as classes sociais com a maior equidade possível.

As políticas sociais podem estar relacionadas a muitos fatores sociais, como, por exemplo: educação, trabalho, envelhecimento, gênero e seguridade social. A Seguridade Social, engloba os três programas sociais de maior importância: a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.

A Saúde caracteriza-se pela necessidade, convergindo para a universalidade; a Previdência decorre do trabalho, sendo contributiva e a Assistência pela necessidade, a proteção aos incapacitados e idosos que carecem de proteção social quando hipossuficientes e vulneráveis. (Isquierdo, 2016)

É importante destacar que essas políticas sociais, que compõem a Seguridade Social, atuam de forma fragmentada e possuem uma visão unitarista, dificultando a sua abrangência e eficácia. Devido à relevância dessas políticas sociais, esse tripé será analisado a seguir.

4.3.1. SAÚDE: UM DIREITO UNIVERSAL

Apesar da importância da saúde, foi somente em 1988 que ela passou a ser consagrada como um direito constitucional, quando foi considerada um direito social universal e, conseqüentemente, um direito fundamental. São considerados como direitos sociais aqueles que, embora satisfaçam uma necessidade individual, caso não sejam concretizados, repercutirão sobre todos os demais, sobre toda a sociedade. É o caso da saúde, que é um direito social, universal e gratuito. Não há restrição e nem exigibilidade contributiva para toda e qualquer pessoa que possa precisar usar do sistema de saúde pública.

Conforme já mencionado, "a saúde integra a Seguridade Social e por essa razão o financiamento desta contribuirá para o financiamento daquela, mas não

de forma exclusiva” (Vianna, 2014, p. 21). Ao falar que a Seguridade Social não contribui exclusivamente para a saúde, Vianna está se referindo ao fato de que o SUS é financiado também através do orçamento fiscal da união, dos Estados, do distrito federal e dos municípios, conforme encontra-se previsto no § 1º do artigo 198 da Constituição Federal de 1988.¹²

Vianna (2014), ainda comenta que o Sistema Único de Saúde “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”. Procurando entender o funcionamento do SUS, verificou-se que a comunidade também deve participar na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde.¹³ Além de ser um direito constitucional, essa política encontra-se também regulada em legislações infraconstitucionais. Isquierdo (2016), esclarece

(...) que a política nacional de saúde é regulada pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90, sendo que as ações e serviços da saúde não se restringem à área. Também estão ligadas à saúde, às ações preventivas relativas ao bem-estar da população nas áreas sanitárias, nutricionais, educacionais e ambientais.

Essa política de extrema relevância é o suporte para a efetivação da concessão do Benefício Assistencial da LOAS, bem como para a concessão dos benefícios decorrentes da ausência de saúde a cargo da Previdência Social. No entanto, verificou-se, através do exercício da advocacia previdenciária, que embora a Seguridade Social seja composta pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social, não há uma inter-relação entre essas políticas de proteção social. Muitas vezes, o cidadão utiliza-se do SUS para a realização de tratamento médico e, embora seja constatado que ele se encontra inapto para as atividades profissionais, não é orientado e tampouco é encaminhado para requerer junto ao Instituto de Previdência Social (INSS) o benefício previdenciário decorrente da

¹² **Art. 198** da CF/88 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672) (...) § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

¹³ Conforme o inciso III do art. 198 da CF/88.

ausência de saúde ou o benefício assistencial da LOAS. No mesmo sentido, também os cidadãos recorrem ao INSS para protocolar os mesmos benefícios anteriormente citados, sem a devida e necessária prova de sua incapacidade, sendo que não são orientados ou encaminhados para o SUS. Simplesmente os benefícios são indeferidos pela falta de provas da incapacidade laboral.

Considera-se lamentável o mecanismo de funcionamento da Seguridade Social, uma vez que esse desarranjo estrutural, além de causar fragilidade no implemento desta política social, causa notório prejuízo aos trabalhadores doentes e fomenta a judicialização. Entende-se que grande parte das ações previdenciárias que ingressam no judiciário ocorrem pela ineficácia desse sistema. De modo a dar continuidade ao tema, no sentido de discorrer sobre os três pilares que compõem a política da Seguridade Social, agora será dado foco à Previdência Social.

4.3.2. PREVIDÊNCIA SOCIAL: A COMERCIALIZAÇÃO DA POLÍTICA SOCIAL

Conforme anteriormente relatado, a Previdência Social também é um segmento autônomo da Seguridade Social. Esse sistema protetivo tem competência para redistribuição de recursos e serviços, por meio de benefícios previdenciários, como forma de controlar os riscos sociais. Tendo como fundamento a expressão dos valores relativos à dignidade humana, a Previdência Social tem a prerrogativa de realizar a inclusão, de forma multidimensional, de outros direitos sociais assegurados constitucionalmente e que são considerados como “mínimo existencial” (Bastos, 2021).

Bastos (2021) narra que a “previdência está profundamente conectada à ideia de preservação da vida”. Tal afirmação deve-se ao fato de que os valores oriundos da Previdência Social têm caráter alimentar, pois tem a função de “garantir a subsistência digna daquele segurado que enfrenta alguma contingência e que assim encontra-se impossibilitado de se manter por sua própria força de trabalho” (RENCK, 2012). Como essa política social tem caráter de seguro social obrigatório, ela vai se preocupar exclusivamente com aqueles segurados e com seus dependentes, desde que estejam com as contribuições atualizadas, ou seja, tenham mantido a qualidade de segurado. Constata-se,

então, que somente terão direito à proteção estatal os cidadãos que estiverem em risco social, mas que estejam contribuindo para a Previdência Social. Colaciona-se o artigo 201 da Constituição Federal de 1988, que assevera que a Previdência Social possui caráter contributivo e filiação obrigatória.

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, **de caráter contributivo e de filiação obrigatória**, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) **I** - Cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019) **II** - Proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) **III** - Proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) **IV** - salário-família E auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) **V** - Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (grifo próprio)

Embora a Previdência Social oportunize o segurado com a cobertura de todos os benefícios e serviços acima elencados no artigo 201 da Constituição Federal, a presente tese tem por finalidade dar relevância aos benefícios de auxílio-doença (atualmente denominado de “benefício por incapacidade temporária”) e aposentadoria por invalidez (atualmente denominado por “benefício por incapacidade permanente”), uma vez que ambos decorrem da ausência de saúde¹⁴.

O artigo 59 da Lei nº 8.213/91 traz expressamente o conceito de “auxílio por incapacidade temporária”¹⁵, deixando perceptível que as condições de análise para a concessão desse benefício se darão de forma diferenciada para o segurado que exerce atividade profissional em comparação com o segurado que não exerce atividade profissional e que se inscreveu na Previdência Social na modalidade de segurado facultativo. Assim, à apreciação do direito, a

¹⁴ A partir da Reforma da Previdência, instituída pela Emenda Constitucional nº 103 aprovada em 2019, embora a essência do benefício de auxílio doença e aposentadoria por invalidez continuem o mesmo, os termos “doença” e “invalidez” foram retirados da Constituição e substituídos pelos termos *incapacidade temporária e permanente*”.

¹⁵ **Art. 59** da CF/88 - O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

percepção do benefício por incapacidade temporária, bem como o benefício por incapacidade definitiva, se dará mediante a realização de perícia com o objetivo de deslindar o fato: se a moléstia é incapacitante para o labor do trabalhador. A perícia médica será realizada, mediante o exame do segurado, vistoria ou avaliação dos documentos tais como: exames médicos, atestados e laudos. Além desses exames, o *expert* analisará o perfil profissiográfico do segurado empregado, para verificar se suas moléstias o incapacitam para a atividade profissional e se há possibilidade de ser reabilitado para outra função. Faz-se necessário esclarecer, no entanto, que além da perícia médica, existem outros tipos de perícia, tais como a perícia grafotécnica, trabalhista, digital, penal, contábil, biopsicossocial, psicológica, entre outras. Sendo essa temática objeto desta tese, o assunto será tratado com maior aprofundamento nos próximos capítulos.

Foi a partir do exercício da advocacia, e da análise dos benefícios oriundos da ausência de saúde, que se tornou possível a certificação da importância do estudo sobre a prova pericial, pois ela tem o fim precípuo de constatar, no caso de requerimento de benefícios por incapacidade, se o segurado é elegível ou não ao recebimento do benefício pleiteado. Embora pareça simples, a análise pericial é complexa e é a razão principal da maioria dos indeferimentos dos benefícios decorrentes da ausência de saúde. Isto acontece porque há uma série de elementos em torno do segurado e do perito que vão culminar para o resultado da conclusão, tais como a idade do segurado, a escolaridade, a moléstia, o acesso a exames e tratamentos médicos, a inscrição junto ao INSS e a formação e qualificação do perito. A percepção dos benefícios se dá graças ao princípio da solidariedade. Enquanto alguns segurados realizam as contribuições previdenciárias, participando do financiamento e cooperando com a arrecadação, outros estão sendo beneficiados com o recebimento de benefícios por encontrarem-se em risco social.

Assentado na premissa acima, pode-se afirmar que existe uma correlação direta entre mercado de trabalho e financiamento da Previdência Social. Tal afirmação baseia-se no fato de que o percentual de $\frac{3}{4}$ da totalidade dos valores arrecadados são oriundos dos vínculos de trabalho dos segurados. A incidência

da contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento de salário dos trabalhadores tem sido questão de relevante debate. A alta quantidade de impostos, elevando o custo sobre a folha de pagamento, tem causado reflexos nas relações empregatícias: a redução de salários, a redução de empregos e, conseqüentemente, o estímulo da migração do trabalhador para o mercado informal. Por outro lado, o aumento desses trabalhadores informais, que ficam sem o recolhimento previdenciário, tem causado impacto financeiro para a previdência, uma vez que o fluxo de receita da Previdência Social fica reduzido.

Essa situação explicita a existência de um ciclo vicioso, em que a crescente informalidade das relações trabalhistas, resultado da imposição de elevadas alíquotas, reduz a arrecadação previdenciária, conduzindo, por sua vez, à necessidade de novos aumentos nesse tributo e, conseqüentemente, à ampliação da informalidade (NERI, 2003), o qual remete, por sua vez, à necessidade de se estabelecer um redesenho do sistema previdenciário. (Lima, 2011, p. 28)

Não é de hoje o fato de que essas pessoas, que migram para o serviço informal, têm dificuldade de recolherem para a Previdência Social, ocasionando sua desfiliação. Esse cenário vem surtindo conseqüências nefastas. Eis que, no caso de risco social (velhice e/ou doença), essas pessoas, impossibilitadas de terem acesso aos benefícios da Previdência Social, recorrem à Assistência Social com o objetivo de receber o benefício assistencial da LOAS. Em contrapartida, verifica-se, por meio do *mister* enquanto advogada, que existe uma parcela da população que, em conseqüência de fatores sociais, se quedam no limbo previdenciário/assistencial. Está-se fazendo referência aos cidadãos que nunca tiveram labor ou, se tiveram, se desempregaram e não mais recolheram para a Previdência Social. Esses cidadãos, quando em risco social, não são elegíveis ao recebimento de benefício assistencial, por não se enquadrarem no critério de miserabilidade ¹⁶, e nem nos benefícios previdenciários, por terem perdido a qualidade de segurado. Em decorrência desse fato, essas pessoas ficam em desamparo social, sem a proteção estatal,

¹⁶ Embora o artigo 203 da Constituição Federal apregoe que a assistência social será prestada a quem precisar, ou seja, o critério seja a necessidade, o Instituto Nacional do Seguro Social, bem como o judiciário, tem aplicado o critério da miserabilidade. Pretende-se discorrer sobre o tema ao realizar o estudo sobre a perícia biopsicossocial.

uma vez que não conseguem cumprir todos os requisitos necessários para receber os benefícios previdenciários, bem como o assistencial.

Verifica-se, portanto, que embora seja assegurado pela Constituição Federal de 1988, através do artigo 203, que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social”, no que concerne ao benefício assistencial, este não é universal, pois existem critérios rígidos para a eleição desse benefício, que serão apresentados a seguir.

4.3.3. A ASSISTÊNCIA SOCIAL: É PARA QUEM DELA NECESSITAR?

A Assistência Social, assim como a Saúde, é uma política pública não contributiva. Essa política tem, como pilar, a Constituição Federal de 1988, bem como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esse segmento autônomo da Seguridade Social tem o condão de tratar dos hipossuficientes, das pessoas que se encontram em risco social, cobrindo as lacunas deixadas pela Previdência Social.

A assistência social tem por objetivo, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à 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 a própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a Lei. (Isquierdo, 2016)

Essa política social organizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) busca a seleção, prevenção e a eliminação da vulnerabilidade social. O SUAS foi implementado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)¹⁷ e tem suas ações baseadas na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O Sistema Único de Assistência Social tem por finalidade articular meios, esforços e recursos para a execução dos programas, serviços e benefícios socioassistenciais (Isquierdo, 2016).

¹⁷ Conforme §3º do art. 6º da Lei nº 8742.

Assim como na Inglaterra de 1601, a Assistência Social brasileira nasce com uma marca de filantropia privada e assistencialismo por parte do Estado brasileiro. Ela deve, portanto, ser entendida em um contexto em que o capitalismo utilizava as políticas sociais para dar uma legitimidade ao sistema imperante. Com isso, não se quer dizer que ela não tenha sido fruto de uma luta histórica dos mais vulneráveis para participarem, minimamente, daquilo que eles mesmos ajudam a produzir. É nesse binômio, entre a concessão e a conquista desses direitos, que se pretende analisar os direitos sociais no presente trabalho.

Não há dúvida, porém, de que foi a Constituição Federal de 1988 que conduziu a Assistência Social a um patamar de direito social fundamental, incluindo-a formalmente no seu artigo 6º:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, bem como a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Essa inclusão, por sua vez, não garante a efetivação desse direito social fundamental. Isso porque, para efetivar esse e outros direitos sociais, é necessária uma ação positiva que se expressa nas diversas políticas públicas, com um esforço de todos os entes e participantes do Estado como um todo. O que vale dizer é que é necessária uma ação contínua e direcionada à construção de uma sociedade justa e igualitária, tal como previsto nos objetivos da Constituição Federal de 1988, conforme já visto anteriormente. Vale, nesse ponto, o magistério de Aldaíza Sposati (1998) que aponta uma “distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva à cultura do descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum como mundo desconexo”.

Com efeito, tão logo após a promulgação da Constituição, a partir do começo da década de 1990, com o governo de Fernando Collor de Melo, viu-se a efetivação do projeto neoliberal, ainda em andamento no Brasil, que passou a rezar pela cartilha do FMI e do Consenso de Washington (Couto e col., 2014, p. 145). Outrossim, foram justamente os direitos sociais relacionados à Seguridade Social os primeiros a sofrerem os maiores cortes, ouvindo-se sempre o mesmo discurso da necessidade de cortar os “gastos sociais” (Costa, 2000 e 2010).

Nesse sentido, embora o SUAS seja reconhecido como um modelo estatal, público e democrático, ele vem sofrendo, como as demais políticas sociais, com a influência dessas tendências regressivas decorrentes das contrarreformas neoliberais. Silveira (2017) comenta que o padrão de proteção social no Brasil caracteriza-se

Pela fragmentação, seletividade e focalismo em resposta às múltiplas expressões da questão social, justificada política e teoricamente por perspectivas conservadoras, expressas, especialmente, na defesa de instituições como a família tradicional; na valorização das hierarquias sociais; na naturalização da desigualdade e das assimetrias nas relações de poder; e no controle das insurgências produzidas na contradição de classes, pela criminalização dos movimentos sociais e organizações de defesa dos direitos.

É dentro dessa lógica perversa do neoliberalismo que é promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8742/93, que fará um recorte de renda (inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo), para que somente os miseráveis e em extrema pobreza tenham acesso ao único benefício de prestação continuada outorgado (o BPC da LOAS). Veja-se que a leitura do artigo 203, inciso V, da Constituição Federal de 1988, é por demais clara:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Com isso, resta o entendimento de que a Assistência Social deve socorrer os mais pobres e vulneráveis, que estão em extrema miséria, desprotegendo os demais necessitados que também deveriam ter atenção dessa área. Os efeitos deletérios trazidos pela pandemia da COVID-19, por exemplo, estão demonstrando diariamente a necessidade de se retornar à concepção originária de proteção social prevista na Constituição. Notadamente, é através do Benefício de Prestação Continuada¹⁸ que o Estado tem a capacidade de socorrer essa parcela da população que se encontra em situação de

¹⁸ Art. 20 da Lei 8.742: “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 de tê-la provida por sua família”. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011) (Vide Lei nº 13.985, de 2020)

vulnerabilidade e risco social. Esse benefício, que independe de contraprestação pecuniária, tem como exigência para a sua concessão a idade ou a condição de deficiente e as condições socioeconômicas, integrando os aspectos referentes à perícia biopsicossocial¹⁹, a qual será analisada em outro capítulo no decorrer da tese.

Sposatti (1998) define o Benefício Assistencial como sendo o “primeiro mínimo social não contributivo, garantido constitucionalmente a todos os brasileiros, independente da sua condição de trabalho, atual ou anterior, mas dependente da condição atual de renda”. A autora explica, ainda, que este benefício

é um mecanismo de proteção social garantido àqueles que estão submetidos a uma dupla condição de grave vulnerabilidade: situação de miséria e idade avançada e/ou presença de uma deficiência física ou mental. (Sposatti, 1998)

Por isso, essa proteção social, não contributiva, que serve para o enfrentamento da desigualdade social e da pobreza deve compor as lutas de direitos humanos, independentemente dos governos, sendo um potencial político-ético emancipatório. Inicia-se agora a discussão sobre outras políticas públicas, também voltadas ao idoso.

4.4. ENVELHECIMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO

O aumento da longevidade, uma das características da atualidade, é mundial e decorre do progresso da ciência e da tecnologia. Nessa perspectiva, verifica-se que o prolongamento da vida em contraposição ao controle da fecundidade²⁰, acarretou um processo de envelhecimento populacional. O declínio da fecundidade também se relaciona à participação da mulher no mercado de trabalho, repercutindo na decisão dos casais de terem menos filhos, auxiliados pelo uso de métodos contraceptivos, bem como em decorrência da crise financeira.

¹⁹ Existem condições em torno da análise do direito a percepção do BPC da LOAS que levam à judicialização. Tais aspectos serão desenvolvidos posteriormente.

²⁰ Um fenômeno também proveniente da modernidade.

Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade em todo mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 uma criança por mulher). Isso representa um aumento substancial se comparado a dados de 1975, quando apenas 22 países possuíam uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição. (World Health Organization, 2005, p. 9)

Fechine e Trompieri (2012) comentam, a partir dos estudos da Organização Mundial da Saúde, sobre o fenômeno do envelhecimento populacional:

Os resultados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstraram um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade para as próximas décadas. De acordo com as projeções da OMS (2002), é uma tendência que continuará durante os próximos anos, sendo de admitir que no ano de 2025 haja mais de 800 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos em todo mundo. Dados da Organização das Nações Unidas (Martin e Preston, 1994) são ainda mais reveladores, pois apontam 1100 bilhões de idosos para o ano de 2025, sendo que no ano de 2050 em todo o mundo o número de idosos terá ultrapassado o número de jovens.

O “agrisalhamento da população”²¹ traz o desafio de se ter políticas públicas capazes de assegurar a essa parcela da população um nível socioeconômico mínimo que lhe proporcione uma vida com dignidade humana. No Brasil, a questão do envelhecimento da população soma-se a uma série de questões sociais que merecem atenção, tais como os altos níveis de pobreza e desigualdade social. Essa população pobre, sem tem acesso aos bens materiais, carece de oportunidades e de voz frente ao Estado e à sociedade (Buss e Pellegrini Filho, 2006).

Se houvesse um investimento efetivo em saúde e educação, bem como nos demais elementos basilares ao desenvolvimento humano, isso refletiria necessariamente na qualidade de vida de todos os cidadãos, inclusive na dos mais velhos. Essas medidas, tão almejadas, tornariam as pessoas mais velhas mais saudáveis e partícipes ativas da sociedade por mais tempo.

Existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. (...) Isso ajudaria a

²¹ Apropriação do termo utilizado pela World Health Organization. In: **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005. p. 8.

compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social (World Health Organization, 2005, p. 18)

Conforme tema central do presente trabalho, os benefícios por incapacidade para os segurados idosos têm natureza remuneratória, pois visam substituir aquele valor que o segurado faria jus se estivesse laborando. Objetivam garantir, assim, uma renda mínima compatível à dignidade da pessoa humana. Mas o panorama de investimentos sociais eficazes está aquém da realidade. Silva (2016, p. 218-219) observa que o envelhecimento da população em todo o mundo é visto num contexto de inquietações:

Considerando a realidade brasileira como referência para a análise desta questão, verificaremos que as dificuldades que cercam o processo do envelhecimento se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e contraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional é encarado enquanto problema social, e não como conquista da civilização humana. A compreensão da longevidade como conquista da humanidade requer um redirecionamento das ações do Estado destinadas ao segmento social idoso e a todas as gerações.

É perceptível o fato de que o aumento do envelhecimento da população faz com que o Estado tenha que investir em políticas públicas que acolham as demandas desse segmento da população. Tais políticas objetivam salvaguardar direitos e proteção dos riscos sociais. Silva (2016, p. 219) comenta sobre o tema:

Na perspectiva apontada por Berzins (2003), essa agenda deverá incorporar, entre outras diretrizes: a execução de políticas que garantam o envelhecimento digno e sustentável; a execução de políticas que promovam envelhecimento ativo, propiciando qualidade aos anos adicionados à vida; a implementação de políticas e programas que promovam uma sociedade inclusiva e coesa para todas as faixas etárias.

Huenchuan (2009) destaca duas características acerca do fenômeno do envelhecimento nos demais países da América Latina e também relata a preocupação dos governos latino americanos:

a) el envejecimiento ha sido más rápido que el registrado históricamente em los países desarrollados; b) el envejecimiento se da

en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una sobrecarga da institución familiar.

A intervenção estatal com o objetivo de enfrentar essas problemáticas é voltada para atender a toda a coletividade. Eis que a proteção social estatal não é um privilégio e sim um direito inerente à condição de cidadania, contemplando toda a população, sobretudo aquela envelhecida. Nesse sentido, Silva (2016, p. 225) comenta que a disparidade social da população reflete na forma de envelhecer.

No Brasil, país de dimensões continentais e atravessado por profundas desigualdades sociais, registram-se diferentes e heterogêneas formas de envelhecer. Estão presentes nesse processo os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos enquanto determinantes do acesso a bens e serviços sociais disponibilizados, revelando uma situação de exclusão de grande parte da população idosa dos bens essenciais à existência humana.

Baseado no pressuposto acima, verifica-se que a fragilidade econômica e a restrição de direitos sociais, tão necessários à dignidade humana, acabam também refletindo na população agrisalhada. O não enfrentamento dessa disparidade social expõe a pessoa idosa a risco social. Embora haja o comразimento mundial pelo aumento da expectativa de vida, é significativo lembrar que a longevidade não é sinônimo de ter saúde, de ter capacidade laboral ou de viver melhor, por isso a importância de uma reestruturação social no sentido de criar mecanismos para que as pessoas envelheçam saudáveis, aumentando assim a sua participação social.

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional. (Alves, 2007, p. 1924)

Silva (2016, p. 225-226) explica que existem várias formas de envelhecer, que são díspares:

Nessa direção é fundamental a compreensão da velhice enquanto uma construção social e histórica revestida do caráter da heterogeneidade.

Nesse sentido, sobressai o entendimento de que envelhecemos de diferentes maneiras e em diferentes condições. Considerando os critérios de gênero, raça, etnia, verificaremos que a velhice é uma experiência que se processa de forma diferente para homens e mulheres, para brancos, negros e indígenas, tanto nos aspectos sociais, econômicos, quanto nas condições de vida. Esses critérios são determinantes inclusive do lugar que os idosos e as idosas ocupam na vida social na relação direta com sua origem étnico-racial e sua condição de gênero.

A partir desse estudo, constata-se que o envelhecimento não ocorre da mesma maneira para todos. Esse processo ocorre de forma mais rápida e mais acentuada, com mais ou menos comorbidades, dependendo de critérios existenciais, conforme os aspectos sociais, econômicos e culturais. Ou seja, o envelhecimento apresenta-se de maneira desigual inclusive conforme a classe social. É a condição socioeconômica e os cuidados individuais que vão determinar a forma de envelhecer.

Do mesmo modo, como existe dessemelhança nos aspectos sociais, no trabalho, no salário e no adoecimento, conforme o sexo, demonstra-se que os reflexos desse elemento repercutirão também de forma díspar em relação ao sexo feminino. Conforme a World Health Organization (2005, p. 9), “o envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo”, mas, importante acrescentar, não de forma igualitária. Além do problema social dos idosos, já citado, existe o limite da capacidade laboral.

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, existe a preocupação com o fato de o envelhecimento da população, possivelmente, não permitir que uma força de trabalho em redução será capaz de manter aquela parte da população tradicionalmente considerada dependente (ou seja crianças e idosos). (World Health Organization, 2005, p. 10)

É importante salientar que a situação financeira dos idosos é desigual entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Enquanto nestes a disparidade social persiste e repercute na situação financeira e saúde, sobretudo dos idosos, naqueles, conforme Kalache e Keller (2000) relatam, as pessoas tornam-se ricas antes de envelhecerem. Assim, a partir da constatação sobre a necessidade de proteção na velhice, tem-se extensa legislação que busca garantir segurança ao idoso. Elenca-se, a seguir, as legislações que

orientam e constituem o regramento para a formulação de políticas públicas à população idosa.

- a) A Constituição Federal de 1988
- b) A Seguridade Social
- c) A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990);
- d) A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994);
- e) O Conselho Nacional do Idoso (Decreto nº 4.227 de 13 de maio de 2002);
- f) O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003);
- g) A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8.742 de 7 de dezembro de 1993);
- h) A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999);
- i) a Política Nacional da Assistência Social (Resolução do CNAS nº 78, de 22 de junho de 2004);
- j) A Lei de Prioridade de Atendimento às Pessoas com Deficiência, aos Idosos, Gestantes e Lactantes (Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000);
- k) O Benefício de Prestação Continuada (Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007);
- l) A instituição do Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010).

Não é a esmo, portanto, a necessidade de políticas públicas que visem reduzir a pobreza em todas as idades, pois esse fator é grave, uma vez que repercute no acesso à alimentação nutritiva, ao tratamento médico adequado, à moradia, à educação, entre outras necessidades básicas que fazem parte da dignidade da pessoa humana. Cabe ao Estado assegurar esses direitos que se encontram salvaguardados como direitos sociais, amplamente protegidos pela Constituição Federal. Apesar da obrigatoriedade constitucional, é possível perceber a redução da diligência do Estado no âmbito das proteções sociais, conforme será analisado no capítulo que segue.

5. O ESTADO DE MAL-ESTAR SOCIAL EM CURSO NO BRASIL

Não se pretende, neste tópico, ingressar na discussão acerca da existência, ou não, de um modelo de Welfare State no Brasil. Ao que parece, contudo, a Constituição Federal de 1988 acenou para um possível modelo de Estado nesse viés, tornando-se, na prática, uma espécie de promessa não cumprida com o decorrer dos anos.

Nesse sentido, os direitos sociais, especialmente os previdenciários e assistenciais, abordados nesta tese, foram sempre alvos de ataque, desde o Governo de Fernando Collor de Melo, com acentuação no governo de Fernando Henrique Cardoso, mas também mantendo um processo de desconstituição, ou não regulamentação, nos governos petistas de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Roussef. Com o golpe jurídico-midiático-institucional ocorrido a partir da ascensão do então vice-presidente Michel Miguel Elias Temer Lulia, coroado

pela vitória de Jair Bolsonaro, efetivou-se um projeto de Estado que alguns passaram a nominar de Malfeitor ou de Mal-Estar Social brasileiro (Costa, Serau Jr. e Soares, 2020). Já sobre o governo atual de Luís Inácio Lula da Silva não pode-se fazer digressão alguma, uma vez que seu governo é recente e não logrou êxito em realizar grandes mudanças devido ao pouco tempo de administração. Ao prefaciando o livro denominado “O Estado de Mal-Estar Brasileiro”, o professor Ricardo Antunes faz uma minuciosa incursão nessa nova acepção:

Em pouco mais de cinco décadas o Brasil desceu ao inferno com a ditadura militar de 1964, vislumbrou os primeiros passos (por certo incipientes) que pareciam sinalizar a direção do “paraíso”, como durante a Assembleia Constituinte de 1986/8, para mergulhar nas trevas, com a vitória da autocracia tutelada e militarizada, com tempero fascista, na eleição de 2018, antecedida, é sempre bom lembrar, pelo golpe de 2016, que depôs Dilma Rousseff e nos impôs o desgoverno Temer. (Costa, Serau Jr. e Soares, 2020)

É preciso reconhecer: este parece ser o país das instabilidades sociais, dos rearranjos senhoriais, da opressão e da exploração ilimitada do trabalho, das fraturas políticas e das tantas indigências jurídico-institucionais.

Do esboço de um reformismo trabalhista nos anos 1960, que aguçou o horror das classes burguesas e seus aparatos de força, derrapamos fragorosamente para uma regressão ditatorial e militarizada que durou mais de vinte anos. Aos poucos, reorganizou-se a casa em 1988 e hoje, abril de 2020, em meio a uma confluência horrorosa entre crise econômica, pandemia mundial do corona-vírus e contrarrevolução preventiva (para recordar Florestan Fernandes), que nos levou a um (des)governo que assusta até o mundo conservador - pelo culto da ignorância exacerbada, ódio generalizado à ciência e desprezo completo pela vida-, tudo isso embalado pela razão instrumental onde tudo vale em prol do capital (Costa, Serau Jr. e Soares, 2020, p. 7)

Na obra referida, vários autores apresentam o Estado brasileiro como “Malfeitor” ou de “Mal-Estar Social”, nas mais diversas áreas e searas políticas e sociais, a exemplo da ambiental, das relações internacionais, das relações de trabalho, entre outras. Importam, para o presente estudo, as questões relacionadas à seguridade social, especialmente no que respeita à previdência e à assistência social brasileira. Paula Arcoverde Cavalcanti (2007) observa que as políticas públicas expressam a forma de conduta de um determinado governo

que vai direcionar a sua efetivação de acordo com os seus interesses, com os seus objetivos.

(...) é possível propor uma síntese dizendo que política pública é um curso de ação ou inação, escolhido por autoridades públicas para focalizar um problema, que é expressada no corpo das leis, regulamentos, decisões e ações de governo. A política pública está relacionada com as intenções que determinam as ações de um governo; com o que o governo escolhe fazer ou não fazer; com as decisões que têm como objetivo implementar programas para alcançar metas em uma determinada sociedade; com a luta de interesses entre o governo e sociedade; ou ainda, com atividades de governo, desenvolvidas por agentes públicos ou não, que têm uma influência na vida de cidadãos. (Cavalcanti, 2007, p. 38)

Villanueva (1996) compartilha o mesmo entendimento:

Una política es en un doble sentido un curso de acción: es el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efetivamente seguido. No solo o que el gobierno disse y quiere hacer. También lo que realmente hace y logra, por si mismo o em interacción com actores políticos y sociales, mas allá de suas intenciones. Por una parte a política que se decide y se quiere llevar a cabo es basicamente un conjunto más o menos interrelacionado de acciones, que en razón de los recursos com los que cuentan los actores, los médios que emplean y las reglas que síguen, es considerado idóneo y eficaz para realizar el estado de cosas preferido.

Potyara Pereira (2011) relata que a política social não está isenta de ingerências econômicas e correlações de forças políticas. Afinal, já dizia Titmuss (1981), a política social não se dá num vácuo teórico, conceitual e ideológico. Pelo contrário, são essas ingerências e correlações que a orientam e a animam num contexto movido por mudanças estruturais e históricas. A redemocratização foi vencida pelo capitalismo e por um modelo neoliberal onde os interesses da elite, do capital, sobrepõem-se aos interesses da população majoritária e empobrecida. A elite privatizou o poder, e o projeto ligado à melhoria das condições da população quedou-se esquecido. Reinventaram o conceito de democracia minimizando-o ao sufrágio universal, onde o cidadão é mero espectador e não tem as mínimas condições de concorrer ao poder em par de igualdade com os seus detentores.

Acostumamo-nos a chamar de democráticas gestões de Estado que dependem da despolitização do povo, sobrevivem do fato de que a população tem pouco poder de decisão além do voto, se mantêm com

base em acordos espúrios e que se apoiam em instituições que perpetuam lógicas de domínio de uns sobre os outros, exclusão e morte – fatos que permanecem no campo do “erro” e do “mal menor” quando surge um governo disposto a fazer o mínimo. Acostumamos com o mínimo, e é o mínimo que pedimos de volta. Que tempos tristes de serem vividos (...). (Jardim, 2017)

Verifica-se, ainda nos dias de hoje, não só no Brasil, mas no âmbito da América Latina, uma agenda política contaminada pelo clientelismo, pelo favoritismo e pelas trocas de favores. Nesse contexto, Potyara Pereira (2011, p. 16-17) nos fala das políticas neoliberais e seus reflexos sobre as políticas sociais:

Nos últimos trinta e cinco anos, sob a égide do capitalismo de feição neoliberal, a política social se transformou num campo minado de conflito de interesses e de práticas experimentais – para não dizer voluntaristas. Os cortes nos gastos sociais, o desmonte dos direitos sociais, a desqualificação das instituições de bem-estar, o questionamento do caráter público da política, o desprezo pelos pobres, dentre outros atentados contra o legado de conquistas construído pelos movimentos democráticos, entre os anos 1945-1975, não pode ser tratado com neutralidade.

As políticas sociais são o resultado de uma relação de embate entre a sociedade, o Estado e as exigências do capital, que se opõem às necessidades humanas, às necessidades da população.

Las necesidades básicas reflejan una falta de poder, y por lo tanto una situación de vulnerabilidad. Cuando un sector de la población tiene necesidades, puede ser coaccionado mediante el lenguaje del intercambio comercial o la negociación política. Si se carece de lo básico, es imposible rechazar aquello que ofrecen los que detentan el poder (Dieterlen, 2001)

Essas medidas restritivas são marcadas pela austeridade fiscal:

A austeridade constitui, para alguns autores, a derradeira manifestação do neoliberalismo e, quando aplicada, limita os avanços obtidos com as políticas sociais de caráter universal, podendo retardar a retomada do crescimento das economias dos países, afetando drasticamente o presente e as perspectivas futuras dessas sociedades (Vieira e col., 2018, p. 11).

Verifica-se que a restrição das políticas sociais tem aumentado os níveis de desigualdade social, mantendo a concentração de renda das camadas mais

ricas da nossa sociedade em contraprestação ao acirramento da pobreza e da miséria. O “lema passa a ser a redução das atividades Welfarianas do Estado” (VIEIRA e col., 2018, p. 22). Pereira traz Ian Gough (2003) para explicar essa relação de “confronto” entre o Estado e a sociedade.

O capital, diz ele, tal como as pessoas, “tem interesses em comum, especialmente o de gerar lucros” (p.51). A geração de lucros, por sua vez, num cenário favorável à sua reprodução, assume foros de “necessidade” impositiva, a ponto de o poder estrutural do capital reverter em seu favor resultados da política social. Isso quer dizer que o objetivo primordial desta política, de satisfazer as necessidades humanas, pode também servir ao objetivo da rentabilidade econômica privada de tornar-se mais lucrativa. É o caso, por exemplo, das atuais políticas sociais neoliberais, de influência neoclássica, que, na sua elaboração, adotam como critério fundamental o cálculo entre custo/benefício. (PEREIRA, 2011)

Nesse diapasão, o mercado financeiro tem tido prioridade em relação à melhoria do bem-estar humano, privatizando ou reduzindo as políticas sociais. Essa ideologia neoliberal vem tratando a população como sub-humana. Aqui no Brasil, as reformas ao invés de servirem no sentido de contribuírem para a emancipação da população, estão causando perda de direitos sociais. Os direitos sociais estão sendo reorientados à política neoliberal. A lógica do capitalismo é o aniquilamento das garantias sociais da população, que já se encontram em condições de precariedade. As reformas que estão ocorrendo sob a égide de problemas econômicos e fiscais, estão retirando ou reduzindo direitos sociais em detrimento de uma burguesia que tem ampliado cada vez mais o domínio mercantil. Com efeito, o que se vê ocorrer em nosso país a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 é um processo contínuo e permanente de reformas dos sistemas previdenciários e assistenciais, de modo a retroceder nos direitos fundamentais almejados pela referida Constituição, carinhosamente alcunhada de democrática e cidadã. Nesse contexto, não bastassem as inúmeras Emendas Constitucionais, a exemplo da EC n. 20/98, 42/2003 e da última reforma da previdência trazida pela EC n. 103/2019, vasta legislação infraconstitucional, inclusive recheada de Medidas Provisórias que não detinham o requisito da urgência, atentaram e atentam contra o sistema de seguridade social brasileira.

O aguçamento da crise social trazida pela pandemia de COVID-19, que assolou nosso país desde o começo de 2020, descortinou a face mais perversa desse Estado Malfeitor, no campo da seguridade social: a) manteve fechadas as agências do INSS durante o ano de 2020 e parte de 2021, vindo os peritos dessa autarquia pública a deixarem de realizar as perícias médicas sob o argumento de que não era seguro (para eles) o contato com os segurados e seguradas; b) se por um lado houve a suspensão das perícias médicas, o denominado “pente-fino”, conforme será abordado adiante, seguiu firme e forte em seu intento de revisar a qualquer custo e sem critérios explícitos os benefícios por incapacidade e os benefícios assistenciais de longa duração; c) os postos do CRAS, responsáveis pelo Cadastro Único, também ficaram com as portas fechadas durante grande parte da pandemia, tornando mais difícil o acesso ao auxílio-emergencial (Lei n. 13.982/2020), bem como aos demais benefícios assistenciais e de transferência de renda, os quais prescindem desse cadastro para se efetivarem; d) o SUS, já afetado pelos efeitos deletérios trazidos pela EC n. 95/2016, que congelou os investimentos (ditos “gastos”, na linguagem neoliberal vigente) também nessa seara, passou a focar seus esforços no tratamento de pacientes afetados pela pandemia, de modo que os demais procedimentos ordinatórios passaram a ter uma agenda indefinida, dificultando, com isso, o acesso da população aos atestados e exames necessários à justificativa para manutenção dos benefícios; entre outros tantos pontos que poderiam ser citados.

Desde então, tem-se testemunhado um verdadeiro Estado de Mal-Estar Social, instaurando um sentimento de não pertencimento, de desprezo e discriminação, cuja perda ou não do acesso aos benefícios de prestação continuada (previdenciária ou assistencial) retiram os demais direitos de cidadania. Vivemos um mal-estar social. As políticas neoliberais vêm causando um impacto no sistema de bem-estar ou proteção social com consequências avassaladoras. Com o fito de fortalecimento do mercado financeiro, vem ocorrendo a minimização do Estado, com a restrição das políticas sociais que visam proteger a população pobre. O neoliberalismo possui uma agenda para as políticas públicas, com a revisão das políticas sociais governamentais, objetivando a contenção de custos. Surgem medidas visando o retrocesso das

políticas, que deixam de ser universais e são substituídas por políticas centralizadas, focalizadas na população mais pobre. Os serviços sociais são encaminhados como responsabilidade da população, atribuindo ao Estado a atenção aos mais necessitados.

Fazendo uma análise da sociedade civil brasileira, é possível concluir que os espaços de poder ocupados pela população não são democráticos, nem horizontais. A estrutura estatal (municipal, estadual e federal) é ocupada pela burguesia, e a maioria dos partidos políticos pendem na direção do *status quo*. Essa agenda neoliberal está repercutindo na diminuição do mercado de trabalho e na redução de investimentos para as áreas da saúde, educação, previdência social e assistência social. Sendo assim, os próximos tópicos irão discorrer sobre as “reformas neoliberais” que estão aviltando o modo de vida da população, cada vez mais prejudicada e empobrecida frente a esses infortúnios.

5.1. AS REFORMAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 20/98 À EC Nº 103/2019

Para os fins pretendidos no presente trabalho, parece que a Emenda Constitucional n. 20, de 15/12/1998, inaugura uma série de mudanças que passam a ocorrer nos direitos previdenciários, dentro da lógica neoliberal já exposta. Essa Emenda à Constituição alterou o paradigma existente, para caracterizar as aposentadorias por tempo de labor. Não mais valerá o tempo de serviço, uma vez que passa a ser contributivo. Daí resulta não somente uma mudança no nome desse benefício, que passa a ser denominado Aposentadoria por Tempo de Contribuição, mas implica em uma atividade que não será mais reconhecida caso não tenha havido a contribuição dos empregadores, somente para citar o exemplo mais comum.

Além de alterar drasticamente as aposentadorias do setor público, bem como terminar com as aposentadorias por tempo de serviço proporcional do setor privado, a EC n. 20/98 altera a base de cálculo da aposentadoria por invalidez, uma vez que passa a prescrever proventos proporcionais ao tempo de contribuição, na ordem de 70% sobre a totalidade da remuneração dos segurados. Passando pela EC n. 41/2003, que penalizou severamente os

servidores públicos com suas regras, impôs o limite do teto do INSS para o serviço público a contar da data de sua publicação, além de instituir a contribuição dos aposentados e pensionistas, foi com a EC n. 103/2019 que esse movimento se consagra em sua maldade. A perversidade das novas regras impostas pela EC n. 103/19 é evidente quando se analisa os novos critérios da Aposentadoria Especial, a partir do dia 13 de novembro de 2019.

O movimento neoliberal sempre atacou a modalidade de aposentadoria por tempo de labor reduzido, justamente pelos efeitos danosos à saúde do trabalhador. O discurso é sempre o mesmo, ou seja, que esses trabalhadores se aposentam muito jovens, aos 25 anos de labor. Percebe-se que restou fixado, ao nível de intensidade, uma idade mínima para o requerimento desse benefício: 55 anos, no caso da grave (15 anos de labor); 58 anos, no caso da moderada, aos 20 anos de labor; e aos 60 anos de idade no caso mais comum, de intensidade leve. Veja-se alguns exemplos concretos da aplicação dessas novas regras.

No caso dos mineiros, que trabalham a muitos metros da superfície, sem verem a luz do dia durante a semana inteira, em condições totalmente nocivas à saúde (agentes químicos e físicos), afora o grave risco de vida, como é comum acontecer em termos de acidentes, terão que trabalhar até os 55 anos (homens e mulheres). Também, ao se observar os casos mais comuns - de 25 anos de trabalho, como o previsto às enfermeiras, enfermeiros e aos profissionais da saúde em geral, tão fundamentais no combate à pandemia (mas também para além dessa conjuntura) -, o cuidado despendido por esses profissionais no enfrentamento aos momentos de maior vulnerabilidade do ser humano, que são as doenças, e o conseqüente desgaste físico e psicológico que essa dedicação implica, sinaliza a injustiça de aposentadoria aos 60 anos como idade mínima. Ainda, para as aposentadorias ordinatórias comuns, sem a necessidade da prova do trabalho nocivo, a idade mínima será de 62 anos para as mulheres e 65 para os homens, bastando 15 e 20 anos, respectivamente, de contribuição. Sem dúvida, tudo leva a crer que é uma forma indireta de terminar, na prática, com esses benefícios.

Por outro lado, restou vedada pela EC n.103/2019 a transformação de tempo de labor especial em comum, a partir de 14 de novembro de 2012 (art.

25, § 2º). A perversidade para com esses direitos sociais ganhou notoriedade e destaque nessa EC. Veja-se que, se na EC n. 20/98 o lapso dos cinco anos para a regra de transição foi muito criticado, nesta última Emenda constou apenas de dois anos. Em síntese: os segurados homens deverão ter, na data da promulgação da EC n. 103/2019, 33 anos de contribuição, enquanto as mulheres deverão ter 28 anos de contribuição, para poderem cumprir com o pedágio de 50% do que faltaria para completar o tempo integral dos 35 anos (homens) e 30 anos (mulheres). Ainda, não foi somente nesses pontos que a EC n. 103/2019 retrocedeu em direitos sociais. Foi justamente na pouco comentada metodologia dos cálculos dos benefícios previdenciários que a maldade se revestiu com requintes de crueldade. Veja-se a redação dada ao artigo 26:

Art. 26. Até que a lei discipline o cálculo dos benefícios do regime próprio de previdência social da União e do Regime Geral de Previdência Social, será utilizada a média aritmética simples dos salários de contribuição e das remunerações adotados como base para contribuições a regime próprio de previdência social e ao Regime Geral de Previdência Social, ou como base para contribuições decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal, atualizados monetariamente, correspondentes a 100% (cem por cento) do período contributivo desde a competência julho de 1994 ou desde o início da contribuição, se posterior àquela competência. (...)
§ 2º O valor do benefício de aposentadoria corresponderá a 60% (sessenta por cento) da média aritmética definida na forma prevista no caput e no § 1º, com acréscimo de 2 (dois) pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 20 (vinte) anos de contribuição nos casos: I - do inciso II do § 6º do art. 4º, do § 4º do art. 15, do § 3º do art. 16 e do § 2º do art. 18; II - do § 4º do art. 10, ressalvado o disposto no inciso II do § 3º e no § 4º deste artigo; III - de aposentadoria por incapacidade permanente aos segurados do Regime Geral de Previdência Social, ressalvado o disposto no inciso II do § 3º deste artigo; e IV - do § 2º do art. 19 e do § 2º do art. 21, ressalvado o disposto no § 5º deste artigo.

Nos casos, portanto, das aposentadorias por idade aos 60 e 65 anos (mulheres e homens), caso tenham somente os 15 e 20 anos contributivos, respectivamente, não terão mais que 60% da média aritmética aplicada. Para receberem os 100%, terão que ter, ambos, 40 anos de contribuição. Ressalta-se que em três casos não se aplicam a regra dos 60%: a) na aposentadoria especial dos deficientes (que na verdade é relegada à lei ordinária para regulamentação); b) para os servidores que ingressaram no serviço público antes de 2003, observado o critério etário constante na nota n. 12 deste tópico; e c) nos casos

de aposentadorias por invalidez decorrentes de acidente laboral, doença profissional ou do trabalho.

O caso das aposentadorias por incapacidade comum, para citar somente um exemplo, demonstra a crueldade e desumanidade desse novo paradigma: caso os segurados, independente do regime ao qual pertençam, venham a adoecer e percam sua capacidade laboral dentro dos 20 anos contributivos, sem que possam ser reabilitados para retornarem ao trabalho, ficam com somente 60% da média de suas contribuições vertidas de julho de 1994 até o pedido do benefício. A experiência advocatícia demonstra ser justamente a partir dos 60 anos de idade, ou antes, no caso da perda da força de trabalho por qualquer motivo, o período da vida em que os segurados mais necessitam da proteção social. É nesse contexto que passam a utilizar medicações nem sempre disponíveis no Sistema Único de Saúde, apresentam ou aprofundam patologias, necessitando realizar exames e demais procedimentos médicos, entre outras necessidades que a idade ou a falta de saúde termina exigindo. Essa nova metodologia, portanto, termina por diminuir drasticamente o valor da renda dos aposentados, justamente no momento em que mais necessitam, por estarem estão doentes e/ou com sua capacidade laboral comprometida ou reduzida.

5.2. OS EFEITOS DELETÉRIOS DA “OPERAÇÃO PENTE FINO” E A “ALTA PROGRAMADA” NOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

O sistema pericial está no centro desses dois novos – e perversos – institutos introduzidos no seio de um Estado denominado de “Malfeitor”, como visto no item 5. Pretende-se tratar, neste tópico, sobre esses dois institutos jurídicos que representam nítida afronta ao princípio do retrocesso social, bem como uma afronta da segurança jurídica, sob o ponto de vista dos segurados e seguradas que necessitam desses benefícios por incapacidade.

Primeiro, há que se observar que esses dois institutos devem ser compreendidos dentro de uma sistemática complementar; eles foram construídos no sentido oposto ao espírito da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) de 1960, conforme visto. O que importa, na perspectiva desses institutos, é a expulsão dos/as segurados/as do sistema de proteção social. É disso que se

trata. O Governo Federal na época (representado pelo golpista Michel Temer), perdendo a MP n. 739/2016²², com o objetivo de substituí-la, emitiu a MP nº 767, de 06/01/17, que foi convertida na Lei nº 13.457/17. Essa lei, por sua vez, manteve de forma permanente a mesma lógica perversa (conforme § 12º, do art. 60 da mesma Lei de Benefícios da Previdência Social). Está-se diante, portanto, de uma clara mudança de paradigma. Com efeito, a política pública previdenciária não está mais preocupada na habilitação ou reabilitação daqueles que dela precisam. E mais: passa a culpabilizá-los pelos fracassos oriundos do adoecimento e da perda da saúde. Cabe a eles, portanto, procurarem, dentro de um curto espaço de tempo, um tratamento para suas patologias.

Soma-se a isso o fato de não serem considerados os elementos biopsicossociais dos/as segurados/as. Não são levados em consideração, na análise da capacidade laboral, aspectos que influem na aptidão laboral, tais como: a escolaridade, a idade, o ambiente em que moram, a participação nas políticas públicas e nos programas de transferência de renda. Esses aspectos, entre outros, não estão diretamente relacionados com a questão patológica em si, mas são, na maioria das vezes, determinantes na análise da incapacidade ou da perda de saúde dos usuários do sistema. Há de se registrar, ainda, que essa sistemática fere o Estatuto do Deficiente, introduzido pela Lei n. 13.146/15, especialmente quando, em seu artigo 2º, parágrafo 2º, é garantida essa modalidade de perícia biopsicossocial na análise da incapacidade duradoura (dois anos ou mais).

Ao analisar a lei do “pente fino” verifica-se que ela traz todos os critérios para a realização da revisão dos benefícios. Já na leitura do inciso II do artigo 1º dessa norma, compreende-se que estão sendo reavaliados todos os benefícios por incapacidade, mantidos pelo INSS por um período superior a seis meses, que não tenham data de cessação ou que não tenham indicação de reabilitação profissional, bem como os benefícios de prestação continuada que estejam sendo pagos por mais de dois anos²³. Estão sendo revistos também, outros benefícios de natureza previdenciária, assistencial, trabalhista ou tributária.

²² Essa MP perdeu a validade porque deveria ter sido convertida em lei no prazo de 120 dias.

²³ Art. 10º da Lei nº 13.846/2019.

Essa lei não exclui nem mesmo os que recebem benefício por incapacidade permanente, antigamente chamada aposentadoria por invalidez, reconduzindo-os à realização da perícia médica para a constatação (ou não) da incapacidade laboral²⁴. A partir dessa lei, os benefícios por incapacidade permanente deixaram de ser definitivos e passaram a ser revistos a qualquer tempo. Importante esclarecer que, dentre esses segurados, a lei excepciona os que recebem benefício por incapacidade permanente (aposentadoria por invalidez) e pensionistas inválidas que estiverem com mais de 60 anos de idade, segurados que recebem benefício por incapacidade (antiga aposentadoria por invalidez ou auxílio doença) há mais de 15 anos e que têm ao menos 55 anos de idade, bem como os portadores de HIV.

A Lei nº 13.846/17, além de ter por objetivo revisar os auxílios-doença e as aposentadorias por invalidez, também visa revisar outros benefícios de natureza previdenciária, assistencial, trabalhista ou tributária. Salieta-se que essa lei não pode alcançar a todos os benefícios. Baseado no artigo 103-A, da Lei 8.213/91, a Previdência Social tem o prazo de 10 anos para anular a concessão dos benefícios previdenciários que entende encontrarem-se irregulares, ou seja, não poderão revisar os benefícios concedidos anteriormente a esse período, pois estarão prescritos. Ao analisar o objetivo dessa lei, percebe-se que o segurado passa, implicitamente, da condição de necessitado, de incapacitado, de vulnerável, à de usurpador, de fraudador do erário público. Essa previsão legal inverte a presunção de boa-fé, existente no ordenamento jurídico brasileiro, e estabelece, arbitrariamente, uma presunção de má-fé aos aposentados e pensionistas do RGPS, que passam a ser, sem exceção, colocados na condição de potenciais fraudadores do INSS (Lima e Serau Jr., 2019).

Por certo que não pode ser defendida a lesão ao erário público, fruto da contribuição de todos os trabalhadores e demais participantes do sistema coletivo. Não se trata disso, absolutamente. Ocorre que a referida lei, quando prevê a revisão dos benefícios concedidos há mais de seis meses (art. 1º, inc.

²⁴ § 4º do art. 43 da Lei 13.457/17: “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 administrativamente, observado o disposto no art. 101 desta Lei”.

II, letra “a”), bem como os demais benefícios previdenciários e assistenciais (letra “b”), o faz sem atentar aos princípios da segurança jurídica, do contraditório e da ampla defesa, como será visto adiante. O *modus operandi* dessas revisões é que deve ser questionado e atacado, ainda mais quando, em tempos de pandemia, como vem ocorrendo no Brasil desde o começo de 2020, e ainda ao tempo em que escrevo esta Tese, os/as segurados/as que possuem seus benefícios revisados não conseguem sequer uma consulta no SUS para obterem um atestado. Em um momento em que o sistema público de saúde está voltado ao combate à pandemia, o que é extremamente correto e louvável, o governo federal os/as intima para justificarem a manutenção da incapacidade. É evidente que não nos opomos, de maneira alguma, à análise, à constatação e à cessação de benefícios fraudulentos. O que espanta é a forma, os critérios com que essa revisão está sendo realizada. Não estão sendo considerados os problemas sociais, intelectuais, e a dificuldade de acesso ao SUS que dificultam a prova da incapacidade.

Quanto à notificação do segurado eleito à realização da revisão, o artigo 69 da referida lei enumera as formas que podem ser feitas. Entre elas, expressas no inciso I do parágrafo 2º, o legislador tratou de eleger “preferencialmente por rede bancária ou por meio eletrônico, conforme previsto em regulamento”. E de fato isso está ocorrendo. Os segurados, ao acessarem a agência bancária para receberem os valores oriundos do seu benefício, são notificados para comparecerem ao INSS, com a finalidade de agendarem a perícia médica. Veja-se que o próprio caixa do banco em que o segurado recebe, que absolutamente não possui qualquer conhecimento da política pública previdenciária, muito menos das razões eventuais pelas quais esse segurado está sendo intimado, possui a tarefa de comunicar a decisão da Autarquia em revisar o benefício por incapacidade. E mais: o beneficiário poderá ser intimado, por mais surreal que possa parecer, no ato em que retira na máquina seu comprovante do pagamento.

É dentro dessa lógica perversa e atentatória aos direitos dos/as segurados/as que, a pretexto de combater as supostas fraudes (que por certo sempre existiram, assim como sempre existiram os mecanismos para sua apuração), atenta aos direitos desses segurados/as, com o agravo de ser

justamente no momento de maior fragilidade e vulnerabilidade: o adoecimento e a incapacidade física e/ou mental. Não há dúvidas de que o que está em jogo é uma política pública positiva, e não omissiva, de desproteção social aos mais vulneráveis. E mais, de vigilância e perseguição a estes. Exemplo disso consta do artigo 124-B da Lei n. 13.846/2019, que permitiu o acesso, por parte do INSS, a todos os dados dos/as segurados/as, em qualquer órgão público ou entidades privadas, ferindo o sigilo dos dados dos mais pobres e hipossuficientes.

A “Medida Provisória do pente-fino”, Lei nº 13.846/2019²⁵, tem por finalidade implementar dois programas: um para a verificação de benefícios com indícios de irregularidade e outro para a revisão de benefícios concedido por incapacidade. Outrossim, visando a aceleração das revisões, o Governo Federal está dando incentivos pecuniários para os peritos administrativos. Trata-se do “bônus de desempenho institucional”²⁶ para monitoramento e análise de benefícios, e também para a realização de perícias médicas em benefícios por incapacidade, em exímio tempo. Esse lapso temporal inviabiliza que os segurados possam realizar os exames que são necessários para a comprovação de serem merecedores do recebimento do benefício junto ao SUS. Tal fato ocasiona um volume intenso de cancelamento de benefícios.

Além do “pente fino”, também foi instituído, a partir da MP n. 739, de 7/07/16, a “alta programada”. A partir dessa lei, os peritos médicos (administrativos e judiciais) devem fixar a data para o retorno à atividade laboral. Deverão, portanto, apontar o lapso de tempo de manutenção desses benefícios. Nessa lógica, não importa e não são considerados os elementos biopsicossociais defendidos nesta tese. O sistema objetiva “livrar-se” do segurado e da segurada, ao invés de constituir uma política pública condizente com a proteção social. A partir da Lei nº 13.846/2019, nenhum benefício, nem mesmo o benefício por incapacidade definitiva, poderá ser concedido sem um prazo final de suspensão. Deverá ser pré-fixado o tempo de recebimento do benefício, sendo que, caso o perito não saiba precisar o lapso temporal para o

²⁵ Conforme §1º, esse programa de revisão durará até 31 de dezembro de 2020 e poderá ser prorrogado até 31 de dezembro de 2022 por ato fundamentado do Presidente do INSS.

²⁶ Art. 2º da lei nº 13.846/2019.

restabelecimento da saúde do trabalhador, a lei o fará, com base §9º do art. 60 da lei 8213/91, ou seja, pelo prazo de 120 dias²⁷.

Essa cláusula de prefixação da suspensão do benefício prejudica a análise da condição do segurado, que pode ainda estar com incapacidade laboral residual, ou estar totalmente e indefinidamente incapacitado para o trabalho. No primeiro caso, a suspensão do benefício prejudica o encaminhamento do trabalhador à reabilitação profissional. Verifica-se, com a implementação da “alta programada” que, ou o segurado pode, 15 dias antes das suspensões, requerer uma nova perícia, portando encaminhar uma série de documentos que comprovem a sua incapacidade laboral, ou voltar para o mercado de trabalho, que é seletivo e exigente. Caso o trabalhador retorne ao ambiente de trabalho, ainda enfermo e sem condições de corresponder à expectativa do mercado de trabalho, provavelmente será descartado. Ele será mais um desempregado, até porque ao ocorrer a suspensão do benefício previdenciário, no dia seguinte o trabalhador tem que voltar ao trabalho, com ou sem condições laborais.

Milhares de segurados têm tido seu benefício suspenso devido ao pente fino²⁸. Presume-se que boa parte desses benefícios são suspensos porque os segurados são pegos de surpresa para a realização da perícia, desprovidos dos documentos comprobatórios atualizados de sua incapacidade. Isso deve-se à precária infraestrutura financeira dessa parte da população, que depende do SUS para realizar os exames e comprovar a sua incapacidade laboral, conforme será investigado posteriormente. O Estado está apregoando à população a ideia de falência, e de que a Previdência Social se encontra deficitária devido à concessão de benefícios fraudulentos, bem como pela concessão de aposentadorias precoces. Não leva em consideração, entretanto, o início precoce do trabalho, as longas jornadas de trabalho e o desgaste físico do trabalhador brasileiro, que é fator de adoecimento.

²⁷ §9º do art. 60 da lei 8.213/91.

²⁸ Destaca-se que essa quantidade expressiva de suspensão de benefícios decorre não de fraudes, mas de perícias superficiais que suspendem os benefícios decorrentes de doenças. O judiciário encontra-se assoberbado em decorrência dessas revisões. Ao realizar as pesquisas no CNJ, entre os anos de 2018 a 2021 verifica-se que realmente há um número expressivo de ações decorrentes da ausência de saúde em relação aos demais temas. O CNJ realiza a pesquisa anualmente, de todos os tribunais, mas aqui foi feito o recorte do Juizado Especial Federal em nível nacional. O tema será posteriormente desenvolvido.

É importante salientar que, embora a Lei nº 13.846/2019 tenha dado novas roupagens a alguns artigos da Lei nº 8.212/91, e contenha outros conteúdos, tem-se como propósito, aqui, dar destaque somente ao que concerne à revisão dos benefícios por incapacidade. Sendo assim, além dos objetivos, a Lei nº 13.846/19 contém em seu texto regramentos expressos para a realização da análise dos benefícios por incapacidade. Entre eles, estão os segurados que possuam benefícios previdenciários por incapacidade e estejam na ativa por um período superior a seis meses, e que não tenham data de cessação ou indicação de reabilitação profissional. Essa revisão também vem atingindo as pessoas que recebem benefícios assistenciais. Aqui, o critério é analisar os benefícios de prestação continuada que estejam sendo pagos por um período maior que dois anos²⁹. Além desses, estão sendo revistos outros benefícios de natureza previdenciária, trabalhista e tributária.

Conforme já destacado, essa nefasta legislação não excluiu da revisão nem mesmo os segurados que recebem o benefício por incapacidade permanente, antigamente denominados aposentados por invalidez, que também deverão realizar a perícia médica para a análise da capacidade laboral³⁰; ainda que restem resguardados dessa revisão os pensionistas inválidos e os segurados que recebem o benefício por incapacidade permanente com mais de 60 anos de idade, segurados com mais de 55 anos e que sejam beneficiários previdenciários por incapacidade há mais de 15 anos, bem como os portadores de HIV.

Muito embora a legislação nomine várias possibilidades de notificação, a realizada por meio da agência bancária é a preferencial e mais usual³¹, forçando

²⁹ Art. 10º da Lei nº 13.846/2019.

³⁰ §4º do art. 43 da Lei 13.457/17: “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 administrativamente, observado o disposto no art. 101 desta Lei”.

³¹ Art. 69 Lei nº 8.212/91: “O INSS manterá programa permanente de revisão da concessão e da manutenção dos benefícios por ele administrados, a fim de apurar irregularidades ou erros materiais. § 1º Na hipótese de haver indícios de irregularidade ou erros materiais na concessão, na manutenção ou na revisão do benefício, o INSS notificará o beneficiário, o seu representante legal ou o seu procurador para apresentar defesa, provas ou documentos dos quais dispuser, no prazo de: I - 30 (trinta) dias, no caso de trabalhador urbano; II - 60 (sessenta) dias, no caso de trabalhador rural individual e avulso, agricultor familiar ou segurado especial. § 2º A notificação a que se refere o § 1º deste artigo será feita: I - Preferencialmente por rede bancária ou por meio eletrônico, conforme previsto em regulamento; II - Por via postal, por carta simples, considerado o endereço constante do cadastro do benefício, hipótese em que o aviso de recebimento será

o segurado que não teve os valores de seu benefício depositado, dirigir-se ao INSS para regularizar sua situação e agendar a perícia médica. Entende-se que tal procedimento é aviltante, uma vez que fere a dignidade pessoal, pois os valores dos benefícios têm caráter alimentar e relação direta com a sobrevivência do cidadão. É possível encontrar trabalhadores que, após permanecerem quase dez anos recebendo o benefício previdenciário, tiveram-no suspenso, devido a perícias rápidas e superficiais, tendo que voltar ao seu emprego. Muitos, depois de muito tempo fora do mercado de trabalho, acabam perdendo a qualificação, como é o caso de uma enfermeira instrumentista cliente do nosso escritório. Apavorada, portadora de problemas psiquiátricos, relatou, assustada, haver perdido a habilidade à função, além de ainda estar enferma, portanto, incapaz para o trabalho. Muitos trabalhadores voltam ao trabalho e são logo demitidos, outros procuram judicializar a questão. A partir do recorte da pesquisa, aqui juntada do CNJ, verifica-se o imenso número de pessoas que procuram a Justiça Federal visando à concessão de seu benefício. Verifica-se também, por meio da pesquisa, que, por ordem de procura, os pedidos de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez desde 2018, data do recorte aqui utilizado, encontram-se em primeiro e segundo lugar como os mais frequentes. Assinala-se que a celeridade na realização dessas revisões decorre do incentivo financeiro destinado aos peritos, denominado “bônus de desempenho institucional por perícia médica”³².

Muitos segurados têm tido seu benefício suspenso porque são pegos inesperadamente para a realização da perícia, estando desprovidos dos documentos comprobatórios de sua incapacidade atualizados. Isso ocorre devido à frágil infraestrutura financeira dessa parte da população, dependente exclusivamente do SUS para a realização dos exames necessários à comprovação da sua incapacidade laboral. Além disso, existem os segurados que não compreendem o funcionamento do sistema e, devido ao próprio desconhecimento, nada fazem para evitar a cessação do benefício. Constatase, portanto, que a partir dessa lei, denominada “pente fino”, acabou a

considerado prova suficiente da notificação; III - pessoalmente, quando entregue ao interessado em mãos; ou IV - Por edital, nos casos de retorno com a não localização do segurado, referente à comunicação indicada no inciso II deste parágrafo”.

³² Art. 2º da Lei nº 13.846/2019.

estabilidade dos segurados, pois os benefícios por incapacidade permanente deixaram de ser definitivos, podendo ser revistos e suspensos a qualquer tempo. Ao analisar essa lei, verifica-se a mácula realizada no perfil do segurado, como se o segurado estivesse tentando enganar o Estado, tentando utilizar-se de uma falsa incapacidade para ter vantagens pessoais.

As reformas neoliberais continuam mitigando ou retirando direitos. As políticas sociais, que deveriam proteger o cidadão no período de perigo social, acabam contendo cláusulas que impedem ou prejudicam o cidadão, como é o caso também da Lei nº 13.846/2019. A lei da “alta programada”³³ refere-se a um sistema que determina a prefixação do tempo de recebimento do benefício. Até a edição da Lei nº 13.457/2017, os benefícios previdenciários decorrentes de perda de saúde, e os benefícios assistenciais daí decorrentes, eram concedidos sem prazo determinado. Os segurados periodicamente realizavam a perícia, com o objetivo de constatar se haviam reabilitado a saúde necessária para o retorno ao trabalho. Outrossim, uma vez constatado que a doença era uniprofissional, que a incapacidade era total e definitiva, era concedida a aposentadoria por invalidez. Esse benefício tinha caráter definitivo.

Após a edição da Lei nº 13.457/2017, nenhum benefício decorrente da ausência de saúde é concedido por prazo indeterminado, nem mesmo o benefício por incapacidade permanente, que deixou de ser definitivo, podendo ser revisto e suspenso a qualquer tempo. Nessa lógica perversa, caso não seja possível a perícia (administrativa ou judicial) estabelecer o prazo de convalescença do/a segurado/a, será fixado um prazo máximo de 120 dias³⁴. A lei 13.457/2017 trouxe nova redação ao § 8º do art. 60 da lei 8.213/91, na qual passa a constar que “sempre que possível, o ato de concessão ou de reativação de auxílio-doença, judicial ou administrativo, deverá fixar o prazo estimado para a duração do benefício”.

Importante esclarecer que, após a lei da alta programada, caso o perito constate que o cidadão esteja incapacitado, mas não saiba precisar o tempo de tratamento para o restabelecimento da saúde do trabalhador, o benefício será

³³ Lei n. 13.457/2017.

³⁴ Conf. redação dada pelo §9º, art. 60, da Lei n. 8.213/91.

concedido automaticamente, com base na legislação, pelo prazo de 120 dias³⁵. Esse prazo de prefixação de benefício faz com que o segurado, reiteradamente, 15 dias antes do final dos 120 dias de concessão do benefício, solicite nova perícia para comprovar que ainda permanece enfermo, mediante apresentação de atestados e exames atualizados, sob pena de suspensão de seu benefício. Trata-se de uma “procissão”, onde o cidadão ainda enfermo fisicamente, e muitas vezes até mentalmente, deve realizar, quadrimestralmente, exames repetitivos de doenças crônicas, que muitas vezes não são passíveis de recuperação. Além dos segurados que possuem enfermidade crônica, existe o caso dos que aguardam a realização de cirurgia e, reiteradamente, no mesmo período, têm de requerer a perícia para comprovar que ainda se encontram na fila de espera do SUS para realizar a cirurgia.

Ao contrário do que é disposto nessas normas, caberia ao Estado instituir medidas que garantissem ao cidadão proteção no período de fragilidade, de incapacidade, mas, ao contrário, essa legislação acaba fazendo parte de uma série de medidas que visam atender o equilíbrio atuarial, dando prioridade à economia em detrimento às medidas que deveriam proteger o trabalhador, desobrigando-o de voltar ao trabalho sem condições para corresponder ao mercado de trabalho competitivo e exigente. Pode-se alegar, assim, que tanto a “alta-programada” como o “pente-fino”, realizados a partir do sistema pericial (administrativo e judicial), são o sustentáculo do que denominei nesta tese como “força negadora do direito social”. A seguir, faz-se um breve comentário sobre a reforma trabalhista que rege as relações de trabalho.

5.3. A REFORMA TRABALHISTA E SEUS REFLEXOS NOS DIREITOS DE SEGURIDADE SOCIAL

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT, 1943) surgiu como uma necessidade constitucional, como uma rede de proteção jurídica. Essa legislação, além de assegurar salários justos, tem o fim de traçar regras sobre

³⁵ §9º do art. 60 da lei 8.213/91: “Na ausência de fixação do prazo de que trata o §8º deste artigo, o benefício cessará após o prazo de cento e vinte dias, contado da data de concessão ou de reativação do auxílio-doença, exceto se o segurado requerer a sua prorrogação perante o INSS, na forma do regulamento, observado o disposto no art. 62 desta Lei”.

as atividades laborais, para eliminar riscos à saúde do trabalhador, preservando assim sua integridade física e psíquica. Em 11 de novembro de 2017, entrou em vigor a Lei nº 13.467, conhecida como Lei da Reforma Trabalhista. Essa lei alterou um número expressivo de artigos e dispositivos da CLT, além das leis nº 6.019/74, nº 8.036/90 e nº 8.212/91. A Reforma Trabalhista retirou ou reduziu muitos direitos dos trabalhadores sob a alegação da abertura e ampliação do mercado de trabalho. Oriunda das políticas neoliberais, na realidade prejudicou imensamente o trabalhador, criando regras que beneficiam a exploração e a dispensa do mesmo com maior facilidade.

Os defensores dessa reforma pregavam que a legislação trabalhista estaria ultrapassada e que a suposta reforma, com a flexibilização da legislação, beneficiaria o mercado de trabalho, que poderia trazer benefícios ao trabalhador, uma vez que seriam abertos novos postos de trabalho para a população. Ao contrário do que era apregoado, a reforma trabalhista, da forma como foi realizada, feriu direitos fundamentais e prejudicou o direito individual e coletivo em favor de uma minoria empresarial que detém todo o poder do capital. Com ela, foi instituída a possibilidade da livre negociação entre patrões e empregados, dando prevalência do negociado sobre o legislado. Assim, os acordos travados entre empregados e empregadores, sobre direitos laborais, passam a se sobrepor à legislação vigente. Configurou-se o princípio da intervenção mínima nas relações de trabalho.

A legislação da reforma trabalhista contém regras que facilitam e beneficiam o poder de negociação do empregador sobre a mão de obra do trabalhador, exatamente como uma mercadoria. Ela surge sob a alegação de que essa norma iria melhorar as relações entre capital e trabalho. Melhorar o capital e o trabalho para quem? Nesse sentido, Sandro Sacchet de Carvalho (2017) comenta:

(...) há, no conjunto da Lei n. 13.467/2017, uma lógica que busca diminuir, no marco do direito do trabalho no Brasil, a noção de que a venda da mercadoria força de trabalho trata-se de uma relação entre pessoas, substituindo-a por uma visão que trata essa venda como uma relação entre coisas.

O pensador francês Christophe Dejours (2007, p. 13), por sua vez, também comenta sobre o mercado de trabalho, comparando 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!

Quando Dejours narra sobre a guerra, ele metaforicamente refere-se ao desenvolvimento da competitividade no mundo do trabalho. Entende-se, portanto, que a Lei nº 13.467/2017 retirou direitos trabalhistas e, conseqüentemente, gerou um retrocesso social. Além disso, criou normas que podem causar prejuízo à saúde do trabalhador, uma vez que esse se encontra menos protegido devido à redução interventiva do Estado.

Além de ter causado alterações nos direitos individuais, ela trouxe reflexos no direito coletivo do trabalho, inibindo a democracia sindical e sua autonomia. A lei alterou e acrescentou, entre outras, as seguintes matérias do texto celetista: conceito de grupo empresarial e solidariedade de empresas; tempo à disposição do empregador; fontes e interpretação do Direito do Trabalho; sucessão empresarial e responsabilidade do sócio retirante; prescrição geral e intercorrente; registros do empregado; fim das horas “*in itinere*”; trabalho a tempo parcial; horas extras, banco de horas e acordo de compensação; regime de 12 horas x 36 horas; tele trabalho; férias; dano extrapatrimonial; proteção da maternidade; contrato de autônomo; contrato de trabalho intermitente; homologação de acordo extrajudicial; execução trabalhista, entre outros.

As mudanças legislativas trabalhistas apresentam indícios de descompasso com as premissas constitucionais vigentes, na medida em que afetam a prestação de direitos fundamentais, erigidos pela Constituição de 1988. Visando maior exploração da mão de obra do trabalhador e mantendo-o mais tempo à disposição do empregador, criou-se a possibilidade de realização de acordos que flexibilizam a jornada de trabalho e a utilização de banco de horas, visando a alta produtividade e o lucro desenfreado. Constata-se que a realização

dessa reforma trabalhista não levou em consideração a proteção, nem a manutenção, da saúde do trabalhador.

Essa legislação, além de reduzir a intervenção do Estado, revogou a obrigatoriedade da presença e fiscalização do sindicato na realização das rescisões trabalhistas³⁶. A partir da Reforma Trabalhista, as rescisões, além de serem realizadas no local do trabalho, podem ser efetivadas sem assessoramento jurídico do sindicato correspondente, prejudicando, portanto, o trabalhador, que fica à mercê do empregador. Visando enfraquecer ainda mais o movimento sindical, que visa proteger e mediar a categoria profissional junto às empresas, foi incluída uma cláusula na qual a associação passa a ser optativa, repercutindo, conseqüentemente, na contribuição sindical e enfraquecendo os sindicatos. Além disso, alterou-se a forma de pagamento da contribuição sindical, a qual anteriormente se dava por meio de desconto em folha. Agora, deve ser realizado, obrigatoriamente, por meio de boleto bancário a ser remetido à residência do trabalhador. Entende-se que essas novas regras, decorrentes da reforma trabalhista e impostas aos sindicatos, acabam por exaurir ainda mais o poder de gerência e de sobrevivência desses, uma vez que levam à perda de sócios contribuintes, enquanto aumentam os gastos com a expedição e remessa do boleto bancário. São dificuldades criadas para enfraquecer e fragilizar o sindicalismo brasileiro.

Como já mencionado, a Lei da Reforma Trabalhista possui cláusulas que facilitam a demissão do empregado³⁷. Tais facilidades são consideradas como um estímulo às empresas que se utilizam da coação e da ameaça de perda de emprego, visando estimular a produtividade do trabalhador. É a “política do medo”. Dentro desse esquema de atitude autoritária da chefia, desenvolve-se a discórdia, a competitividade e o isolacionismo entre os funcionários, gerando conseqüentemente desgaste mental (Lima e Deusdedit Jr., 2006). Assim, origina-se entre os colegas de trabalho o medo de ser substituído.

³⁶ Com base nos §§ 1º, 3º e 7º do art. 477 da CLT, que foram revogados, a rescisão de contratos de trabalho com período superior a um ano era realizada nos sindicatos que davam suporte judicial ao empregado.

³⁷ Trata-se de uma rescisão acordada entre empregador e empregado, tendo regras especiais, que vão desde o recebimento, pela metade, de algumas verbas rescisórias, até o levantamento de um percentual do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

Embora a reforma trabalhista tenha sido realizada sob a argumentação de que haveria crescimento econômico, que aumentaria postos de trabalho, o que se verifica é que ocorreu justamente o contrário. Depois da mudança da legislação trabalhista, houve aumento do desemprego e ampliação da contratação por meio de empresas terceirizadas, com redução de custos. Tanto o desemprego como a redução da remuneração dos trabalhadores, gerou reflexos no direito previdenciário. A redução da remuneração causa redução nos valores dos recolhimentos previdenciários e, conseqüentemente, no valor dos benefícios. “O valor das aposentadorias, pensões e benefícios estatais reduz o valor da força de trabalho a um mínimo extremo, o que serve de prova aos demais trabalhadores de que se pode viver com “quase nada”” (Faleiros, 1991, p.66).

Nesse cenário de precarização do trabalho, se por ventura o trabalhador apresentar algum tipo de moléstia, decorrente ou não do trabalho, caso ele não seja “descartado”, é encaminhado para o INSS com a finalidade de receber algum tipo de benefício previdenciário decorrente de moléstia incapacitante. Já no campo da saúde, o Sistema Único de Saúde é a porta de entrada para esses segurados e para milhares de brasileiros que possuem qualquer tipo de enfermidade, causadora ou não de incapacidade laboral, e que precisem realizar tratamento médico. É através do SUS, esse sistema de saúde público e universal, que os trabalhadores realizam seus exames para diagnóstico de suas moléstias e para o tratamento na busca por saúde e qualidade de vida. É a partir dessa instituição que os trabalhadores vão colher as evidências para comprovar a sua incapacidade laboral junto ao empregador e, conseqüentemente, para o Instituto Nacional do Seguro Social.

Embora saiba-se que a saúde é fator primordial ao exercício pleno da cidadania, notadamente pelo acesso ao mercado de trabalho, em 2016, no Brasil, sob a administração da presidência golpista de Michel Temer, foi instituída a Emenda Constitucional nº 95, com a finalidade de restringir os gastos do Estado, causando reflexo na saúde e na educação, conforme será visto a seguir.

5.4. A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95 E O TETO DE GASTOS

A EC nº 95 inseriu, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal no Brasil. Conhecida como a “PEC dos Gastos”, ela determina que, a partir de 2017, os limites das despesas primárias do Poder Executivo, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Ministério Público e da Defensoria da União equivalerão às despesas primárias do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)³⁸.

A partir dessa Emenda Constitucional foi implementado um novo regime fiscal, no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, estabelecendo um teto de gastos do Governo Federal, incluindo o relativo a políticas públicas para efetivação dos direitos como saúde, educação, assistência social, dentre outros. Esse teto de gastos foi fixado em 2017, correspondente ao orçamento disponível para os gastos de 2016, acrescido da inflação daquele ano. “Para a educação e a saúde, o ano-base será este 2017, com início de aplicação em 2018” (Mariano, 2017, p. 260). A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do Governo Federal.

A principal finalidade dessa Emenda Constitucional é estabelecer limites para os gastos públicos da União por duas décadas³⁹, sendo que somente a partir do décimo ano de funcionamento deste regime fiscal, poderá haver alguma alteração na referida Emenda. Segundo Mariano (2017, p. 260), “qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime, e será limitada à alteração do índice de correção anual”. O legislador também estabeleceu os regramentos dos demais exercícios financeiros que deverá corresponder ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo. Conforme Mariano (2017, p. 279):

O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas

³⁸ Conforme incisos I e II do §1º do art. 107 da EC nº 95.

³⁹ Conforme art. 106 da EC nº 95.

desigualdades sociais e econômicas, necessária para uma economia verdadeiramente soberana. O ataque também é à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas.

Essa Emenda Constitucional precariza mais a vida dos cidadãos, haja vista que essas medidas reduzem a possibilidade de implementação de políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida do trabalhador, priorizando a austeridade, que se caracteriza como uma política de governo onde esse realiza cortes em gastos públicos. Vieira e colaboradores (2018, p. 32) comentam sobre a austeridade:

Ela é utilizada pelos neoliberais para justificar a moderação no crescimento dos salários e da oferta de bens e serviços públicos. O argumento é de que, com esta moderação, não se prejudica a poupança dos empresários, algo necessário à geração de empregos e ao bem-estar futuro dos consumidores. Contudo, não se emprega ao mesmo tempo a moderação dos lucros. Assim, ao adotar essas políticas, os neoliberais defendem mais os empresários do que os consumidores e a austeridade proposta não é a dos que mais consomem (os ricos), mas sim a dos trabalhadores e dos cidadãos que dependem de serviços públicos, o que aumenta a injustiça social.

Verifica-se, portanto, que a austeridade beneficia os empresários e prejudica os trabalhadores. Dweck, Oliveira e Rossi (2018, p. 20-21) comentam sobre as repercussões da austeridade:

- (i) ao gerar recessão e desemprego, reduzem-se pressões salariais e aumenta-se lucratividade. E como mostra Bova et. al (2018), a austeridade tende a aumentar a desigualdade de renda; em média, um ajuste de 1% do PIB está associado a um aumento no coeficiente de Gini do rendimento disponível de cerca de 0,4% a 0,7% nos dois anos seguintes;
- (ii) o corte de gastos e a redução das obrigações sociais abre espaço para futuros corte de impostos das empresas e das elites econômicas;
- e (iii) a redução da quantidade e da qualidade dos serviços públicos aumenta a demanda de parte da população por serviços privados em setores como educação e saúde, o que aumenta os espaços de acumulação de lucro privado.

Os mesmos autores também expressam que

Quando o governo contrai o seu gasto, milhões de pessoas passam a receber menos, o que tem impactos negativos na renda privada. Quando o governo corta gastos com investimentos destinados a uma

obra pública, por exemplo, o efeito é direto sobre a renda e o emprego, uma vez que a empresa que seria contratada deixa de contratar empregados e comprar materiais. Da mesma forma, o corte de gastos em transferências sociais reduz a demanda dos que recebem os benefícios e desacelera o circuito da renda. Dessa forma, é uma falácia pensar o governo independente do resto da economia. Contabilmente, o gasto público é receita do setor privado, assim como a dívida pública é ativo privado e o déficit público é superávit do setor privado. Se no momento de crise o governo buscar superávits, esses se darão às custas dos déficits do setor privado, o que pode não ser saudável para a estabilidade econômica e resultar no chamado “ajuste fiscal autodestrutivo”. Sendo assim, além de gerar retração econômica, a austeridade ainda pode piorar a situação fiscal. Em uma economia em crise, a austeridade pode gerar um círculo vicioso em que o corte de gastos reduz o crescimento, o que deteriora a arrecadação e piora o resultado fiscal, o que leva a novos cortes de gastos. Ou seja, em um contexto de crise econômica, a austeridade é ainda mais contraproducente e tende a provocar queda no crescimento e aumento da dívida pública, resultado contrário ao que se propõe (Dweck, Oliveira e Rossi, 2018, p. 18).

Assim, a redução de gastos cria um círculo vicioso porque, uma vez reduzidos os gastos, reduz-se o crescimento e uma nova redução de gastos tem que ser realizada, repercutindo também na redução de investimentos sociais. O artigo 109 do ADCT designou um elenco de punições em caso de descumprimento ao limite individualizado imposto no Novo Regime Fiscal, sendo que o artigo 108 prevê a possibilidade de revisão do método de correção dos limites somente a partir do décimo ano de vigência da EC n. 95/2016.

Destaca-se que o artigo 110, inciso I, do ADCT, faz uma ressalva sobre os gastos com saúde e educação referente ao ano de 2017, garantindo a aplicação do mínimo constitucional apenas para esse ano, sendo que nos exercícios financeiros posteriores serão calculados os valores aplicados nos exercícios anteriores com a respectiva correção. Ou seja, congela-se o mínimo aplicável em saúde e educação no mínimo constitucional em 2017. Com isso, a partir de então, ocorre uma redução de tais valores em percentual do PIB ou das receitas do governo, abrangendo, entre outras proibições, a vedação de aumentar a remuneração dos servidores públicos e de contratar novos servidores, o que desencadeia efeitos econômicos e sociais, retira direitos e penaliza a maioria da população; em especial, destaca-se, mantendo os segurados envelhecidos no labor, sem condições físicas e emocionais. Nesse sentido, entende-se que o aumento da expectativa de vida não é sinônimo de

aumento de capacidade laboral. Observe-se o artigo 108, que versa sobre o regramento quanto à alteração da referida Emenda Constitucional:

O Presidente da República poderá propor, a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal, projeto de lei complementar para alteração do método de correção dos limites a que se refere o inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Parágrafo único. Será admitida apenas uma alteração do método de correção dos limites por mandato presidencial.

Essa Emenda, que visa restringir gastos, causa sérias limitações nos projetos sociais, congela sistemas de proteção que deveriam ser encarados como investimento, desorganiza sistemas de proteção social que influem na diminuição da desigualdade ao promover a cidadania e, conseqüentemente, limita a expansão natural da economia. O comentário sobre limitação de projetos sociais, refere-se ao fato de que a Educação e a Saúde⁴⁰ foram incluídas na “PEC dos Gastos”. Assim, os valores destinados à educação e à saúde passaram também a ser “calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior”⁴¹, corrigidos também pelo IPCA.

Paulette Dieterlen, em seu artigo intitulado *Derechos, necesidades básicas y obligación institucional*, comenta o quanto a saúde e a educação são importantes como forma de satisfação de necessidades básicas e, conseqüentemente, de diminuição da disparidade social. A autora mexicana discorre que a pobreza é um problema social e menciona que, no México, tanto a educação como a saúde são direitos protegidos constitucionalmente e considerados como necessidades básicas.

(...) derechos constitucionales relacionados con la satisfacción de necesidades básicas, como por ejemplo el artículo 3º, que garantiza el derecho a la educación, y el 4º, que prescribe el derecho a la salud. En la actualidad se habla de incorporar a la Constitución Mexicana el derecho a un mínimo de bienestar, que comprendería el derecho a la alimentación. (Dieterlen, 2001, p. 14)

Ela completa dizendo que “existe en la mayoría de los países un interés en combatir la pobreza por su aspecto disfuncional, puesto que los pobres

⁴⁰ Conforme art. 110 da EC 95.

⁴¹ Conforme inciso II do art. 110 da EC 95.

constituyen un freno para el desarrollo económico de un país” (Dieterlen, 2001, p. 14), e que esses pobres padecem do indispensável para ter autonomia e capacidade para concluir planos de vida. Para essa parte da população, faltam as condições básicas de caráter universal, necessárias à autonomia do ser humano. Dieterlen (2001, p. 17) nos explica que a saúde é uma necessidade básica:

Para Doyal las necesidades básicas son la salud y la autonomía personal. De esta manera, para que las personas puedan actuar y sean responsables, deben tener determinada capacidad física y mental consistente en la posesión de un cuerpo que esté vivo, gobernado por todos los procesos causales relevantes, y deben tener asimismo la competencia mental para deliberar y elegir. La competencia y la capacidad de elección constituyen el nivel más básico de autonomía personal.

Doyal (1998) ainda esclarece que a autonomia se refere às oportunidades objetivas que permitem que a pessoa atue, e isso se relaciona intimamente com a educação formal. Segundo o autor, níveis mínimos de educação desenvolvem as seguintes características:

(...) los agentes tienen la capacidad intelectual para fijar metas de acuerdo con su forma de vida; poseen la suficiente confianza en sí mismos para desear actuar y participar en la vida social; pueden formular fines consistentes y son capaces de comunicarlos a los otros; los agentes perciben sus acciones como propias; tienen la posibilidad de comprender las restricciones empíricas que dificultan o impiden el logro de sus metas; pueden sentirse responsables de las decisiones que toman y de sus consecuencias. (Doyal, 1998, p. 160 *apud* Dieterlen, 2001, p. 17)

Assim, tanto a educação como a saúde são direitos importantes para o desenvolvimento da autonomia global do ser humano e são elementos imprescindíveis à efetivação da cidadania. Por isso, o direito à saúde é um direito constitucional, que deve ser prestado de forma positiva pelo Estado⁴² a todo cidadão que necessitar. A restrição de investimento com a saúde da população lesa um direito que vai além da biologia. Ao limitar os valores da saúde, o Estado está precarizando toda uma série de variáveis que se incluem na concepção de saúde e que são fundamentais ao exercício da democracia. A Lei nº 8.080/90,

⁴² Conforme art. 2º da Lei nº 8.080/90: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

em seu artigo 3º, nos traz um conceito ampliado de saúde que engloba uma série de fatores:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Verifica-se que também a educação é uma das condições para a saúde e bem-estar da população. Daí a surpresa com a limitação de valores frente a uma política social tão relevante e que foi consagrada como um direito constitucional. O artigo 6º da Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito social juntamente com a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, entre outros direitos sociais. Esses direitos possuem como finalidade assegurar ao indivíduo, mediante prestação de recursos materiais essenciais, uma existência digna.

Analisando a Constituição Federal, é possível verificar que a saúde está sedimentada como um direito precípua nos artigos 196 e seguintes. A norma enfatiza que a saúde é um dever do Estado e de todos, é universal e gratuita, sendo do Estado a responsabilidade de sua promoção e recuperação. Como já mencionado anteriormente, a promoção da saúde da população se dá a partir de políticas sociais e econômicas para alcançar esse fim: políticas públicas positivas, e não restritivas, como se observa na EC nº 95.

Com a pandemia do coronavírus, tivemos uma noção da importância do Sistema Único de Saúde que, com seu carácter universal, atendeu a todos, independentemente de sua condição social. Ainda que, eventualmente, com menor ou maior grau de eficiência, verificou-se que é possível contar com esse sistema, que atende a todos de forma gratuita e igualitária. Essa pandemia nos oportunizou refletir sobre o fato de que a saúde pública repercute na saúde privada, e por consequência na economia. Somente com investimento teremos uma saúde pública de qualidade. “Quanto mais um país gasta para assegurar serviços públicos, menos cidadãos terão que pagá-los por meio da iniciativa

privada“ (MARIANO, 2017, p. 272). Nesse sentido, Wailla (2018) rechaça a falta de investimentos na saúde pública:

Que direito à saúde se está a falar, quando as escolhas políticas se direcionam à subjugação do público ao privado, à prevalência dos interesses próprios de poder e posse da nossa eterna oligarquia, hoje disfarçada na figura dos “representantes do povo” (que dessa alcunha restam apenas os seus discursos vazios), impondo aos usuários do SUS a dura realidade de espera e sofrimento? Quais eram mesmos os princípios balizadores de uma política pública de saúde que coadunasse com a democracia e com a dignidade, esquecidos nos escaninhos daqueles que legitimamente deveriam pô-los em prática? Que independência, autonomia, igualdade, solidariedade está sendo construída a partir dessas políticas públicas desarticuladas, focalizadas e reducionistas? Que condições tem de progredir esses seres humanos que, doentes e desassistidos, já resignados pela espera sem-fim por qualquer direito, enxergam-se sem esperança?

Mariano (2017) também desaprova a Emenda Constitucional 95. A autora faz uma análise sobre o reflexo que a PEC tem sobre os poderes e a independência dos poderes. Já para Farias e Alves (2019) as alterações propostas pela EC

(...) ofendem a dependência e autonomia dos Poderes do Legislativo e Judiciário na medida em que lesionam a autonomia do Ministério Público e demais instituições constitucionais do sistema judiciário e conseqüentemente o princípio da separação dos poderes (OLIVEIRA ARANTES ROSSI, 2017). Além disso, para Amaral (2016, p. 671) o estabelecimento da PEC 95/16, resulta em uma verdadeira “morte” das políticas públicas de desenvolvimento e inclusão social, suscitando um agravamento da desigualdade, podendo provocar um imenso retrocesso na pirâmide social brasileira.

As autoras ainda apontam, apoiadas em Amaral (2016), um enfoque dessa EC que demonstra o quanto a nossa sociedade é antidemocrática:

Para Amaral (2016) em vez de dismantelar esse cenário de escassez e corrigir as deformidades que tornam o Brasil um dos países mais desiguais do mundo, a Emenda 95 somente aprofunda fortemente esse inaceitável cenário, inserindo no texto constitucional, por 20 anos, institutos que amarram o desenvolvimento socioeconômico. O Novo Regime Fiscal nada mais é do que uma demonstração cabal que as atuais políticas governamentais priorizam mais o capital do que o trabalho, agindo em nome da defesa dos interesses das classes dominantes em detrimento dos interesses da sociedade. (Farias e Alves, 2019)

Assim como houve precarização no trabalho, na educação e na saúde, tivemos também uma precarização no campo previdenciário. Além das reformas limitarem o acesso aos benefícios previdenciários administrativamente, também repercutem na forma de inviabilizar, ou prejudicar, o acesso às políticas sociais previdenciárias judicialmente, conforme discorre-se a seguir.

5.5. EMENDA CONSTITUCIONAL 103/2019 E SEUS NEFASTOS REFLEXOS NOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

A PEC nº 09/19, convertida na EC nº 103, de 12 de novembro de 2019, alterou o sistema de previdência social, desencadeou efeitos socioeconômicos, retirou direitos e penalizou a maioria da população. Tal cenário culminou na situação em que os segurados ingressam na velhice continuando a laborar, muitas vezes sem dispor das condições físicas e emocionais adequadas. Um dos pressupostos para a prolação dessa Emenda Constitucional é o aumento da expectativa de vida da população, o que não corresponde a um aumento de capacidade laboral. Verifica-se, a partir do estudo dessa Emenda, o implemento de reformas na legislação previdenciária que visam reduzir o número de pessoas com acesso ao recebimento dos benefícios.

Interessa nesta pesquisa, dentro do vasto leque de alterações trazidas por tal Emenda, focar essencialmente o ponto de vista dos direitos sociais, as questões atinentes ao adoecimento/falta de saúde e incapacidade laboral. Entre todas as regras perversas da EC n. 103/19, destaca-se as mudanças referentes à Aposentadoria Especial, que tem uma conexão direta com a saúde e os agentes que a afetam. Essa aposentadoria é uma espécie de aposentadoria por tempo de serviço/contribuição reduzida, devido ao labor nocivo decorrente de agentes insalubres, perigosos e penosos. Em reformas precedentes, essa aposentadoria especial sempre foi ameaçada com base no discurso de que os trabalhadores se aposentam muito jovens, aos 25 anos de labor. Depois dessa EC, pela via oblíqua, restou decretado seu enfraquecimento, para não falar em extinção, uma vez que os segurados, para terem direito a esse benefício, terão que conjugar o nível intensidade com uma idade mínima: 55 anos, no caso da grave (15 anos de labor); 58 anos, no caso da moderada (20 anos de labor); e

aos 60 anos de idade no caso mais comum, de intensidade leve. Veja-se, para ilustrar essa questão, as reflexões de Costa (2020):

Façamos, diante destas novas regras, alguns exercícios práticos que a vida teima em mostrar, e os tecnocratas e políticos recusam-se em aceitar. Imaginamos o caso dos mineiros, que não têm acesso sequer à luz do dia, trabalhando em condições absolutamente nocivas (agentes químicos e físicos), além de iminente risco de vida, estarem trabalhando nestas condições até os 55 anos (homens e mulheres). Mas não precisamos ser drásticos com o exemplo apontado. Tomemos o caso ordinatório e corriqueiro dos labores nocivos em nível leve, assim considerados, tais como os laboradores em hospitais, postos de combustíveis, vigilantes, entre tantos outros que, antes da EC 103/19, aposentavam-se aos 25 anos de labor. Passam a ter uma idade mínima de 60 anos.

Verifica-se, sob o ponto de vista prático, tornar-se despicienda a regra da aposentadoria especial quando de grau leve (maioria dos casos, diga-se), uma vez que 60 anos é próximo das idades para a aposentadoria ordinatória comum (62 anos para mulheres e 65 anos para homens), sem a necessidade de utilizar as especialidades. Ainda, há de se observar que restou vedada qualquer transformação de tempo de labor especial em comum a partir da vigência da EC n. 103/2019. Por outro lado, a maior preocupação reside na forma como é conduzida a metodologia dos cálculos dos benefícios previdenciários a partir da vigência da EC n. 103/109, que atingirá a aposentadoria por invalidez.

Quanto à metodologia, em um primeiro momento, é necessário refletir sobre uma eventual queda do Fator Previdenciário, instituído pela Lei n. 9876/99. Isso porque esse Fator cede lugar a uma metodologia de cálculo da renda mensal inicial que julga-se ser mais perversa, porque o Fator Previdenciário considerava 80% das maiores contribuições de 07/94 até o pedido, aplicando a fórmula que reduzia os valores. Já a nova metodologia é assim estabelecida pelo artigo 26 da EC n. 103/109:

Art. 26. Até que lei discipline o cálculo dos benefícios do regime próprio de previdência social da União e do Regime Geral de Previdência Social, será utilizada a média aritmética simples dos salários de contribuição e das remunerações adotados como base para contribuições a regime próprio de previdência social e ao Regime Geral de Previdência Social, ou como base para contribuições decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal, atualizados monetariamente, correspondentes a 100% (cem por cento) do período contributivo desde a competência julho de 1994

ou desde o início da contribuição, se posterior àquela competência. (...)
§ 2º O valor do benefício de aposentadoria corresponderá a 60% (sessenta por cento) da média aritmética definida na forma prevista no caput e no § 1º, com acréscimo de 2 (dois) pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 20 (vinte) anos de contribuição nos casos: I - do inciso II do § 6º do art. 4º, do § 4º do art. 15, do § 3º do art. 16 e do § 2º do art. 18; II - do § 4º do art. 10, ressalvado o disposto no inciso II do § 3º e no § 4º deste artigo; III - de aposentadoria por incapacidade permanente aos segurados do Regime Geral de Previdência Social, ressalvado o disposto no inciso II do § 3º deste artigo; e IV - do § 2º do art. 19 e do § 2º do art. 21, ressalvado o disposto no § 5º deste artigo.

Não há qualquer dúvida que, até o vigésimo ano de contribuição, a média aritmética simples dos salários de contribuição vertidos a partir de julho de 1994 (mantendo ainda a mesma data constante na Lei n. 9876/99) será de apenas 60%. Isso quer dizer, amiúde, que para chegar aos 100% os segurados deverão ter 40 (quarenta) anos de contribuição. Exemplo concreto pode ser dado pelas aposentadorias por idade atuais, programadas aos 62 anos (mulheres) e 65 anos (homens): caso tenham somente os 15 e 20 anos contributivos, respectivamente, não terão mais que 60% da média aritmética aplicada. Para terem os 100%, terão que ter, ambos, 40 anos de contribuição. Com efeito, todos os benefícios, seja do RGPS ou do RPPS, devem acatar essa nova forma de cálculo. Por certo essa metodologia é perversa, não sendo improvável que os trabalhadores, aposentados e pensionistas, venham a reivindicar o retorno do Fator Previdenciário, diante de tamanha redução que terão em seus benefícios.

Também o caso das aposentadorias por incapacidade comum, atual benefício por incapacidade permanente, que nos interessa neste estudo, é emblemático: caso os segurados, independente do regime a qual pertençam, venham a adoecer e percam sua capacidade laboral dentro dos 20 anos contributivos, sem que possam ser reabilitados para retornarem ao trabalho, ficam com 60% somente da média de suas contribuições vertidas de julho de 1994 até o pedido do benefício. É de extrema crueldade e injustiça social essa metodologia, uma vez que é justamente na idade avançada que os segurados e seguradas necessitam da proteção social para dar conta dos gastos com médicos, exames e medicações. Sabemos das dificuldades do Sistema Único de Saúde em fornecer todos esses serviços e medicamentos.

Há de se registrar que essa metodologia de cálculo também traz outros desdobramentos, tal como é o caso do auxílio-acidente. Isso porque, pela regra anterior à EC n. 103/19, o valor era de 50% do valor do auxílio-doença (agora nominado benefício por incapacidade temporária). A partir da nova regra, o valor será de 50% sobre os 60%, o que, no mais das vezes, resultará em um valor bem menor que a metade do salário-mínimo nacional. Além dessas reformas, que visivelmente reduziram os direitos dos cidadãos, durante a redação desta tese o mal-estar generalizado provocado pelo prejuízo ao acesso às políticas sociais brasileiras repercutiu também no judiciário, conforme será descrito.

5.6. QUANDO AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS BATEM À PORTA DO JUDICIÁRIO

Não é a esmo que a fragilidade na aplicação das políticas sociais tem desencadeado um aumento considerável de judicialização dos direitos da Seguridade Social. Essa constatação quanto ao aumento da judicialização foi precedida pelo desembargador Paulo Afonso Brum Vaz (2021), que pesquisou os dados do CNJ e constatou que:

(...) o acúmulo de recursos em ações previdenciárias é o maior responsável pelo congestionamento de processos na Justiça Federal: 40% da demanda nos cinco Tribunais Regionais Federais diz respeito a litígios em que é parte o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

Esse pesquisador, magistrado e jurista, relata, ainda, a tendência do aumento da judicialização dos “conflitos entre os segurados e o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS acerca do direito fundamental aos benefícios por incapacidade, temporária ou definitiva” (Vaz, 2021). O aumento da judicialização é decorrente do atraso na análise do processo administrativo na via administrativa, devido ao grande volume de processos a serem despachados, impulsionados pela Reforma Previdenciária (EC nº 103). O atraso na conclusão dos processos administrativos ocasiona uma verdadeira inversão de papéis, onde o judiciário acaba substituindo o INSS na análise dos requerimentos que

seria de responsabilidade deste último, impulsionados por meio de ações judiciais impetradas pelos segurados lesados.

Outrossim, Paulo Brum Vaz (2021) noticia que “uma recente investigação sobre as possíveis causas da judicialização de benefícios previdenciários e assistenciais no Brasil apontou que a judicialização mais intensa é sobre benefícios que demandam perícias (questão de fato)”. Isso não é novidade, uma vez que todos os benefícios decorrentes da ausência de saúde necessariamente utilizam-se da prova pericial como forma de dirimir a questão da capacidade laboral do segurado e, conseqüente, a concessão do benefício por incapacidade do pleiteado. Essa análise pericial é realizada tanto no âmbito securitário quanto no âmbito do judiciário.

Até o advento da Lei nº 13.876/2019, cabia ao Poder Judiciário a responsabilidade com a despesa do pagamento dos honorários periciais judiciais. A partir de 2020, essa obrigação passa a ser de responsabilidade do Poder Executivo, com a durabilidade de dois anos a contar da edição da norma. A Lei nº 13.876/2019 teria um caráter emergencial, decorrente do aumento dos gastos do Poder Judiciário, que já havia chegado ao teto em 2018 e 2019. Suspeita-se que essa dilação dos gastos do judiciário provavelmente seja também resultado do programa “pente fino”, que causou grande aumento das ações que versam sobre capacidade laboral.

A lei acima citada, que dispõe sobre os honorários periciais⁴³, teve como prazo de vigência, a contar da data de publicação, o período de dois anos⁴⁴, ou seja, deixou de vigorar no dia 22 de setembro de 2021, em período posterior à realização do projeto de tese⁴⁵. A supressão da responsabilidade do Executivo Federal no pagamento das perícias acabou causando represamento das perícias e paralização na realização das mesmas, uma vez que não havia outro regramento definindo novos critérios. Essa ausência de ditames, sobre a quem

⁴³ O art. 1º da Lei nº 13.876/2019 dispõe sobre o pagamento dos honorários periciais das ações judiciais que tenham o Instituto Nacional do Seguro Social como parte do processo e se discuta a concessão de benefícios assistenciais à pessoa com deficiência ou benefícios previdenciários decorrentes de incapacidade laboral.

⁴⁴ No §3º, do art. 1º, fixa-se que, a partir de 2020, e no prazo de até 02 (dois) anos após a data de publicação, o Poder Executivo Federal garantirá o pagamento dos honorários periciais referentes a 1 (uma) perícia médica por processo judicial, com exceção dos casos em que as instâncias superiores determinarem a realização de outra perícia.

⁴⁵ Está-se inteirando esse fato porque ele irá refletir nas conclusões da presente tese.

caberia a responsabilidade pelo pagamento das perícias, causou grande prejuízo aos autores, que tiveram que aguardar a solução do impasse sem a realização da perícia e, conseqüentemente, sem a solução da lide.

Decorrente desse fato, a OAB, bem como o Instituto Brasileiro de Direito Previdenciário (IBDP), entre outros órgãos, elaboraram uma Nota Técnica em relação ao Projeto de Lei nº 3.914/20, que tinha o condão de alterar os dispositivos legais referentes ao pagamento das perícias médicas judiciais, previstos nas Leis nº 13.876/19 e nº 8.213/91. Destaca-se que tal Projeto de Lei instituíria critérios que prejudicavam muito o desiderato da população. Em decorrência desse impasse, foi editada, em 04 de maio de 2022, a Lei nº 14.331, que passa a instituir novo regramento sobre o pagamento dos honorários periciais realizados em processos que têm como objeto a concessão de benefícios previdenciários e assistenciais, e que sejam também parte o Instituto de Previdência Social. Essa nova lei trouxe grande repercussão aos processos previdenciários que objetivam a concessão de benefícios decorrentes de incapacidade laboral, uma vez que, como já foi mencionado, todos utilizam-se da prova pericial como importante fator, o que contribui para o resultado da lide.

Verifica-se, a partir da leitura dessa norma, que ela nasce com o objetivo de estabelecer critérios sobre as perícias realizadas nos processos que “discutam a concessão de benefícios assistenciais à pessoa com deficiência ou de benefícios previdenciários por incapacidade e sobre os requisitos da petição inicial em litígios e em medidas cautelares relativos a benefícios por incapacidade” (art. 1º da Lei nº 14.331/22). Além disso, no artigo 2º da Lei nº 14.331/22, fica estabelecido que “O ônus pelos encargos relativos ao pagamento dos honorários periciais, referentes às perícias judiciais, realizadas em ações em que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) figure como parte e se discuta a concessão de benefícios assistenciais à pessoa com deficiência, ou benefícios previdenciários decorrentes de incapacidade laboral ficará a cargo do vencido”.⁴⁶

⁴⁶ Causa espanto a suposição de que os autores das ações possam ter condições financeiras de arcarem com as custas processuais, no caso com o pagamento dos honorários periciais, uma vez que quem requer a LOAS geralmente é hipossuficiente; assim como aquele que requer os benefícios previdenciários decorrentes de saúde encontra-se afastado do trabalho devido a alegada falta de saúde, ou seja, sem renda.

Embora haja o entendimento de que os fatores incapacitantes dos cidadãos são multifatoriais, tornando a realização da perícia biopsicossocial necessária, a instituição da Lei nº 14.331/22, a partir do § 4º do art. 2º, estabeleceu a limitação de apenas uma perícia médica por processo⁴⁷. Caso seja necessário a realização de uma segunda perícia, o autor do processo terá que recorrer, no caso dos Juizados Especiais Federais, à Turma Recursal. Verifica-se, aqui, o cerceamento de provas, em dissonância com o regramento da lei anterior, no qual não havia limitação do número de provas periciais. É possível compreender que se trata de uma minirreforma que frustra a busca da verdade real e restringe o acesso ao direito das pessoas hipossuficientes que litigam albergadas pela gratuidade judicial. Aqui, concerne um ajuste fiscal que tem o propósito somente de economizar, e que acaba abarrotando o judiciário com a responsabilidade de decidir se há, ou não, a necessidade de uma segunda perícia. Tal fato, atrapalha o princípio da celeridade que norteia o Juizado Especial Federal, fazendo com que o segurado tenha seu desiderato protelado, enquanto aguarda doente e sem qualquer renda. Infere-se, também, o descaso na ausência de um projeto multidisciplinar e interdisciplinar pelo Executivo, ao referir-se somente à limitação de uma única perícia médica. A alteração da legislação, além de não ter aberto a possibilidade de determinar a aplicabilidade da perícia biopsicossocial, que contempla o ser humano na sua integralidade, acabou ocasionando a restrição do direito à utilização da prova pericial.

Ainda nessa norma, entre outras determinações, ficou estatuído que, caso os autores tenham o albergue da gratuidade judicial, o “ônus da antecipação de pagamento da perícia, na forma do § 5º deste artigo, recairá sobre o Poder Executivo Federal”⁴⁸.

Não bastasse isso, a Lei n.º 14.331/22, em alguma medida, traz um prêmio à desorganização estatal. Como visto, as regras sobre antecipação das perícias, na realidade, são regras de organização financeira estatal. Ora, cabe ao ente público bem organizar as suas contas e antecipar, na peça orçamentária, a estimativa real de litigância em torno dos benefícios por incapacidade. Ao subestimar os recursos para essa providência, o ente público a um só tempo potencializa a al

⁴⁷ “O pagamento dos honorários periciais limita-se a 1 (uma) perícia médica por processo judicial, e, excepcionalmente, caso determinado por instâncias superiores do Poder Judiciário, outra perícia poderá ser realizada”.

⁴⁸ Conforme §7º do art. 2º da Lei nº 14.331/22.

da prova. É dizer, objetivamente, quem deu causa à crise no pagamento das perícias foi o próprio poder público. Como vantagem, a Lei n.º 14.331/22 traz uma solução estável para a falta de recursos na produção da prova pericial; em contrapartida, traz grandes riscos para o exercício do direito à prova pelos litigantes. Não se pode perder de vista, pois, que negar de forma imotivada a prova pericial “constitui não apenas verdadeira restrição ao direito de prova, mas ao próprio acesso à justiça”. (Scalabrin, 2022)

Esse engendramento do ataque neoliberal a direitos essenciais, inviabilizando o acesso integral às políticas públicas, têm sido protagonizados também contra a saúde, conforme irá se discorrer no próximo capítulo.

6. DO DIREITO À SAÚDE

6.1. SAÚDE: UM DIREITO EM EVOLUÇÃO

A vida se manifesta através da saúde e da doença, que por sua vez são experiências singulares e subjetivas (Isquierdo, 2016). O conceito de saúde varia dependendo da época, do lugar e da classe social. O direito à saúde manifesta-se sob a perspectiva política, econômica, social e cultural. E será essa perspectiva que será trazida no presente estudo.

O direito à saúde surge como consequência direta do direito à vida, que deve ser compreendido não apenas como o direito de nascer, mas também o de continuar vivo e com dignidade (Fonseca, 2012). Devido à importância da saúde, essa foi considerada um direito fundamental, constitucional, pois é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua

existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52). A saúde por estar intimamente ligada à vida, está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana. Consequentemente, conclui-se que o direito à vida e à saúde são consequências da dignidade humana. Portanto, “o direito à saúde é direito à vida, pois a inexistência de um leva, inevitavelmente, ao fim da outra” (Paranhos, 2007, p. 156).

Um olhar para o passado nos permite a compreensão dos processos sociais e culturais que ocorreram, o que pode contribuir para um novo olhar sobre diversas questões. Dentro desse prisma, traz-se algumas passagens históricas que se entende serem relevantes e que demonstram que houve uma evolução sobre o entendimento do que se considera saúde. Ao recuar no tempo, pode-se verificar que a preocupação com as doenças sempre acompanhou a espécie humana. Indo mais além, as doenças são intrínsecas aos seres vivos e, desde que a humanidade tomou conhecimento disso, surgiu uma busca reiterada pela saúde. O ser humano, como ser dotado de razão, sempre procurou compreender a origem das doenças. Dentro dessa perspectiva, investigou e criou teorias e teses do que seria a doença e os condicionantes que levassem à cura, ou seja, ao alcance da saúde.

Primeiramente, a ideia de doença atrelava-se a uma concepção de religiosidade. À época, a doença tinha uma conotação de pecado e de maldição, que se manifestava através da intervenção de demônios ou do divino. “Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos” (SCLIAR, 2007, p. 30). Devido ao fato de ainda não haver ciência e a disponibilidade de um tratamento físico, as pessoas acreditavam que a doença era oriunda da espiritualidade e, assim, tratada como tal. Moacyr Scliar (2007, p. 30) também observa que “a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino”. Scliar também relembra que já na Grécia começaram a realizar o tratamento orgânico, físico, com plantas e métodos naturais, paralelamente ao tratamento religioso, com o objetivo de obterem a cura de suas moléstias:

Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclepius ou Aesculapius (que é mencionado como figura histórica na *Ilíada*), duas outras deusas, Higiéia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Higiéia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto, como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se Panacea representa a ideia de que tudo pode ser curado, uma crença basicamente mágica ou religiosa, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos. (Scliar, 2007, p. 32)

Essa mudança de olhar sobre a doença foi constatada por Hipócrates, filósofo grego, que viveu no século IV a.c., e que é considerado o pai da medicina. Hipócrates também defendeu a tese de que a medicina era distinta da filosofia e da religião. Ele trouxe a conotação de que medicina e superstição eram coisas distintas (Oliveira, 1981). Esse filósofo tinha a compreensão de que a doença era um desequilíbrio do corpo e que havia uma relação dessa com fatores ambientais. Além de ter uma compreensão sobre doença que era inovadora para a época, Hipócrates também foi vanguardista ao se preocupar com a forma como se dava a relação médico-paciente. Devido a esse fato, deixou vários escritos de orientação sobre a relação médico-paciente. Ele afirmava que “o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências” (Oliveira, 1981). Destaca-se aqui a importância que os gregos deram ao comportamento dos médicos, para que o tratamento fosse humanizado.

(...) a medicina grega exigia que os médicos fossem sensíveis à polissemia do humano, comunicando-nos – como a eles – uma importante admoestação: a necessidade inviolável de se rever o nível de humanização e de eticidade dos processos médicos com o avanço da técnica; ora, se na tradição médica grega a descrição dos sintomas e a intervenção curativa eram baseadas nos dados observados na relação empática com o doente, na medicina moderna os diagnósticos e prognósticos tenderam a prescindir dessa relação, em detrimento da leitura físico-matemática do fenômeno observado. (CRUZ e RUFINO, 2019, p. 3)

Cruz e Rufino (2019, p. 3) ainda apontam que, na época, a medicina era interdisciplinar e que atualmente existem as especializações.

Por esse caráter interdisciplinar, aliás, o helenista Werner Jaeger (2001) afirmou a distinção dessa antiga tradição terapêutica, fazendo – no entanto – um alerta à medicina do século XX d. C.: “Apesar de tão



evoluída, a Medicina dos nossos dias, fruto do renascimento da literatura médica da Antiguidade clássica na época do humanismo, pela sua especialização rigorosamente profissional, algo de totalmente distinto da ciência médica antiga”.

É importante comentar que, naquela época, o ser humano era visto na sua integralidade. Nesse diapasão, entendia-se que havia uma conexão do corpo com a mente e, também, que as doenças poderiam ser oriundas do modo de vida.

Os gregos consideravam que o corpo não é um mero organismo maquinal, tal como considerarão os modernos, inspirados em Descartes. O corpo só se entende em sua conexão com a mente humana e ambos só se podem compreender num complexo maior, já que a compreensão da saúde humana depende de uma percepção holística do seu ambiente vivido e do seu modo de viver. O conceito de saúde ética pressupõe que muitas das doenças que despontam no corpo apenas sintomatizam descompassos existenciais, formas de vida adoecedoras (...) (CRUZ e RUFINO, 2019, p. 3)

Outra corrente de pensamento, nascida no século XVII com o francês René Descartes, evoluiu no sentido de conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças. Ao equiparar o corpo humano à uma máquina, Descartes acreditava que poderia descobrir a causa da conservação da saúde (ISQUIERDO, 2016). Já Friedrich 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, e o ambiente em que viviam seus habitantes eram os responsáveis pelo baixo nível de saúde das populações urbanas (Brauner e Pierre, 2013). Aqui, surge o entendimento de que o meio ambiente é precípuo para o desencadeamento das doenças, e que essas são multifatoriais.

Isquierdo (2016), comentando sobre a saúde no período da Revolução Industrial, traz Dallari (1988) para lembrar que, nesse período, foi muito enfatizado que as atividades mecanizadas poderiam ser fatores de desenvolvimento de doenças. Nessa época, os trabalhos nas indústrias eram realizados rotineiramente, mecanicamente e em grande escala. Essa particularidade, da relação do trabalho mecânico com o adoecimento do trabalhador, foi rebatida com base nos trabalhos de Pasteur e Koch. Araujo e Azevedo (2006) comentam sobre a teoria da etiologia das doenças, de Pauteur

e Koch. Estes autores sustentavam que as doenças eram decorrentes do “defeito na linha de montagem humana”. Essa teoria era bem propícia aos interesses empresariais da época.

É evidente que, frente ao sistema político da época, não seria admitido a disseminação da ideia de que o tipo de atividade laboral exercido poderia ser motivo de desencadeamento de moléstias. Hoje se tem claro que o ambiente laboral pode produzir abalo ou agravar a saúde do trabalhador, sendo considerado como acidente do trabalho, previsto na legislação. Assim, verifica-se que a conotação, o entendimento do que era doença, estava também ligado aos interesses políticos e financeiros. Também, torna-se importante perceber que a doença era tida como ausência de saúde. Somente em 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde, esse conceito se ampliou. Recorre-se a Brauner e Pierre (2013) para elucidar a evolução do conceito de saúde no Brasil:

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.

Passando a saúde a ser contemplada sob essas novas dimensões, as questões sociais e ambientais foram resgatadas e ganharam uma relevância mundial. A partir da Conferência de Estocolmo, na Suécia, em 1972, surgiram novas recomendações com o objetivo de se ter uma melhor relação entre o ser humano e o ambiente (Brauner e Pierre, 2013). Outrossim, em 1978, na Declaração de Alma-Ata para Cuidados Primários da Saúde, realizada na Rússia, as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas passaram a ser indispensáveis nas ações e nos serviços de saúde no que diz respeito ao pensamento e à caracterização do processo saúde-doença. Assim, sob essas novas perspectivas, a situação da saúde nos países em desenvolvimento passou a ser considerada inaceitável.

O conceito de saúde não se estagna aí. A partir da Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, o conceito de saúde novamente foi ampliado e passou a ser sinônimo de ter paz,

abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. Já em 1986, a Organização Mundial da Saúde redefine a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental, e não apenas como ausência de doenças. Esse conceito evoluiu. Conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, 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. Esse conceito, como já mencionado, deixou de ser apenas a ausência de enfermidades e passou a ter uma concepção positivista. Assim, conclui-se que a saúde está condicionada a recursos pessoais, sociais e à capacidade física. Ela está ligada à qualidade de vida, além de ser vinculada às condições de vida, ao meio ambiente e a tudo aquilo que seja necessário para atingir o bem-estar do cidadão.

Como verificou-se, o conceito de saúde e doença envolve dimensões subjetivas e não apenas biológicas. Tais conceitos foram se modificando com o surgimento da ciência e a compreensão da realidade social. Bulos (2007) reproduz o conceito de saúde da OMS, mas inclui também a espiritualidade como fator propulsor da saúde: “é o estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual do homem, e não apenas a ausência de afecções e doenças”. Pela importância da saúde, ligada à sobrevivência e à dignidade da pessoa humana, se compreende a ênfase dada a essa questão na Constituição de 1988. E não poderia ser diferente, porque a saúde é um direito inalienável e um valor a ser aprimorado e conquistado pela humanidade. Esse direito social, pressuposto do direito à vida, tem por objetivo assegurar um mínimo existencial capaz de assegurar condições de bem-estar e de desenvolvimento mental e social a toda a população.

Entende-se que é necessário o redimensionamento do conceito de saúde e de doença, utilizando a racionalidade científica e a interação daquela com outras formas de entender a realidade. Para se entender a saúde faz-se necessário realizar uma avaliação da estrutura política e econômica do país. Tendo a saúde uma perspectiva econômica e cultural, essa passa a ser um fato coletivo. Fernando Lefèvre (1999) nos traz o conceito de fato coletivo:

(...) um fato coletivo é, ao mesmo tempo, uma entidade coletiva e um bem de consumo, ou seja, algo comum a ser necessariamente apropriado (lido) de modo privado. O fato coletivo é, paradoxalmente, igual para todos e diferente para cada um porque coletivo na codificação e privado na decodificação.

Pelo grau de importância e de relevância, o direito à saúde encontra-se incorporado na Constituição de 1988⁴⁹ como um direito fundamental; com prevalência e prioridade, por se tratar de um direito humano⁵⁰ e requisito essencial à dignidade da pessoa humana.

Um desdobramento da fundamentalidade material é representado pela relevância que o bem jurídico tutelado apresenta à ordem jurídico-constitucional. No caso da saúde, trata-se de um pressuposto à vida (condição digna de vida), além de ser essencial para a garantia das condições para exercício dos demais direitos. (Soares, 2014, p. 24)

A seguir, passa-se a analisar a saúde como um direito constitucional ainda a ser conquistado.

6.2. A SAÚDE: UM DIREITO FUNDAMENTAL ASSEGURADO PELA CONSTITUIÇÃO

Ao fazer uma análise da saúde, torna-se importante situar o contexto social de onde emerge a política pública que a sustenta. Para tanto, deve-se fazer as seguintes indagações: que sistema político temos? Quais são os seus interesses? Que tipo de saúde temos? O sistema de saúde é eficaz? Ele tem o condão de promover a igualdade?

Os países da América Latina têm em comum traços como a raiz histórica cultural ibérica, a diversidade étnica e a inserção na periferia do capitalismo. Este último fator tem determinado, por sua vez, um subdesenvolvimento econômico crônico e excedentes insuficientes para investir em bem-estar social. Dadas essas similaridades, era de se esperar que os sistemas de saúde tivessem configurações convergentes. Não obstante, a realidade do continente mostra um mosaico de esquemas assistenciais cuja diversidade inclui fatores como: dependência jurídico-institucional; alcance da regulamentação; formatos organizacionais (centralizado ou descentralizado,

⁴⁹ Artigos 1º, inciso III; 6º; 23, inciso II; 196; 198, inciso II, §2º; e 204.

⁵⁰ Art. 4, inciso II.



compreensivo ou fragmentado); formas e fontes de financiamento, propriedade dos estabelecimentos, abrangência da cobertura, o escopo do direito à saúde e impactos na melhoria dos níveis de saúde da população. (LABRA, 2001)

Neto e Motta (2013) concluem que os movimentos constitucionais do segundo pós-guerra, denominados neoconstitucionalistas, em seus textos, tornaram expressa, ou senão implícita, a dignidade da pessoa humana como fundamento da ordem estatal. Já a Constituição de Weimar, projetada por Hugo Preuss em 1917, chancela o sentido de Estado de Democracia Social para a efetivação da defesa da dignidade humana, acrescentando aos direitos fundamentais, além das liberdades individuais, novos direitos de cunho social, fazendo com que o Estado tenha uma atitude positiva, protetiva, a partir da realização de políticas públicas com o intuito erradicar ou diminuir as desigualdades sociais.

Entende-se que o princípio da dignidade da pessoa é o divisor de águas para o projeto de um Estado Constitucional Democrático Contemporâneo. Esse princípio assegura proteção à pessoa contra todo e qualquer ato degradante e desumano, garantindo, assim, uma condição mínima para uma vida saudável. A dignidade é atributo próprio e irrenunciável do ser humano. Ao analisar a Constituição Federal de 1988, verifica-se que a saúde, além de ser um direito fundamental, é um dever fundamental⁵¹. Assim, conforme se assevera a partir da leitura do artigo 196, esse direito fundamental passa a ser salvaguardado pelo Estado, que é seu principal garantidor e protetor, conforme segue:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Estado tem a obrigatoriedade legal de exercer a ação positiva que se dá a partir de políticas públicas. Visando resguardar o direito à saúde, também tem-se legislação infraconstitucional que assevera a obrigatoriedade estatal

⁵¹ Art. 196 a 200 da CF/88.

como sujeito principal a salvaguardar esse direito. Colaciona-se o artigo 2º da Lei nº 8080/90⁵²:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Soares (2014, p. 28) leciona que:

a) O reconhecimento do direito à saúde como protegido contra eventuais supressões pelo poder de reforma constitucional (art. 60, parágrafo quarto, inciso IV da CF/88); b) a sujeição do direito à saúde à lógica do art. 5º, parágrafo primeiro da CF/88, ou seja, que lhe outorga máxima eficácia e efetividade; b.1) mesmo a norma que institua o direito à saúde de cunho prestacional deve ser considerada, em tese, dotada de plena eficácia; c) o exame de sua fundamentalidade deve considerar o elo entre o direito à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana como forma de dotá-lo de efetividade.

É importante ser esclarecido que a norma constitucional, no que se refere à saúde, por ser um direito fundamental, tem aplicação imediata, uma vez que têm o atributo de assegurar um mínimo existencial⁵³. Além disso, gera direitos subjetivos, ou seja, caso não haja a satisfação, originará o direito à exigência por meio da judicialização. Essa exigência pode ser suscitada por todos que a necessitarem, ou seja, para todos os brasileiros e estrangeiros, sendo residentes no Brasil.

Assim, conforme Bulos (2007), enquanto o povo é receptor indireto, secundário ou imediato dos direitos fundamentais, o Estado, ou seja, o poder executivo, legislativo e judiciário são os primeiros ou imediatos, garantidores dos direitos fundamentais. O Estado é o primeiro porque ele é responsável pela efetivação dos direitos fundamentais, da aplicação dos dispositivos, nos casos concretos.

⁵² Lei Orgânica da Saúde.

⁵³ Conforme art. 5 da Constituição Federal de 1988.

A caracterização, como direito subjetivo, está associada a sua capacidade de exigir judicialmente, transpondo para o direito à saúde: se o sujeito A tem o direito ao fornecimento de um medicamento pelo Estado, significa que pode exigir esse medicamento judicialmente, em situações como essa, para a caracterização do direito subjetivo, basta o poder jurídico (capacidade, competência) e a existência de um dever jurídico. (Soares, 2014, p. 37)

Com o fito da efetivação desse direito, foram criados regramentos e orçamentos específicos para o financiamento da seguridade social⁵⁴ e da saúde, com recursos oriundos da União, dos estados, do Distrito Federal e de outras fontes. O capítulo da ordem social surgiu com o Estado Social fundamentado nos princípios da solidariedade e da dignidade da pessoa humana, com previsão de inúmeros direitos sociais, tendo como propósito a amenização e a resolução das desigualdades sociais existentes. Desse modo, entende-se que o direito à saúde pode ser dotado de dupla função:

Tanto como um direito de defesa (proteção do Estado à integridade corporal das pessoas contra agressões de terceiros, por exemplo), quanto como um direito positivo (impondo a realização de políticas públicas buscando sua efetivação, tais como atendimento médico e hospitalar, por exemplo), e ambas as dimensões demandam o emprego de recursos públicos para a sua garantia. (Ohland, 2010, p. 31)

As políticas públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) implementam. Dependendo da forma como essas políticas são implementadas, como os dirigentes selecionam as suas prioridades, constata-se a prática e a ideologia de um governo. Portanto, a perspectiva política, social e econômica de um país, repercutirá nas suas políticas públicas.

Para Geraldo Di Giovanni (2009) as políticas públicas são uma forma de exercício de poder entre o Estado e a sociedade. Elas deveriam ser utilizadas como mecanismo propulsor da diminuição das desigualdades sociais, em favor dos doentes, dos inválidos, das famílias, dos desempregados, dos hipossuficientes e dos pobres. Ocorre que o sistema capitalista tem como

⁵⁴ A saúde é um dos tripés da Seguridade Social. A seguridade social é uma política pública que tem função protetiva, que busca garantir o bem-estar e a justiça social. A sua finalidade é garantir condições mínimas para que o cidadão possa ter dignidade social e, para tanto, necessita da proteção estatal. Essa política pública será melhor comentada adiante, no decorrer do trabalho.

característica o desenvolvimento produtivo desenfreado, a maximização das riquezas e a exploração máxima do trabalhador. Nesse modo de produção, há o enfraquecimento das políticas públicas, pois a saúde e o bem-estar do trabalhador quedam-se em segundo plano, em um processo no qual a vida humana é banalizada e os interesses do capital sobrepujam os interesses humanos. Assim, no sistema de produção capitalista o trabalhador é visto como mera mão de obra, objeto de exploração e fonte de acúmulo de capital.

Nesse viés, o trabalho é muito valorizado porque ele é fonte de riqueza e, conseqüentemente, de acúmulo de capital. Mendes e Cruz (2004) relatam que o trabalho tem a capacidade de assegurar a saúde, ou a doença, caso o contexto seja caracterizado por condições precárias com repercussões que podem ocorrer tanto na esfera física como psíquica e social. Além do trabalho, existem outros fatores que podem ser geradores de enfermidades. A seguir será feita uma pequena análise sobre esse tema.

6.3. FATORES QUE PODEM REVERBERAR NA SAÚDE

Ao analisar o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, é possível encontrar todos os ditames relativos a essa política pública essencial e necessária:

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Embora a Constituição Federal estabeleça que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, existem os determinantes sociais (DSS), ou seja, as condições individuais (condições biológicas e condição de vida e do trabalho dos indivíduos) e as condições coletivas (condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais, assim como as políticas públicas de saúde). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco na população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Pode-se pressupor que esses determinantes sociais possuem várias abordagens, tais como os fatores culturais, econômicos e étnicos. Além desses, existem outros que repercutem na saúde, como por exemplo a alimentação, a moradia, a ausência de trabalho, o ambiente de trabalho, a pobreza, o gênero e o envelhecimento. Rosen (1980) nos ensina sobre a importância da análise da saúde e sua relação com os determinantes sociais. Esse autor nos informa que

Virchow, um dos mais destacados cientistas vinculados a essa teoria, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população (Rosen, 1980).

Buss e Pellegrini Filho (2007) nos explica a evolução do estudo da saúde e sua relação com a sociedade:

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 80)

Os mesmos autores prosseguem, comentando que esse

(...) avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma sociedade e situação de saúde de sua população”, é marcado pelas “iniquidades em saúde, ou seja, aquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 80)

É importante salientar que existem várias abordagens para o estudo de mecanismos onde o DSS provoca iniquidades à saúde. Uma delas tem como preferência os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, deduzindo

(...) que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 82)

Outra abordagem dá preferência a

(...) “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 82)

Também existem os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis”, sendo esses multifatoriais, uma vez que tentam integrar “as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 82).

Destaca-se aqui alguns determinantes sociais que concluímos serem os mais importantes. Entre eles encontra-se o trabalho, que é um determinante importante e que pode comprometer a saúde do cidadão, tanto mental como fisicamente. O trabalho é um aspecto tão relevante, que o Ministério da Saúde já alertou que pode ser fator de desencadeamento de transtornos mentais. Esses transtornos mentais provêm da interação entre corpo e 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, 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. (Mendes e Cruz, 2004)

No Brasil, contrariando os estudos anteriormente narrados (item 5.3 da reforma trabalhista), sob a perspectiva de mais fluxo na economia e da alegação da possibilidade de abertura de novos postos de trabalho, realizou-se, recentemente, mudança relevante nas relações de trabalho.

Os novos arranjos das relações de trabalho, decorrentes da reforma trabalhista instituída pela Lei nº 13.467/2017, ocasionaram uma mudança profunda no ordenamento jurídico, alterando substancialmente os direitos trabalhistas e introduzindo regras de contrato laboral à CLT que revogam e alteram direitos de contrato laboral. Os arranjos laborais realizados a partir da referida lei contêm regras trabalhistas que tornaram o ambiente laboral potencialmente desencadeador de danos à saúde física e mental do trabalhador. Tais arranjos ferem direitos fundamentais, princípios da dignidade humana e prejudicam o direito individual e coletivo do trabalho em prol de uma minoria empresarial que detém todo o poder do capital. A reforma trabalhista flexibilizou e precarizou os direitos dos trabalhadores. A política pública, que deveria proteger, tem um potencial de aprofundar ainda mais as desigualdades sociais.

Esse cenário de flexibilização e/ou desregulamentação das relações de trabalho ocasionou um estado de insegurança para o trabalhador, onde o emprego estável foi dando lugar ao desemprego, à emergência do trabalho informal, a contratos atípicos e em condições precárias de trabalho, podendo ser fator de desenvolvimento de doenças. Conforme Isquierdo (2016):

O trabalho humano transformou-se em capital, virou mercadoria. Para tanto, foi necessário a 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.

Confirma-se, assim, a mercantilização do labor através dos moldes pelos quais foi realizada a reforma trabalhista. Ocorre que a forma como o ambiente laboral é estruturado pode gerar estafa, que pode gerar estresse, sendo este último causador de doenças. Não é recente o conhecimento de que o trabalho pode ter consequências sobre a saúde do trabalhador, quando o contexto daquele é fonte de opressão, de exploração, causando a desagregação. Por outro lado, o sistema capitalista exacerbado tem um desenvolvimento produtivo desenfreado, maximizando as riquezas a partir da exploração do trabalhador. Nesse sistema, a única preocupação em relação ao trabalhador é sua qualificação, sua aptidão e competência para o exercício do labor. Sendo portador de tais atributos, passa a fazer parte do sistema, contribuindo para o

aumento da produtividade e, conseqüentemente, o acúmulo de riquezas do empregador. Verifica-se, nesse processo, que a vida humana é banalizada e os interesses do capital sobrepujam os interesses humanos. O homem é apenas um corpo que trabalha.

Visando o aumento da produtividade, há um estímulo à competitividade, em geral sob pressão, ameaça de substituição e demissão. Esse ambiente de trabalho, além de estimular a competitividade, estimula o individualismo, o isolacionismo e, conseqüentemente, o estresse. Existe mais de um tipo de estresse, como nos ensina Cataldi (2015):

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 de sintomas da doença.

Nesse sistema laboral, restam excluídos os velhos, os doentes, as pessoas mal preparadas, as pessoas que não têm disponibilidade, disciplina ou abnegação. São as pessoas que, por não terem condições de laborar, de integrarem o sistema, acabam ficando à margem da sociedade. Existem estudos indicando que muitos trabalhadores saudáveis que participam de ambiente laboral inóspito, podem acabar desenvolvendo doenças decorrentes do desequilíbrio físico e mental, em consequência da crise de estafa, estresse e doenças oriundas da atividade profissional que exercem. O estresse é o fator psicológico predominante nas doenças físicas. “Um estressor é uma situação ou um problema que requer um ajustamento que nos sobrecarrega” (Holmes, 1997, p. 370).

Holmes (1997) explica como funciona o estresse: ao percebermos uma situação ou problema, buscamos enfrentá-los de maneira construtiva. Caso esse enfrentamento falhe, o estresse é desencadeado. A resolução do estresse engloba tanto um componente psicológico - incluindo nervosismo, ansiedade e

irritabilidade - quanto um componente fisiológico, manifestado por meio de alterações corporais. O autor acrescenta que se pode responder ao estresse também como mecanismo de defesa. Caso a defesa seja eficiente, os componentes psicológicos e fisiológicos do estresse permanecerão elevados. É importante enfatizar que a elevação prolongada do componente fisiológico do estresse pode desencadear distúrbios físicos como, por exemplo, problemas estomacais, problemas cardiovasculares e dermatológicos, entre outros. David Holmes (1997) ainda nos apresenta uma pesquisa comprovando que “nos estudos ligando estresse de vida a doença, supõe-se que alto estresse de vida conduz a uma redução na imunocompetência⁵⁵, a qual por sua vez, conduz a doença”. O autor nos ensina que, na maioria dos casos, o trabalhador apresenta paralelamente abalo da saúde física e da saúde mental.

Assim, um ambiente de trabalho inóspito é capaz de gerar, no trabalhador, sentimentos reprimidos, gerando uma agressividade contida. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) chamam de “repressão pulsional”, ou seja, repressão do funcionamento psíquico do sujeito. Quando a atividade laboral é estereotipada, sem a apropriação do trabalho final, onde não há criatividade e individualidade, ela torna-se desprovida de significação para o trabalhador. Uma vez a tarefa sendo compartilhada, feita por séries, por blocos, como é o caso, por exemplo, do trabalho realizado pelos bancários, acaba demandando rigidez na condução do trabalho devido à tensão e, de forma inconsciente, uma aceleração do ritmo do trabalho.

Não é sem razão que os casos de LER/DORT⁵⁶, apesar de não serem doenças novas, tenham apresentado uma maior incidência nas epidemiologias das organizações contemporâneas. “A repressão da pulsão que não se faz representar no aparelho psíquico encontra-se frequentemente descarregada diretamente no corpo, portanto, em doenças físicas”. (Vasconcelos e Farias, 2008)

⁵⁵ Baixa imunidade.

⁵⁶ As expressões "Lesões por Esforços Repetitivos (LER)" e "Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)" são termos usados de uma maneira generalizada e que 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.

Os casos de LERT/DORT não são novos, mas começaram a apresentar uma maior incidência nas 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” (Hallack e Silva, 2005). Entre os problemas de moléstias emocionais, encontram-se as “perturbações mentais que também influenciam no comportamento de saúde das pessoas que dela sofrem podendo, por exemplo, terem maior tendência ao vício” (ISQUIERDO, 2016). Concorde-se com Mendes e Cruz (2004), que o trabalho tem a capacidade de assegurar tanto a saúde como a doença. O ambiente de trabalho pode acarretar danos e repercussões tanto na esfera física como psíquica e social do trabalhador. Trigo, Teng e Hallak (2007) fizeram pesquisa sobre a síndrome de *burnout*, doença mental responsável por problemas psíquicos decorrentes do ambiente laboral.

A síndrome de *burnout* é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse (tensão) no trabalho. Para o diagnóstico, existem quatro concepções teóricas baseadas na possível etiologia da síndrome: clínica, sociopsicológica, organizacional, sociohistórica (Murofuse *et al.*, 2005). A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica. Nela, as características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciariam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional (EE), distanciamento afetivo (despersonalização – DE), baixa realização profissional (RP). (Trigo, Teng e Hallak, 2007, p. 225)

Os mesmos pesquisadores comentam sobre a gravidade dessa moléstia e as repercussões que ela faz no organismo do trabalhador.

A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaléias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono (Cherniss, 1980a; World Health Organization, 1998). O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada (Cherniss, 1980a; World Health Organization, 1998). Já a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor. (Trigo, Teng e Hallak, 2007, p. 225)

Além das elencadas, as pessoas podem ainda apresentar:

(...) fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar); distúrbios do sono; cefaléias, enxaquecas; perturbações gastrointestinais (gastrites até úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos); transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros); distúrbios do sistema respiratório (suspiros profundos, bronquite, asma); disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens); alterações menstruais nas mulheres. (Trigo, Teng e Hallak, 2007, p. 230)

Entende-se que “o homem deve ser compreendido de forma integral, tendo em mente que há uma interatividade entre corpo e mente, na qual ambos sofrem reflexos mutuamente” (Isquierdo, 2016). A ideia da interação corpórea com o psíquico é bem ancestral e é vinculada ao termo psicossomático. Castro, Andrade e Muller (2006, p. 40) nos ensinam que “a expressão psicossomático foi cunhada pelo psiquiatra alemão Heinroth, em 1908, para tentar explicar a insônia”. E completam mencionando que Heiroth acreditava que

(...) o fator corporal modificava o estado psíquico (Canova, 2004;) Haynal, 1993; Mello Filho, 1992; Ramos, 1994). Na classificação vigente da American Psychiatric Association (DSM-IV, 2002), o termo psicossomático foi substituído por fatores psicológicos que afetam a condição médica. (Castro, Andrade e Muller, 2006, p. 40)

Com o desenvolvimento das pesquisas em neurociência, o conceito dual deixou de ser aceito. Castro, Andrade e Muller (2006, p. 41) exemplificam a interação do psíquico ao corporal:

Com o desenvolvimento das neurociências o conceito dualístico tornou-se mais difícil de ser aceito. Por exemplo, o sistema nervoso autônomo não é tão autônomo assim e se encontra regulado pelas estruturas límbicas junto com o controle emocional. O sistema imune influencia e é influenciado pelo cérebro

Além disso, essas autoras trazem a possibilidade da interação da parte psíquica com a parte imunológica humana, bem como a interação da parte do meio social e seu reflexo sobre a mente e sobre o corpo.

O campo de estudo da psiconeuroimunologia tem suas origens no pensamento psicossomático e tem evoluído no sentido da realização de investigações de complexas interações entre a psique e os sistemas nervoso, imune e endócrino. Uma concepção ainda mais abrangente é a de doença psicossomática, isto é, a visão da doença como uma conjugação de fatores originados do corpo, da mente, da sua interação e da interação também com o ambiente e o meio social. Hinkle e Mirsky (citados por Nemiah, 2000) adicionaram uma dimensão ecológica e social aos fatores que podem promover doença. (Castro, Andrade e Muller, 2006, p. 41)

Verifica-se, portanto, a complexidade do ser humano, indicando que a análise relativa à sua saúde deve levar em consideração o corpo, a mente, o ambiente em que está inserido e as variáveis sociais, incluindo o fator socioeconômico. Ou seja, não há um padrão de saúde igual para todas as pessoas.

Com base no exposto, compreende-se que existe uma relação entre o adoecimento físico e psíquico e o ambiente social e o laboral. Verifica-se, também, que alguns fatores patogênicos podem ser ampliados quando adicionados ao fator gênero. Durante muito tempo, houve uma naturalização das diferenças de saúde entre homens e mulheres. Entendia-se essas diferenças no sentido de que o homem era mais forte, era o modelo universal de humano, enquanto a mulher era um ser mais fraco e limitado. As mulheres eram consideradas mais vulneráveis física, moral e intelectualmente. A importância da mulher era centrada nos cuidados da casa e na maternidade. Após a “segunda onda do feminismo”⁵⁷ começou um movimento no sentido de denunciar a invisibilidade das mulheres e o ofuscamento de temáticas relacionadas à mulher, tais como o trabalho doméstico, a maternidade, a saúde feminina, os papéis sociais da mulher, a violência doméstica e o trabalho.

Os estudos iniciais, que visavam investigar sobre as questões femininas (categoria empírica), aos poucos passaram a ser substituídos por estudos relacionados ao gênero, que enfatiza a construção social relativa ao que seja masculino ou feminino, e a relação disso com a saúde desses indivíduos. Essa mudança de paradigma é importante porque, quando se fala em mulher, trata-se de um ser humano do sexo feminino, mas quando fala-se em gênero, trata-

⁵⁷ Movimento que começou nos EUA, na década de 1960, e que se espalhou por todo o ocidente.

se das relações de poder entre os dois sexos. Nesse mesmo sentido, Zanello e Andrade (2014, p. 64) advertem que:

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

Até pouco tempo, e porque não dizer até hoje, imputam-se às mulheres papéis sociais pré-estabelecidos que incluem o casamento, a maternidade e o cuidado com os filhos e com a casa (dupla jornada). Não podemos deixar de relatar que existem estudos comprovando que o gênero também é fator de predisposição ao desenvolvimento de doenças. Isso se dá em decorrência dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade, contribuindo para a incidência de transtornos mentais e físicos. A mulher acaba assumindo o papel de esposa, mãe, educadora e cuidadora, somados à responsabilidade profissional, uma vez que muitas vezes é também responsável pela fonte de renda familiar. Assim, embora a mulher tenha conseguido um espaço no mercado de trabalho, ela não abandonou os encargos impostos até hoje ao seu papel social. Como se não bastasse, destaca-se que as mulheres ainda são vítimas de assédio sexual, discriminação sexual, excesso de trabalho, de responsabilidades, violência doméstica e sexual.

Os processos de saúde e doença podem ser determinados pelas condições enfrentadas nas relações hierarquizadas de gênero, de relações e poder, de conflito e de violência. Verifica-se que a feminidade e a masculinidade estabelecem formas diferentes de sofrimento psíquico. Nesse sentido, Andrade, Viana e Silveira (2006, p. 44) esclarecem que:

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 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.

Dentro dos padrões sociais, verifica-se que as mulheres têm um grau de envolvimento afetivo e comprometimento com a família maior que os homens, elas é quem assumem os cuidados com os doentes, e quando adoecem são abandonadas pelos parentes masculinos. Por outro lado, verifica-se que o homem que é portador de moléstia psíquica sofre mais estigma que a mulher. Santos (2009) reflete sobre essa forma de adoecimento masculino:

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.

As mulheres, mesmo portando um transtorno mental, acabam assumindo responsabilidades e encargos domésticos. Santos (2009) aponta que existe um tratamento diferenciado à mulher, no âmbito doméstico, em caso de adoecimento.

Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero; desta forma, desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com que estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares. (SANTOS, 2009, p. 1180)

Assim, com base no exposto, percebe-se que o adoecimento e suas relações sociais são diferenciadas quando se fala em gênero. Outro aspecto importante e que merece ser estudado é o fator de impedimento laboral decorrente das moléstias incapacitadoras, provocadas pelo envelhecimento. Esse tema merece atenção porque o envelhecimento da população é um fenômeno constatado mundialmente. Constata-se esse fato a partir das pesquisas realizadas pela Organização Mundial da Saúde, das quais concluiu-se que a ciência está contribuindo para o aumento da expectativa de vida mundial e para o declínio da natalidade e da mortalidade precoce.

O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade – no mercado laboral e financeiro; na procura de bens e serviços como a habitação, nos transportes e na proteção social; e nas estruturas familiares e laços intergeracionais. (ONU, 2019)

Igualmente, a Organização Mundial da Saúde divulga que esse envelhecimento da população, com aumento no número de pessoas com mais de 60 anos, está ocorrendo em maior proporção que o aumento da natalidade.

A população com mais de 60 anos está a crescer a uma taxa de cerca de 3% ao ano. Em 2017 estimava-se que, em todo o mundo, 962 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais – representando 13% da população global. (ONU, 2019)

Diferentemente do passado, a população está deixando de morrer de doenças endêmicas e tendo uma vida mais prolongada. Com o aumento da longevidade, os padrões de moléstias e de comorbidades letais foram alteradas. Atualmente, o índice das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são bem maiores que as doenças infecciosas e parasitárias, o que indica que está havendo uma transição epidemiológica. Por conseguinte, essas moléstias são o principal fator de incapacidade funcional⁵⁸. É ululante o fato de que o envelhecimento fisiológico é decorrente da diminuição da capacidade funcional do organismo. Esse processo de envelhecimento, que traz alterações

⁵⁸ A capacidade funcional diz respeito a um indicador de saúde e bem-estar e está relacionado à qualidade de vida.

fisiológicas ao organismo, pode ser agravado com o surgimento de moléstias decorrentes dos hábitos de saúde inadequados, qualidade de vida, falta de atividade física, má alimentação e atividades laborais estressantes e insalubres. Rui e colaboradores (2019, p. 3) comentam que

A qualidade de vida pode ser compreendida como uma percepção extremamente humana e compreende muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos. Esses significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.

É sabido que os idosos, em relação aos outros grupos etários, são os que mais adoecem e, portanto, os que mais utilizam os serviços de saúde e de hospitalização. Devido ao fato de apresentarem um maior índice de problemas de saúde, o aumento populacional dessa faixa etária reflete na maior utilização do sistema de saúde e da previdência social. Ferreira (2014, p. 29) traz o conceito de idoso sob o enfoque da OMS:

É considerado idoso pela Organização Mundial de Saúde (OMS) todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos para os países desenvolvidos e 65 anos para os países em desenvolvimento, quando a pessoa exige mais atenção em decorrência das transformações fisiológicas que começam a se acentuar. A legislação brasileira acompanhou a orientação da citada entidade, estipulando o mesmo limite inicial de idade.

Cabe esclarecer que as patologias que acometem os idosos são multifatoriais: de origem clínica, social e/ou psicológica; sendo que todos esses aspectos se interligam.

Problemas físicos se apresentando como distúrbios cognitivos, infecções sem febre e quedas, como expressão de doenças localizadas em sistemas não relacionados ao osteoarticular, são ocorrências comuns no envelhecimento e fazem com que os mais velhos necessitem de uma abordagem diferenciada. (Lino, 2011)

Ferreira (2014, p. 29) elucida as consequências do envelhecimento sobre o organismo:

Durante o processo de envelhecimento, ocorre uma involução psicomotora, que é o produto final da evolução quando acontece a deterioração das propriedades e funções dos fatores psicomotores, em



que o ser humano sofre perdas progressivas das habilidades na seguinte ordem: praxia fina, praxia global, estruturação espaço-temporal, noção do corpo, lateralização, equilíbrio e por último o tônus muscular. Esse conjunto de mudanças que acontece no idoso denomina-se retrogênese.

Por outro lado, o idoso que possui boa qualidade de vida terá uma capacidade funcional melhor. Além disso, se houver diagnóstico e tratamento precoce da enfermidade, poderá haver a prevenção do declínio da capacidade funcional.

A avaliação geriátrica baseia-se no exame da capacidade funcional, habilidade do indivíduo para realizar o autocuidado e viver independentemente. Ela é determinada pela atuação do idoso nas atividades básicas (AVDs) e instrumentais (AIVDs) da vida diária, sendo examinada através de instrumentos padronizados, destinados a verificar a capacidade de realizar tarefas sem assistência, definidas como independência e autonomia, respectivamente. Tomar banho, fazer a higiene pessoal e alimentar-se, entre outras, constituem as AVDs, ao passo que as AIVDs incluem atividades como cuidar das próprias finanças, sair sozinho, usar o telefone e controlar os medicamentos. (Lino, 2011)

O exame para a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ocorre através da análise biopsicossocial, ou seja, da análise de fatores biológicos, psicossociais e ambientais, todos relacionados à saúde do idoso. Trata-se de um diagnóstico multidimensional. Fazem parte da avaliação geriátrica ampla a identificação das doenças crônicas, o nível de independência e autonomia, os recursos financeiros disponíveis para aquisição de serviços e a existência, ou não, de suporte familiar e social ao idoso. Seu objetivo é quantificar os problemas e as capacidades nas áreas referidas anteriormente, a fim de se elaborar um plano terapêutico de longo prazo. A AGA deve ser realizada idealmente por equipe multidisciplinar.

Entende-se que o processo de envelhecimento humano é gradativo, progressivo e dinâmico. Desde que nascemos, vamos sofrendo mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Silva e colaboradores (2019, p. 2) compreendem também “o envelhecimento como a soma de processos causadores de modificações. Dessa forma, justifica-se a existência de indivíduos doentes, como indivíduos saudáveis”. Os mesmos autores ainda apontam que:

Para Birren e Schroots (1996), a definição do envelhecimento é dividida da seguinte maneira: Envelhecimento primário, Envelhecimento

secundário e Envelhecimento terciário. Entende-se envelhecimento primário, conhecido como senescência, remetendo ao processo natural de envelhecimento a nível celular ou o conjunto de fenômenos associados a esse processo de forma natural sendo este o que atinge todos os seres humanos de forma gradativa e progressiva. Ocorre por questões genéticas, sendo independentes de fatores externos, como os fatores ambientais. O envelhecimento secundário, também conhecido como patológico ou senilidade, é compreendido como sendo aquele resultante de influências externas e não se confundem com o processo normal do envelhecer. O envelhecimento terciário por sua vez é conhecido como terminal sendo o período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acúmulo dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade.

Já Fachine e Trompiere (2012, p. 109) relatam que:

Spirduso (2005) diz-nos que, embora as suas causas sejam distintas, o envelhecimento primário e secundário interagem fortemente. O autor ressalta que o stress ambiental e as doenças podem possibilitar a aceleração dos processos básicos de envelhecimento, podendo estes aumentar a vulnerabilidade do indivíduo ao stress ambiental e a doenças.

Percebe-se, portanto, que o processo de envelhecimento, e o conseqüente aparecimento de patologias que podem tornar o idoso incapaz para algumas atividades, vão além do aspecto meramente fisiológico, são oriundos também de aspectos individuais. As patologias incapacitantes decorrem da qualidade de vida, do acesso à saúde, do tratamento terapêutico e, conseqüentemente, das condições sociais, econômicas e profissionais que esse idoso teve ao longo de sua vida. A classificação internacional de funcionalidade é um instrumento eficaz na avaliação das diversas questões que envolvem a ausência ou redução da saúde, e será tratada a seguir.

6.4. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (OMS/2001) E A CONVENÇÃO DE NOVA IORQUE (ONU/2007)

Neste item, serão abordados dois instrumentos internacionais que marcam definitivamente as questões envolvendo a avaliação da deficiência/falta de saúde ou incapacidade laboral. Traçando uma linha histórica, passa-se a examinar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela OMS em sua 54^a Assembleia Mundial de Saúde. O

Brasil, por sua vez, teve participação direta e efetiva na construção desse instrumento.⁵⁹

Observa-se que, no mundo jurídico, está-se acostumado a falar e a utilizar o Código Internacional de Doenças (CID). Por outro lado, a CIF é pouco conhecida e utilizada, em notório prejuízo na avaliação global do adoecimento e na perda da saúde. A CIF é um modelo de critério de análise das barreiras sociais utilizado pelo INSS na concessão no benefício Assistencial da LOAS, para as pessoas com deficiência, e no benefício previdenciário da aposentadoria do deficiente físico. Rigoldi, Oliveira e Silveira (2021, p. 2322) destacam a importância da CIF.

Daí a importância da utilização da CIF 2001 no reconhecimento dos benefícios assistências a pessoa com deficiência, principalmente para averiguar a situação da vulnerabilidade social do cidadão de forma que receba a efetiva proteção elencada na Carta Magna ainda mais em um cenário mundial de desigualdade, de modo que o modelo biopsicossocial vai de encontro para a identificação das barreiras que a pessoa com deficiência possa encontrar e, ao analisar juntamente com o modelo da CID-10, poderá proporcionar maior abrangência do benefício assistencial e conseqüentemente maior inclusão social das pessoas com deficiências que ficam a margem da sociedade.

Para os fins desta tese, importa dizer que a CIF operou uma alteração significativa no sistema de avaliação pericial, uma vez que a grande questão deixa de ser a detecção das patologias e doenças, facilmente alcançada pelo CID e pelo trabalho dos peritos médicos, passando a avaliar a falta da saúde em si. Trata-se, portanto, de um instrumento poderoso não somente na seguridade social, como também na organização e montagem das políticas públicas diversas.

A CIF é útil para uma ampla gama de aplicações diferentes, por exemplo, previdência social, avaliação do gerenciamento da assistência à saúde e estudos de população em níveis local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura conceitual para as informações aplicáveis à assistência médica individual, incluindo prevenção, promoção da saúde e melhoria da participação, removendo ou mitigando os obstáculos sociais e estimulando a provisão de suportes e facilitadores sociais. Ela também é útil para o estudo dos sistemas

⁵⁹ Será utilizada, nesta tese, a versão da CIF publicada pela Universidade de São Paulo, cujo título é **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens**, em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, publicado pela EDUSP. Para fins de citação se utilizará somente (CIF, 2011). Essa versão pode ser encontrada em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf



de assistência médica, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas públicas. (CIF, 2011, p. 38)

A CIF (OMS, 2001) propõe-se a avaliar a incapacidade, funcionalidade e a saúde em quatro grandes campos: a) funções do corpo; b) estruturas do corpo; c) atividades e participação, e d) fatores ambientais. Não se entende ser necessário minuciar cada um desses campos no presente momento. O importante é frisar que a CIF veio trazer uma abordagem mais holística e abrangente do que seja o adoecimento e a perda da saúde, seja para o trabalho, seja para a vida em si. Como percebe José Ricardo Costa (2020, p. 61)

A questão que está colocada e a própria CIF-2011 traz isso à tona (p. 48), é o confronto entre o “modelo médico” e o “modelo social”. Segundo o primeiro sistema, até hoje reinante entre nós, “a incapacidade é um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro estado de saúde, que requer assistência médica fornecida através de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à cura ou a adaptação do indivíduo e a mudança de comportamento.

Nesse passo, seguindo os rumos traçados pela CIF, o Brasil recepcionou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto Executivo nº 6949/2009. Não se trata de uma mera recepção, uma vez que essa Convenção ingressou no Brasil com o “status” de Emenda Constitucional. Seguindo os passos da Convenção de Nova Iorque, é promulgado no Brasil, em 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Ele trará definitivamente um novo olhar sobre o sistema pericial e a deficiência, agora entendida como incapacidade duradoura. É o que será visto no próximo item.

6.5. A IMPORTÂNCIA E INOVAÇÃO DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – LEI Nº 13.146/2015

No dia 06 de julho de 2016 foi promulgado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, conhecido como Estatuto do Deficiente. Esse documento diz que

(...) não se trata de uma lei ordinária simples. Com o “status” e o respeito que todos os demais Estatutos possuem (v. g. o ECA, o CDC e o Estatuto do Idoso, somente para citar três exemplos),



torna-se imperativo que as políticas públicas em geral, e em particular as que tratam da seguridade social (saúde, previdência e assistência), passem a ter como norte as normas e teleologia impressa neste Estatuto. (Costa, 2020)

O artigo 2º desse Estatuto institui a perícia biopsicossocial como forma de avaliação da incapacidade. Cita-se o referido artigo pela importância que revela:

Art. 2º - 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.
§ 2º - A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: I – Os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II – Os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III – A limitação no desempenho de atividade; e IV – A restrição de participação.

Veja-se, na linha do que já foi dito anteriormente, que o Estatuto segue os passos da CIF/OMS e da Convenção de Nova Iorque, internalizando esse novo entendimento do que seja deficiência e a forma de avaliação pericial que deverá ser seguida. Não é exagero afirmar que o principal objetivo desse ainda desconhecido e inaplicado Estatuto seja garantir a inclusão e participação de todos aqueles que possuem alguma incapacidade duradoura (dois anos ou mais, conforme regulado internamente através da Lei nº 12.435/11), em igualdade de condições com as demais pessoas. Esse parece ser o cerne da questão. No seu artigo 3º, inciso IV, a Lei nº 13.146/2015 esclarece o que são as barreiras enfrentadas pelos deficientes:

(...) qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros (...)

Entre as tantas inovações trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, que possuem implicação direta ou indireta na perícia e nos direitos previdenciários e assistenciais, pode-se elencar as que seguem: a) altera o conceito de incapacidade civil, podendo o deficiente realizar os atos da vida civil e comercial, desde que assessorado devidamente; b) introduz um novo instituto

processual civil, denominado de T.D.A, ou seja, Tomada de Decisão Apoiada⁶⁰; c) o deficiente pode casar e ter união estável, constituindo família; d) pode também, a partir da ótica emancipatória do Estatuto, ter a guarda, curatela, tutela, adotar ou ser adotado, em igualdade com as demais pessoas; e) ter a antecipação do Imposto de Renda, em ordem de preferência que lhe é dada; f) ter prioridade no atendimento público e, também, na ordem preferencial em processos, judiciais ou administrativos, em que for parte ou interessado; g) disponibilização de pontos de parada, estações e terminais que facilitem o embarque e o desembarque; h) acesso a informações e recursos de comunicação; entre tantos outros direitos. No Capítulo II da Lei nº 13.146/2015, encontra-se expressamente o direito à habilitação e reabilitação dos deficientes, restando assim garantido em seu artigo 14:

Art. 14. O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência. Parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Essa questão é fundamental. Por ora, tem-se como interesse destacar que o procedimento da habilitação profissional, esquecido na Reforma da Previdência (EC n. 103/2019), é a forma, por excelência, para o ingresso dos deficientes no mundo do trabalho. É por meio dela que eles podem adquirir habilidades e manejar novos saberes e conhecimentos.

Por fim, após discorrer sobre Políticas Sociais, Seguridade, Previdência e sobre Saúde, passa-se a analisar a perícia como instrumento utilizado ora no processo administrativo previdenciário, ora no judicial, como prova para constatação da saúde e incapacidade laboral do trabalhador.

⁶⁰Mediante o qual, em substituição à curatela, que passa a limitar as atividades globais dos deficientes, este elege duas pessoas de sua confiança que são apresentadas para um juiz, de modo a poder exercer os atos da vida civil e comercial.

7. A PERÍCIA E SUA FORÇA COMPROVATÓRIA NA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS POR INCAPACIDADE

As perícias são os meios de prova mais usuais como forma de averiguação da capacidade laboral do cidadão. Esse meio de prova é utilizado tanto administrativamente, pelo INSS, como judicialmente. Além da averiguação da capacidade laboral, da deficiência mental ou física, as perícias são necessárias para a concessão de benefícios previdenciários ou assistenciais. Ao longo deste trabalho, o foco incidirá somente na perícia judicial como meio de prova para a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade.

No processo judicial em geral, nas mais diversas áreas, assim como no processo judicial previdenciário, o postulado do devido processo legal assegura às partes, como pressuposto de defesa e do contraditório, a produção de qualquer meio de prova lícita. Nesse sentido, Colin e Capitant (2002, *apud*

Savaris 2009) explicam que “provar é fazer que se conheça em justiça a verdade de uma alegação pela qual se afirma um fato do qual decorrem consequências jurídicas”.

Todos os direitos e pretensões jurídicas advêm de fatos que têm um determinado valor para o Direito. Para que se obtenha essa valoração, que conseqüentemente vai surtir certos efeitos, é necessário que se prove judicialmente de forma adequada. A comprovação de um fato jurídico no processo previdenciário baseia-se geralmente na prova oral, testemunhal, documental e pericial, entre outras. A comprovação da incapacidade laborativa é condição básica para a concessão de benefícios por incapacidade laboral. Uma vez a capacidade laboral controvertida, resta ao segurado judicializar com o fito de comprovar que faz jus ao recebimento do benefício pleiteado. Destaca-se que, para além da prova documental e testemunhal, a perícia é a prova mais usual para dirimir a questão da capacidade laboral do segurado, sendo que é materializada através do laudo pericial.

Tendo em vista que a questão da capacidade laboral do segurado é extremamente complexa, compreende-se que a análise pericial deva ser interdisciplinar, devendo constituir-se de pelo menos duas perícias, uma de natureza médica e outra de cunho social. Tal perspectiva baseia-se na avaliação profunda do periciado, considerando-o no sentido global. É nessa perspectiva que será feito o delineamento da ciência numa perspectiva humanista e complexa. Tal assertiva irá conduzir o silogismo da presente autora ao discorrer posteriormente sobre o sistema pericial. A seguir, passa-se a traçar uma breve intercessão em defesa da importância da interdisciplinaridade na ciência.

7.1. A CIÊNCIA E O *MODOS OPERANDI*: A DEFESA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA CIÊNCIA

Inicia-se esse tópico com algumas acepções sobre a ciência, responsável pela construção do conhecimento. Parte-se do princípio que a ciência tem uma relação direta, influenciando e “sendo influenciada pela sociedade. Aqui, entende-se que a precisão é algo que não existe e, para tanto, busca-se dialogar com diversas áreas e autores para justificar a importância da

interdisciplinaridade com o fito de chegar o mais perto possível da verdade real, da utilização da “ciência” e da complexidade do conhecimento exprimido por ela.

Ao longo da história, comprovou-se a importância da ciência e da sua contribuição ao desenvolvimento do ser humano nos mais variados setores. O conhecimento científico nos permitiu avançar na compreensão de nosso mundo, quer seja em relação à natureza, ao funcionamento do corpo humano, do planeta, até à existência de outros sistemas ainda insondáveis, mas que tudo sugere uma provável existência, nesse universo infinito. O conhecimento produzido cientificamente ajuda a refletir sobre o mundo, sobre a vida e sobre a sociedade que integramos. A ciência busca entender a natureza e seus fenômenos através de métodos seguros e comprobatórios, embora não inabaláveis, porque a investigação é um processo ininterrupto. O conhecimento é “uma instituição social dinâmica, contínua e cumulativa” (Targino, 1995). Além disso, a ciência é dialética, interativa, ambivalente e multidisciplinar.

Maria da Graça Targino (1995) ensina que a ciência não pode figurar como um corpus autônomo. Desse modo, compreende-se que existe uma interação com a sociedade em que ambas sofrem mutações num processo dialético: a Ciência fornece elementos que mudam a sociedade e a sociedade retroalimenta a Ciência a partir das transformações operadas em si pela aplicação dos conhecimentos científicos. A própria sociedade modificada acaba (re)orientando a ciência, que influi sobre a sociedade, e assim sucessivamente.

Essa dinamicidade inerente aos processos sociais é, pois, elemento gerador de crises, das quais resultam recuos e avanços, e a propalada crise dos paradigmas. Paradigma como conjunto de valores, eixos teóricos e interesses de pesquisa, aceitos consensualmente por um grupo de cientistas de uma determinada área do conhecimento e época. Em tal perspectiva, teorias são contestadas, revistas e questionadas por sua autossuficiência, por seu absolutismo, observando-se a crescente busca de uma ciência pluralista, capaz de perceber e respeitar a totalidade dos fenômenos, dentro de uma visão holística, em que a especialização persiste sem que signifique fragmentação do conhecimento. (Targino, 1995)

Dentre outros autores, Morin (2003) reflete sobre vários aspectos da pesquisa. Ele entende que a ciência é ambivalente, ou seja, ao mesmo tempo em que é elucidativa, enriquecedora e conquistadora, ela pode ser cega, míope e produtora do aniquilamento da humanidade. O autor narra que “quando formos,

capazes de conceber e compreender essa ambivalência, entenderemos a complexidade intrínseca que se encontra no cerne da ciência, dentro das possibilidades e limitações desta” (Morin, 2003). Assim como Targino (1995), Morin (2003) também trabalha com a interatividade da ciência. Ele chama a atenção para os interesses econômicos, capitalistas, do Estado e da iniciativa privada, que acabam desempenhando um papel ativo nesse circuito, de acordo com suas finalidades, seus programas e suas subvenções.

(...) hoje, a ciência tornou-se poderosa e maciça instituição no centro da sociedade, subvencionada, alimentada, controlada pelos poderes econômicos e estatais. [...] A instituição científica suporta as coações tecnoburocráticas próprias dos grandes aparelhos econômicos ou estatais, mas nem o Estado, nem a indústria, nem o capital são guiados pelo espírito científico: utilizam os poderes que a investigação científica lhes dá. (Morin, 2010, p. 19-20)

Embora o Estado, a iniciativa privada e o capital, sejam guiados pelo espírito científico, eles não produzem conhecimento, mas utilizam-se do conhecimento produzido pela ciência. Nessa lógica da interatividade, Morin (2010) nos traz os ensinamentos de Thomas Kuhn: “existem, no interior e acima das teorias, inconscientes e invisíveis, alguns princípios fundamentais que controlam e comandam, de forma oculta, a organização do conhecimento científico e a própria utilização da lógica”. Nesse sentido, Morin (2003) relata que o papel e a situação da ciência na sociedade modificaram-se a partir do século XVII. Na sua origem, os investigadores eram ao mesmo tempo filósofos e cientistas. Nesse período, a atividade científica era sociologicamente periférica e marginal, já atualmente “a ciência tornou-se poderosa e maciça instituição no centro da sociedade, subvencionada, alimentada, controlada pelos poderes econômicos e estatais. Assim, estamos num processo inter-retroativo” (Morin, 2003).

Sendo a ciência dialética e interativa, ela passa a ser sugestionada pelos interesses do capital, pelo mercado e pelos interesses do Estado. Assim, a informação é o instrumento propulsor do desenvolvimento do conhecimento e elemento unificador das relações interdisciplinares e transdisciplinares. É através da ciência que é gerado o conhecimento. O cientista apropria-se da informação e, através da racionalidade, a transforma em conhecimento:

Ademais, é possível estabelecer a distinção entre informação e conhecimento, em que a primeira atua como matéria-prima do segundo. Em outras palavras, o conhecimento é um corpo sistemático de informações adquiridas e organizadas, que permite ao indivíduo compreender a natureza, de sorte que é através da compreensão que o ser humano transmuta informação em conhecimento. Este, por sua vez, ocupa dois planos básicos e não excludentes. Como a própria denominação sugere, o conhecimento pessoal é restrito ao indivíduo, enquanto o social ou público, no qual insere-se o saber científico, está disponível à coletividade, registrando-se, ainda, o conhecimento semi-social, sem grande alcance coletivo. (Targino, 1995)

Ao longo do tempo, diversos movimentos surgiram com a argumentação de que, para que haja o avanço do conhecimento científico, se faz necessário a utilização de vários saberes em resposta à superespecialização e à fragmentação do conhecimento. Essas abordagens são classificadas sob diferentes perspectivas e apresentam diferentes níveis de interação com as disciplinas. A principal característica das abordagens multidisciplinares é a parataxe de ideias, tudo dentro da mesma disciplina. Bicalho e Oliveira (2011) relatam que, para alguns pesquisadores, como Delattre (2006), existem somente os termos pluridisciplinar e interdisciplinar, sendo que pluridisciplinaridade é

(...) uma simples associação de disciplinas que concorrem para uma realização comum, mas sem que cada disciplina tenha que modificar significativamente a sua própria visão das coisas e dos próprios métodos [...]. Toda realização teórica que põe em prática saberes diversos corresponde de fato a um empreendimento pluridisciplinar (Delattre, 2006, p. 280 *apud* Bicalho e Oliveira, 2011, p. 51).

Já a interdisciplinaridade, baseada na elucidação de Berger (1972), nada mais é que a “interação entre duas ou mais disciplinas”, já um grupo interdisciplinar “compõe-se de pessoas que receberam formação nos diferentes domínios do conhecimento (disciplinas), tendo, cada um conceitos, métodos, dados e temas próprios” (Berger, 1972 *apud* Pombo, 1994, p. 2). Corroborando com o pensamento acima, Bicalho e Oliveira (2011) também explicitam um conceito de interdisciplinaridade, partindo do pensamento de Japiassu e Marcondes:

Japiassu e Marcondes (1991) definem interdisciplinaridade como um método de pesquisa capaz de promover a interação entre duas ou mais disciplinas. Esta interação, segundo os autores, pode ir “da simples

comunicação das ideias até a integração mútua dos conceitos. (Bicalho e Oliveira, 2011, p. 51-52)

A premissa de todos esses autores acima elencados nos levou a defender a interdisciplinaridade, a entender que deve haver uma aproximação da ciência com o humanismo, ou seja, acreditar na cultura científica humanista⁶¹. A interdisciplinaridade se contrapõe à superespecialização.

A especialização abstrai, extrai um objeto de seu contexto e de seu conjunto, rejeita os laços e a intercomunicação do objeto com o seu meio, insere-o no compartimento da disciplina, cujas fronteiras quebram arbitrariamente a sistematicidade (a relação de uma parte com o todo) e a multidimensionalidade dos fenômenos, e conduz à abstração matemática, a qual opera uma cisão com o concreto, privilegiando tudo aquilo que é calculável e formalizável. (Morin, 2003)

A superespecialização produz um conhecimento fragmentado, podendo ter um resultado inconcluso ou diverso da realidade. Outrossim, o cientista pode ficar especialista na sua área e ignorante nas demais áreas. A especialidade fraciona o conhecimento, prejudicando a sua análise. “O conhecimento deve certamente utilizar a abstração, mas procurando construir-se em referência a um contexto. A compreensão de dados particulares exige a ativação da inteligência geral e a mobilização dos conhecimentos de conjunto” (Morin, 2003).

Já a interdisciplinaridade faz com que outros saberes sejam levados em consideração, o que permite um outro olhar, uma releitura, sobre o objeto a ser pesquisado. A interdisciplinaridade permite o entrar em contato com outros enfoques, outras memórias, de modo dinâmico, e que pode ser inesperado. É aberta à construção de novos sentidos, ao pensamento do outro, à informação e ao conhecimento coletivo. Lévy (1996, p. 97) acrescenta que o pensamento coletivo é “jamais pensamos sozinhos, mas sempre na corrente de um diálogo ou de um multidiálogo, real ou imaginado”.

Assim sendo, o conhecimento científico é reflexo do ambiente cultural, social e financeiro. Dentro desse enfoque, existe um debate sobre o interesse comercial no conhecimento científico e se o conteúdo desenvolvido pela ciência não estaria impregnado de ideologia, evidenciando a complexidade entre a

⁶¹ A cultura científica humanista se dá por meio da interdisciplinaridade e esta da interação entre as disciplinas e a utilização de abordagens e metodologia de diversas ciências.

autonomia da ciência e as estratégias socioeconômicas. Na verdade, a ciência, em interface com a sociedade, tem servido às exigências do mercado de biotecnologia, criando novas pesquisas com a finalidade de criar tratamentos biomédicos que visam o tratamento individual de uma parcela da população que tem condições de pagar. Essas pesquisas biomédicas visam o aprimoramento da estética, com o fito de corresponder aos padrões de beleza, ao aumento da memória, da vitalidade, da qualidade de vida e com promessas de prorrogação do envelhecimento. “O debate em torno do aprimoramento e sua relação com a saúde e tecnologias biomédicas tem se fundamentado em uma argumentação bastante sólida, enraizada nos estudos sobre (bio)medicalização da sociedade” (Rohden, Pussetti e Brandão, 2020).

A sociedade de consumo procura medicamentos que possam atender as suas expectativas. As pessoas deixam de ser pacientes para serem consumidores. A ciência passa a ser um veículo de aprimoramento pessoal e um produto do mercado consumidor. Rohden, Pussetti e Brandão (2020) relatam as práticas tecnocientíficas que servem à “bioeconomia” ou “economia da própria vida”.

Nesse processo, o corpo deixa de ser visto como relativamente estático ou imutável, para se converter, enquanto foco de controle, em algo flexível e suscetível de ser transformado e reconfigurado. Passa-se de um processo de normalização para um processo de customização, ou personalização, associado à instituição de práticas tecnocientíficas como nichos de mercado que sustentam uma “medicina de boutique”. Rohden, Pussetti e Brandão (2020, p. 3)

Dentro desse contexto, pode-se inferir que entender as bases ideológicas também nos leva a compreender melhor as bases das ciências. Morin (2003) ressalta que o progresso das certezas científicas tem produzido o progresso da incerteza. O progresso da incerteza nos liberta da ilusão ingênua da previsibilidade. Uma nova consciência começa a se desenvolver, a de que a humanidade é conduzida para uma aventura desconhecida. Então, a partir do conhecimento do que é a ciência, da forma como ela se apresenta, da sua interatividade e da sua influência sobre a sociedade, fica a questão: a ciência serve a quem? Compreende-se que essa é uma questão importante a ser investigada. Ainda, existe neutralidade e isenção na ciência?

No discorrer da presente tese, procura-se enfatizar a valoração dada a interdisciplinaridade. Desde o início, o trabalho perpassou diversos saberes. Entende-se que o ser humano, sendo um ser complexo, deve ser analisado de forma integral, deve ser observado em suas condições pessoais, físicas, emocionais e sociais. Daí o entendimento de que a realização da perícia judicial necessita da interdisciplinaridade. Precisa da análise de vários *experts*, vários enfoques, com o objetivo de perquirir o segurado, que é complexo, na sua integralidade. Somente assim, será possível encontrar a verdade real.

Verifica-se que a Turma Nacional de Uniformização (TNU), por meio da súmula 47, já se manifestou no sentido da necessidade de uma abordagem multidisciplinar na análise da capacidade laboral dos segurados⁶². Ocorre que a Previdência Social, para a verificação da incapacidade laboral dos segurados, utiliza-se somente da perícia médica, abstraindo todas as condições pessoais e sociais do segurado. São realizadas perícias rápidas e que nem sempre condizem com a realidade do segurado. Verifica-se que uma vez indeferido o processo, negando ou suspendendo os benefícios por incapacidade administrativamente, resta ao segurado a judicialização.

As demandas previdenciárias que versam sobre saúde e sobre incapacidade laboral são complexas, porque envolvem uma série de elementos que devem ser analisados no âmbito processual. O judiciário tem sido uma das portas de entrada para a consecução do acesso à política social. Uma grande parcela da população procura o judiciário com a intenção de ter o seu direito, que foi indeferido pelo INSS, reconhecido. São pessoas que, devido ao fato de estarem com a sua saúde abalada, não conseguem exercer o seu *mister* e, tendo seus benefícios negados, procuram o judiciário como alternativa para terem seu direito reconhecido. É a partir dessa “ciência” que há o esclarecimento da lide, conforme depreende-se a seguir.

7.2. ASPECTOS GERAIS DA PERÍCIA

⁶² Súmula 47: “Uma vez reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho, o juiz deve analisar as condições pessoais e sociais do segurado para a concessão de aposentadoria por invalidez”.

É notório o fato de a perícia ser um dos meios de prova mais usual e necessário na investigação sobre a desordem da saúde do trabalhador, sendo capaz de asseverar a existência ou não da incapacidade laboral. A perícia tem o condão de certificar se o trabalhador possui ou não capacidade laboral. Esse meio de prova é usado tanto na via administrativa como na judicial. Mas, o que é perícia? Etimologicamente, perícia forense vem do latim *peritia (ae) forensis*. Essa perícia forense é realizada pelo perito, em latim, *peritus*. Para entender esse mister traz-se no conceito de Epiphanio e Vilela (2012), que definem a perícia “como um exame de situações ou fatos, relacionados a coisas ou pessoas, realizado por um ou mais especialistas na matéria, com o objetivo de elucidar determinados aspectos técnicos”. Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2012) também nos ensinam que perícia é a capacidade teórica e prática para empregar, com talento, determinado campo de conhecimento, alcançando sempre os mesmos resultados.

Quem tem o condão de realizar a perícia é o *expert*, profissional, douto, uma pessoa de saber, com determinada especialização, capaz de emitir parecer ou laudo sobre determinada pessoa ou objeto (Alcântara, 2006). O perito pode atuar tanto na esfera pública como na privada, administrativamente ou judicialmente. Esse profissional poderá atuar na esfera judicial, como auxiliar do juiz⁶³, na esfera administrativa⁶⁴ (INSS ou em outras instituições públicas), regida pelo estatuto do servidor público, bem como na esfera privada⁶⁵, em seguradoras, planos de saúde e instituições particulares, por exemplo.

O perito judicial é a pessoa designada ou nomeada pelo juiz para avaliar, baseado em conhecimento específico e jurídico, uma questão civil, trabalhista⁶⁶,

⁶³ Aqui a atuação do perito será designada como “perito judicial”. O perito necessitará ter conhecimento da área jurídica, uma vez que deverá cumprir o que é determinado pelos Códigos de Processo Civil, Processo Penal, legislação trabalhista, legislação previdenciária e legislação eleitoral, a depender de cada caso.

⁶⁴ Tanto o perito médico como o perito assistente social têm a função de fazer a análise do segurado no caso do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou, aqui no Rio Grande do Sul, do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPERGS), com a finalidade de analisar a incapacidade laboral, a dependência econômica do segurado, a renda *per capita* e/ou as barreiras sociais. Um maior detalhamento sobre a diferença entre a perícia social e a médica será feito em momento oportuno.

⁶⁵ Aqui o perito seguirá a aplicação de uma legislação. A perícia analisará os parâmetros estabelecidos num contrato acordado entre as partes. Nessas perícias, pode ocorrer a análise, por exemplo, de se existe doença preexistente à assinatura do contrato sobre a invalidez. São analisadas situações que podem conceder ou excluir o direito ao recebimento da apólice.

⁶⁶ Importante esclarecer que a perícia da Justiça do Trabalho está regulada pela Lei 5.584/70.

criminal ou previdenciária, entre outras leis esparsas, com o objetivo de emitir parecer sobre determinado objeto ou fato que não seja de domínio do magistrado. No caso das ações previdenciárias, por exemplo, cabe ao juiz decidir, emitir a sentença, dizer quem tem ou não o direito ao benefício. Embora a perícia ocupe um lugar de relevância junto ao processo, salienta-se que o juiz não precisa estar adstrito a esta, ou seja, não é obrigado a concordar com a conclusão emitida pelo perito, uma vez que existem outras provas que podem e devem ser consideradas.

O perito tem a função de buscar a verdade real, a realidade dos fatos. Ele tem o compromisso com a verdade. Assim, cabe ao perito possuir *expertise* em determinada área de atuação, exercendo o encargo de auxiliar do magistrado, com seu conhecimento técnico norteando e colaborando com a análise de determinada questão judiciária ou administrativa. Esclarece-se que o perito não tem a função de defender ou acusar nenhuma das partes, devendo proceder com todas as indagações que julgar necessário e realizar o registro de forma imparcial. A prova pericial tem a função de contribuir para a formação do convencimento do juiz.

É através do ato praticado pelo perito, através da perícia, que o *expert* vai fazer o exame, a vistoria ou a avaliação⁶⁷. Enquanto o exame é a análise de pessoas, animais e imóveis, a vistoria diz respeito a inspeção de imóveis e a avaliação trata de atualização monetária. Cabe somente ao perito realizar a perícia e apresentar a materialização desta através do laudo pericial. Será comentado, em momento oportuno, sobre o laudo pericial. A perícia é uma prova e advém do latim *probare*, que significa comprovar, evidenciar, atribuir juízo de valor, demonstrar, confirmar e apurar. O perito emite o laudo por meio de procedimentos técnicos e científicos, elucidando e deslindando controvérsias. Visando aclarar o conceito de perícia, evidencia-se o parecer de Alberto (2000):

Perícia em sentido amplo, é a prova destinada a levar ao juiz elementos instrutórios sobre algum fato que depende de conhecimentos especiais de ordem técnica. Ela pode consistir numa declaração de ciência, na “afirmação de um juízo” ou em ambas as operações simultaneamente. É declaração de ciência, quando relata as percepções colhidas e afirmação de juízo quando “constitui parecer que auxilie o juiz na interpretação ou apreciação dos fatos da causa (...). (Alberto, 2000)

⁶⁷ Art. 464 do CPC.

É importante ser dito que o perito não cria nada de novo, somente constata, examina o que já existe e materializa o resultado mediante emissão do laudo pericial. Martins (1999) entende que “o juiz é o perito dos peritos (*iudex est peritus peritorum*).

Destaca-se que existem várias espécies de perícias que são especificadas de acordo com o local e com o ambiente de atuação. Alberto (2000) nos auxilia nessa qualificação, narrando que a perícia pode ser na esfera judicial, na esfera extrajudicial, na esfera arbitral e na esfera semi-judicial. Diz, ainda, que uma perícia é judicial quando é realizada no âmbito do judiciário, conforme o texto legal; que a perícia é extrajudicial quando é realizada a pedido das partes para fins privados; que a perícia é semi-judicial quando é realizada na esfera estatal, mas fora do judiciário⁶⁸ e, por último, a perícia arbitral é:

(...) aquela perícia realizada no juízo arbitral - instância decisória criada pela vontade das partes, não sendo enquadrável em nenhuma das anteriores por suas características especialíssimas de atuar parcialmente como se judicial e extrajudicial. (Alberto, 2000)

Embora o CPC, no Capítulo XII, entre os artigos 369 ao 484, elenque diversos tipos de provas, o objetivo aqui é restringir-se à prova pericial, prevista na Seção X – Da prova pericial, artigos 464 ao 484; e é nessa perspectiva que se seguirá.

7.3. A JUDICIALIDADE E AS PERÍCIAS

Assiste-se, a cada ano que passa, a uma invasão do sistema judicial, especificamente na Justiça Federal, por um número vultoso de ações individuais de cidadãos reclamando pelo direito ao recebimento de benefícios previdenciários e assistenciais. Ao analisar os dados extraídos do “Relatório Justiça em Números” de 2021, onde fora catalogado o assunto de modo mais recorrente, verifica-se⁶⁹ que o benefício por incapacidade temporária e o

⁶⁸ Seria possível usar como exemplo a perícia realizada na polícia Civil ou federal, que acaba servindo de prova para um processo judicial

⁶⁹ Esses dados serão vistos posteriormente, no item 8.5.

benefício por incapacidade definitiva⁷⁰ encontram-se em primeiro e terceiro lugar – e no ano anterior, em 2020, em primeiro e segundo lugar -, respectivamente, como os assuntos mais demandados. Para surpresa, ainda se verifica que desde 2015 esses são os benefícios mais recorrentes do Juizado Especial Federal.

Paulo Brum Vaz (2021) relata que “a judicialização mais intensa é sobre benefícios que demandam perícia (questão de fato), sendo esses benefícios previdenciários e assistenciais”. Ainda, diz que “o nível elevado de concessões judiciais revela o complexo descompasso entre as perícias feitas pelo órgão e as realizadas pelo Judiciário”. A constatação de que a judicialização sobre os benefícios por incapacidade é a mais recorrente já existia, mas não se sabia que o índice era tão alto. Vaz (2021) utiliza-se do relatório *A judicialização de benefícios previdenciários e assistenciais*, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) por encomenda do Conselho Nacional de Justiça, como prova de que os “conflitos sobre direitos da seguridade social representam mais da metade dos novos processos que ingressam na Justiça brasileira”.

A pesquisa revelou que a intensidade e o perfil da judicialização da seguridade social estão relacionados tanto às condições socioeconômicas do local, como ao nível de renda e desenvolvimento do mercado formal de trabalho. Além disso, o aumento do tempo médio de análise de benefícios incentiva a mais nova modalidade de judicialização contra a demora da autarquia em responder às solicitações dos segurados. A demora é relacionada à redução do quadro de pessoal técnico e de procuradores do INSS. (Vaz, 2021)

Vaz demonstra, ainda, que o relatório aponta cinco características principais das concessões e dos indeferimentos dos processos administrativos:

- ao menos 11% dos benefícios concedidos pelo INSS advêm de decisões judiciais, especialmente de ações do Sul e do Sudeste;
- há prevalência da judicialização do benefício de auxílio-doença (hoje benefício por incapacidade temporária), preponderando a insatisfação dos segurados sobre a validade e a qualidade das perícias médicas realizadas na via administrativa, confrontadas pelas perícias judiciais, que, em um número muito considerável, chegam a conclusões diversas;
- o percentual dos benefícios que requerem perícia é maior entre as concessões por decisão judicial em comparação às decisões administrativas, indicando maior propensão à judicialização;

⁷⁰ Benefícios antigamente denominados de “auxílio-doença” e “aposentadoria por invalidez”, respectivamente.

- a proporção de pessoas desempregadas, que perderam ou não a condição de segurado, é consideravelmente maior nos casos de indeferimento;
- nos últimos dez anos, observou-se aumento no tempo médio de análise dos requerimentos de benefícios por parte do INSS. (Vaz, 2021)

A partir do estudo dessa litigiosidade, entende-se que o tema principal a ser trabalhado na presente pesquisa, visando o acesso ao direito social, seria a perícia judicial, que se materializa por meio do laudo pericial. Se a perícia e, conseqüentemente, o laudo pericial, forem adequados, estes serão capazes de garantir o acesso à justiça sob o enfoque de produzir resultados justos. Paulo Vaz (2021) comenta que há uma tendência cada vez maior dos processos que versam sobre a incapacidade laboral serem julgados improcedentes, devido à dificuldade dos juízes em lidarem com a prova pericial.

Portanto, se a perícia não é bem-feita, se ela não é informativa e conclusiva ou mesmo se ela é preconceituosa, superficial ou tendenciosa, o resultado é a improcedência da ação. Resta o segurado jogado em limbo previdenciário/trabalhista: não se encontra incapaz para o INSS nem para Judiciário, embora não tenha condições de competir no seletivo mercado de trabalho ou prosseguir trabalhando a despeito do esgotamento dos seus limites físicos e mentais. (Vaz, 2021)

De modo a aclarar o conceito e a importância da perícia judicial, apresenta-se os ensinamentos de Moacir Amaral Santos (1988):

Porque o juiz não seja suficientemente apto para proceder direta e pessoalmente à verificação e mesmo à apreciação de certos fatos, suas causas ou conseqüências, o trabalho visando tal objetivo se fará por pessoas entendidas na matéria, quer dizer, a verificação e a apreciação se operarão por meio de perícia. Assenta-se esta, de conseqüente, na conveniência ou necessidade de se fornecerem ao juiz conhecimentos de fatos que ele, pessoalmente, por falta de aptidões pessoais, não conseguiria obter ou, pelo menos, não obteria com a clareza e segurança requeridas para a formação da convicção, ou, ainda, que ele não poderia ou deveria pessoalmente colher sem sacrifício ou desprestígio das funções judicantes.

Carlos Alberto Vieira de Gouveia (2014) expõe que a perícia judicial “é tida por muitos como a rainha das provas, pois ela se baseia em conhecimentos técnicos e científicos para chegar a suas conclusões, as quais são normalmente expressas através do Laudo Técnico Pericial”. Já Dias Filho e Araújo (2016)

trazem os ensinamentos de Ornelas em relação a função da prova pericial: “em síntese, a função primordial da prova pericial, no entendimento de Ornelas (2003), é transformar os fatos relativos à lide, de natureza técnica ou científica, em verdade formal, em certeza jurídica”. Por fim, Antonio Buono Neto e Elaine Buono (2004) ensinam que, com base nos objetivos da perícia, é possível dividi-la em cinco itens de suma importância:

- 1) Que a perícia esclareça as dúvidas, estabelecendo verdade demonstrando tecnicamente a existência ou não da causa alegada.
- 2) Que a conclusão seja fundamentada em dados coerentes e precisos, sem deixar dúvidas.
- 3) Que tenha termos na sua elaboração que seja entendida por Leigos.
- 4) Que a prova técnica seja irrefutável, para fundamentar a sentença pelos Srs. Juízes.
- 5) Que tenha qualidade técnica invulnerável a impugnações, tanto no campo técnico como jurídico.

Como a presente pesquisa cinge-se aos benefícios previdenciários decorrentes de incapacidade laboral, geralmente a perícia a ser realizada será com os profissionais da área da saúde e sociais. De qualquer maneira, é de máxima importância a escolha do tipo de perícia, bem como do douto, que possui especialidade, conhecimento técnico e científico adequado ao caso concreto, sob pena de, ao invés de elucidar as divergências levantadas, se acabe induzindo o magistrado ao erro.

Ao estudar o Código de Processo Civil (Brasil, 2015), encontra-se a figura do Assistente Técnico ao lado do perito. Cabe esclarecer que a função do assistente técnico se distingue da atribuída ao perito. Enquanto o perito exerce um ato processual por determinação da autoridade judicial, o assistente técnico é um *expert* contratado pela parte. Da mesma forma, o assistente técnico, embora tenha o mesmo conhecimento do perito, emitirá, ao invés de laudo pericial, um parecer técnico⁷¹. O assistente técnico tem por objetivo verificar um ponto de vista que seja favorável à pessoa ou empresa que o contratou⁷². Assim, este tem a atribuição de assistir às partes. Devido ao fato dos assistentes técnicos não prestarem compromisso como os peritos, existe uma profunda

⁷¹ Destaca-se que o assistente técnico não emite laudo pericial, e sim parecer técnico.

⁷² Conforme §1º do art. 466 do CPC: “Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição”.

desconfiança de seu parecer, inclusive da validade dos seus relatórios, por causa de sua parcialidade. Esse profissional é visto como “perito da parte”, sendo um elemento importante no esclarecimento da lide. Ele tem aptidão para arguir qualquer falha ou elemento técnico da perícia ou laudo pericial que possa vir a prejudicar a parte, podendo emitir parecer técnico nesse sentido. É comum profissionais da área técnica exercerem tanto a função de peritos quanto de assistentes técnicos, não podendo ocupar ambas as posições no mesmo processo.

Epiphânio e Vilela (2012) narram que “o principal fundamento jurídico para a existência do assistente técnico é o princípio constitucional da ampla defesa e o princípio do contraditório”. Tal profissional tem o condão de garantir a imparcialidade do ato processual. Knijnik (2017) comenta o tratamento diferenciado entre o perito e o assistente técnico:

Segue-se uma atitude quase que atávica de, por um lado, considerar que o trabalho pericial- por ser tal- encerra uma qualificação superior, respeitável e científica; e, por outro lado, que os relatórios dos assistentes técnicos, por serem tais, são indignos de fé ou merecedores, *a priori*, de desconfiança, não tendo força jurídica, por exemplo, de justificar, à sua base, a realização de uma segunda perícia ou, desde logo, de legitimar, por si só, um convencimento discrepante da perícia oficial.

Dependendo do desempenho e dos argumentos do assistente técnico, este pode influir no resultado do processo. Nada impede que o juiz adote as conclusões do relatório do assistente técnico, desde que sejam revestidas de fundamentabilidade e de características narrativas inerentes à perícia.

Embora muitos operadores do Direito não utilizem os serviços dos assistentes técnicos por não entenderem que seu parecer possa influir no desenrolar da lide, o CPC, no art. 477 § 2º, inciso II, comprova o contrário: “que o perito tem o dever de, no prazo de 15 dias, esclarecer ponto divergente apresentado no parecer do assistente técnico da parte, em um claro endereço interpretativo contrário àquela tradição cultural de desconfiança quanto à atuação desses personagens” (Knijnik, 2017).

Quanto à classificação dos peritos, tem-se os peritos oficiais, que são aqueles concursados e que exercem a “função de ofício”⁷³, e os peritos *ad hoc*. Estes últimos são os *experts* nomeados que prestam o compromisso de exercer a função para um caso determinado. Tanto o perito oficial quanto o perito *ad hoc* podem exercer a função no âmbito judicial como também no administrativo.

No transcurso da tese, abordou-se a importância da interdisciplinaridade na ciência. A interdisciplinaridade de conhecimento também é importante para o exercício da magistratura. Verifica-se, aqui, a importância de o juiz ter conhecimentos além do Direito. Ele deve deter conhecimento sobre a perícia e suas áreas de conhecimento. É mediante o conhecimento sobre a prova pericial que o juiz ficará capacitado, apto para identificar o profissional que mais se adequa ao caso e que pode cumprir satisfatoriamente com o encargo. A interdisciplinaridade também é importante para o cargo de perito. É de máxima importância que o perito, além de ser conhecedor da matéria objeto da perícia, seja conhecedor do Direito, para que possa fazer a análise dos fatos de modo coerente com a legislação, sob pena de seu trabalho ser insatisfatório e inutilizado.

Verifica-se que não há na legislação referência quanto ao local ou ao horário⁷⁴ em que as perícias devam ser feitas. Quanto ao local, a perícia pode ser realizada no prédio da justiça, no IML (em caso de lesões corporais), na delegacia, no prédio do INSS ou no local de trabalho do periciando, este último em caso de acidente do trabalho ou verificação de insalubridade ou periculosidade. Destarte, quando houver a necessidade de um perito judicial para o deslinde da lide, o juiz escolherá algum profissional de saber especializado. Mesmo após a publicação da Lei nº 14.331/22, entende-se que não há limite quanto ao número de peritos, nem de assistentes técnicos, sendo que podem ser dois ou mais que participarão do processo judicial.

Além do perito judicial, existem alguns serviços periciais ligados a instituições públicas, regidos pelo estatuto do servidor público, que antevêm a existência de uma “junta pericial”, ou seja, a união de dois ou mais médicos com

⁷³ São os servidores públicos.

⁷⁴ Excetua-se o caso da “autopsia que deverá ser feita pelo menos 06 (seis) horas depois do óbito, salvo se os peritos, pelas evidências dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto”, conforme art. 162 do Código de Processo Penal.

o objetivo específico de avaliar condições laborativas ou não, visando fundamentar decisões administrativas de retorno ao trabalho, afastamento ou aposentadoria (CFM nº 15/95). É importante ser dito que, uma vez nomeado o perito, ele pode ser substituído por não ter a *expertise*⁷⁵ adequada ao caso em concreto ou não cumprir o encargo no período aprazado sem motivo legítimo.⁷⁶

O prazo para entrega do laudo poderá ser prorrogado pelo juiz, por uma só vez, desde que haja requerimento fundamentado do perito (art. 476 do CPC). Caso o perito, sem motivo legítimo, deixe de entregar o laudo no prazo indicado, poderá ser substituído, além de incorrer em multa fixada, tendo em vista o valor da causa e o prejuízo causado por seu atraso. O Magistrado poderá também comunicar a ocorrência à corporação profissional do perito (§ 1º do art. 468 do CPC). (Martins, 1999)

A presença desses profissionais é de suma importância para o deslinde da lide, haja vista terem a incumbência de dirimir questões precípuas, emitindo seus pareceres por meio de elaboração do laudo que é adstrita à sua função de perito. Opitz Junior e Opitz Neto (2019) comentam sobre a valoração do laudo pericial: “embora o magistrado não esteja adstrito ao laudo pericial, e se possa afirmar que o mesmo é leigo em assuntos médicos, ele está autorizado a formar a sua convicção baseada em outros elementos probatórios contido nos autos (...)”. Savaris (2011) comenta também sobre o artigo 436 do CPC:

Não obstante o magistrado não esteja vinculado às conclusões do laudo, não pode descartá-lo pura e simplesmente, sem qualquer motivação. Pode agregar outros elementos de prova- documentos médicos, prova testemunhal, inspeção judicial e todos os outros admitidos em direito – para alcançar uma conclusão diversa daquela indicada pelo perito judicial, mas precisará demonstrar as razões pelas quais chegou a resultado diferente daquele apontado pelo perito, ainda que descartando apenas parcialmente as conclusões do laudo pericial.

Assim, o magistrado não pode simplesmente se desvincular do laudo sem estar amparado por outras provas juntadas no processo. Colaciona-se acórdão exemplificando, nesse caso *in concreto*, que o juiz não é obrigado a formar sua convicção estrita com base no laudo pericial:

⁷⁵ Não ter capacidade técnica.

⁷⁶ Conforme art. 468 do CPC. Outrossim, pode ser aplicado uma multa ao perito que descumprir com suas obrigações na produção da prova pericial.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO
APELAÇÃO CÍVEL Nº 5019762-45.2017.4.04.9999/SC

EMENTA PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. VINCULAÇÃO AO LAUDO. INOCORRÊNCIA. PROVA INDICIÁRIA. DOENÇA PSIQUIÁTRICA. DEPRESSÃO. TRANSTORNO DE HUMOR. TRABALHADOR DA ÁREA DA SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE DE RETORNO AO TRABALHO. APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE DEFINITIVA CONCEDIDA APÓS SUCESSIVOS PERÍODOS DE AUXÍLIO-DOENÇA. COLEGIADO AMPLIADO. ART. 942, CPC.

1. O juízo não está adstrito às conclusões do laudo médico pericial, nos termos do artigo 479 do NCPC (O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito), podendo discordar, fundamentadamente, das conclusões do perito em razão dos demais elementos probatórios coligido aos autos.

2. Ainda que o caderno processual não contenha elementos probatórios conclusivos com relação à incapacidade do segurado, caso não se possa chegar a uma prova absolutamente conclusiva, consistente, robusta, é adequado que se busque socorro na prova indiciária e nas evidências.

3. A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes na população geral. Ocorre em todas as faixas etárias, sendo responsável por altos custos de tratamento, diretos e indiretos, e produzindo grandes prejuízos para o indivíduo e para a sociedade devido à sua natureza crônica, alta morbidade e mortalidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é uma das doenças mais frequentes na população mundial. Um problema sério de saúde pública que gera elevados índices de absenteísmo, inclusive nos serviços públicos judiciais. Em inúmeros casos, embora não em todos, a depressão está relacionada com as condições de trabalho, sendo os profissionais de saúde comumente acometidos de problemas desta natureza em razão das condições precárias de trabalho nos hospitais, mais ainda agora em tempos de pandemia.

4. O laudo pericial diagnosticou transtorno de humor. O chamado Transtorno distímico, típico da depressão, segundo a literatura médica, é um sintoma que leva ao humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período de pelo menos dois anos, acompanhado de dois ou mais dos seguintes sintomas: apetite diminuído ou aumentado, insônia ou hipersonia, diminuição da energia e fadiga, baixa da auto-estima, diminuição da concentração e da capacidade de tomada de decisões. Parece evidente que uma pessoa com esse diagnóstico, embora possam os sintomas ser variáveis de caso a caso, não está apta a retornar ao trabalho (atendente de enfermagem), dado que se trata de atividade profissional consabidamente desgastante do ponto de vista emocional, sobretudo em período de pandemia que vem levando o sistema de saúde do país ao colapso em algumas localidades.

5. Hipótese em que, diante da conclusão contraditória dos peritos especializados em psiquiatria ("não há indicativo de incapacidade laborativa atual, não obstante a existência de patologias psiquiátricas em tratamento (consulta psiquiátrica a cada 2 meses e medicamentos"), que deixaram de examinar o contexto profissional em que a segurada exerce atividade profissional, é forçoso reconhecer a

existência de incapacidade definitiva, tendo em vista o longo tempo de tratamento sem qualquer melhora e o histórico de benefícios por incapacidade concedidos administrativamente, que não é bom nem para a autora, nem para o INSS, nem para a sociedade, tornando-se uma via crucis para a segurada essa persistente circularidade.

6. Apelação da parte autora provida. (TRF4, AC 5019762-45.2017.4.04.9999, TURMA REGIONAL SUPLEMENTAR DE SC, Relator para Acórdão PAULO AFONSO BRUM VAZ). Juntado aos autos em 08/07/2020.

Verifica-se que a prova pericial se encontra devidamente regulada nos artigos 464 ao 484 do Código de Processo Civil Brasileiro. Conforme o artigo 465 do CPC, o profissional responsável em produzir a prova pericial é o perito: “o juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo”. Savaris (2011) defende “que é desnecessária a nomeação de especialista na área relacionada com a patologia do examinado”. Ele prossegue:

(...) vale destacar, que o médico não está obrigado a fazer um diagnóstico preciso da patologia que acomete o examinado, pois a obrigação inerente ao ato pericial está adstrita à verificação da incapacidade para o exercício de atividades profissionais.

Caso haja inúmeras doenças, queixas de patologias, Savaris (2011) entende que, em vez do trabalhador ser avaliado por um especialista, seria melhor o segurado ser periciado por um médico do trabalho ou um clínico geral. Entende-se que, devido à grande dificuldade de o judiciário possuir médicos especialistas em todas as áreas, esse encargo deve ser ocupado por médico do trabalho ou médico especialista em perícias médicas, devidamente registrado no CRM nessa especialidade.⁷⁷

⁷⁷ O art. 4º do Decreto nº 8.516/2015, norteia que “Fica estabelecida a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao CFM, a qual compete definir, por consenso, as especialidades médicas no País”. São especialidades oficiais: 1. Acupuntura; 2. Alergia e imunologia; 3. Anestesiologia; 4. Angiologia; 5. Cancerologia; 6. Cardiologia; 7. Cirurgia cardiovascular; 8. Cirurgia da mão; 9. Cirurgia de cabeça e pescoço; 10. Cirurgia do aparelho digestivo; 11. Cirurgia geral; 12. Cirurgia pediátrica; 13. Cirurgia plástica; 14. Cirurgia torácica; 15. Cirurgia vascular; 16. Clínica médica; 17. Coloproctologia; 18. Dermatologia; 19. Endocrinologia e metabologia; 20. Endoscopia; 21. Gastroenterologia; 22. Genética médica; 23. Geriatria; 24. Ginecologia e obstetrícia; 25. Hematologia e hemoterapia; 26. Homeopatia; 27. Infectologia; 28. Mastologia; 29. Medicina de emergência; 30. Medicina de família e comunidade; 31. **Medicina do trabalho**; 32. Medicina de trânsito; 33. Medicina esportiva; 34. Medicina física e reabilitação; 35. Medicina intensiva; 36. **Medicina legal e perícia médica**; 37. Medicina nuclear; 38. Medicina preventiva e social; 39. Nefrologia; 40. Neurocirurgia; 41. Neurologia; 42. Nutrologia; 43. Oftalmologia; 44. Ortopedia e traumatologia; 45. Otorrinolaringologia; 46. Patologia; 47. Patologia clínica/medicina laboratorial; 48. Pediatria; 49. Pneumologia; 50. Psiquiatria; 51. Radiologia e diagnóstico por

O artigo 465 do CPC dispõe do prazo para a impugnação do perito nomeado pelo magistrado. Simultaneamente, é concedido o prazo para a juntada de quesitos, bem como para a indicação do assistente técnico⁷⁸. É importante ressaltar a importância dos quesitos, pois são estes que norteiam a realização do laudo pericial. Além das partes juntarem os quesitos iniciais, o legislador procura resguardar a possibilidade de serem juntados, também, pela leitura do artigo 469 do CPC, os quesitos suplementares durante a diligência. Já no artigo 473 do CPC, o legislador esclarece quais são os requisitos que o laudo deverá conter. Trata-se de uma “bússola” que norteia a realização de um laudo eficaz, sob pena da perícia não cumprir com o objetivo a que foi designada. Não é excessivo lembrar que a prova pericial consiste em “exame, vistoria ou avaliação”.⁷⁹

Embora seja uma alternativa da parte requerer a realização da prova pericial, esta pode ser indeferida pelo juiz se ele entender que a perícia é impraticável, desnecessária, ou que a prova do fato não depende de conhecimento técnico.⁸⁰ Após o perito ser inteirado da sua nomeação, abrirá prazo⁸¹ para que o mesmo se manifeste para apresentar a proposta de honorários, bem como seus dados. Uma vez que o *expert* tenha estipulado seus

imagem; 52. Radioterapia; 53. Reumatologia; 54. Urologia. Ficou estabelecido pela medicina, por meio de suas entidades reguladoras e certificadoras, que a especialidade **medicina legal e perícia médica** é a especialidade que se dedica a realizar perícias, uma vez que os *experts* têm a capacitação para fazer a interlocução entre a Medicina e o Direito. Além dessas especialidades, **a Medicina do Trabalho** também tem aptidão para fazer as perícias de natureza trabalhista. Para ser um perito não basta ser exímio conhecedor de uma especialidade. Tem que ter conhecimento amplo na área da medicina e, também, conhecer do Direito em questão, relacionado ao caso em concreto, com o fito de esclarecer os pontos relevantes para dirimir a questão, sob pena de seu laudo ser imprestável. O perito médico é versado em ler processos e se expressar com clareza e precisão sem parcialidade. Somente o especialista em perícias médicas tem essa capacitação. Se fosse de outra forma, não precisaria existir a especialidade pericial. É importante ser dito que, para que um médico obtenha o título de especialista em Medicina Legal e Perícia Médica (CNRM), terá que realizar a formação com três anos de residência nesta área, já para obter o título de especialista em Medicina do Trabalho, a formação deve ser de 2 anos em Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho (CNRM) ou ambos deverão prestar concurso realizado pelo Convênio AMB/Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas ou Medicina do Trabalho. Ressalta-se que os peritos médicos previdenciários têm autoridade para atuarem no âmbito previdenciário, e integram o quadro de carreira conforme estabelecido pela Lei nº 10.876/2004.

⁷⁸ Por conseguinte, conforme o §1º do art. 467 do CPC, as partes serão intimadas, no prazo de 15 dias a partir da intimação de nomeação do perito para: **I** - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; **II** - indicar assistente técnico; **III** - apresentar quesitos.

⁷⁹ Conforme art. 464 do CPC.

⁸⁰ Conforme art. 464 do CPC.

⁸¹ Conforme §2º do art. 465 do CPC.

honorários, subtende-se que tenha aceito o encargo. Verifica-se, por meio do silogismo do artigo 467 do CPC, que cabe ao juiz arbitrar os honorários, sendo esses pagos conforme restam estabelecido pelo artigo 95 do mesmo diploma.⁸² Elucida-se que o pagamento dos honorários periciais será de responsabilidade de quem o pedir. Caso ambas as partes tenham requerido, ou tenha sido requerido pelo juízo, os honorários serão rateados, conforme assevera o artigo 95 do CPC⁸³. Já se a parte que requereu estiver sob o albergue da gratuidade judicial, o pagamento se dará em conformidade com o §3º do artigo 95 do CPC:

I - Custeada com recursos alocados no orçamento do ente público e realizada por servidor do Poder Judiciário ou por órgão público conveniado; II - Paga com recursos alocados no orçamento da União, do Estado ou do Distrito Federal, no caso de ser realizada por particular, hipótese em que o valor será fixado conforme tabela do tribunal respectivo ou, em caso de sua omissão, do Conselho Nacional de Justiça.

Passado a análise e estabelecimento dos honorários, “o perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso”⁸⁴. Por conseguinte, caso o perito não se escuse do encargo ou não seja alegado impedimento ou suspeição⁸⁵, ele exercerá o *mister* dentro do processo. Caso contrário, se o *expert* escusar o encargo ou o juiz julgar procedente a suspeição, será nomeado novo perito.⁸⁶ É importante esclarecer que o perito que não tenha impedimento ou suspeição pode também ser substituído, caso lhe falte conhecimento técnico ou científico da matéria a ser analisada ou seja negligente e ou não cumpra com os prazos processuais.⁸⁷ De imediato, no artigo 475, o legislador trata da perícia complexa, ou seja, a possibilidade da contratação de mais de um perito. “Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, o juiz

⁸² §3º do art. 465 do CPC: “as partes serão intimadas da proposta de honorários para, querendo, manifestar-se no prazo comum de 5 (cinco) dias, após o que o juiz arbitrar o valor, intimando-se as partes para os fins do art. 95”.

⁸³ Art. 95: “Cada parte adiantará a remuneração do assistente técnico que houver indicado, sendo a do perito adiantada pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes”. (grifo próprio)

⁸⁴ Art. 466 do CPC.

⁸⁵ Art. 467 do CPC

⁸⁶ § único do Art. 467do CPC.

⁸⁷ Art. 468 do CPC.

poderá nomear mais de um perito, e a parte, indicar mais de um assistente técnico”⁸⁸.

Uma vez realizada a perícia, os dados obtidos devem ser todos registrados no Laudo Pericial, ou no Estudo Social quando a perícia for realizada por um perito social. Uma vez juntados esses documentos, que são a conclusão da perícia, o juiz abrirá vista para as partes ou assistente técnico se manifestarem.⁸⁹ Ressalta-se que é a partir da abertura de vistas do laudo que o advogado poderá realizar a sua manifestação, inclusive impugnando o documento.

Caso o *expert* tenha juntado um laudo baseado numa perícia inconclusiva ou deficiente, “o juiz poderá reduzir a remuneração inicialmente arbitrada para o trabalho”, consoante §5º do artigo 465 do CPC. Outrossim, caso o juiz entenda que a perícia foi insuficiente, pode determinar a realização de nova perícia. Essa segunda perícia não anula ou substitui a primeira, ela tem o objetivo específico de corrigir a omissão ou a inexatidão dos resultados desta última (art. 480, § 1º, do CPC). É oportuno notar que, caso o ponto controvertido seja de baixa complexidade, a perícia judicial poderá ser substituída pela prova técnica simplificada⁹⁰. Embora a prova pericial seja de máxima importância, dependendo do objeto da ação, principalmente nas ações previdenciárias, o juiz poderá dispensar essa prova. Trata-se do verbete do artigo 472 do CPC: “O juiz poderá dispensar prova pericial quando as partes, na inicial e na contestação, apresentarem, sobre as questões de fato, pareceres técnicos ou documentos elucidativos que considerar suficientes”.

Dentro da experiência que possui a autora desta tese, com mais de 25 anos de exercício de advocacia previdenciária, nunca se presenciou um caso

⁸⁸ Na Lei nº 14.3331/22, ficou previsto que o pagamento dos honorários periciais é limitado a uma perícia médica por processo judicial e, excepcionalmente, “caso determinado por instâncias superiores do Poder Judiciário, outra perícia poderá ser realizada” (art. 1º, §4º). Essa norma veio com o fito de diminuir o custeio das perícias, portanto, a vedação diz respeito ao pagamento da perícia e não à realização da perícia propriamente dita. De acordo com o art. 475, havendo a necessidade de perícia complexa o juiz poderá nomear mais de um perito, e o art. 480 do mesmo diploma também abre a possibilidade da realização de nova perícia quando a matéria não estiver suficientemente esclarecida. Entende-se que, quando houver uma segunda perícia, esta visa complementar, não se tratando de nova prova.

⁸⁹ §1º do art. 477 do CPC.

⁹⁰ O legislador buscou trazer o conceito da prova simplificada no §3º do art. 464 do CPC: “A prova técnica simplificada consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz, sobre ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico”.

onde o juiz tenha dispensado a prova pericial, baseado em quantidades expressivas de exames e atestados médicos que comprovam a incapacidade laboral do autor. Verifica-se o contrário, a realização de perícia e a valorização de laudos periciais judiciais com análises contrárias aos exames juntados aos autos, que não condizem com a verdade real dos fatos. Ou seja, atualmente há uma supervalorização da perícia médica em detrimento das demais provas.

Diogo Assunção Rezende Almeida (2011), nos fala sobre o “mito de certeza e de credibilidade” daquilo considerado científico. O autor fala da forma como é enxergada a ciência e, conseqüentemente, a perícia.

(...) como é uma espécie de saber que se ignora, o magistrado não se sente confortável para investigar os métodos utilizados pelo perito nem se sente capacitado para indagá-lo sobre a forma com a qual chegou às suas conclusões. A barreira criada pela inserção da ciência e da técnica na perícia se torna intransponível ao juiz, dando origem a um mito de certeza e de credibilidade àquilo que é considerado científico. Mistifica-se o que não se conhece. (Almeida, 2011, p. 76)

O autor segue:

(...) em decorrência da confiança quase absoluta que o juiz brasileiro deposita no perito por ele escolhido, é habitual se constatar que a conclusão da perícia serviu de principal fundamento para a sentença e que a sua motivação nada mais é do que a transcrição daquilo que expôs o *expert* em seu laudo. Não é exercida nenhuma espécie de controle sobre a lei científica ou técnica adotada, nem se verifica se realmente foi devidamente empregada aos fatos da causa. É considerado verdadeiro o resultado da perícia e, a partir daí o juiz passa a decidir. Na verdade, o perito já havia decidido. (Almeida, 2011, p. 77)

Knijnik (2017) completa analisando a conduta do magistrado em relação a perícia: “afinal, caso a perícia tenha sobrevivido ao teste de admissibilidade, caberá ao juiz apreciá-la na sentença, agora à vista da aplicação concreta de seu método, recusando-a ou aceitando-a no todo ou em parte”⁹¹. Após comentar sobre a parte processual em relação às perícias judiciais, no que concerne às realizadas nas ações que versam sobre benefícios por incapacidade, traz-se peculiaridades desse instituto.

⁹¹ Art. 479 do CPC.

7.4. AS PERÍCIAS REALIZADAS NA ANÁLISE DE CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

A prova pericial é essencial nos feitos que envolvem benefícios por incapacidade porque o magistrado não tem a expertise sobre os aspectos que envolvem a inaptidão laboral, uma vez que dependem de conhecimentos técnicos específicos. É de conhecimento de todos que a mera constatação de uma moléstia não é suficiente para a conclusão de que exista incapacidade laboral. Savaris (2020) nos ensina que

Trabalhador doente não é necessariamente trabalhador incapaz, razão pela qual o diagnóstico de uma determinada enfermidade não leva à imediata conclusão de que está impedido de exercer atividades profissionais que lhe garantam o sustento. É necessário mais do que isso: exige-se a comprovação de a moléstia impede, total ou parcialmente, o exercício de atividade profissional, de forma definitiva ou temporária.

O magistrado completa: “incapacidade para o trabalho não é fruto apenas da análise de aspecto médicos, mas também guarda relação com circunstâncias sociais, culturais e, algumas vezes, econômicas” (Savaris, 2020). Esse jurista vai ao encontro do que tenho defendido nesta tese, que a análise da incapacidade laboral é baseada em multifatoriedade e, portanto, deve ser analisada a partir de um olhar multidisciplinar, e não somente sob a ótica da medicina.

Aspectos sociais são agregados na análise da incapacidade quando se procura compreender o meio social em que está inserido o periciando. Fatores culturais relacionados ao grau de instrução do examinado podem ser usados na verificação da possibilidade de readaptação ou reabilitação profissional. Finalmente, aspectos econômicos podem interferir decisivamente na busca por uma melhoria das condições culturais a permitir a (re)inserção no mercado de trabalho. A análise socioeconômica tem ainda mais relevância no que diz respeito aos benefícios assistenciais, sobretudo porque já no âmbito do INSS são adotados critérios que conjugam aspectos médicos e sociais. (Savaris, 2020)

Colaciona-se acórdão que reforma a sentença *a quo*, no sentido de que, ao serem analisadas as incapacidades profissionais do segurado, deve-se levar em consideração, além dos aspectos biológicos, também os sociais:

RELATOR: DESEMBARGADOR FEDERAL PAULO AFONSO BRUM VAZ

EMENTA PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. VINCULAÇÃO AO LAUDO. INOCORRÊNCIA. PROVA INDICIÁRIA. AUXÍLIO-DOENÇA. REQUISITOS. COMPROVAÇÃO. PRINCÍPIO DA PREVENÇÃO APLICÁVEL NO PROCESSO PREVIDENCIÁRIO. ART. 942, CPC.

1. O juízo não está adstrito às conclusões do laudo médico pericial, nos termos do artigo 479 do NCPC (O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito), podendo discordar, fundamentadamente, das conclusões do perito em razão dos demais elementos probatórios coligido aos autos e das regras da experiência.

2. Ainda que o caderno processual não contenha elementos probatórios conclusivos com relação à incapacidade do segurado, caso não se possa chegar a uma prova absolutamente conclusiva, consistente, robusta, é adequado que se busque socorro na prova indiciária e nas evidências.

3. Em que pese os laudos periciais realizados tenham concluído pela aptidão laboral da parte autora, a confirmação da existência das moléstias incapacitantes referidas na exordial (tendinite, tenossinovite, lúpus eritematoso sistêmico, hipertireoidismo, fibromialgia, bursite de ombro e depressão), corroborada pela documentação clínica apresentada, associada às suas condições pessoais - habilitação profissional (faxineira) e idade atual (46 anos) - demonstra a efetiva incapacidade temporária para o exercício da atividade profissional, o que enseja, indubitavelmente, a concessão de auxílio-doença, desde o indevido cancelamento até a reabilitação para outra atividade profissional compatível com as comorbidades da segurada.

4. Aplicação ao caso, de comorbidades graves comprovadas, do princípio da prevenção, porquanto a continuidade do trabalho em condições de saúde precárias e com sofrimento poderá agravar o quadro patológico e levar à incapacidade definitiva, desenlace indesejado pela sociedade e mais oneroso para a Seguridade Social.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, a Egrégia Turma Regional Suplementar de Santa Catarina do Tribunal Regional Federal da 4ª Região decidiu, por maioria, vencidos o Desembargador Federal CELSO KIPPER e o Desembargador Federal LUIZ FERNANDO WOWK PENTEADO, dar parcial provimento à apelação e determinar a imediata implantação do benefício, nos termos do relatório, votos e notas de julgamento que ficam fazendo parte integrante do presente julgado. Florianópolis, 30 de junho de 2020. Relator: Paulo Afonso Brum Vaz.

Schuster e Vaz (2018) alertam que a Seguridade Social tem o papel precípuo de proteger os indivíduos dos riscos sociais, inclusive na redução dos riscos de invalidez. Esses autores salientam que o recebimento de benefício por incapacidade não tem por objetivo só

(...) substituir os rendimentos do trabalho do segurado, mas também oferecer possibilidade de prevenção/precaução contra o agravamento ou a incapacidade definitiva para o trabalho. A incapacidade laborativa não é somente aquela que se apura efetiva em uma perícia médica. (Schuster e Vaz, 2018, p. 194)

O recebimento de benefício por incapacidade pauta-se, também, na incapacidade laboral do trabalhador, no afastamento para a realização de tratamento ou meio de

(...) evitar a recidiva da incapacidade ou invalidez futura. É nesse cenário que se estuda a possibilidade de inserção do binômio probabilidade/magnitude na observação das atividades de risco. O risco será sempre descrito a partir do binômio probabilidade/magnitude, seja ele concreto ou abstrato. A quantificação das faces deste binômio toma como base os elementos constituintes da prova existente no caso concreto, permitindo ao magistrado lançar mão ou do princípio da prevenção ou da precaução. (Schuster e Vaz, 2018, p. 195)

Engelmann, Flores e Weyermüller (2010, p. 152, *apud* Schuster e Vaz, 2018, p. 195) explicam que:

Riscos concretos são aqueles que a ciência pode delimitar ou precisar, impondo uma atitude de prevenção. Riscos abstratos são aqueles onde há incerteza científica acerca de sua ocorrência ou extensão, impondo uma postura de precaução.

Ainda, Schuster e Vaz (2018, p. 195) ressaltam que “a única forma de se “calcular” o futuro é por meio da probabilidade/magnitude”. Assim, embora não haja a certeza da probabilidade do evento acontecer, “o dano pode ser grave ou irreversível, razão pela qual o afastamento tem como finalidade evitá-lo e, com muito maior razão, atenuá-lo” (idem). Os autores prosseguem fazendo crítica à forma como são realizadas as avaliações tradicionais

Acontece que as avaliações tradicionais mostram-se negligentes no que diz respeito aos efeitos indiretos, cumulativos e sinérgicos dos acidentes e doenças (ocupacionais). O processo judicial acaba ocultando as variáveis do risco e, até mesmo, dúvidas triviais, preso que está a uma espécie de dualismo cartesiano: é “tudo ou nada” (a resposta para os quesitos é “sim” ou “não”), além de um enfoque extremamente formal, com poucas oportunidades de diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento. (Schuster e Vaz, 2018, p. 196)

Schuster e Vaz (2018) desaprovam a atuação das perícias tradicionais, pois elas baseiam-se em fatos passados sem ter qualquer observação ou preocupação com o futuro dos trabalhadores ou com a repercussão de que os fatos presentes possam influenciar no vindouro.

Na práxis jurídica, o que se verifica é uma simples descrição do passado, sem qualquer observação e/ou preocupação com o futuro (com a proteção do trabalhador). Em outras palavras, a perícia judicial (ainda) se destina a fazer prova de um fato passado, e não a formar vínculos com o futuro, no sentido de influenciar uma medida preventiva ou precaucional. Acontece que, para se ligar passado e futuro, de forma que uma decisão possa ser considerada válida para o Direito, é preciso (...) buscar o maior número possível de informações/ certezas sobre os novos riscos, que cobrem aspetos físicos, psicológicos, sociais e econômicos das condições de trabalho. O intérprete deve indagar se a informação é segura e os conhecimentos médicos são elementos suficientes para garantir o rigor do diagnóstico, o que sempre esbarra em questões pertinentes a outras áreas do conhecimento, dada a sua transdisciplinaridade. A (in)capacidade para o trabalho deve ser analisada desde o ponto de vista médico, social e econômico. (Schuster e Vaz, 2018, p. 196)

Esses riscos sociais, como no caso da incapacidade laboral, podem estar presentes no exercício do labor, vindo a repercutir na saúde do trabalhador. Schuster e Vaz (2018), ainda, alertam para os novos critérios de análise da existência de incapacidade laboral, com a finalidade de receber o benefício por incapacidade.

Tais critérios poderão orientar e legitimar a aplicação dos princípios da prevenção e precaução em matéria previdenciária, a fim de garantir não apenas a proteção do segurado, mas a efetiva recuperação do seu organismo, o que, na melhor relação custo-benefício, poderá diminuir os custos da Previdência Social. (Schuster e Vaz, 2018, p. 194)

A verificação do estado de saúde do segurado pela análise de suas condições, para fins de recebimento de benefício previdenciário por incapacidade laboral, necessita, portanto, de uma perícia médica, bem como de uma pericial social. A primeira perícia destina-se a analisar o trabalhador sob o ponto de vista da saúde física ou mental. Já a segunda, à realização da análise dos aspectos sociais, como o grau de instrução e toda a rotina necessária para cumprir o exercício profissional, que pode estar comprometido devido à enfermidade. Sugere-se que, primeiramente, seja realizada a perícia social, para

que o perito médico, de posse desse laudo, possa analisar se a moléstia é fator de impedimento da atividade profissional.

Conforme Savaris (2020), “o que se pretende com a realização da prova pericial é alcançar a verdade material ou real”. O jurista prossegue, “em outras palavras, o que se busca é a definição, tão precisa quanto possível, das condições de saúde da parte submetida ao exame técnico”. Assim, Simas (2010 *apud* Trezub, 2011) reverbera sobre o conceito de incapacidade laborativa, que “é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente”. O médico-perito explica que o conceito de “impossibilidade para o desempenho da atividade ou ofício” deve ser relativizado

(...) para que se tenha um parâmetro aplicável a cada caso, sempre lembrando que esta impossibilidade não deve ser vista como um ponto, num corte transversal, mas pode ser variável, numa espécie de banda de significância, na dependência de inúmeras variáveis, seja do indivíduo (trabalhador), do trabalho exercido, do meio ambiente (de trabalho e geral), e ainda de condições sociais (escolaridade, experiência, prática profissional, local de moradia, etc.). (Trezub, 2018)

Trezub, além de narrar que a incapacidade é multifatorial, também ensina que a impossibilidade para o desempenho da atividade ou ocupação é definida também como

(...) a incapacidade de atingir a média de rendimento/produção alcançada em condições normais, pelos trabalhadores da categoria do examinado (INSS, 1993), o que nos remete a um novo conceito, ou seja, o de produtividade daquele trabalhador e da categoria profissional. (Trezub, 2018)

A partir desse conceito, fica visivelmente demonstrado a importância de que o perito conheça com profundidade a profissiografia do trabalhador; sendo essa definida como a

(...) análise e descrição das atribuições e tarefas inerentes a cada uma das “profissões”, os requisitos de escolaridade e formação exigidos, as exigências biopsicodinâmicas que o exercício laboral implica, além dos elementos relacionados ao ambiente e à sistemática do trabalho, em especial fatores de risco existentes. (Trezub, 2018)

Inicia-se a realização de uma análise nas perícias realizadas no judiciário, com o fito de dirimir a capacidade laboral do segurado.

7.4.1. A PERÍCIA MÉDICA

Segundo Nakano, Rodrigues Filho e Santos (2012), a perícia médica, em sentido amplo, é ato privativo do médico, podendo ser exercida pelo médico civil ou militar, desde que investido em função que lhe assegure a competência legal e administrativa para tal. Opitz Junior e Opitz Neto (2019) também conceituam a perícia médica como o “conjunto de procedimentos técnicos que tem por finalidade a emissão de laudo sobre questões médicas, mediante exame, vistoria, indagação, investigação, arbitramento, avaliação e certificação”.

A perícia médica é um ato de competência exclusiva de médico inscrito no Conselho Regional de Medicina. Como já relatado, a perícia médica pode ser judicial ou extrajudicial. O médico perito deve se ater ao nível de competência profissional pelo conhecimento técnico-científico, bem como à legislação pertinente ao caso em concreto.

O exame médico pericial tem propósito de fazer uma análise do examinado, com a finalidade de dirimir a situação que está sendo discutida no judiciário. Tratando-se de benefícios previdenciários por incapacidade, haverá a averiguação se o autor possui ou não capacidade laboral e, caso não tenha, se é elegível à reabilitação profissional.

O exame médico-pericial busca o enquadramento nas situações legais, o pronunciamento conclusivo sobre condições de saúde e a avaliação da capacidade laborativa; visa definir o nexo de causalidade (causa e efeito) entre doença ou lesão e a morte (definição de causa mortis), doença ou sequela de acidente e a incapacidade ou invalidez física e/ou mental, o acidente e a lesão, doença ou acidente e o exercício da atividade laborativa, doença ou acidente e sequela temporária ou permanente, desempenho de atividades e riscos para si e para terceiros. (Nakano, Rodrigues Filho e Santos, 2012)

É de se destacar a importância da realização de uma boa entrevista com o autor, na hora da perícia, uma vez que esta vai auxiliar o perito na forma como proceder. É através da entrevista que o *expert* vai buscar dados necessários para realizar o exame, contribuindo com a elaboração do laudo pericial. Além da

entrevista e do exame físico, o perito também se utilizará, para realizar o laudo, de todo o material juntado aos autos, tais como: prontuário clínico, exames admissionais, sequenciais ou demissionais, Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), fichas de tratamentos ambulatoriais, laudos técnicos de exames, atestados médicos, receituários, prontuários médicos e odontológicos, receitas, CTPS, entre outros. Esclarece-se que a lista de provas acima narradas não é exaustiva, mas elucidativa e essencial na formação da convicção do perito, bem como do juiz. Outrossim, é fulcral a explicação pormenorizada na inicial de tudo que circunda o caso em concreto. Faz-se essa observação porque muitas vezes o advogado, representante do autor/a no processo, faz a juntada de documentos e deixa que o perito observe por si só todos os fatos que circundam o caso na hora da perícia. Tal procedimento prejudica muito o processo, pois nem sempre o autor tem a habilidade da fala.

Ao realizar a perícia, o *douto* analisará se há incapacidade laborativa para o desempenho das funções específicas da profissão e, caso haja incapacidade, se esta é parcial ou total. Também a duração dessa incapacidade, se temporária ou indefinida, será avaliada. A análise dessa incapacidade laboral deve ter uma relação direta com a atividade profissional do examinado, podendo ser uniprofissional, pauciprofissional, pluriprofissional e omni-profissional⁹² (Gouveia, 2014). Entendendo que o ato pericial é fundado também na linguagem, na investigação e interpretação de uma realidade, passa-se a comentar sobre a perícia social, realizada pelos assistentes sociais, profissionais entendidos e *experts* em intercorrências sociais.

7.4.2. A PERÍCIA SOCIAL

Diante dos propósitos expostos nesta tese, torna-se imperativo que a perícia social seja parte integrante de uma avaliação mais holística e sistemática do que seja o adoecimento ou a falta de capacidade laboral. Para começar, é necessário que se frise que são justamente os/as assistentes sociais os/as

⁹² A incapacidade uniprofissional ocorre quando os impedimentos alcançam algumas atividades profissionais; a pauciprofissional ocorre quando os impedimentos alcançam poucas atividades profissionais; a pluriprofissional, quando alcança diversas atividades; já a omni-profissional implica impedimento e desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

profissionais autorizados/as a realizarem os estudos e pareceres sociais. Essa previsão consta expressamente no artigo 4º, inciso XI, da Lei n. 8.662/93, que regulamenta essa categoria profissional. Tal inserção dos Assistentes Sociais não é novidade. Como aponta Amélia Cohn (1980), data de 1942 a instalação do primeiro Serviço Social na Seguridade Social. Na sequência, a partir de 1945 o Ministério do Trabalho realizou cursos de serviço social para os funcionários das Caixas de Aposentadorias e Pensões e para os IAP's (Iamamoto e Carvalho, 2006).

Vem de longa data a participação dos assistentes sociais como auxiliares no âmbito judicial. Exemplo disso encontra-se nos denominados “comissários de vigilância”, que atuavam nas varas de família desde 1927 e que perduram até hoje nas discussões sobre guarda de menores e outras questões nesse campo de conflitos. O Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, torna fundamental a participação dos laudos, pareceres e estudos sociais nesse campo. Foi, contudo, a partir da Lei de Benefícios da Previdência Social (Lei n. 8.213/91), na esteira do entendimento trazido pela Constituição Federal de 1988, que o Serviço Social ganha o “status” de verdadeira política pública previdenciária. Cito o artigo 88 da referida lei, por sua importância para os fins que pretendo nesta tese:

Art. 88. Compete ao Serviço Social esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade. **§ 1º** Será dada prioridade aos segurados em benefício por incapacidade temporária e atenção especial aos aposentados e pensionistas. **§ 2º** Para assegurar o efetivo atendimento dos usuários serão utilizadas intervenções técnicas, assistência de natureza jurídica, ajuda material, recursos sociais, intercâmbio com empresas e pesquisa social, inclusive mediante celebração de convênios, acordos ou contratos. **§ 3º** O Serviço Social terá como diretriz a participação do beneficiário na implementação e no fortalecimento da política previdenciária, em articulação com as associações e entidades de classe. **§ 4º** O Serviço Social, considerando a universalização da Previdência Social, prestará assessoramento técnico aos Estados e Municípios na elaboração e implantação de suas propostas de trabalho.

Lamentavelmente, da vigência desse dispositivo até o presente, pouco foi explorado do potencial que o Serviço Social apresenta, inclusive na formulação

de políticas públicas locais e setoriais, por meio de estudos, pesquisas e levantamentos estatísticos e sociais. Para a presente tese, interessa explorar, em particular, o inciso primeiro do artigo citado acima. Veja-se que deve ser dada prioridade aos benefícios por incapacidade temporária, como é o caso dos auxílios (doença e atual por incapacidade temporária). É dentro dessa lógica que a avaliação social, justamente para verificar as demais questões que extrapolam os conhecimentos da medicina enquanto ciência, impõe-se como fundamental. Ela não é complementar, mas sim constitutiva de uma avaliação mais global e humanizante, como pretende-se reivindicar aqui.

Não é mais possível, especialmente a partir do Estatuto do Deficiente (Lei n. 13.146/15), deixar de avaliar as denominadas questões pessoais e sociais, o que pode ser feito com excelência e cientificidade por meio dos estudos e pareceres sociais emitidos pelos assistentes sociais. Com efeito, não há novidade alguma, ao se analisar o histórico da seguridade social, no que respeita à avaliação social no âmbito da seguridade. Veja-se, nesse sentido, a avaliação social realizada pelo INSS nos benefícios assistenciais desde maio de 2009, quando dos pedidos dos benefícios assistenciais.

Por outro lado, no campo dos direitos previdenciários propriamente dito, a nova Aposentadoria Especial do Deficiente, instituída pela Lei Complementar n. 142/2013, desde a emissão da Portaria Interministerial nº 1/2014, realiza a perícia social para, juntamente com a perícia médica, originar o laudo biopsicossocial. Será esse laudo, por sua vez, que determinará a pontuação necessária para a configuração da deficiência e seus graus (leve, moderado ou grave). Nesse ponto, pode-se afirmar que quando se trata de avaliar a incapacidade laboral ou a falta de saúde dos segurados, o que incluiu a avaliação da incapacidade duradoura (dois anos ou mais), para a concessão dos benefícios assistenciais da LOAS, sempre estar-se-á diante de uma tarefa complexa. Não é possível acreditar, como até então parece acontecer, que uma fugaz e superficial avaliação médico-pericial resolverá essa equação delicada que é o adoecimento do ser humano. No próximo item, se buscará apontar outras áreas do conhecimento científico, afora a medicina e o serviço social, que poderão contribuir na montagem de um laudo biopsicossocial.

7.4.3. A PERÍCIA BIOPSISSOCIAL

A perícia biopsicossocial, entendida como a avaliação médica e social dos que buscam e dependem das políticas públicas, especialmente aquelas de feição securitária, ainda é uma concepção nova e pouco conhecida/aplicada. Essa perícia é uma espécie de perícia complexa relatada no artigo 475 do CPC. Talvez não seja errado afirmar que uma grande resistência na sua aplicação venha justamente dos peritos médicos, seguida do próprio judiciário, que não a compreendem, ou se compreendem, não a querem utilizar. O certo é que ela representa um caminho sem volta. Não é possível mais rechaçá-la quando, a partir da CIF/OMS e da Convenção de Nova Iorque/ONU, além do Estatuto do Deficiente, esta passa a ser o *modus operandi* na avaliação e constatação da incapacidade duradoura.

Já se inclui, em termos de prática na avaliação biopsicossocial, as centenas e milhares de avaliações feitas até então dos benefícios assistenciais da Lei n. 8742/93, bem como, mais recentemente, no âmbito da Lei Complementar n. 142/13, que instituiu as aposentadorias por idade e por tempo contributivo dos deficientes. Mais uma vez, faz-se necessário a citação do Estatuto do Deficiente, uma vez que esse verdadeiro código nos fornece, em seu segundo artigo, o caminho da perícia biopsicossocial. Veja-se:

Art. 2º 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. § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e IV - a restrição de participação. § 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência (...) (grifo próprio)

Há de se frisar que a expressão “quando necessária” deverá ser interpretada da seguinte forma: quando não é necessária uma análise das condições sociais, pessoais, atitudinais, informacionais, ambientais, econômicas, entre tantas outras, quando da avaliação da incapacidade duradoura/deficiência. Dizendo de outra forma: é possível chegar-se à conclusão

de que um segurado é incapaz para o trabalho ou não possui saúde para sua vida normal (caso dos facultativos que não trabalham, por exemplo) sem, justamente, avaliar o entorno em que vive esse segurado?

Importante salientar, ainda, que o próprio Estatuto deu um prazo de dois anos, após sua vigência (em 07/01/2016), para a aplicação da perícia biopsicossocial, que começou a valer a partir de 07/01/2018. Com efeito, há de se registrar que, diante da concepção inter e multidisciplinar trazida por essa modalidade de perícia, é possível a conjugação de várias outras perícias para que possa ser verificado, em cada caso concreto, a falta de saúde ou incapacidade laboral dos segurados e seguradas.

7.4.4. PERÍCIAS AUXILIARES DIVERSAS

Primeiro, é necessário afirmar que não se pode trabalhar na perspectiva da perícia biopsicossocial somente com as perícias médica e social. Esse talvez seja um ponto que mereça ser destacado. Quando se pensa na perícia complexa, leia-se biopsicossocial, não se pode limitar sua aplicação restritiva aos campos da medicina e do serviço social. Por certo que esses dois campos são de fundamental importância, mas estão surgindo outras especialidades, novas e antigas, com novas perspectivas que merecem no mínimo uma séria e profunda reflexão.

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios que, antes de 2020, não eram de nosso conhecimento. São inúmeros os casos concretos de segurados e seguradas que adoeceram devido ao novo vírus e suas variantes diversas (algumas ainda sequer conhecidas), cujas sequelas (também ainda desconhecidas na maioria dos casos) não podem ser aferidas pela perícia médica. É o caso típico daqueles contribuintes (trabalhadores, facultativos, contribuintes individuais, etc.) que não conseguem mais retornar ao trabalho, embora seus exames já estejam aparentemente normais. É nesse contexto que dois profissionais, antes não tão valorizados no contexto pericial, hoje são fundamentais em diversas avaliações: os fisioterapeutas e os psicólogos.

Tem-se hoje, no Brasil e no mundo, milhares de pessoas em tratamento pós-covid, ou seja, em recuperação após o período crítico dessa nova patologia

- codificada pelo CID 10 no tipo B 34.2, infecção por coronavírus de localização não especificada. Nessa conjuntura, são justamente os fisioterapeutas que começam a atuar nesses organismos, de modo a ativar diversas partes do corpo que respondem precariamente ou de forma inadequada, o que afeta a saúde plena dessas pessoas. Nesse caso, há de se indagar quem terá mais conhecimento técnico e científico para avaliar um trabalhador braçal, somente para citar o exemplo mais comum: é o perito médico, que em dez minutos avalia os exames (agora “normais”) do segurado, ou o fisioterapeuta, que está realizando semanalmente as sessões de fisioterapia? Essa é a questão central. Ainda, nesses casos concretos, quem poderá melhor precisar o tempo de recuperação desses trabalhadores? Será o médico perito (administrativo ou judicial) ou os peritos fisioterapeutas que possuem uma perspectiva concreta de cada caso? Com efeito, apontar que o segurado ou o autor de uma ação previdenciária, no caso judicial, possui o B 43.2, coisa que o perito médico facilmente avalia, em nada contribui para a resolução dos casos concretos envolvendo o adoecimento decorrente do novo vírus.

Também no contexto da pandemia, a psicologia passou a ocupar um espaço privilegiado. Primeiro, é necessário dizer que foram milhares de trabalhadores e trabalhadoras que passaram a exercer suas atividades no *home office*, de forma remota ou *on-line*. Entre estes e estas, encontra-se não somente os empregados, segurados obrigatórios do sistema, mas também uma gama imensa de contribuintes individuais, especialmente os trabalhadores autônomos. Nessa nova conjuntura, em que o “mundo virtual” ingressou no interior das casas, invadindo os mínimos espaços privados a ponto de diluírem-se os limites entre público e privado, o adoecimento mental passou a ocupar um espaço antes inusitado. E, nesse ponto, permite-se afirmar, os profissionais médicos são incompetentes, do ponto de vista técnico, para lançar um diagnóstico real dos casos concretos apresentados.

Veja-se que, nos casos de adoecimento e tratamento psicológico, sequer importa encontrar o CID-10 correspondente. Pode, aliás, não haver qualquer codificação de patologias que, mesmo assim, a incapacidade laboral ou a falta de saúde estará presente. Os relatos que se apresentam cotidianamente apontam para um adoecimento psíquico e mental desses segurados que passam

a trabalhar remotamente. Sob o ponto de vista aparente, não apresentam nenhuma patologia ou comorbidades. Não será a perícia médica que apontará os limites de exaustão de um trabalhador nestas condições. Afirma-se, então, que a presença de profissionais fisioterapeutas e psicólogos, como auxiliares do juízo, especialmente nas periciais judiciais que buscam verificar a incapacidade/falta de saúde, passa a ser determinante para que o diagnóstico biopsicossocial seja realizado. O contrário disso é um verdadeiro “faz de conta” que, lamentavelmente, costuma-se presenciar.

7.5. O LAUDO PERICIAL E O PARECER SOCIAL

O laudo pericial, ou o parecer social, é o relatório escrito e fundamentado do perito sobre a matéria submetida à sua apreciação. Ele contém a exposição das objeções e ocorrências da diligência, responde aos quesitos formulados e apresenta as conclusões sobre o objeto da ação. A realização do laudo, ou parecer social, é de exclusiva responsabilidade dos peritos, sendo o primeiro realizado pelos médicos peritos e o segundo, pelo assistente social. Tanto o laudo pericial como o parecer social devem conter: preâmbulo, exame objetivo, transcrição de exames complementares, comentário, discussão, conclusão e resposta aos quesitos. É de máxima importância que o *expert*, ao fazer o laudo pericial, responda a todos os quesitos realizados pelas partes e pelo magistrado de forma clara e objetiva. Conforme Eunice Teresinha Fávero (2003):

A perícia quando solicitada a um profissional de Serviço Social é chamada de perícia social, recebendo esta denominação por se tratar de estudo e parecer cuja finalidade é subsidiar uma decisão, via de regra, judicial. Ela é realizada por meio do estudo social e implica na elaboração de um laudo e emissão de um parecer. Para sua construção, o profissional faz uso dos instrumentos e técnicas pertinentes ao exercício da profissão, sendo facultado a ele a realização de tantas entrevistas, contatos, visitas, pesquisas documental e bibliográfica que considerar necessárias para a análise e a interpretação da situação em questão e a elaboração de parecer. Assim, a perícia é o estudo social, realizado com base nos fundamentos teóricos-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, próprios do Serviço Social, e com finalidades relacionadas à avaliação e julgamentos. (grifo próprio)

O assistente social pode emitir o estudo social⁹³, a perícia social⁹⁴, o relatório social⁹⁵, o laudo social⁹⁶ e o parecer social⁹⁷. Ele é o profissional que adquiriu competência para dar visibilidade aos aspectos sociais e, portanto, está apto a fazer uma leitura da realidade social do cidadão.

O profissional pauta-se pelo que é expresso verbalmente e pelo que não é falado, mas que se apresenta aos olhos como integrante do contexto em foco. O profissional dialoga, observa, analisa, registra, estabelece pareceres, apresentando, muitas vezes, a reconstituição dos acontecimentos que levaram a uma determinada situação vivenciada pelo sujeito, tido juridicamente como “objeto” da ação judicial. (Fávero, 2003)

Enquanto o perito médico realiza a perícia de cunho biológico, a partir da análise física, corporal e documental do periciado, o perito social elabora o estudo social por meio da realização de entrevistas, observações, pesquisas documentais e bibliográficas (Fávero, 2003). O perito social registra tudo o que foi observado, fazendo uma análise da vida e das condutas a partir do exame dessas pessoas, compondo a realidade social, de modo a verificar, por exemplo, as barreiras sociais, precariedade laboral, ausência/insuficiência ou necessidades de políticas sociais redistributivas, conflitos e perfil profissional. O perito social conhece técnicas de entrevista, de redação e, conseqüentemente, de elaboração de registros a partir da análise de dados.

⁹³ O estudo social é realizado por meio de entrevistas, análise de documentos, visitas domiciliares, observação e entendimentos com colaterais, identificando condições de vida das partes, objeto da ação, e apresentando o relatório social com as interpretações, diagnósticos e parecer.

⁹⁴ “A perícia social recebe essa denominação por se tratar de estudo e parecer cuja finalidade é subsidiar uma decisão, via de regra, judicial. Ela é realizada por meio de um estudo social e implica na elaboração de um laudo” (Fávero, 2003).

⁹⁵ Relatório social é a “exposição escrita que translada o segmento da realidade social com a interpretação científica do profissional contemplando as dimensões temporal e espacial do estudo e globalizando-as, bem como estabelecendo a correlação entre os dados coligidos e a observação realizada durante o processo dinâmico de sua operacionalização. No relatório social deve aparecer a ponderação dos itens significativos, de maneira a oferecer o sentido total da situação” (Fávero, 2003).

⁹⁶ Trata-se de um processo metodológico, específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, objeto de intervenção profissional - especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e culturais (Fávero, 2003).

⁹⁷ “O parecer social diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em conhecimento específico do Serviço Social, a uma questão ou a questões relacionadas a decisões tomadas. Trata-se de uma exposição sucinta objetivando a questão ou situação social (...). É uma análise da situação com uma conclusão. O parecer pode ser emitido enquanto parte final ou conclusão de um laudo (...)” (Fávero, 2003).

(...) na construção do estudo social, não se pode perder de vista que mesmo quando se trabalha com apenas um usuário, ele é um indivíduo social, e a realidade social que condicionou a sua história, bem como o fato que motivou a realização do estudo, devem ser trazidos à tona por meio do expert. (FÁVERO, 2003)

Ambos os peritos, após a realização da perícia, têm de elaborar o laudo pericial, uma vez que este “é a peça escrita na qual os peritos médicos expõem, de forma circunstanciada, as observações e os estudos que fizeram e consignam as conclusões fundamentais da perícia” (Opitz Junior e Opitz Neto, 2019). Antônio Bueno Neto e Elaine Arbex Bueno (2004) ensinam que preâmbulo é uma “espécie de introdução na qual constam a qualificação da autoridade solicitante, dos peritos, do examinado (...), o local onde foi feito o exame, a data e hora, bem como o tipo de perícia realizada”.

Quanto ao exame e o objetivo, geralmente o perito faz uma narrativa fidedigna da peça inicial do processo, narrando o tipo de ação, o objeto da mesma, bem como todo o relato em torno do objeto a ser analisado.⁹⁸ Com a finalidade de dirimir a questão, conforme já comentado, é oportunizado às partes juntarem os quesitos. Quesitos nada mais são do que “perguntas cuja finalidade é a caracterização de fatos relevantes que deram origem ao processo” (Neto e Bueno, 2004). Colaciona-se a íntegra do artigo 473 do CPC, que lista os requisitos do laudo judicial:

⁹⁸ Com base na Lei nº 9.317/1996, somente podem ingressar com ação judicial no juizado Especial Federal as pessoas físicas e microempresas ou empresas de pequeno porte. Verifica-se que o aumento dos litígios na Justiça Federal está associado a uma extensa gama de políticas de seguridade que são indeferidas administrativamente no INSS. O cidadão pode ter acesso ao poder judiciário, visando a concessão de seu benefício previdenciário por incapacidade, por meio de advogado, por meio de defensor público ou fazendo seu pedido diretamente no sistema de processo eletrônico *eproc*, por meio do *jus postulandi*, ou seja, em nome próprio. Compreende-se ser importante afirmar o quanto é importante o Autor estar bem representado, pois a construção de uma inicial bem elaborada, que contenha dados minuciosos acerca de quem é o autor da Ação, sua vida profissional atual e pregressa, destacando a moléstia incapacitante, sua relação com o labor, análise dos exames realizados, os remédios utilizados no tratamento e os efeitos colaterais que esses podem desencadear e que podem interferir no exercício da atividade laboral. Todos esses dados vão repercutir na realização da perícia e posterior elaboração do laudo pericial. Pode-se afirmar que acesso à justiça vai muito além do acesso formal ao poder judiciário e do direito de ingressar com uma ação. Este acesso deve ser visto de forma ampla, dentro de uma política de distribuição de renda, como no caso exemplificativo da concessão de benefícios por incapacidade. A partir dessa narrativa, reitera-se a importância de se investigar sobre as perícias judiciais e os aspectos que a circundam.

Art. 473. O laudo pericial deverá conter: I - a exposição do objeto da perícia; II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito; III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou; IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público. § 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões. § 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia. § 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.

Entre os requisitos, destaca-se a importância de o laudo ser realizado numa linguagem acessível e com coerência lógica, para melhor entendimento dos sujeitos processuais. Também, deve conter a solução de todos os quesitos, fundamentadamente. Savaris (2011) comenta sobre a elaboração do laudo médico:

É imperioso que o laudo médico seja bem elaborado, assegurando às partes e ao magistrado a exata compreensão do estado de saúde do examinado, ainda que não disponham de formação médica. Um laudo pericial ininteligível, contraditório ou que não indica as circunstâncias que levaram a uma dada conclusão não atende à busca da verdade real. Apenas cumpre formalmente uma necessidade introdutória, mas não empresta segurança à decisão judicial e frustra o exercício da ampla defesa das partes.

Novamente utiliza-se dos ensinamentos de Savaris (2009), que se pronuncia sobre o laudo pericial:

O laudo pericial, 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.

O mesmo jurista ainda comenta que é impossível uma perícia ser realizada em curto período de tempo se seguir a todos os requisitos acima. A experiência profissional tem mostrado que os peritos não valorizam todos os exames e provas juntados ao processo. Costumeiramente depara-se com perícias rápidas, sem muito diálogo com os autores. Os segurados queixam-se de não serem examinados. Trata-se de um comportamento descompromissado, que se materializa na realização do laudo pericial. Muitas vezes verifica-se um “copia e cola”, que negligencia e não responde a todos os quesitos realizados pelas partes. Nesse caso, não resta outra saída ao advogado senão impugnar o laudo pericial.

Quando a perícia judicial não cumpre os pressupostos mínimos de idoneidade da prova técnica, ela é produzida, na verdade, de maneira a furta ao magistrado o poder de decisão, porque respostas periciais categóricas, porém sem qualquer fundamentação, revestem um elemento autoritário que contribui para o que se chama decisionismo processual. Em face da ausência de referências fáticas determinadas, a solução judicial se traduziria em uma subjetividade desvinculada aos fatos, resultando mais de valorização e suspeitas subjetivas do que de circunstâncias de fato. (Savaris, 2009)

É por meio do exame pericial, e seguindo as diretrizes dos quesitos, que o perito vai chegar à conclusão do laudo pericial, concluindo se o trabalhador se encontra ou não incapacitado e, portanto, merecedor ou não do benefício pleiteado. Caso haja incapacidade laboral, o *expert* deverá estabelecer o DID (data do início da doença), o DII (data do início da incapacidade, bem como o DCB (data de cessação do benefício). Outrossim, o perito concluirá a incapacidade quanto ao grau (em total ou parcial) e também quanto à duração, se esta é temporária ou permanente. Caso o trabalhador tenha incapacidade total e permanente, este terá direito ao recebimento de benefício por incapacidade definitiva (aposentadoria por invalidez).

Para que o juiz possa embasar-se em outras provas e não ficar adstrito ao laudo pericial, conforme exprime o artigo 479 CPC, faz-se imperioso a juntada de vasta prova documental. “Também o juiz pode requisitar documentos junto aos estabelecimentos hospitalares, uma vez demonstrada a dificuldade ou a impossibilidade de a parte obtê-los” (Savaris, 2009). Savaris também alerta para a importância da prova oral, “pois pode apresentar aspectos da realidade que

suplantem o exame técnico”. E completa explicando que a prova testemunhal não emitirá valores quanto a dados técnicos, e sim “fatos laterais que podem ser extremamente valiosos na formação do convencimento do juiz” (Savaris, 2009). A análise de Savaris reforça a importância da realização da perícia biopsicossocial, uma vez que o perito médico não tem aptidão ou formação para realizar a análise da realidade social do segurado, a qual repercute na sua capacidade laboral.

Esse sujeito tem uma história social de vida-passado e presente, viveu e vive numa sociedade em que ele , e / ou os familiares, teve e tem alguma forma de relação com o trabalho- seja inserido, seja excluído, seja sobrando no mundo do trabalho; ele viveu ou vive em algum grupo familiar, com o qual manteve o mantém relações fundantes e determinantes de sua forma de vida, em que relações de gênero também se fazem presentes, ele vive em uma região, em uma cidade, em um bairro, forjados socialmente por políticas públicas que determinam sua forma de existência- nesse contexto ele tem, teve ou não acesso a bens sociais, provenientes das políticas de corte social. Portanto, o profissional necessita saber do mundo do trabalho, suas permanências, suas mudanças, suas determinações; necessita saber de que família se fala, das diversas formas e arranjos vividos pelas famílias em nossa sociedade, do processo de socialização dos sujeitos; necessita saber da cidade, do município- qual a sua infraestrutura econômica, as políticas sociais que implementa ou deixa de implementar. (Fávero, 2003)

Nesse sentido, o perito social vai contribuir para a análise da capacidade laboral, considerando todos os aspectos sociais do periciado, como: trabalho, escolaridade, perfil profissional, capacidade ou não de ter habilidades, a cidade, as políticas sociais e a família. Serão utilizados, para a realização do estudo social, o laudo social e todas as peculiaridades em torno do segurado, sejam sociais, econômicas ou culturais. A perícia como um todo, para a análise da capacidade laboral do segurado, com o fito de buscar a verdade real, tem que observar e analisar o ser humano no seu aspecto global, ou seja, físico, social e emocional.

Embora os *experts* tenham as aptidões e técnicas dentro de suas áreas de atuação, estes não podem empreender a iniciativa investigativa independente, eles seguem os parâmetros traçados no processo. O liame entre a parte e o perito são os quesitos. Assim, afirma-se que uma boa quesitação vai refletir, necessariamente, na análise, nas observações e na conclusão do laudo

pericial. Procurando entender esse instituto, buscou-se na literatura o conceito e aspectos importantes sobre esse tema. Ephiphanio (2012) elucida que quesito “é a indagação feita pela autoridade ou pela lei que deve ser respondida obrigatoriamente pelo perito”. Ainda, informa que o termo “*quesito*”, do ponto de vista jurídico, difere de “*pergunta*”. Então, quesitos são inquirições que devem ser realizadas sobre pontos obscuros que compõem a lide. Opitz Neto e Opitz Junior (2019) comentam que

(...) a quesitação é fundamental ao esclarecimento da matéria em discussão no processo e a produção da prova pericial, não podendo ser realizada sem critério técnico rigoroso e com conhecimento sobre o que se está fazendo.

Observa-se, a partir da redação do § 1º do artigo 465 do CPC, que as partes têm 15 dias, a partir do despacho de intimação da nomeação do perito, para apresentar os quesitos, bem como indicar o assistente técnico. Conforme entendimento do STJ, esse prazo para a juntada dos quesitos e para indicação do assistente técnico não é preclusivo, podendo a parte fazê-lo até o início do trabalho pericial.

Existem três tipos de quesitos: os quesitos iniciais, os suplementares e os de esclarecimento. Os quesitos iniciais⁹⁹ são os formulados logo após o juiz nomear o perito. Esse prazo será aberto tanto para o autor como para o réu.¹⁰⁰ Os quesitos suplementares são aqueles que podem ser feitos no ato da perícia ou em petição, conforme esclarecido pelo artigo 469 do CPC:

Art. 469. As partes poderão apresentar quesitos suplementares durante a diligência, que poderão ser respondidos pelo perito previamente ou na audiência de instrução e julgamento. Parágrafo único. O escrivão dará à parte contrária ciência da juntada dos quesitos aos autos.

Certifica-se, por meio da leitura do artigo acima, que os quesitos suplementares devem ser realizados durante a diligência, quando a parte verifica que surgiram fatos novos da qual ela não tinha conhecimento. Necessariamente,

⁹⁹ Inciso III, §1º do art. 465 do CPC.

¹⁰⁰ Recomendo a juntada dos quesitos juntamente com a inicial, com a finalidade do advogado não incorrer na perda do prazo.

esses quesitos precisam ser entregues em período antecedente à entrega do laudo pericial no juízo. Outrossim, caso a parte não tenha entregue quesitos iniciais, não há que se falar em quesitos suplementares, pois esses visam completar os primeiros.

Verifica-se, ainda, que a faculdade da apresentação de quesitos de esclarecimento¹⁰¹, que são vistos como complementares e objetivam esclarecer questões omissas, obscuras ou contraditórias, que não ficaram claras durante a elaboração do laudo inicial, podem ser respondidas em audiência de instrução e julgamento requeridas por uma das partes. Existe uma discussão quanto ao direito de o autor ser acompanhado pelo advogado na perícia médica.

A Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, assevera, no inciso XII do artigo 4º, que são atividades privativas do médico a “realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular”. Geralmente, existe uma tendência majoritária de ser obstruída a participação do advogado no ato pericial. A argumentação dos peritos médicos é que existe sigilo devido à exposição do periciado. Outrossim, somente o perito tem autonomia para consentir a participação de um acompanhante ou profissional de outra origem no momento da prova pericial.

Entende-se que o direito ao sigilo pertence ao periciado e, se este abdica desse sigilo, então é possível a participação do advogado. Além disso, o sigilo profissional deve ser interpretado em favor do paciente/cliente, e não em favor do médico/advogado. O instituto do sigilo tem como destinatário final o cidadão. Ademais, o impedimento à participação do advogado na perícia seria o cerceamento do exercício da profissão, uma vez que se trata de uma prerrogativa do advogado na defesa do direito do seu cliente, conforme preconiza o Estatuto da OAB, artigo 7º, inciso I e VI, alíneas “c” e “d”, da Lei nº 8.906/94. Além da prerrogativa, há o ônus ao advogado de fiscalizar o correto cumprimento do ato, uma vez que a perícia médica faz parte do processo judicial. Nesse sentido, junta-se a nota técnica expedida pelo SEJUR:

¹⁰¹ Conforme §3º do art. 477 do CPC.

I - As atribuições do médico perito não podem ser confundidas com as de qualquer agente da autoridade policial ou judiciária, que pode determinar a seu agente que proceda diligência determinando exatamente como agir. Devido às particularidades contidas em qualquer exame médico, nenhuma norma administrativa pode determinar ao médico perito como se conduzir durante a perícia ou determinar que deve estar presente ao exame pericial. O médico perito deve obedecer às regras técnicas indicadas para o caso, lendo o laudo encaminhado pelo médico assistente, confrontando-o com o exame físico e determinando a capacidade laborativa do segurado, no pleno exercício de sua autonomia e sempre comprometido com a verdade.

II - O exame pericial é um ato médico. Como tal, por envolver a interação entre o médico e o periciando, deve o médico perito agir com plena autonomia, decidindo pela presença ou não de pessoas estranhas ao atendimento efetuado, sendo obrigatórias a preservação da intimidade do paciente e a garantia do sigilo profissional, não podendo, em nenhuma hipótese, qualquer norma, quer seja administrativa estatutária ou regimental, violar o princípio fundamental. (NOTA TÉCNICA DE EXPEDIENTE 044/2012, DO SEJUR)

Outrossim, junta-se julgado no mesmo sentido, quanto à possibilidade de o advogado acompanhar o seu cliente no ato pericial:

RECURSO N. 49.0000.2013.011315-8/PCA. Recte: Amanda Galvani de Lima OAB/SC 26688. Recdo: Conselho Seccional da OAB/Santa Catarina. Interessado: Flávio de Azevedo Grandis (Perito Médico). (Adv: Neri José Bruggemann Júnior OAB/SC 12884). Relator: Conselheiro Federal Mauricio Gentil Monteiro (SE). EMENTA N. 009/2014/PCA. EXAME MÉDICO-PERICIAL. ACOMPANHAMENTO POR ADVOGADO. ATO PROCESSUAL. PRERROGATIVA PROFISSIONAL DA ADVOCACIA. 1. O acompanhamento de seu cliente em exame médico a ser realizado por determinação judicial a título de prova pericial é direito da parte e prerrogativa profissional da advocacia; 2. O Parecer nº 009/2006, do Conselho Federal de Medicina, não pode ser utilizado como fundamento para impedir o advogado de acompanhar o seu cliente em perícia médica determinada judicialmente, eis que constitui parte essencial de ato processual, qual seja, prova pericial. Acórdão: Vistos, relatados e discutidos os autos do processo em referência, acordam os membros da 1ª Câmara do CFOAB, por unanimidade, em conhecer do recurso e dar-lhe provimento parcial, nos termos do voto do Relator, que integra o presente. Impedido de votar o representante da OAB/Santa Catarina. Brasília, 11 de fevereiro de 2014. Cláudio Pereira de Souza Neto, Presidente. Maurício Gentil Monteiro, Relator. (DOU, S.1, 25.02.2014, p. 161)

Opitz Neto e Opitz Junior (2019) relatam que “a ausência de acompanhamento do ato pericial pelos advogados cerceia o direito à apresentação de quesitos durante a diligência”. A jurista completa que, nesse caso específico, o advogado deve e pode apresentar quesitos suplementares, posteriores ao ato da perícia, justificando o motivo, uma vez que esteve impedido

de estar presente no momento do ato. Quanto aos quesitos, é de fundamental importância a realização destes, sendo que devem ser elaborados sempre tendo em mente o objeto que se pretende provar, levando sempre em consideração o caso que está sendo discutido. Opitz Neto e Opitz Junior (2019) observam que

Os quesitos podem chamar a atenção do Perito Judicial para determinado fato relevante à comprovação da tese jurídica da parte, em especial fazer com que o mesmo tenha que ler algum documento. Esse é o motivo pelo qual devem ser sempre elaborados quesitos específicos, pois como técnica de quesitação fazemos referência a determinado documento que existe nos Autos.

Os autores completam o raciocínio esclarecendo o quanto os quesitos são importantes para a parte que teve o laudo desfavorável. Enquanto a parte favorecida somente concorda com o laudo pericial, a parte desfavorecida pode analisar as respostas dos quesitos e encontrar elementos que vão de encontro à conclusão do laudo pericial. É importante pontuar que a ausência da resposta da quesitação, por parte do perito, é considerada como cerceamento de defesa. Embora o inciso IV do artigo 473 do CPC seja tácito a que o laudo pericial deva conter a “resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público”, observa-se, na prática, que muitas vezes o *expert* não responde aos quesitos, simplesmente faz uma referência a uma análise introdutória do laudo (vide laudo) ajuizando “prejudicado” ou “impertinente”¹⁰². Esclarece-se que, se algum dos quesitos apresentados em juízo forem considerados impertinentes ou indeferidos pelo magistrado, caberá ao *expert* responder todas as indagações concernentes àqueles.

O desenvolvimento da presente pesquisa certificou ainda mais a importância do liame da perícia para um julgamento justo, com a busca da verdade real, para a concretização da justiça social. Nesse sentido, o aprofundamento do estudo convence sobre a importância da realização da perícia como prova técnica e científica, adequada ao enquadramento das situações legais, como forma de conclusão sobre as condições de saúde e a capacidade laboral do segurado. A perícia tem a função de fazer o nexo causal (causa e efeito) entre a doença e as limitações físicas, mentais, sociais e o

¹⁰² Conforme se observa a partir do inciso I do art. 470 do CPC, cabe ao juiz “indeferir quesitos impertinentes”, ou seja, não é prerrogativa do perito fazê-lo.

exercício da capacidade laborativa. A perícia define se a doença, os abalos no sistema físico e mental, podem causar sequelas permanentes, temporárias ou restritivas no exercício da atividade profissional. Além disso, existem diversas especialidades periciais, cada uma com um grau de conhecimento e expertise peculiar, aptas para decifrar, investigar e dirimir fatos duvidosos ou controversos *sub judice*.

Tendo em vista o ponto fulcral do presente trabalho, a prova pericial judicial teria o fito de esclarecer sobre a capacidade laboral do segurado que ingressa no judiciário visando o requerimento do benefício por incapacidade laboral. Dentro do universo de fatores que podem ser motivo de limitação da capacidade laboral, estão os processos físicos decorrentes do envelhecimento, somados aos aspectos sociais. Pretende-se examinar essa questão no próximo capítulo, bem como a forma como o judiciário a tem recepcionado.

8. ENVELHECIMENTO E POBREZA: OS FATORES BIOPSIICOSOCIAIS QUE CONTRIBUEM PARA A INCAPACIDADE LABORAL DO IDOSO

8.1. O ESTADO NA SUA VERSÃO NEOLIBERAL E SUA RELAÇÃO COM A POLÍTICA SOCIAL.

O Estado é, ao mesmo tempo, lugar do poder político, aparelho coercitivo e de integração, uma organização burocrática e uma instância de mediação para a *práxis* social capaz de organizar o que aparece num determinado território, como o interesse geral. A autonomia relativa do Estado resulta dessa relação dialética com a economia, segundo a qual é determinado, mas também é determinante. O Estado pode ser entendido como uma relação social, de modo que “O Estado não é árbitro neutro, nem juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem

é um instrumento, uma ferramenta nas mãos das classes dominantes, para realizar seus interesses” (Faleiros,1991). O Estado resume, condensa e mediatiza as relações sociais, segundo as correlações de forças da sociedade civil. O aparelho estatal não está somente em função dos interesses da classe dominante. Ele pode integrar, dominar, aceitar, transformar e estimular certos interesses das classes dominadas. O Estado é hegemonia e dominação. A ação do Estado se situa, então, em relação à correlação das forças sociais.

A mundialização ou a globalização, seja qual for o termo que se deseje utilizar, tem causado enormes mudanças societárias em todos os países, mudando e influenciando nas relações do Estado e da sociedade. Tal cenário tem causado reflexo nas esferas políticas, sociais, culturais e econômicas.

A globalização constitui-se num fenômeno amplo de padronização de valores, de costumes e de consumo em esfera mundial; porém, o dinamismo da mesma não tem resultado em equidade político-econômica nem cultural, engendrando, com isso, o que Ianni (1997) denominou de *produção e reprodução socialmente contraditória, desigual e combinada do capital* e dos valores culturais e espirituais em esfera global. (Leme, 2010)

Com o capitalismo neoliberal, o Estado, que tinha o condão de proteger a população, se ajusta às novas exigências e aos novos desafios da esfera global, refletindo na forma de organização e de integração dos mercados e ensejando um Estado mínimo com relação a concessão dos direitos sociais. Essa minimização do Estado, como já foi comentado, tem como pressuposto reformas neoliberais que visam responder ao mercado globalizado. Embora a maioria dos direitos sociais estejam protegidos pela Constituição Federal, o neoliberalismo está reduzindo e modificando direitos que se entendia serem pétreos.

Embora o texto constitucional seja avançado sob o ponto de vista conceitual, este enfrenta dificuldades para se materializar, sobretudo em relação a efetividade dos direitos sociais em face das severas restrições advindas dos ajustes econômicos, que direciona o país num sentido contrário a suas determinações. Enquanto o texto constitucional impõe um Estado com primazia, a agenda econômica indica a saída do Estado e empurra para a ótica da privatização, da assistencialização como a filantropia. (Severiano, 2016)

Nessa lógica perversa, trazida pelo que se denominou de movimento neoliberal, o Estado passa a se desincumbir do ônus de gerenciar as políticas

sociais, tornando-se um Estado diminuto em termos de concessão de direitos, e máximo em termos de arrecadação dos recursos para disponibilizar à iniciativa privada. Além do Estado se desincumbir do ônus do gerenciamento das políticas sociais, passou a implementar reformas neoliberais em vários direitos sociais¹⁰³, entre elas a da seguridade social e dos direitos trabalhistas. Evania Severiano (2016) comenta que essas mudanças causaram repercussões nas políticas de proteção social. “Nesse contexto forma-se o ambiente para as contrarreformas restringindo os direitos sociais, a precarização das políticas de proteção social, principalmente na seguridade social” (Severiano, 2016).

Assim, o Brasil assumiu várias estratégias de contrarreforma dentro da agenda neoliberal, entre elas reformas constitucionais, com a flexibilização das leis trabalhistas, redução de investimentos estatais em direitos sociais e privatização de empresas públicas sob a premissa de ineficiência financeira. É dentro dessa perspectiva que a agenda neoliberal tem como prioridade o capital, objetivando os trabalhadores, transformando-os em meras mercadorias, mão de obra geradora de riqueza. Essa mitigação de direitos sociais cria um terreno árido para o desenvolvimento de estruturas que beneficiariam uma melhor qualidade de vida da população e a diminuição da desigualdade social.

Nesse contexto, o principal argumento para as crises reside na capacidade do orçamento público, sob responsabilidade do Estado, ocasionando impasses e dificuldades na efetivação das políticas de seguridade social, o que propicia um terreno fértil para a mercantilização dos direitos sociais. “As contrarreformas na seguridade social são mecanismos estratégicos de transferência de recurso para a esfera financeira e o repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida” (Severiano, 2016). Embora se tenha o conhecimento de que nos países onde há menos desigualdade social os índices de crescimento são maiores, as políticas sociais tem sido objeto de restrição de direitos.

Sin embargo, se reconoce cada vez más que la desigualdad es un fenómeno multidimensional. Como se ha señalado, en la perspectiva de la CEPAL la heterogeneidad de la estructura productiva se reproduce en el mercado de trabajo y permea de múltiples formas la realidad social y política. Así, a la desigualdad del ingreso determinada

¹⁰³ Conforme desenvolvido no capítulo 5 da presente tese.



por la inserción laboral se suman otras, relacionadas con aspectos políticos, sociales y culturales, y con mecanismos de discriminación que se reproducen en diversos ámbitos socioeconómicos más allá del trabajo, como la salud, la educación, la cultura y la participación política y ciudadana. Estas desigualdades son determinantes de las situaciones de pobreza y constituyen grandes barreras para su superación. (Cepal, 2016)

O sistema capitalista realiza fraturas no tecido social, ampliando ainda mais as desigualdades. Somado a isso, o Estado encolhe-se e, por conseguinte, a pobreza e a miséria passam a ser naturalizadas e percebidas não como uma decorrência do sistema capitalista, mas sim como decorrente da incapacidade, da incompetência da população.

No modelo neoliberal, a solução para as desigualdades sociais é entendida como responsabilidade de cada indivíduo e de sua capacidade de responder às condições do mercado. Nesse modelo, a principal preocupação é a imposição de uma noção de desenvolvimento, que não visa melhorar as situações de vida da população, visto que está orientado pelas exigências do mercado e de crescimento econômico. Também procura ampliar as condições para que o modelo econômico dominante continue estendendo-se com êxito em trabalho e em direitos sociais que levaram muito tempo para serem conquistados. Benefício de poucos, ou seja, da classe dominante que concentra o poder econômico e político, apropriando-se privadamente da maior parte da riqueza socialmente produzida. (Chaves e Gehlen, 2019)

Nesse diapasão, com o recuo do Estado, há o desencadeamento de um retrocesso social, que repercute fortemente no mercado de trabalho.

Contudo, vale observar que a configuração da questão social no contexto da globalização vem sendo marcada fortemente pela precarização da força de trabalho, pela feminização da pobreza, pelos retrocessos em relação aos direitos sociais conquistados, consolidando a erosão do Estado social, agudizando as desigualdades sociais e definindo novos contornos e significados no planejamento de políticas sociais, o que interfere sobremaneira no fazer profissional, deslocando a compreensão do problema, a formação e a ação profissional para outros níveis e bases, como ocorre no âmbito do Serviço Social, intensificando-se um movimento crescente em torno do conservadorismo. (Faleiros, 1999)

No Brasil, as consequências dessa política neoliberal foram nefastas, com a privatização de empresas estatais, redução das políticas estatais, flexibilização das leis trabalhistas, reformas administrativas, revisão e diminuição dos direitos previdenciários, ou seja, estão havendo reformas que estão prejudicando

sensivelmente o trabalhador e aumentando ainda mais a miséria e a desigualdade social. Foram essas medidas de reestruturação, de cunho liberal, que resultaram na flexibilização institucional do mercado de trabalho, o que acarretou o aumento do desemprego, levando boa parte dos trabalhadores para a informalidade e para o setor de serviços, com baixos salários. Dentro desse contexto, os seres humanos são alijados da proteção social e são excluídos. Fruto da minimização dos direitos sociais, os trabalhadores que perdem o emprego passam a ter um trabalho precarizado, perdem os seus benefícios previdenciários ou assistenciais, e passam a ser considerados “novos pobres”. “Assim é a situação vulnerável de quem vive de um trabalho precário, ou que ocupa uma moradia de onde pode ser expulso se não cumprir com seus compromissos” (Castel, 1998, p. 21).

As políticas capitalistas tornam os indivíduos “não-úteis” ao processo de produção. Esses cidadãos, que não se enquadram em nenhum dos sistemas, quer seja previdenciário ou assistenciais, são considerados capazes inúteis. Eles se encontram na linha da pobreza, não tendo acesso às necessidades básicas. A restrição dos direitos e o tipo de vida precária causam prejuízos na saúde, na forma de envelhecer, na capacidade laboral e no acesso à política previdenciária, conforme se constatará no decorrer deste trabalho.

8.2. POBREZA E CRITÉRIOS DE ACESSO A POLÍTICA PÚBLICA

Na maioria dos países há a necessidade premente de combater a pobreza, visto que ela é um dos freios que impedem o desenvolvimento econômico. Em contrassenso a isso, as reformas neoliberais acabaram repercutindo na diminuição do mercado de trabalho, causando uma crise de emprego e aumentando o número de desempregados e desalentados.

(...) a sociedade contemporânea presencia um cenário crítico [...] a lógica do sistema produtor de mercadorias vem convertendo a concorrência e a busca da produtividade num processo destrutivo que tem gerado uma imensa precarização do trabalho e aumento monumental do exército industrial de reserva, do número de desempregados. (Antunes, 2001)

As pesquisas têm, constantemente, relatado o aumento de trabalhadores desalentados. Esse termo tão utilizado ultimamente é fator de incompreensão. Ericson (2019) nos esclarece a diferença entre trabalhadores empregados, desempregados e desalentados. Ele traz o conceito de desempregado a partir do entendimento do IBGE: “todo aquele que não tem trabalho, mas está à procura”. Seguindo a aclaração, ele elucida que “o desalento, face oculta do desemprego, por sua vez, é substantivo no estado de quem se mostra sem alento”, são “trabalhadores vencidos pelo desânimo”. Trata-se de um grupo numeroso composto por “brasileiros que procuraram, procuraram, mas que acabaram desistindo de encontrar, não sendo, portanto, capazes de superar as eventuais dificuldades da insistente procura”. Observa-se o perfil dos trabalhadores desempregados segundo o IBGE:

A população na força de trabalho potencial reúne as pessoas que buscaram trabalho, mas não estavam disponíveis e as pessoas que não buscaram trabalho, mas estavam disponíveis. Esse contingente ficou em 8,3 milhões no primeiro trimestre de 2023. Já os desalentados, que estão na foça de trabalho potencial entre aqueles que não buscaram trabalho, totalizavam cerca 4,6 milhões de pessoas. (Gomes, 2023).

Como já referido, existem os trabalhadores que pararam de procurar emprego porque não conseguiram integrar ou retornar ao mercado de trabalho exigente e competitivo. Esse seguimento da população acaba exercendo atividade laboral informal com o fito de auferir algum rendimento para sobreviver. É importante esclarecer que o mercado de trabalho informal, além de ser composto por pessoas com pouca qualificação profissional e que não são absorvidas pelo mercado de trabalho formal, é uma alternativa para os trabalhadores desalentados ou que se encontram sem capacidade laboral.¹⁰⁴

Outrossim, há também um estímulo social para que os trabalhadores deixem de ser empregados e passem a formar pequenas empresas por meio da inscrição como MEI ou, ainda, que se encaminhem para o emprego informal estimulados pelo sonho de crescimento financeiro mais rápido, com a

¹⁰⁴ Os trabalhadores sem capacidade laboral, devido ao seu estado doentil, embora com aptidão e qualificados, oscilam entre o emprego formal, o emprego informal, o desemprego e o recebimento de benefício por incapacidade. Trata-se de uma “dança de cadeiras” visando a sobrevivência.

possibilidade de enriquecimento. Essa ambição, baseada na ficção de crescimento financeiro, favorece os empresários, que acabam tendo mão de obra barata, sem o ônus das verbas trabalhistas, o que gera um aumento de capital para estes e penúria para os trabalhadores. Estes últimos, por sua vez, passam a fazer parte do contingente da população empobrecida, com pouca ou nenhuma contribuição para o INSS, o que gera reflexos nos direitos previdenciários presente e futuros.

Sabe-se que existem critérios rigorosos para a concessão de benefícios previdenciários, que dizem respeito também ao número de contribuições. Essa parcela da população, que não exerce atividade remunerada empregatícia, raramente consegue verter as contribuições com regularidade, devido à insuficiência de recursos financeiros. Muitas vezes, os valores que auferem mal dão para sobreviverem. Nesse sentido, constata-se também, por meio do exercício da advocacia, que um número expressivo de trabalhadores manuais tem sua vida pautada pela desordem da atividade laboral. Esses trabalhadores dificilmente chegam à idade de aposentar-se com o número de contribuições necessárias para a concessão dos benefícios de aposentadoria por idade¹⁰⁵, bem como da aposentadoria por tempo de contribuição. Tais trabalhadores, com pouca escolaridade, com pouca qualificação, que utilizam o seu corpo como instrumento de trabalho, costumam oscilar entre o emprego formal e a informalidade.

É normal acreditar que o trabalhador, ao alcançar o agrisalamento, a idade vindoura de aposentar-se, teria todos os requisitos para a concessão do benefício de aposentadoria por tempo de contribuição ou da aposentadoria por idade, mas isso é um ledó engano. Baseado na trajetória dos trabalhadores manuais, pautada na irregularidade de contribuições, compreende-se que estes chegam à idade madura sem ter o mínimo de contribuições exigidas para a aposentadoria por idade ou aposentadoria por tempo de contribuição. Apesar de

¹⁰⁵ Além da dificuldade dessa parcela de trabalhadores manuais, de terem que cumprir com a carência para fins da concessão de aposentadoria por idade, a Emenda Constitucional 103/2019 ainda “premiou” as mulheres com o aumento da exigência da idade. A referida EC, aumentou a idade da mulher gradativamente para que, no presente ano (2023), a mulher tenha que ter completado 62 anos de idade e 15 anos de contribuição para fins de concessão do referido benefício.

terem a idade para auferirem as aposentadorias referidas, ficam no limbo previdenciário, pois não possuem a carência necessária. Mesmo sendo idosos, não possuem o critério da carência para as aposentadorias e não possuem o critério da miserabilidade para auferir o direito ao recebimento do benefício assistencial da LOAS. Esses trabalhadores não conseguem se aposentar por idade nem por tempo de contribuição, tampouco conseguem receber o benefício da LOAS, pois não possuem todos os requisitos para esses benefícios. Resta-lhes ficar vertendo contribuições para o INSS, na expectativa de ficarem amparados em caso de uma futura invalidez. Refere-se, aqui, a uma parcela da população, trabalhadora manual, idosa e empobrecida, que contribui para o INSS muitas vezes com a ajuda dos familiares, pois não conseguem trabalhar de forma suficiente e auferir renda para se manterem. Esses trabalhadores agrisalhadados se quedam a mercê da análise pericial, administrativa ou judicial, para auferirem os benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido às sequelas decorrentes do trabalho manual e/ou das comorbidades incapacitantes decorrentes do envelhecimento.

Antunes e Praun (2015), ao fazerem uma reflexão sobre a morfologia do trabalho, comentam sobre a precarização das condições de trabalho e da saúde do trabalhador. “As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muito deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho” (Antunes e Praun, 2015, p. 423). Existe um debate atual¹⁰⁶, acadêmico¹⁰⁷ e político, com relação à quanto a saúde é decorrente de determinantes sociais (DSS). A saúde deixou de ser analisada somente pelo aspecto biológico e passou a ser analisada também com relação aos fatores econômicos, sociais e ambientais. Os DSS “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população. (...) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Souza, Silva e Siva (2013, p. 47) trazem suas contribuições

¹⁰⁶ A partir do século XX, quando as ciências da saúde começam a ser entendidas como essencialmente sociais, principalmente com o advento das contribuições dos teóricos da medicina social, o conceito da OMS deixou de ter um enfoque centrado na doença.

¹⁰⁷ Principalmente entre aqueles pesquisadores que colaboram com OMS.

a respeito dos fatores que contribuem para as diferenças no processo saúde-doença:

Por conseguinte, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas por fatores biológicos; pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. (...) Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde.

Existe um esvaziamento das questões ligadas às desigualdades sociais, às injustiças sociais e ao quanto as restrições dos mínimos sociais existentes em determinadas populações repercutem na vida dessas. Afirma-se, aqui, que as características sociais como alimentação, condição e local de moradia, escolaridade, trabalho, bem como o acesso à utilização de serviços de saúde, entre outros fatores, repercutem na saúde de determinados grupos ou indivíduos.

Mas, quando falamos em desigualdade social geralmente estamos nos referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio. (Barata, 2009, p. 12)

O sistema de reprodução social de determinados grupos compreende padrões de trabalho, de comportamento, de práticas de vida e cultural que podem ser benéficos ou deletérios, o primeiro contribuindo para a saúde e o segundo produzindo as doenças. Esses são os “padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe” (Barata, 2009, p. 24).

Todos esses processos produzem impactos sobre a saúde e a doença dos indivíduos, representando, cada um deles, um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência da doença ou agravos à saúde. As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades. (Barata, 2009, p. 24)

Conclui-se que as desigualdades sociais têm uma relação direta com a saúde. As situações socioeconômicas da estratificação social dizem respeito a variável da saúde ou doença.

As evidências empíricas produzidas pelas investigações das relações entre desigualdades sociais e saúde sugerem que a situação de saúde é afetada pela posição social dos indivíduos e também pelas diferenças socioeconômicas da estratificação social. (Barata, 2009, p. 29)

Barata (2009, p. 29-30) ensina que a análise da estratificação social auxilia na compreensão das desigualdades e dos resultados desta sobre a saúde.

(...) as escalas de estratificação social podem ser úteis na investigação de diferenciais intraclasses ou entre diferentes famílias, auxiliando na especificação de relações particulares que possam explicar por meio de que características ou de que mecanismos as desigualdades sociais produzem efeitos sobre a saúde.

Verifica-se que os países europeus utilizam, em pesquisas, a ocupação como um marcador da posição social dos indivíduos, como uma das variáveis de medida social.

A classificação inglesa divide as ocupações em cinco classes: profissionais (formação universitária), técnicos (formação técnica), trabalhadores qualificados manuais ou não manuais, trabalhadores semiquilificados e trabalhadores não qualificados. (Barata, 2009, p. 30)

Importante ressaltar que esse marcador da posição social não é preciso, porque mesmo dentro desses grupos ocupacionais existem diferenças financeiras, hierárquicas, entre outras características distintas. Barata (2009, p. 31) também nos revela que “no estudo das desigualdades sociais em saúde, outra variável bastante usada é o nível de escolaridade, isoladamente, ou combinada à ocupação”. Outro determinante para a reprodução das desigualdades e das condições sociais de dada população é o rendimento do trabalho. Por isso, não seria possível deixar de fazer uma pequena análise da estrutura socioeconômica dos trabalhadores. Por entender o quanto é importante

compreender a desigualdade social, traz-se a pesquisa realizada pelo IBGE (2022) que faz uma análise dos trabalhadores brasileiros.

O IBGE, em 2022, publicou o documento *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Esse documento expõe características de ocupação, diferenças financeiras, desemprego e escolaridade da população brasileira, fazendo um recorte em relação à idade, sexo e raça, entre outros.

Procurou-se ressaltar a existência de desigualdades estruturais, evidenciadas no perfil dos trabalhadores que majoritariamente se mantêm na informalidade, na subocupação, na desocupação ou excluídos da força de trabalho, bem como de grupos considerados mais vulneráveis como a população de cor ou raça preta ou parda, mulheres e jovens, em especial, os jovens que não estudavam nem estavam ocupados. (IBGE, 2022, p. 8)

A análise dessa publicação despertou o interesse por alguns marcadores da posição social que se entende serem relevantes para o presente trabalho, por auxiliar no entendimento dessa parcela da população que se encontra no mercado de trabalho e que tem maior desgaste fisiológico decorrente da sua realidade social e profissional.

O primeiro marcador da posição social que foi observado diz respeito à renda, pois ela repercute na qualidade de vida da população. Segundo apresentado pela pesquisa do IBGE (2022, p. 18), “em 2021, os valores dos rendimentos médios dos trabalhos situaram-se entre os mais baixos da série histórica”. Ao analisar os gráficos, constata-se que os trabalhadores manuais elencados na pesquisa (domésticos, agropecuária, construção civil, comércio e alimentação) auferem menos que os intelectuais destacados na pesquisa (administração pública, educação, saúde e serviços sociais, informação financeira e outras atividades profissionais). Verifica-se, portanto, uma “heterogeneidade entre atividades econômicas, onde se destacam a elevada desigualdade de rendimentos entre trabalhadores” (IBGE, 2022, p. 11).

No que diz respeito à forma de trabalho, a pesquisa do IBGE constatou um aumento significativo de trabalhadores na informalidade, destacando que essa parcela da população é predominantemente composta por indivíduos pretos ou pardos, evidenciando uma característica estrutural.

Tais resultados refletem desigualdades historicamente constituídas, como a maior proporção de pessoas de cor ou raça preta ou parda em posições na ocupação de empregados e trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada, além de trabalhadores por conta própria não contribuintes para a previdência social. (IBGE, 2022, p. 28)

Quanto ao nível de ocupação, em relação ao emprego, destaca-se que “os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) e os jovens (pessoas de 14 a 29 anos) seguiram apresentando níveis de ocupação mais baixos em relação ao restante da população”. E, ainda: “(...) para idosos o motivo principal para um reduzido nível de ocupação é não fazer parte da força de trabalho”¹⁰⁸ (IBGE, 2022, p. 19).

Em relação ao recorte por sexo, verifica-se que as mulheres têm um nível de ocupação inferior ao homem, “tanto pela menor participação no mercado de trabalho, como pela maior taxa de desocupação desse grupo” (IBGE, 2022, p. 20). A pesquisa ainda informa que as mulheres enfrentam dificuldades em relação ao labor devido à ausência de legislação e políticas públicas para essa finalidade. Por outro lado, a dificuldade das mulheres de participarem do mercado de trabalho se dá devido à dupla jornada. Explica-se:

Com relação à menor participação feminina na força de trabalho, deve ser considerada a divisão por gênero das atividades domésticas, uma vez que a taxa de realização de afazeres domésticos no domicílio ou em domicílio de parente é mais alta para as mulheres, assim como a de cuidados de moradores ou de parentes não moradores, fatores comumente abordados em relatórios estatísticos e na literatura acadêmica (IBGE, 2022, p. 20).

Nessa mesma pesquisa, ao fazer o recorte em relação ao mercado de trabalho destacando a cor/raça, foi comprovado que há persistência da segregação racial no mercado de trabalho. Há um número mais acentuado de pessoas pretas ou pardas no mercado de trabalho exercendo atividades manuais (como, por exemplo, na agropecuária, construção civil e serviços

¹⁰⁸ Após atingir o mínimo na série histórica, em 2020, não se recuperou suficientemente para retornar ao patamar anterior ao início da pandemia de COVID-19. Enquanto para idosos o motivo principal para um reduzido nível de ocupação é não fazer parte da força de trabalho, para jovens, ocorre relativa desvantagem estrutural, na medida em que a ocupação dos jovens tende a ser atingida com maior intensidade em contextos de crise e costuma ter o reestabelecimento mais lento (OECD, 2016).

domésticos) do que as demais raças. A pesquisa ainda relata que, justamente, são essas “atividades que possuíam rendimentos inferiores à média em todos os anos da série” (IBGE, 2022, p. 23).¹⁰⁹

Destaca-se também que as atividades econômicas que, historicamente, apresentam os menores rendimentos médios – Serviços domésticos, Agropecuária e Construção – são as que possuem, proporcionalmente, mais pessoas ocupadas de cor ou raça preta ou parda. (IBGE, 2022, p. 24)

Já em relação ao sexo, a referida pesquisa comprovou que o nível de escolaridade das mulheres não é suficiente para ter uma igualdade no mercado de trabalho em relação ao homem. Mas é importante ser esclarecido que o grau de escolaridade beneficiou as mulheres também no nível de ocupação. As mulheres com grau superior tiveram um nível de ocupação maior que as sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. A pesquisa traz a reflexão de que a composição das atividades econômicas sinaliza, a partir dos Indicadores Sociais (SIS), que

(...) a estrutura produtiva brasileira ainda carrega elementos e relações trabalhistas características de economias subdesenvolvidas, como por exemplo, o grande número de trabalhadores em Serviços domésticos que, em 2021, alcançou 5,2 milhões de pessoas ocupadas, em sua imensa maioria mulheres (4,7 milhões). A Construção, atividade também caracterizada por baixos rendimentos e alta informalidade, por sua vez, ocupou 6,9 milhões de pessoas, dos quais 6,6 milhões do sexo masculino, em 2021. (IBGE, 2022, p. 22)

Verifica-se, por meio dessa pesquisa, aspectos importantes sobre a desigualdade social que temos em nossa sociedade. Entende-se que essa polarização, com grande concentração econômica para alguns e pobreza e miséria para outros, é uma contradição com os princípios da democracia. Alayón (2016, p. 4) observa a relação entre capitalismo e desigualdade social e, também, entre democracia e igualdade.

¹⁰⁹A desagregação por cor ou raça mostra que, dentre o total de pessoas ocupadas, a proporção da população de cor ou raça branca era 45,2% e a de preta ou parda 53,8%, resultados próximos aos encontrados para a população na força de trabalho. Entretanto, o olhar por atividades econômicas revela a segmentação das ocupações e a persistência da segregação racial no mercado de trabalho. A presença de pretos ou pardos é mais acentuada na Agropecuária (59,5%), na Construção (66,2%) e nos Serviços domésticos (66,8%), justamente atividades que possuíam rendimentos inferiores à média em todos os anos da série.

Como es sabido, el principio fundante del capitalismo es la desigualdad. Sin reproducir la desigualdad, el capitalismo no puede reproducirse a sí mismo. Es por ello que existe una contradicción que no se puede superar (aunque sí neutralizar) con la democracia, cuyo principio fundante es la igualdad.

Segundo Alayón (2016), a democracia tem como princípio fundante a igualdade. O autor afirma que a democracia não pode perdurar em uma sociedade ferozmente dividida em classes e com uma disparidade acentuada entre elas. Para explicar ele traz os ensinamentos de Atilio Boron

“La democracia como régimen político no puede perdurar en una sociedad ferozmente dividida em clases, como la Argentina neoliberal. Con un capitalismo salvaje donde los pobres ya no son pobres, sino que se convierten en indigentes y los ricos se transforman en magnates”, “...los pobres están obligados a vender su libertad y los ricos tienen suficiente dinero para comprarla; entonces el régimen político se pervierte inevitablemente”. (Borón, 1991 *apud* Alayón, 2016, p. 5)

Atualmente, a pobreza deixou de estar relacionada somente com o desemprego. Ela está relacionada também a fenômenos da exploração exacerbada e salários baixos.

No sólo son pobres los desempleados, sino también aquellos que tienen empleo pero com bajísimo nivel de ingresos y en condiciones de desprotección. Si las personas com ocupación en el mercado de trabajo perciben salarios paupérrimos – como ocurre importantemente en la actualidad – no cabe la menor duda que habrán de transformarse em pobres y hasta en indigentes. (Alayón e Molina, 2006)

Portanto, embora o trabalhador tenha uma renda estável, devido ao baixo salário, não está garantido que ele está imune à pobreza. Verifica-se, então, que parte da população trabalhadora se encontra na pobreza moderada. Walquiria Leão Rego e Alessandro Pinzani (2014) comentam a distinção entre a pobreza extrema e a pobreza moderada. Para tanto, utilizam a conceituação de F. Vélez *apud* Dieterlen (2003):

Os pobres extremos são as pessoas que não possuem com nível de nutrição suficiente, o qual incide em um desempenho físico e mental deficiente, que não lhes permite participar do mercado de trabalho, nem em atividades intelectuais como educação. Além do mais, a

condição de pobreza extrema praticamente impede qualquer mobilidade social: os pobres extremos nascem e morrem, em geral, na mesma situação. Por outro lado, os pobres moderados são os que, devido ao grau de desenvolvimento de um país em um momento dado, não satisfazem as que se consideram como necessidades básicas. Diferenciam-se dos pobres extremos por terem a capacidade, porém não as oportunidades, de participar de atividades econômicas intelectuais. (...) Os habitantes em situação de extrema pobreza requerem medidas imediatas para sair da marginalização e para reduzir sua fraqueza e sua vulnerabilidades. (Rego e Pinzani, 2014, p. 160)

Rego e Pinzani (2014), ao discorrerem sobre a pobreza extrema, “considerada do ponto de vista econômico tanto quanto do ético, do ponto de vista objetivo tanto como subjetivo”, trouxeram vários elementos que caracterizam este tipo de pobreza como:

1) Falta de condições básicas para uma vida saudável; 2) acesso nulo ou irregular à renda derivada de um trabalho regular; 3) trabalho infantil e abandono escolar; 4) alta natalidade; 5) acidentes; 6) falta de crédito; 7) invisibilidade e mudez; 8) desigualdade interna às famílias; 9) vergonha; 10) cultura da resignação; 11) exclusão da cidadania. (Rego e Pinzani, 2014)

Essa lista de direitos não é estanque, é exemplificativa, uma vez que possui muitos outros direitos essenciais, que não se encontram nessa relação e que podem ser incluídos no item 1. Tanto a desigualdade social como a pobreza refletem no grau de saúde de um dado grupo populacional. Pobreza diz respeito ao padrão de vida absoluto de uma parte da sociedade, enquanto desigualdade se refere a padrões de vida relativos a toda a sociedade (Sposati, 1998).

Embora estratificação e desigualdade social não sejam o mesmo que pobreza, todas elas têm uma repercussão sobre o nível de saúde de um determinado grupo social. Entende-se que, embora seja costumeiro achar normal a pobreza, ela não é algo natural, e sim oriunda do capitalismo exacerbado. Mesmo que esse tema seja largamente estudado, ele ainda não é um consenso. A discussão sobre a pobreza ainda é foco de discussão entre os estudiosos em suas análises e investigações. A questão não é existir disparidade, é ter uma disparidade social tão grande que tenha de um lado ricos e, de outro, pobres ou miseráveis; que tenha de um lado pessoas com privação de liberdade de escolhas, ausência de oportunidades, sem ter o mínimo para

uma vida digna e para se auto realizarem e, por outro lado, pessoas com opulência em riqueza e com liberdade extrema. Assim, a questão da pobreza é foco desse trabalho porque ela repercute na saúde, que procede da forma de viver e que repercute na forma de envelhecer.

Dessa forma, defende-se que as desigualdades sociais não devem ser desconsideradas, pois são cruciais na análise da capacidade laboral. Não se pode ignorar as sequelas físicas decorrentes da atividade laboral de um obreiro que teve que fazer esforço físico na intempérie. Não é possível comparar, em termos de esforço físico, a atividade profissional de um pedreiro e de um dentista ou advogado, por exemplo. Entende-se que as restrições dos mínimos sociais, que estão ligados à dignidade da pessoa humana, refletem na saúde, nas aptidões, na capacidade laboral e na forma de envelhecer. Desse modo, depreende-se que é necessário fazer uma breve análise sobre a pobreza.

O relatório do Banco Mundial (1990, p. 270) define a pobreza como “a incapacidade de atingir a um padrão de vida mínimo”, mas ter o padrão de vida básico não é superar a pobreza. A pobreza possui um conceito universal, mas também cultural. Ela reflete na “particularidade de hábitos, valores, costumes de determinada sociedade a que se refere” (Sposati, 1998). Nesse sentido, existem noções de pobreza absoluta, relativa e subjetiva. Marin e colaboradoras (2013, p. 62) explica que ser pobre, na concepção absoluta, “é ter menos do que um padrão de sobrevivência física”; já na concepção relativa, “é ter menos posses do que os demais membros da sociedade em que se vive, sendo que tal privação afeta questões de convívio social e depende do modo de vida da sociedade”. Por último, na concepção subjetiva, ser pobre é a visão que “cada indivíduo pode se autodenominar pobre se sentir que não tem o suficiente para satisfazer as suas necessidades”. Essas autoras explicam, ainda, que o entendimento de pobreza absoluta é utilizado pelo enfoque monetário na maioria dos países pobres. Por outro lado, a pobreza relativa está ligada à exclusão social e se dá pela análise do indivíduo com relação ao local em que vive.

Existem métodos qualitativos (“análise de vulnerabilidades” e “vozes dos pobres”, por exemplo) e quantitativos (como as “linhas de pobreza”) de mensuração da pobreza que continuam a dominar a discussão acadêmica e a orientar políticas de combate à essa mazela. A pobreza pode ser analisada sobre

o enfoque unidimensional, multidimensional ou pluridimensional. A pobreza unidimensional, geralmente a monetária, baseia-se no fato de avaliar a pobreza baseada na deficiência de renda. Moura Jr. e colaboradores (2014) comenta que “as carências monetárias, definidas em termos de renda e de poder de consumo dos indivíduos, foram utilizadas para justificar a distinção entre os ricos e os não ricos durante longo período”. Já Amartya Sen (2010) defende a ideia de que “a pobreza deve ser vista como privação de *capabilities* básicas¹¹⁰ e, em vez de meramente baixo nível de renda, que é o critério tradicional de identificação da pobreza”. Ele prossegue o raciocínio: “a baixa renda é uma das causas principais da pobreza, por falta de *capabilities*”. Conclui-se, portanto, que a renda representa uma unidade essencial que deve ser considerada na análise da pobreza, mas não deve ser analisada isoladamente. Douglas Barboza e Silene de Moraes Freire (2006, p. 29), ao discorrer sobre o entendimento do que é pobreza, expõem que:

Segundo Muriel (2008), esse é o espectro é um ponto crucial e relaciona-se a uma mudança conceitual da pobreza com base na perspectiva economista indiano Amartya Sen, que sai da dimensão de renda que é externa aos indivíduos, para se concentrar nas capacidades/ características agregadas às pessoas. Com esse foco nas pessoas e nos seus potenciais de realização vir a realidade social é analisada através das ações dos indivíduos e não na estrutura do capital. Muriel observa enfoque de Sen sobre a pobreza traz consigo outro tipo de função para as políticas sociais. “Estas não precisam ser redistributivas (...), mas conseguir aumentar as capacidades pois o aumento de renda seria alcançado pelo esforço próprio esforços próprios dos indivíduos no mercado.

Freire e Cortes (2020) teve a pretensão de explicar que as formas discursivas de combate à pobreza não alteram os fatores estruturais que a geram. A proposta de integração social por meio de estratégias de redução da pobreza não supera os pressupostos do liberalismo social de amortização e compensação social do desenvolvimento econômico, como a seletividade, a focalização, a ativação e a responsabilização dos pobres e da sociedade civil

¹¹⁰ *Capabilities* seriam todos os outros fatores que não sejam renda, mesmo que se originem da falta desta, tais como, a falta de educação, que tornaria a pessoa incapaz de escolher a alimentação adequada, por exemplo; o desemprego; a dificuldade no acesso de assistência de saúde. Entrariam aqui também os aspectos “éticos, concernentes a autonomização” (Rego e Pinzani, 2014).

nas políticas públicas de superação da pobreza (Freire e Cortes, 2020). Moura Jr. e col. (2014), ao comentarem sobre a perspectiva monetária e unidimensional da pobreza, dizem que a utilização da análise da pobreza pela renda geralmente é feita quando existe “uma dificuldade de mensuração e de agregação de outras dimensões aos indicadores monetários da pobreza” (p. 343). Essa estratégia de identificação monetária da pobreza é utilizada a nível mundial e está ligada à capacidade de consumo, sendo “relacionada à aquisição de alimentação mínima para a sobrevivência” (p. 343).

Essa "preferência" por medidas monetárias de pobreza é usualmente justificada com base em: (a) grau de correlação entre a insuficiência de renda e as demais privações associadas ao "ser pobre"; (b) indisponibilidade de outras estatísticas sociais; (c) dificuldade de ponderação e agregação de diferentes dimensões sociais; e (d) necessidade de medidas homogêneas que possibilitem a comparabilidade entre distintas regiões ou localidades. (Comim e Bagolin, 2002, p. 469)

Essa forma de análise da pobreza na linha absoluta ocorre com base no consumo generalizado de um país. Ela leva em conta também os gastos dos ricos, que são bem maiores, tendo como resultado a média geral de dada população, que não condiz com a realidade da pobreza. Se essa análise da pobreza for sob o enfoque relativo, ela é realizada a partir da média de consumo de uma sociedade, ou de dado grupo, podendo incorporar pessoas que estão em condições de pobreza ou abaixo dela, de forma a realizar, portanto, a média de determinado local. “Igualmente a identificação da pobreza somente amparada pela falta de dinheiro é portadora de elementos ideológicos, políticos e psicológicos específicos e limitados” (Moura Jr. e col., 2014, p. 342). Entende-se que focalizar a pobreza unicamente sob o prisma da insuficiência financeira é desprezar que o ser humano é um ser social e que, dentro de sua cultura, necessita de uma série de necessidades que não seriam valoradas sob o enfoque dessa análise.

Com relação à mensuração da pobreza sob a perspectiva administrativa, ocorre quando instâncias governamentais estabelecem regras e critérios próprios, como por exemplo a exigência do valor de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para a concessão do Benefício de Prestação Continuada da LOAS. A análise da

pobreza sob o enfoque multidimensional tem por cunho analisar, além da insuficiência financeira, os arranjos sociais, a qualidade da moradia, a educação, a alimentação e o acesso a vários direitos sociais que são necessários à qualidade de vida. Sen (2010) traz também, sob esse enfoque multidimensional, a abordagem da capacitação.

Abordagem da Capacitação, consiste na identificação e ponderação daquelas coisas de valor que as pessoas são capazes de ser e de fazer. Esse exercício avaliativo, central para esta abordagem, implica diferentes dimensões de complexidade a sua operacionalização. Primeiramente, ela produz uma multiplicidade de variáveis e uma pluralidade de espaços relevantes, que, frequentemente, são heterogêneos.

Já Ottonelli e colaboradoras (2011, p. 840) esclarecem que existem fatores subjetivos da pobreza e, portanto, essa questão não deve ser simplificada. As autoras trazem que:

Segundo Picolotto (2007) e Santos (2007), a medida de pobreza absoluta pode ser definida de maneira idêntica em qualquer lugar do mundo, pois é determinada com base em valores monetários. Essa medida se ajusta aos países pobres, porque nesses locais a questão da sobrevivência é de grande relevância. (...)

Já a pobreza relativa difere de lugar para lugar e está ligada à exclusão social dos indivíduos em relação à sociedade em que vivem. Para Santos (2007, p. 21), o conceito de pobreza relativa é apropriado para países ricos, definindo “necessidades a serem satisfeitas em função do modo de vida predominante em determinada sociedade, o que resulta incorporar a redução das desigualdades sociais como objetivo de políticas públicas. (Santos, 2007, p. 21)

Esses mesmos autores classificam a pobreza em pobreza primária e pobreza secundária.

A pobreza primária é definida pela dificuldade ou impossibilidade de satisfazer necessidades básicas, como nutrição, moradia, etc, por meio da renda. A pobreza secundária é definida pelo fato de que, também quando sua renda é suficiente em si para satisfazer as necessidades, os pobres não conseguem fazê-lo por razões não imediatamente ligadas à renda. (Rego e Pinzani, 2014)

Quanto à pobreza secundária, é possível exemplificá-la com a subnutrição decorrente da falta de educação para escolher uma nutrição adequada, ou ainda

a dificuldade de acesso ao sistema de saúde devido ao fato de morar em local longínquo.

De fato, a pobreza é um fenômeno multidimensional e diverso. Ela envolve aspectos absolutos, e relativos; absolutos quando é vista como independente de um padrão particular de vida (bem-estar) da sociedade, e relativos, quando é definida levando-se em conta o estilo de vida do restante da sociedade. As variáveis a serem consideradas podem ser muitas, tais como ter fome, doença, não ter onde morar, estar vulnerável economicamente, sentir-se socialmente excluído, sentir-se isolado, não saber ler ou, simplesmente, não ter renda para comprar o que se deseja. (Comim e Bagolin, 2002, p. 469)

Moura Jr. e col. (2014, p. 343) nos ensina que “é necessário conceber a pobreza em sua complexidade, pois ela é constituída também de fatores sociais, políticos e simbólicos”. Quanto aos fatores simbólicos, Moura Jr. e Ximenes (2016, p. 77) expressam, apoiados em Ciampa (2002), “que a política de identidade de um determinado grupo ou coletividade refere-se a uma identidade social que é pressuposta a partir de orientações e critérios que constituem estruturas de reconhecimento específicas”. Essas políticas de identidade podem veicular discursos que se referem a um grupo ou coletividade de maneira excludente e estigmatizante, como, por exemplo, em relação à raça ou à condição socioeconômica da pessoa. Em seu estudo sobre identidade social de pessoas pobres, Moura Jr. e Ximenes (2016, p. 77) trazem que

A identidade social estigmatizada, segundo Goffman (2008[1963]), carrega um estigma que repercute no reconhecimento da pessoa em somente uma via de compreensão opressora. Por conta disso, Zavaleta Reyes (2007) afirma que a pessoa em situação de pobreza pode sentir-se humilhada e envergonhada somente por conta de sua condição, enfraquecendo, assim, sua capacidade de enfrentamento da realidade. Dessa maneira, há uma identidade social específica e estigmatizada de pobre que é formada a partir de papéis sociais. Esses papéis, segundo Lane (1984), carregam normas de conduta relativamente estáveis criadas a partir dos modos de produção de uma sociedade. Eles reproduzem os processos de dominação existentes, construindo-se de forma naturalizada e ideológica como maneira de manutenção de uma ordem social opressora e desigual.

A exclusão social é um tema importante e de interesse de muitos pesquisadores, devido à sua relação com a sociabilidade e o mundo do trabalho. Larissa Schelbauer (2020, p. 165) narra que “Touraine (1991), por exemplo, vai

compreender a exclusão social como produto de um aumento da desigualdade, e [do] conflito capital *versus* trabalho (...). A autora segue expondo que:

Paugam (2014), por exemplo, vai focar seus estudos nos processos de desqualificação social. Esse termo está relacionado aos fracassos e sucessos da integração dos indivíduos e aparece como o inverso da integração social (WANDERLEY, 2014). Caracteriza “o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas da população- e as experiências vividas na relação de assistência, ocorridas durante as diferentes fases desse processo”. (Schelbauer, 2020, p. 166)

Schelbauer (2020) ainda comenta sobre o quanto a identidade social estigmatizadora e opressora pode ser internalizada por aqueles a quem é dirigida. Para a autora, essa é mais uma das perversões do novo modelo econômico: “internalizar individualmente o fracasso da pobreza como responsabilidade pessoal, o que também tange a mão-de-obra no sentido de aceitar cabisbaixa o emprego precário e sem direitos” (Wacquant, 2003, p. 9 *apud* Schelbauer, 2020, p. 178).

De modo a explicar como se dá essa internalização da população oprimida, Schelbauer (2020, p. 166) expõe que:

Para Paugam (2014) a desqualificação social pode se transformar em exclusão, na medida em que as dificuldades encontradas no mercado de trabalho aumentam os riscos de enfraquecimentos dos vínculos sociais. Para o autor, os indivíduos que estão fora do mercado de trabalho incorporam essa situação como se fosse um fracasso profissional, “eles supõem que seus comportamentos cotidianos são interpretados como sinais de inferioridade do seu status e desse fracasso social”.

Esse olhar estigmatizador é aplicado aos segurados humildes que procuram o INSS com a finalidade de receber o benefício por incapacidade laboral. Geralmente, são vistos como oportunistas, preguiçosos, que querem “se encostar” no INSS para não trabalhar. A grande maioria desses segurados tenta exercer o seu direito à percepção do benefício previdenciário por incapacidade, sem ou com restritas provas da sua incapacidade laboral, devido à limitação do acesso ao sistema de saúde. São segurados simples, humildes, com dificuldade de comunicação e que, caso incapacitados para o labor, dificilmente poderiam

ser reabilitados para outra profissão, pois são pessoas de parcos conhecimentos técnicos e acadêmicos.

Existe uma percepção social estigmatizadora, baseada no nível socioeconômico, na qual compreende-se que o pobre teria vantagens em receber o benefício previdenciário. Isso porque, como sua renda é baixa, argumenta-se que ela seria compatível com o valor do benefício previdenciário e, sendo assim, seria uma forma dessa pessoa “se acomodar”. Já o “não pobre” teria, supostamente, a capacidade de auferir valores mensais além da média dos benefícios previdenciários, então estaria procurando receber a proteção do Estado porque realmente encontra-se incapacitado para o trabalho. Essa percepção evidencia que, de modo geral, a sociedade enxerga o indivíduo de baixa renda como alguém acomodado e em busca de vantagens, caracterizando-o, assim, como um usurpador dos recursos públicos.

Onde há disparidades sociais há também disparidade nas condições de saúde. Desse modo, assim como a aspiração do prolongamento da vida deve ser considerada uma conquista, também é necessário que haja a aspiração de políticas públicas que reduzam a disparidade social, visando uma melhoria na saúde da população, que repercutirá na forma de envelhecer. Verifica-se, por meio do capítulo 7, a importância da prova pericial como forma de dirimir a questão da constatação da saúde, da capacidade laboral do segurado. Utiliza-se esse tipo de prova para averiguar se o autor tem todos os requisitos necessários à concessão dos benefícios previdenciários por incapacidade laboral.

Nesse sentido, analisou-se todo o regramento legislativo no que se refere ao trâmite processual e concernente à prática judicial, bem como as perícias mais usuais no caso da análise dos benefícios previdenciários decorrentes da ausência de saúde. Constatou-se, a partir dos processos judiciais, que a análise da saúde do trabalhador para a concessão do benefício previdenciário por incapacidade laboral é pautada somente na realização de perícias médicas, onde o segurado é visto como um corpo biológico, sem a análise da saúde no sentido multifatorial. Verificou-se que as comorbidades são naturalizadas e vistas como adequadas à idade do segurado, sem auferir se aquelas sequelas causam impedimento ao exercício profissional manual. Geralmente não são

consideradas, na análise pericial, a realidade e as barreiras sociais do segurado idoso, o que podem ser um empecilho ao exercício da atividade profissional.

Outrossim, não é investigado nas perícias se esses trabalhadores manuais idosos, devido às suas características pessoais¹¹¹, podem continuar exercendo o *mister* que exerceram ao longo da vida¹¹², ou se podem ser reabilitados para outras funções devido a sua pouca qualificação. Esses trabalhadores exerceram a vida toda um *mister* e, com a idade avançada, dificilmente poderiam desenvolver novas capacidades laborativas. As perícias são geralmente baseadas nas funções do corpo, sem levar em consideração as habilidades, a qualificação, o ambiente social e as barreiras sociais. Ainda, não são valorizadas o déficit de atenção, a perda da força, do equilíbrio e as doenças degenerativas, entre outras comorbidades que, juntas, podem ser fator de incapacidade laboral. É importante ressaltar que os idosos pobres¹¹³ não possuem a mesma saúde e o mesmo envelhecimento dos não pobres. Silva (2016) comenta que a disparidade social da população reflete na forma de envelhecer, ou seja, as pessoas de classes sociais diferente têm uma saúde díspar e, conseqüentemente, um envelhecimento também.

Baseado no pressuposto acima, verifica-se que a fragilidade econômica, a restrição de direitos sociais, tão necessários à dignidade humana, acabam também refletindo na população agrisalhada. O não enfrentamento dessa disparidade social expõe a pessoa idosa a risco social. (Silva, 2016)

Durante muito tempo, as carências financeiras e o poder de consumo foram utilizados para fundamentar a distinção entre ricos e não ricos (Moura Jr. e col., 2014). Conclui-se, por meio de vasta literatura, que a pobreza deve ser analisada sob um enfoque multidimensional, uma vez que ela envolve a privação de muitos elementos importantes e que refletem na saúde, no envelhecimento

¹¹¹ Que vão de encontro à pobreza, conforme já relatado (pouca escolaridade, pouca qualificação, habilidades, talentos e trabalho irregular, entre outros).

¹¹² Muitos segurados idosos deixam de ser contribuintes individuais e passam a ser segurados facultativos devido ao fato de não terem mais condições físicas de exercerem a profissão que exerceram ao longo da vida. São pedreiros, marceneiros, eletricitas, mecânicos, pintores, agricultores, cozinheiras, faxineiras, entre outras inúmeras profissões, que passam a ser inviáveis aos segurados idosos, quer seja pela incapacidade física, quer pela mental.

¹¹³ A partir do conteúdo desenvolvido anteriormente, da conceituação do pobre, se utilizará a designação de pobre para todo aquele trabalhador manual, com pouca ou nenhuma escolaridade, que não possui todos os direitos sociais.

acelerado e no desgaste do corpo. Na cobertura dos riscos, o Estado mantém o direito ao acesso individual, para que o cidadão possa buscar a cobertura por meio de prestações ofertadas por aquele, dentro de regras formais. Uma vez viabilizado ou não o acesso a essas políticas sociais, o cidadão pode judicializar.

8.3. A JUSTIÇA FEDERAL É A JUSTIÇA DA CIDADANIA?

A leitura da presente tese assevera a importância das políticas sociais, bem como o malefício das políticas neoliberais que ocasionaram a mitigação ou a diminuição dos direitos sociais. Essas reformas neoliberais acabaram prejudicando enormemente a população no período de maior necessidade, entre outros casos, na concessão e no pagamento dos benefícios previdenciários por incapacidade.

8.3.1. OS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS POR INCAPACIDADE EM NÚMEROS

Visando fazer uma análise da repercussão e do indeferimento administrativo dos benefícios decorrentes da incapacidade laboral no judiciário, e sobre o quanto a forma de análise pericial, baseada unicamente na perícia médica da saúde dos trabalhadores, prejudicam o segurado, realizou-se uma pesquisa no site do CNJ - utilizando como base o documento *Justiça em números*¹¹⁴, de modo a colher os dados do relatório apresentado por esse órgão. Verifica-se que foram levantados relatórios anuais, quantitativos, dos cinco grupos com maiores quantidades de processos de cada justiça. O interesse da presente autora se restringiu a fazer o recorte quantitativo dos processos de 1º e 2º grau de jurisdição do TRF4. Para tanto, passou-se a fazer a relação das demandas mais recorrentes, desde o ano 2016, ano base 2015, até o ano de 2021, com ano base 2020. Como já comentado, tem-se por objetivo fazer a análise de 2016 (ano base 2015) para comparar com os anos subsequentes à revisão “pente fino”, com o fito de investigar se houve um aumento expressivo

¹¹⁴ Acesso ao site do CNJ em 11/07/22. Dados disponíveis em: paineis.cnj.jus.br

nos processos judiciais que visam a concessão dos benefícios por incapacidade temporária e incapacidade permanente.¹¹⁵ A relação dos assuntos mais demandados nos Juizados Especiais, de 2016 a 2021, encontra-se abaixo.

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2021)

1) Auxílio doença	341.448 (4,77%)
2) Benefícios em espécie	240.455 (3,36%)
3) Aposentadoria por idade	234.732 (3,28%)
4) Aposentadoria por invalidez	219.260 (3,06%)
5) Auxílio emergencial (Lei 13.982/20)	176.069 (2,46%)

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2020)

1) Auxílio doença	474.051 (4,33%)
2) Aposentadoria por invalidez	338.804 (3,09%)
3) Fundo de Garantia por Tempo de serviço	213.719 (1,95%)
4) Aposentadoria por idade	160.082 (1,46%)
5) Benefício em espécie	120.257 (1,10%)

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2019)

1) Benefício de Auxílio doença	520.669 (6,89%)
2) Aposentadoria por invalidez	355.546 (4,70%)
3) Aposentadoria por idade	120.71 (1,60%)
4) Benefício assistencial	100.355 (1,33%)
5) Pedidos genérico relativo a benefícios	67.206 (0,89%)

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2018)

1) Auxílio doença	77.270 (6,38%)
2) Benefício de Aposentadoria por Invalidez	57.421 (4,74%)
3) Aposentadoria por Idade	34.413 (2,55%)
4) Benefício Assistencial	30.839 (2,55%)
5) Aposentadoria por Tempo de Contribuição	2.133 (1,83%)

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2017)

1) Benefício de Auxílio doença	394.972 (4,85%)
2) Benefício de Aposentadoria por Invalidez	259.449 (3,18%)
3) Fundo de Garantia por Tempo de Contribuição	223.844 (2,75%)
4) Benefício Assistencial (art. 203, V CF/88)	119.593 (1,47%)
5) Benefício de Aposentadoria por idade	117.233 (1,44%)

Assuntos mais demandados nos Juizados Especiais (2016)

1) Benefício de auxílio doença	304.172 (21,39%)
2) FGTS	179.090 (12,60%)
3) Aposentadoria por invalidez	158.816 (11,17%)
4) Benefício Assistencial	96.343 (6,78%)
5) Aposentadoria por idade	67.221 (4,73%)

Verifica-se, a partir da análise dos dados acima dispostos, que os benefícios por incapacidade temporária, bem como os benefícios por incapacidade permanente, são os maiores e mais recorrentes objetos de litígio

¹¹⁵ Verifica-se que na pesquisa ainda apareceram as nomenclaturas antigas, onde diga-se auxílio doença, trata-se do benefício por incapacidade temporária; e onde diga-se aposentadoria por invalidez, trata-se do benefício por incapacidade permanente.

no TRF4. Constatase, também, que entre as ações mais recorrentes está a requisição do Benefício Assistencial da LOAS, que tem como um dos pressupostos à percepção, o fato do cidadão ser considerado deficiente¹¹⁶. Importante ressaltar que esses benefícios têm em comum a incapacidade laboral, e que a averiguação da mesma se dá por meio do exame pericial. Entende-se que o assoberbamento do judiciário com os referidos temas poderia ser facilmente evitado se fossem realizadas perícias administrativas biopsicossociais, perícias mais eficazes na constatação da capacidade laboral e comprometidas com a busca da verdade real.

Os indeferimentos administrativos dos benefícios por incapacidade geralmente são baseados em falta de incapacidade laboral, doenças pré-existentes e falta de carência ou perda da qualidade de segurado. É importante ser dito que para todos os casos que foram indeferidos e que recaem no judiciário, será realizada a prova pericial judicial. Essa prova de máxima importância tem o condão de verificar se a incapacidade laboral se deu posterior à inscrição do segurado junto à Previdência Social, se foi anterior à perda da qualidade de segurado, se o segurado parou de trabalhar e de verter contribuições porque já se encontrava inapto para o trabalho e, se a doença isenta o segurado da carência, a análise dos fatores sociais, se estes repercutem no exercício da atividade laboral.

O indeferimento do benefício previdenciário por incapacidade laboral pode ser negado na esfera administrativa por multifatores, passando a ser reavaliado na esfera judicial. A partir do elevado número de benefícios negados, surge o interesse de investigar o perfil dos principais atores que compõe o judiciário e que participam do dirimir da lide dessa parcela de trabalhadores pobres e incapacitados. A partir desse entusiasmo, passou-se a fazer uma análise das características pessoais dos magistrados, que são os responsáveis em dirimir os litígios que versam sobre essa questão.

8.3.2. QUEM SÃO OS SUJEITOS QUE VESTEM A TOGA E QUE SÃO RESPONSÁVEIS EM JULGAR?

¹¹⁶ Que nada mais é do que a incapacidade duradoura por dois anos ou mais.

Com a finalidade de compreender os resultados da pesquisa realizada pela CNJ, apresentada no item anterior, iniciou-se a investigação do perfil dos magistrados que compõem o judiciário federal. A análise dos magistrados foi baseada na pesquisa realizada, em novembro de 2018, pela Associação Brasileira de Magistrados (ABM), que contou com o apoio da PUC do Rio de Janeiro. Essa pesquisa de abrangência nacional, intitulada *Quem somos - A magistratura que queremos*, pesquisou juízes ativos e inativos, bem como ministros dos tribunais superiores e do STF. Não se tem a intenção, aqui, de se esgotar todas as questões que a pesquisa abrangeu. Assim, procurou-se eleger somente alguns elementos que dizem respeito aos magistrados no âmbito da Justiça Federal.

Nessa pesquisa, participaram 3.851 juízes ativos, inativos e ministros¹¹⁷. Importante esclarecer que, dentro dessa totalidade, estão os juízes de todas as esferas, magistrados estaduais, federais, trabalhistas e, também, da justiça militar. Com o objetivo de se conhecer quem é o responsável pelo julgamento nas ações que versam sobre benefícios previdenciários decorrentes de incapacidade laboral, do universo total pesquisado, realizou-se o recorte de 6,4% de partícipes da Justiça Federal e 0,1% do Supremo Tribunal Federal. Além disso, 32% desses entrevistados atuavam no Juizado Especial Federal. Desse universo de entrevistados, os juízes de SP e RJ encontram-se em maioria.

A intenção era conhecer o perfil dos magistrados que julgam os benefícios previdenciários. Entende-se que o perfil do juiz repercute no exercício do poder jurisdicional. A formação pessoal e acadêmica do magistrado desenhará a forma como ele vai conduzir o processo. Acredita-se que o *modus operandi*, o perfil humanista do juiz, é primordial para o exercício da magistratura, ainda mais quando se trata de ações que versam sobre saúde e sobre uma política pública que visa proteger o trabalhador que está em risco social devido à incapacidade laboral.

A tutela jurisdicional deve ser voltada para as pessoas e, portanto, deve ser humanizadora. Os processos não podem ser considerados apenas números,

¹¹⁷ É importante informar que no início da pesquisa o número de partícipes era maior, mas nem todos responderam os questionamentos até o fim da pesquisa.

nem as pessoas somente “corpos” que trabalham ou que deixam de trabalhar. Nos processos previdenciários são avaliados fatos que versam sobre seres humanos com aspectos múltiplos. Necessário frisar que o entendimento aqui é que o processo deve buscar a verdade real dos fatos, devendo esta ser buscada e alcançada por meio da análise de todas as provas cabíveis, e o magistrado é o ator principal dessa esteira. Quem são esses magistrados que julgam processos previdenciários envolvendo casos complexos, abarcando a análise de perícias, exames e laudos, e que versam sobre a incapacidade laboral? Quem são essas pessoas que vestem toga?

Buscando responder a essas perguntas, investigou-se o judiciário sobre diversos aspectos, a começar pela percentagem de mulheres na carreira da magistratura. Ao investigar sobre a feminilização do judiciário, restou comprovado que entre 1990 a 2009 houve um aumento expressivo de mulheres no judiciário, sendo que de 1990 a 2000 as mulheres chegaram a representar um percentual de 38% do total de juízes. Já no intervalo de 2000 a 2009 o percentual de 41% da magistratura foi somente em 1º grau. Observou-se, com a pesquisa, que no período compreendido entre os anos 2010 e 2018 o percentual de ingresso de mulheres no judiciário caiu para cerca de 34%. Conclui-se, portanto, no que se refere à tendência à feminilização, que o movimento ascensional que havia sido detectado há vinte anos vem perdendo sua força desde 2010.

Além da feminilização, foi analisada também a composição quanto ao gênero dentro do judiciário. A pesquisa do CNJ demonstrou que 30,9% da magistratura é composta por mulheres e 69,1% são homens, já em segundo grau essa disparidade quanto ao gênero aumenta, passando a ser 25% mulheres e 75% homens. Essa disparidade de gênero não ocorre somente na magistratura, se apresenta também entre os ministros e tribunais superiores, uma vez que 90,9% são homens e 9,1% são mulheres. Constata-se, portanto, que as mulheres ainda têm dificuldade de ascender e de ocupar lugares de poder.

Quanto à idade, verificou-se que a maioria dos partícipes da pesquisa eram maiores de 40 anos. Ao analisar o aspecto racial, constatou-se que o judiciário é composto majoritariamente por pessoas brancas. Assim, a magistratura é composta por 83,6% de brancos, 13% de pardos, 0,5 de pretos e

1,4 de amarelos. Essa disparidade racial aumenta sua incidência em segundo grau, onde 98,8% dos ministros são brancos e 1,2% são pretos. Não há menção de presença de pessoas de outras raças. Por fim, foi analisado o aspecto socioeconômico. Constatou-se que a maioria dos magistrados possui pais e mães com curso superior completo e, portanto, inseridos em ocupações bem remuneradas.

Tendo em vista que, atualmente, tanto homens como mulheres trabalham, têm profissão, a pesquisa cuidou de pesquisar o exercício profissional dos genitores dos juízes. Assim, verificou-se que a maioria dos pais dos magistrados participavam do serviço público de alto calão (diplomata, magistrado, militar, professor universitário e funções com qualificação técnica de nível superior - médico, advogado, engenheiro etc.). Quanto às genitoras, em sua grande maioria, eram servidoras públicas com serviço intermediário: chefe de repartição, suboficial militar, professora de ensino médio, bancária, etc. Igualmente, foi perguntado aos participantes da pesquisa se haviam magistrados na família. Ao responderem essa pesquisa, a maioria negou e, quando afirmavam, eram parentes próximos como pai, mãe ou irmão (p. 371).

A discriminação racial também apareceu na pesquisa. 2,5% dos juízes de 1º grau afirmaram que foram discriminados por seus colegas magistrados, por jurisdicionados ou ainda por advogados. Entre os juízes de 2º grau, esse percentual é de 1,1%. Conclui-se que o percentual é menor porque é maior o número de brancos. No decorrer da pesquisa, verificou-se que o preconceito em relação à orientação sexual também apareceu no judiciário: 1,2% dos juízes de primeiro grau e 1,5% dos de 2º grau, respectivamente, se disseram vítima dos próprios colegas, dos advogados e dos jurisdicionados com relação a esse tipo de discriminação.

Constatou-se, ainda, que parte das pessoas participantes utilizaram o uso de cotas para ingressar na magistratura (1,3% dos magistrados utilizou a vaga de deficiência e 0,7% utilizou as cotas especificamente para negros). Por fim, e fator de máxima relevância, foram analisadas a vida acadêmica dos magistrados (experiência profissional). Quanto à formação escolar e à formação acadêmica, verificou-se que 74% dos juízes de 1º grau concluíram o ensino médio na rede privada, mas 64,7% dos magistrados de primeiro grau realizaram a graduação

em faculdade pública. Ao analisar a trajetória dos demais, verificou-se que 58,3% dos juízes de segundo grau e 53,8% dos ministros estudaram em faculdade privada. Já em relação à realização de estágios, a maior parte dos magistrados realizou estágio nos mais diversos lugares, tais como em escritórios de advocacia, no próprio poder judiciário e também no Ministério Público.

Quanto ao desejo pela carreira da magistratura, foi uma surpresa constatar que boa parte dos juízes não tinham somente essa profissão como foco. Notadamente, esses magistrados, antes de ingressarem para a magistratura, fizeram concurso público para diversas áreas. Aí encontra-se a explicação de não terem realizado estágio estritamente no judiciário. Nesse sentido, entre os juízes de 1º grau, quase 60% afirmaram que fizeram mais de uma vez o concurso, e 25% dos partícipes da pesquisa já haviam se candidatado ao Ministério Público mais de uma vez. Além da realização do concurso para o Ministério Público, 60% já haviam prestado concurso para qualquer outra carreira pública jurídica.

Ao indagar aos participantes da pesquisa sobre qual seria o sinônimo de um bom magistrado, as respostas destacaram que é, sobretudo, aquele/a que profere decisões bem fundamentadas e presta um serviço jurisdicional célere. Como a presente tese versa sobre a saúde, não seria possível deixar de fazer a análise da saúde desses profissionais. A pesquisa verificou que quase metade dos magistrados afirmou já ter necessitado, mais de uma vez, de “intervenção médica, psicológica ou psiquiátrica por problema ou dificuldade emocional ou psíquica após o ingresso na magistratura”. Tal fato demonstra o quanto essa atividade profissional pode ser pesada e desgastante para quem a exerce.

Então, a partir dos dados disponibilizados, conclui-se a predominância do sexo masculino, o embranquecimento e a elitização do judiciário brasileiro. Por meio dessa pesquisa foi possível compreender, ao menos preliminarmente, pela experiência ordinatória da advocacia, que o perfil desses juízes acaba refletindo no resultado dos processos que decorrem da ausência de saúde e de incapacidade laboral. A situação econômica de origem desses magistrados os torna distantes das dificuldades sociais dos segurados, da pobreza e, conseqüentemente, da maioria da população, que adocece e muitas vezes não tem acesso adequado à saúde.

Devido a esse perfil da magistratura, resta prejudicada a análise multidimensional, fazendo-se, portanto, necessária a realização da perícia biopicosocial, a qual visa avaliar o autor em todos os seus aspectos: sociais, físicos, culturais, emocionais, econômicos, entre outros. É somente a partir da realização desse tipo de perícia que o juiz vai chegar à verdade real dos fatos. Por meio dessa perícia o magistrado terá a percepção de quem é o sujeito que reclama por justiça, em sentido amplo. Caso o segurado não seja periciado e avaliado em sua complexidade, será considerado, pela perícia biomédica, apenas como um corpo que trabalha.

O judiciário, em sua *práxis*, tem primado pela agilidade e rapidez. Dentro dessa perspectiva, os autores viraram números e algoritmos. As perícias têm sido realizadas em tempo exíguo, primando pela celeridade. As sentenças dos juízes também confirmam às cegas o parecer do perito em tempo recorde, sem zelar pela isonomia substancial, cuja premissa básica é tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades.

8.3.3. OS PERITOS JUDICIAIS RESPONSÁVEIS EM DIRIMIR AS QUESTÕES DE INCAPACIDADE LABORAL

Verificou-se, no capítulo 7, a importância da realização das perícias na análise da capacidade laboral dos segurados. Passa-se a fazer a digressão dos peritos médicos, bem como dos peritos responsáveis pela perícia assistencial.

8.3.3.1. MÉDICO, MERCADO E MERCADORIA: A MERCANTILIZAÇÃO DA MEDICINA:

Alguns críticos do sistema médico no mundo ocidental têm ressaltado como a organização interna do setor profissional reflete em algumas desigualdades essenciais existentes nessas sociedades. Está-se fazendo referência a questões de gênero, classes sociais e origens culturais. Ao analisar a pesquisa realizada por Mário Scheffer, em colaboração com outros

pesquisadores¹¹⁸, no livro *Demografia Médica 2023* verificou-se que, nos últimos anos, houve um acentuado crescimento no número de profissionais na área médica. Conforme a pesquisa, enquanto em 2010 havia 1,63 médicos por mil habitantes, em 2023 há 2,60 médicos por mil habitantes no Brasil.

A evolução do número de médicos no Brasil ao longo do tempo pode ser medida por meio de três indicadores: taxa de crescimento de médicos, taxa de crescimento da população geral (Figura 2) e razão de médicos por 1.000 habitantes (Figura 3). Foram considerados dados da série histórica entre 1980 e 2022, assim como a estimativa do IBGE referente ao ano. (Scheffer, 2023, p. 34)

Os pesquisadores explicam que o número crescente de profissionais médicos se dá em função da existência de um número expressivo de médicos ingressando no mercado de trabalho e um número menor de profissionais se aposentando.

Ao longo de toda a série histórica do estudo, o ingresso de jovens médicos recém-graduados, devido ao aumento do número de cursos e vagas em medicina, tem sido maior que a saída em função de aposentadoria, morte ou cancelamento de registro no CRM. (Scheffer, 2023, p. 36)

Importante comentar que esses profissionais exercem o seu labor em regiões metropolitanas (setores urbanos adjacentes à capital), nas capitais e no interior; de modo que se constatou que as capitais concentram 6,13%, as regiões metropolitanas 1,14 %, e o interior 1,84% da totalidade dos médicos. Cabe ser dito, porém, que o percentual de médicos nas cidades adjacentes deve ser relativizado porque existe um “trânsito de profissionais entre as capitais e cidades adjacentes” (Scheffer, 2023, p. 43). Ainda, existe uma diferença entre a proporção na concentração de médicos quando foram analisados os Estados, devido ao número populacional. Destaca-se que a distribuição espacial assimétrica de médicos causa um prejuízo imenso à população. Martins e colaboradores (2023, p. 3) falam sobre as razões dessa assimetria espacial ao

¹¹⁸ **Coordenador:** Mário Scheffer. **Equipe da pesquisa:** Aline Gil Alves Guilloux, Bruno Alonso Miotto e Cristiane de Jesus Almeida. **Pesquisadores colaboradores:** Alexandre Guerra, Alex Cassenote, Alicia Matijasevich, Ana Pérola Drulla Brandão, Euclides Ayres de Castilho, Giuliano Russo, Jessica Pronestino de Lima Moreira, Ligia Bahia, Lucas Salvador Andrietta, Mario Roberto Dal Poz, Paulo Roberto de Castro Villela, Renata Alonso Miotto, Virginia Costa Duarte, Walesca Araújo. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf

explicar que “as motivações dos médicos a respeito do local de exercício possuem causas multifatoriais, como é o caso das condições de trabalho, moradia, remuneração, vínculos, e o prestígio em relação a atividade e as especialidades”. Assim, “é nítida a persistência da concentração geográfica, sendo necessários mais estudos para acompanhar eventuais efeitos futuros sobre a maior ‘interiorização’ ou ‘desconcentração’ de médicos no país” (Scheffer, 2023, p. 51). Os pesquisadores prosseguem:

Se medidas não forem adotadas, estará mantida ou será agravada a desigualdade de distribuição geográfica, o que fará persistir a escassez localizada de profissionais, mesmo em cenário de maior e crescente oferta global de médicos. (Scheffer, 2023)

Eles sugerem, a partir da análise dos dados, que seria necessário impulsionar políticas públicas que retenham os médicos nas áreas menos assistidas, de modo haja uma melhor distribuição de profissionais nessas áreas.

Outro fator importante a ser analisado é a idade desses profissionais da saúde. Segundo a pesquisa: “no Brasil, em 2022, 28% dos médicos tinham mais de 55 anos, evidenciando uma profissão relativamente jovem” (Scheffer, 2023, p. 68). Quanto ao gênero, verificou-se por meio da pesquisa que existe um número crescente e expressivo de mulheres na medicina. Os pesquisadores destacam que no Brasil, bem como nos demais países considerados na pesquisa, há “uma clara tendência de feminização da medicina, com maior presença quantitativa de mulheres na profissão” (Scheffer, 2023, p. 68).

No Brasil, em 2022, o percentual de mulheres médicas foi de aproximadamente 48,5%, valor próximo à média dos 37 países avaliados pela OCDE (49,5%) e superior a 19, entre eles Estados Unidos, Canadá, México e Itália (Figura 4). Na média dos países, houve aumento de aproximadamente 10% na proporção de mulheres desde o ano 2000. (Scheffer, 2023, p. 68)

Quanto ao investimento na qualificação, foi observado que “em 2022, o Brasil contava com 62,3% de médicos especialistas em relação ao total de profissionais em atividade – um percentual próximo à média dos países considerados (63,5%)” (Scheffer, 2023, p. 69).

No estudo Demografia Médica no Brasil, a designação “especialista” segue a regulamentação nacional, referindo-se unicamente ao médico que obteve título via conclusão de Residência Médica ou sociedade médica de uma das 55 especialidades reconhecidas. (Scheffer, 2023, p. 69)

Já o médico generalista é aquele sem nenhum título, apenas graduado em medicina. Ao se considerar gênero e especialização, constata-se que “os homens são maioria em 36 das 55 especialidades médicas e as mulheres predominam em 19 delas” (Scheffer, 2023, p. 83).

Por fim, ao analisar as características do profissional da medicina é preciso ter em mente a sua formação, porque dela dependerá a visão desse profissional com relação à realidade social da população em geral. É justamente essa formação do médico (humanista ou não) que vai repercutir na maneira pela qual ele vai exercer a profissão. Geralmente, os médicos estão preparados para fazer uma análise da moléstia de forma universal, em desenvolvimento e em conteúdo. Essa 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 e status socioeconômico, por exemplo, são desconsiderados, uma vez que é dado mais relevância à realização do diagnóstico e ao tratamento pois, em geral, a medicina ocidental dá mais valor às dimensões físicas da enfermidade (Helman, 2003). Ainda hoje a formação dos profissionais da saúde é voltada para o biologismo 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, não há envolvimento crítico do médico. A biociência construiu seus métodos de produção de saber sobre a doença e a testagem, uma padronização que objetiva as doenças e os sintomas, onde considera-se que com a eliminação ou controle destes tem-se a cura. A biomedicina isenta o profissional médico de produzir saber para sua própria atividade, desqualifica o saber produzido na prática (ou arte) médica e desqualifica todo saber do doente e de outros curadores não-científicos (Drumond, 2011). A biomedicina baseia-se na doença e não na saúde. Dentro dessa percepção de análise do paciente, do periciando, baseada na doença, atualmente é dominante entre os médicos a

utilização de fármacos, com o objetivo de tratamento desses pacientes. Trata-se da medicalização da vida.

Drumond *apud* Drane entende que certos princípios éticos foram violados por alguns médicos e também pelas companhias farmacêuticas. Tal conclusão centra-se no fato de que companhias farmacêuticas têm “encomendado pesquisas”¹¹⁹, bem como a utilização de pacientes para testar novas medicações sem o devido consentimento informado (Drumond, 2011).

Nesse contexto, tem-se que novas drogas são criadas para diversos tratamentos e para todas as classes sociais. Existe um comércio medicamentoso para os pobres e para os ricos. A indústria farmacêutica virou um comércio onde o lucro se sobrepõe ao tratamento e à recuperação da saúde. Ainda, cabe lembrar que não é somente através de médicos que as indústrias farmacêuticas divulgam seus remédios. Elas aproveitam-se do senso comum dos trabalhadores, utilizando-se de publicidade para reproduzirem imagens de bem-estar que seduzem o trabalhador, que virou consumidor. A respeito da indústria farmacêutica, Biehl (2011, p. 287) analisa que:

O Brasil é também um dos mercados farmacêuticos que mais rapidamente crescem no mundo. Cada vez mais os médicos receitam e os doentes pedem remédios novos, alguns deles com benefícios questionáveis. Diante do alto custo ou da falta de medicamentos, muitas pessoas estão processando o governo a fim de obtê-los.

Sobre o acesso às medicações pela via judicial, Biehl (2011) expõe que o Estado está farmacêuticamente presente, mas institucionalmente ausente.

O Brasil, que inovou no acesso ao tratamento como um direito humano, precisa definir e implementar mais completamente um direito à saúde que transcenda medicamentos e exigências individuais, e garantir que a assistência médica e a prevenção primárias sejam robustas o suficiente para reduzir a vulnerabilidade à doença. Da mesma forma, está em questão uma reconsideração da relação sistêmica entre pesquisa farmacêutica, interesse comercial, e assistência à saúde pública. (Biehl, 2011, p. 290)

A cura, afinal, é um conceito multifacetado e “curar” não é sinônimo de “tratamento” do que “tratamento” é de “drogas”. As estratégias estatísticas e a motivação do lucro pairam acima disso, geralmente

¹¹⁹ Tais pesquisas visam a publicidade e o convencimento da população sobre a eficácia da medicação.



deixando de ver as redes interpessoais que ligam, doentes, médicos e governos (...). (Biehl, 2011, p. 271)

O olhar do médico tradicional, baseado no biologismo e na biomedicina, abstrai todo o contexto social da saúde e acaba tendo a percepção da “cura dos males” por meio da “medicalização da vida”.

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 realizando uma “deslavada” medicalização. (Isquierdo, 2016)

Duarte e colaboradores (2007) fazem uma digressão sobre a importância da alteração das grades curriculares de medicina, para que sejam formados médicos 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 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. (Duarte e col., 2007, p. 68)

A ausência de uma formação acadêmica humanista na medicina já foi relatada por diversos pesquisadores.

A formação médica humanística tende a suprimir o hiato nas relações comunicativas entre o médico e o paciente, hiato oriundo de exacerbação do processo tecnológico presente na modernidade. O médico humanista, assim, configura-se como elo de integração social. (Ristow, 2007, p. 144-145)

Sottili (2018 (a)) diz que “a formação na escola médica não favorece aos peritos a habilidade necessária para um diagnóstico mais completo e complexo

do que a simples avaliação de um determinado órgão doente”. Ao que Barros (2002, p. 80)¹²⁰ complementa:

(...) por mais que alguns profissionais queiram visualizar [o trabalhador] como um todo e situá-lo, de alguma maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica.

Sottili (2018 (a)) realizou pesquisa exploratória nas escolas de medicina brasileira, utilizando do site eletrônico “Escolas Médicas do Brasil”, com o fito de “identificar quais as escolas de medicina que trabalhavam com o conceito humanista em seu currículo e qual a frequência com que as disciplinas humanistas” eram ministradas.

Tratando-se da busca pela formação humanista, foram procuradas especificamente disciplinas propedêuticas humanistas ou que por suas características elaboram a visão humanista de atendimento ao outro, tais como Filosofia, Sociologia, Psicologia, História, Antropologia, dentre outras, ou ainda, disciplina específica sobre perícia previdenciária ou perícia biopsicossocial. Antecipa-se que em nenhum dos currículos analisados encontrou-se disciplina específica sobre perícia previdenciária, hodiernamente tão importante para a formação dos médicos peritos. Em apenas um dos cursos analisados encontrou-se a disciplina de análise Biopsicossocial do indivíduo. (Sottili, 2018)

Ao realizar a referida pesquisa, sobre a formação médica humanista, Sottili (2018) concluiu que: 30% das escolas de medicina brasileiras não possuíam disciplinas propedêuticas humanas; 5% não disponibilizaram seus currículos, de modo que a análise se tornou inviável; e 12% possuíam disciplinas humanas, mas não foi possível constatar a carga horária dessas disciplinas.

Após a conclusão da análise individual dos currículos das escolas de medicina brasileiras, observa-se que das 100 escolas avaliadas, 30 escolas não possuem quaisquer disciplinas propedêuticas humanas que contribuam para uma formação médica humanista, com profissionais voltados para o entendimento do ser humano. Cinco escolas não disponibilizam seus currículos para avaliação no sítio das Escolas Médicas do Brasil ou em seus respectivos sítios eletrônicos. Doze escolas de medicina possuem disciplinas propedêuticas humanas, mas não informam a carga horária individual destas

¹²⁰ Citação adaptada ao contexto. No original, lê-se: “por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de alguma maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica”. (Barros, 2002, p. 80)

disciplinas para comparação com a carga horária do curso. (Sottili, 2018)

A autora concluiu que, nas escolas de medicina que possuíam “algum tipo de disciplina propedêutica humana, o percentual de equivalência destas disciplinas em relação ao restante do curso encontra-se na média de 1,77% do total do curso”¹²¹ e, ainda, “a maior classificação tem 10,18% de seu curso em disciplinas propedêuticas humanistas”¹²² (Sottili, 2018). Essa formação de médicos, sem a formação humanista, acaba fortalecendo e replicando a manutenção das relações de produção, que se configuram em estratégias de ordem governamental (Höfling, 2001).

Sob a égide capitalista a linguagem do poder e do lucro, nos subsistemas político e econômico tendem a fazer prevalecer a ideologia dominante. A sociedade institucionalizada move-se independentemente da vontade humana particular, pois suas engrenagens sustentam o coletivo. Sob este ponto de vista, a criação das políticas estratégicas sociais, que envolvem a educação, a saúde e as relações de produção, são movimentações necessárias à manutenção de uma “ordem social”. (Ristow, 2007, p. 143)

Sob uma perspectiva biomédica, desprovida de abordagem humanista, a pessoa doente, interpretada por meio do pensamento científico, é compreendida como a própria doença, tornando-se um processo epistemológico, o que justifica a prevalência do tratamento medicamentoso. Nesse sentido, a pessoa doente se transforma em alguém portador de uma doença, sendo que esta última cresce em importância e ameaça monopolizar a atenção como objeto do médico. Assim, o profissional, ao ter um olhar epidemiológico baseado na biomedicina, vai se ater à doença, se esquecendo de todo um conjunto de atributos que poderia contribuir para a realização do diagnóstico. Dessa forma, a perícia médica, sob o ponto de vista biomédico, vai se ater à uma análise individual que considera o ponto de vista orgânico, sem levar em consideração os fatores sociais que influíram para o abalo da saúde do trabalhador.

Após a análise acima, verifica-se o quanto a perícia médica judicial, baseada no modelo biomédico ou mecanicista, está longe de fazer uma análise

¹²¹ “Pertencendo a menor classificação à Universidade Federal de Sergipe, com apenas 0,29% de disciplina propedêutica humana em seu currículo” (Sottili, 2018).

¹²² “Pertencendo à Universidade Federal de Santa Catarina” (Sottili, 2018).

real e profícua do que seja a saúde. Nesse contexto, sente-se a necessidade da análise multidisciplinar dos segurados, de modo que estes sejam analisados de forma global, considerando os aspectos físico, psíquico, social e econômico. Outrossim, devido ao modo como se dá a formação acadêmica médica, sente-se a necessidade de organização da carreira de perito. Nesse sentido, argumenta-se pela necessidade de critérios de exigência para que esses profissionais possam exercer o *mister* de perito, ou seja, que tenham realizado, no mínimo, especialização em perícia médica.

8.3.3.2. UMA ANÁLISE EM TORNO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

A intenção primeira desta tese era coletar dados do universo dos assistentes sociais, de modo a fazer uma pequena amostra desses profissionais por meio de entrevistas. No entanto, tendo em vista o tempo exímio da pesquisadora, bem como a dificuldade em sair para campo devido à pandemia, procurou-se apenas realizar uma pequena análise do perfil do assistente social. A profissão de Assistente Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93. Esse profissional atua com as questões sociais, que se manifestam nas desigualdades sociais e econômicas, refletidas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras. O assistente social atua nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, realizando planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria.

O assistente social tem como objetivo precípua garantir que os cidadãos tenham acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e em legislações complementares. Para tanto, ele se utiliza de vários instrumentos com vistas a alcançar a sua finalidade, tais como: visitas domiciliares, realização de entrevistas e de análises sociais, relatórios, pareceres institucionais e encaminhamentos, entre outros. Devido à sua capacitação, o assistente social emite relatórios e pareceres da realidade social e institucional, com o condão de intervir no sentido de que o cidadão tenha acesso às políticas públicas e melhoria nas condições de vida.

A formação do assistente social é de cunho humanista, portanto, comprometida com valores que dignificam e respeitam as pessoas em suas diferenças e potencialidades, sem discriminação de qualquer natureza, tendo construído como projeto ético-político e profissional, referendado em seu Código de Ética Profissional, o compromisso com a liberdade, a justiça e a democracia. Para tanto, o assistente social deve desenvolver, como postura profissional, a capacidade crítica/reflexiva para compreender a problemática e as pessoas com as quais lida, exigindo-se habilidade para a comunicação, expressão oral e escrita, articulação política para proceder os encaminhamentos técnico-operacionais, sensibilidade no trato com as pessoas, conhecimento teórico e capacidade para mobilização e organização.

A natureza da atuação do serviço social é engajada na luta social e faz a defesa de uma sociedade pautada pelos princípios da igualdade e da liberdade, da justiça social e das políticas públicas. Ao lado dos trabalhadores e dos movimentos sociais, a categoria esteve presente e protagonizou algumas das principais frentes de luta ao longo das últimas décadas no Brasil

8.4. A GARANTIA A MISERABILIDADE NA VELHICE: A NATURALIZAÇÃO DAS COMORBIDADES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO PELAS PERÍCIAS MÉDICAS JUDICIAIS

Já se expôs repetitivamente neste trabalho que o mercado de trabalho é competitivo e exigente e que são excluídos os trabalhadores que não são qualificados, que são mais idosos e/ou que não têm saúde. Trata-se de um processo natural e seletivo dentro da ótica capitalista. Igualmente, expressou-se, por meio dos estudos até aqui desenvolvidos, que é uma obrigação constitucional do Estado garantir os direitos fundamentais ao cidadão, de modo a promover melhores condições de vida para a população. Assim, o Estado, por meio da Previdência Social, teria o condão de assegurar proteção à população em período de risco social, por intermédio de benefícios de caráter financeiro. Com base nesse pressuposto, o indivíduo que se encontra idoso e sem capacidade laboral, sem poder prover seu próprio sustento e de seus

dependentes, na qualidade de cidadão, teoricamente teria a proteção do Estado, uma vez que este seria o garantidor do mínimo existencial.

Ocorre que, atualmente, as políticas sociais apresentam-se de forma reducionista, ficando aquém dos direitos fundamentais outorgados ao cidadão. O Estado encontra-se privatizado e está transferindo para a sociedade o seu dever de garantidor. O desemprego, a pobreza enraizada na nossa sociedade, a cegueira frente ao número elevado de trabalhadores que buscam o judiciário com o fito de receber benefícios por incapacidade laboral, o envelhecimento da população sem investimento no capital social quando ainda eram jovens, e o pouco investimento na saúde e na educação da população, são exemplos de questões sociais que deveriam ser enfrentadas por meio de políticas sociais efetivas e que teriam que ter o condão de solucionar, e não apenas amenizar, o problema. Embora todas essas questões sociais não sejam exclusivas do nosso país, aqui elas não têm aparecido na agenda como algo relevante e que deva ser enfrentado com preeminência. Isso é preocupante!

Já foi evidenciado que o envelhecimento populacional é um processo universal e que grande parte dos países não estão preparados para isso. A população encontra-se envelhecendo e, conforme o resto da população, com desigualdade social. A parcela da população trabalhadora que tem restrições sociais enquanto jovens, acabam se transformando em uma população de trabalhadores pobres e doentes. Embora o envelhecimento seja comum a todos, Miriam Barros (2003) nos lembra que esse processo não se dá de forma homogênea para todos.

As diferenças de gênero, classe, credos religiosos, etnias, inserção profissional, estão presentes na construção das representações e das experiências de envelhecer. Essas dimensões constituem a identidade deste grupo etário, que por sua vez não se apresenta de forma homogênea. (Myriam Barros, 2003, p.9)

O envelhecimento, embora seja considerado natural, causa transformações progressivas, paulatinas e de declínio “das propriedades funcionais em nível celulares, teciduais e orgânicos” (Libarino e Reis, 2017, p. 134). Silva (2008, p. 66) comenta sobre a aceitação e a naturalização do envelhecimento:

Os aspectos biológicos do envelhecimento estão muito ligados ao 'natural', ao 'normal' do corpo, suas capacidades, habilidades e declínios ao longo do tempo, possivelmente tornando-o um fenômeno único, homogêneo e imutável quando compreendido somente¹²³ pelo viés biológico, como algo que se espera que aconteça mais cedo ou mais tarde e contra o qual pouco ou nada se pode fazer. No entanto, o social se inscreve nos eventos considerados biológicos, onde adquirem significados através do processo de socialização, e são passíveis de serem modificados.

Como já foi dito, o envelhecimento age sobre o corpo causando declínio de potencialidades de caráter mental, motor e funcional, passando paulatinamente “a limitar o indivíduo idoso na realização de diversas atividades da vida, tornando-o, na maioria das vezes, incapaz” (Libarino e Reis, 2017, p. 134). Dentre as atividades prejudicadas pelo processo de envelhecimento encontra-se o trabalho. Essas limitações ocorridas pelo agrisalramento, quer sejam mentais ou físicas, podem ser fatores de limitação do exercício da profissão. Embora o idoso não seja considerado totalmente incapacitado para o trabalho, esse declínio das potencialidades mentais, motoras¹²⁴ e funcionais é um elemento importante e que pode ocasionar uma incidência maior de acidentes do trabalho.

A incapacidade laboral também pode se dar não pelo fato de o idoso não conseguir realizar as suas atividades profissionais, mas também pela condição de não possuir mais a destreza e a força para realizá-la de forma a lhe garantir o valor necessário para o seu sustento. É o caso do idoso que consegue exercer a atividade profissional com limitações, mas não tem a mesma produtividade, o mesmo desempenho do período em que era jovem. O elemento força, apesar de ser inerente ao sexo masculino, é um atributo necessário a todas as pessoas que exercem atividades laborais manuais, uma vez que necessitam daquela para laborar. Silva (2008, p. 67) comenta sobre as características físicas decorrentes do envelhecimento:

Na juventude, a força está mais relacionada com a capacidade física, enquanto que, em outros momentos, como na velhice, ela pode adquirir significados mais subjetivos. Inegavelmente, ocorrem modificações no

¹²³ Refletem na forma de pensar, de agir, de se concentrar, de responder aos estímulos com presteza.

¹²⁴ Ocorre a diminuição da força, o que diminui o rendimento de atividades manuais, que faziam com certa facilidade, devido ao cansaço.

corpo com o passar do tempo, tais como: diminuição da estatura; aumento da envergadura dos ombros; aumento da circunferência do tórax e abdome e do diâmetro da pelve; enrugamento e menor espessura da pele; diminuição da massa muscular; aumento do tecido adiposo; diminuição da acuidade visual e auditiva. “A capacidade do corpo de manter a homeostasia (o equilíbrio do organismo) torna-se progressivamente diminuída com o envelhecimento”, conforme indicam Suzanne Smeltzer e Brenda Bare (1998, p.126).

Também Silva (2008) nos informa que, embora o declínio mental e físico seja algo decorrente do envelhecimento, a sua intensidade e seu encadeamento é afetado por fatores genéticos e ambientais. O envelhecimento depende, também, da forma como cuidamos do corpo, da alimentação e dos hábitos (saudáveis ou não).

O declínio fisiológico é afetado por fatores genéticos, hereditários, mas também por variações decorrentes dos hábitos de vida, das estruturas de oferta de serviços assistenciais em saúde e sociais, das agressões do meio ambiente, condições de trabalho, moradia, segurança, educação e gênero entre outros. Contudo, nenhuma das alterações é, necessariamente, maléfica. (Silva, 2008, p. 67)

Pode-se concluir que as condições sociais e a precarização de determinadas atividades laborais repercutirão mais negativamente no organismo do que para outras. É o caso dos trabalhadores braçais em relação aos demais trabalhadores. Destaca-se que as alterações decorrentes do envelhecimento podem ser fator de incapacidade laboral caso o segurado necessite da sua vitalidade física para exercer o labor. Assim, uma vez não se sentindo mais capaz de exercer sua profissão, resta ao trabalhador mudar de profissão ou aposentar-se. No entanto, é importante reforçar que a mudança de profissão ou a reabilitação profissional não é possível a todo e qualquer segurado idoso. Isso porque a aceitação, a adequação e a pouca (ou ausência de) escolaridade resultam em limitações no exercício e no desenvolvimento de novas habilidades.

Todavia, ressalta-se que a velhice não é sinônimo de incapacidade. Atualmente, é comum observar pessoas que se consideram aptas e saudáveis optarem por, ao se aposentar, seguir trabalhando na mesma profissão (ou em uma diferente), desempenhando atividades mais leves, de menor complexidade e que requerem um menor índice de capacidade para o trabalho (ICT). Nesses casos, o comportamento de continuar no mercado de trabalho é um fator

decorrente da realização profissional e do prazer em exercer a profissão, por se sentir útil. Também, é uma possibilidade de complementar ou aumentar o poder econômico familiar, para ajudar a família. De todo modo, o exercício profissional está ligado à atividade profissional, ao mercado de trabalho e à saúde, conforme já relatado. Libarino e Reis (2017, p. 143) trazem, com relação à capacidade para o trabalho (CT), que:

Sampaio e Augusto (2012) afirmam que “a CT interfere a produtividade, quanto maior a CT maior a produtividade”. No idoso, a CT é menor, resultando numa menor produtividade, o que interfere na falta de oportunidades que os idosos têm no mercado de trabalho. Os autores ainda apontam os fatores preditivos da CT, que podem ser agrupados em 3 categorias: “fatores relacionados ao indivíduo, ao trabalho e à vida fora do trabalho. Entre os fatores individuais, destacam-se idade, estado civil, desordens psicossomáticas, auto percepção de saúde, depressão, problemas físicos e hábitos de vida, como tabagismo, etilismo e prática de atividade física. Quanto aos preditores relacionados ao trabalho, esses são representados pelas condições ambientais, ergonômicas e demanda física e mental. A vida fora do trabalho diz respeito ao apoio de familiares e amigos, bem-estar e satisfação com a vida”.

Padula e col. (2013) comenta que o declínio da capacidade funcional começa após os 45 anos de idade, acentuando-se após os 50 anos. Já o comprometimento da capacidade para o trabalho depende da população e do tipo de labor.

O envelhecimento é caracterizado por uma redução na reserva funcional em vários sistemas fisiológicos, cujo impacto sobre a funcionalidade dependerá de uma série de fatores, tais como: arcabouço genético, hábitos de vida e presença de doenças crônicas. Estima-se que o declínio na capacidade funcional ocorra após os 45 anos, em torno de 12% ao ano⁷, acentuando-se após os 50 anos. Esse declínio pode comprometer a capacidade para o trabalho e a produtividade. Em geral, o impacto é maior nos trabalhadores em ocupações de grande demanda física, quando comparados àqueles de maior demanda mental. A prevalência de comprometimento da capacidade para o trabalho pode variar entre 5,7% e 46,4%, dependendo da população e do tipo de trabalho realizado. (Padula e col., 2013, p. 383)

Os autores esclarecem que o intuito da realização da pesquisa era analisar “as condições de saúde e a capacidade físico-funcional entre trabalhadores jovens e trabalhadores mais velhos” e correlacionar “as medidas físico-funcionais ao ICT”. Assim, esse estudo teve por objetivo investigar “as

alterações decorrentes do processo de envelhecimento e a manutenção da capacidade de trabalho” (Padula e col., 2013, p. 388). A pesquisa foi realizada em dois grupos de trabalho com características diversas. O primeiro grupo era originário de uma instituição privada de ensino superior (IES) da cidade de São Paulo. Nesse caso, “a atividade comumente realizada está relacionada ao setor acadêmico e/ou administrativo, com oito horas de trabalho por dia. O deslocamento para o trabalho é feito por transporte público (metrô, trem ou ônibus)”. Já o outro grupo era formado por pessoas que trabalhavam numa indústria metalúrgica, composta por trabalhadores manuais:

A maior parte (mais de 80%) dos trabalhadores realizam tarefas que exigem o uso da força, movimentação de cargas, controle de qualidade e produção. O deslocamento para o trabalho é feito por bicicleta ou a pé, e apenas aqueles que moram mais distante fazem uso do transporte público (ônibus) fornecido pela empresa. (Padula e col., 2013, p. 383-384)

É importante informar que foram feitas comparações de dificuldade e de envelhecimento entre os trabalhadores com 50 anos ou mais e trabalhadores considerados jovens (menos de 50 anos). Esses trabalhadores foram também pareados em relação ao gênero e ao tipo de ocupação. Quanto à metodologia da pesquisa, “foram utilizados questionários de avaliação multidimensional, contendo dados sociodemográficos, clínicos, percepção da saúde e saúde física, o ICT e uma bateria de testes físico-funcionais” (Padula e col., 2013, p. 382). No decorrer da pesquisa foi verificado que

Cerca de 80% dos participantes do grupo mais velho referiram ter uma saúde global regular, ruim ou muito ruim, relatando mais doenças e uso regular de mais medicamentos que os mais jovens. Em relação à composição corporal, os trabalhadores mais velhos apresentaram IMC e circunferência abdominal significativamente maior. Quanto à RCQ, grande parte dos trabalhadores mais velhos (73,9%) foram classificados nos quartis superiores. (Padula e col., 2013, p.388)

Embora não tenha havido grande diferença no Índice de Capacidade para o Trabalho entre os trabalhadores mais velhos com relação aos mais jovens, a escolaridade e a renda se apresentaram como fatores que influíram sobre esse índice.

A escolaridade e a renda possuem uma relação direta entre si e positiva com a capacidade para o trabalho. Isso porque um alto nível educacional permite o acesso ao trabalho mais qualificado, com melhor remuneração e maior possibilidade de continuidade em idades mais avançadas, o que, por sua vez, influencia positivamente as condições de saúde e a manutenção da capacidade para o trabalho por mais tempo. (Padula e col., 2013, p. 389)

Os pesquisadores prosseguem com a análise quanto à autoavaliação para o trabalho:

Embora os trabalhadores mais velhos tenham avaliado sua capacidade para o trabalho como moderada e boa, de forma semelhante aos trabalhadores jovens, é importante ressaltar que a avaliação que o grupo mais velho fez da sua saúde foi significativamente pior que a dos mais jovens. A autoavaliação de saúde é entendida como uma representação mais ampla da condição de saúde de pessoas idosas e tem se mostrado mais representativa da saúde global que os domínios de incapacidade funcional, sintomas físicos e mentais. Além disso, uma autoavaliação de saúde ruim está relacionada a uma maior mortalidade entre indivíduos com doenças cardiovasculares, o que, no caso dos trabalhadores mais velhos, alia-se a indicadores ruins de composição corporal, maior IMC, maior circunferência abdominal e maior RCQ. Esses indicadores têm sido igualmente associados a mortalidade em diferentes populações de pessoas de meia idade e trabalhadores mais velhos. (Padula e col., 2013, p. 389)

Concluiu-se, com essa pesquisa, que a renda e a qualificação são fatores que influem na capacidade para o trabalho.

Em relação à capacidade para o trabalho, verificou-se que a maior parte dos trabalhadores, de ambos os grupos, teve a avaliação como boa e moderada. Esses resultados permitem refletir que trabalhadores mais velhos com maior qualificação e maior renda mensal, mesmo com a presença de doenças, tendem a manter a capacidade para o trabalho. (...) Nesse caso, outros fatores internos (capacidade funcional, conhecimentos e habilidades, valores e atitudes) e externos (ambiente, conteúdo e demanda do trabalho) aos trabalhadores influenciaram a capacidade para o trabalho. (Padula e col., 2013, p. 389)

O tipo de atividade e as características pessoais também são fatores que repercutem na capacidade para o trabalho.

Há também que se considerar a grande influência das características da atividade de trabalho realizada na capacidade físico-funcional e capacidade para o trabalho. A demanda física e psíquica da atividade tem grande influência nas respostas psicofisiológicas dos trabalhadores e sua percepção de capacidade. (Padula e col., 2013, p. 389)

As condições socioeconômicas são importantes na determinação da saúde e da capacidade para o trabalho. Entretanto, os modelos de associação são complexos e influenciados por fatores relacionados ao próprio trabalho, às condições do ciclo de vida e aos hábitos de saúde. A presença de sintomas psicológicos, de doenças crônicas e a má percepção subjetiva de saúde se correlacionam negativamente com a capacidade para o trabalho. (Padula e col., 2013, p. 383)

Após a verificação de todas as pesquisas apresentadas na presente tese, constata-se o quanto as perícias realizadas com o fito de avaliar a capacidade laboral dos idosos está de encontro com a busca pela verdade real. Tem-se presenciado, por meio do exercício da advocacia, análises periciais judiciais exclusivamente médicas e superficiais que não estão levando em consideração a relação da capacidade corpórea, mental e a atividade laboral do segurado idoso. Verifica-se que são certificadas, nas perícias judiciais, a existência de sintomatologia e manifestações clínicas comprovadas a partir de exames de desordens da saúde oriundas do processo de envelhecimento, tais como: problemas osteoarticulares, doenças degenerativas, problemas na coluna vertebral, problemas cardíacos, reumatismo, artrite, artrose, entre outros. Tais desordens físicas acabam por ser naturalizadas pelos peritos, uma vez que são consideradas “adequadas à idade” e não são consideradas como incapacitantes para o labor.

É significativo esclarecer que muitos segurados exercem o seu labor até não conseguirem mais trabalhar devido a enfermidades limitantes que impedem sua conservação no mercado de trabalho. Uma vez não conseguindo, pela forma como são realizadas as perícias, auferir o benefício previdenciário devido à condição de saúde, e não podendo mais trabalhar, quedam-se em casa e passam a recolher para a previdência como segurados facultativos. Ao analisar a vida pregressa desses segurados idosos, verifica-se que seu histórico se limita a uma alternância entre recebimento de benefício da previdência e quedar-se em casa recolhendo para a previdência, porque não possuem mais capacidade laboral. Trata-se de uma quantidade expressiva de trabalhadores manuais agrisalhadados que possuem alterações funcionais e estruturais decorrentes do envelhecimento, que ficam impedidos de trabalhar e, conseqüentemente, de serem absorvidos pelo mercado de trabalho. Com o fito de demonstrar a falta de

preparo dos peritos médicos judiciais passa-se a analisar alguns laudos judiciais a título exemplificativo, para comprovar a naturalização e depreciação dessas moléstias que impedem esses segurados de voltar ao labor.

PROCESSOS:

Exemplo 1: Processo nº 50068009720124047110

O processo tramitou em 2010. Trata-se de uma segurada mulher, com ensino fundamental incompleto, empregada doméstica, com 62 anos de idade. A autora conseguiu comprovar, por meio de exames, que possui escoliose lombar, uncoartrose cervical e osteoporose. Tal diagnóstico também é reconhecido e evidenciado no laudo médico pericial administrativo. Ao submeter o caso dessa autora à análise do *expert* judicial, foi concluído que:

Com relação aos exames complementares estes mostram sinais de artrose da coluna cervical e lombo-sacra mais evidenciado no segmento L4-L5, compatíveis com a idade cronológica da autora. (grifo próprio) Assim esse Perito não constatou nada que seja limitante e/ou incapacitante para a realização das tarefas declaradas da autora de doméstica.

Exemplo 2: Processo nº 5008338-16.2012.4.04.7110

O processo tramitou em 2012. Trata-se de uma mulher, trabalhadora manual, com 59 anos de idade. Ao analisar a autora, o *expert* judicial constatou:

Trouxe os seguintes exames: RX da coluna lombo-sacra de 24/08/2011: Escoliose lombar rotatória de convexidade à esquerda. Sinais de laminectomia em L5. Órteses metálicas de fixação da transição lombo-sacra. Acentuação da lordose lombar. Clipes metálicos no andar superior do abdômen. RX do ombro direito, coluna cervical e da coluna lombo-sacra de 16/08/2012: Sinais discretos de artrose acrômioclavicular, com pequeno osteófito no bordo inferior do acrômio. Irregularidades da cortiça, com alguns pseudocistos na região tuberositária da cabeça umeral direita. Espaço articular gleno-umeral preservado. Desmineralização óssea difusa; Coluna cervical: Retificação da lordose cervical. Presença de próteses discais entre C4-C5 e C5-C6, sendo que esta última sendo que esta última mostra-se protruída anteriormente. Fixação dos corpos vertebrais de C4 a C7, através de placas e parafusos ortopédicos. (grifo próprio)

Sinais de artrose interapofisária e uncovertebral. Desmineralização óssea difusa. Pedículos íntegros; Coluna lombo-sacra: Escoliose lombar rotatória à esquerda. Acentuação da lordose lombar. Laminectomia em L5 e S1, com fixação destas vértebras através de hastes e parafusos ortopédicos. Discreto grau de desmineralização óssea difusa. Pedículos íntegros. RX da coluna lombo-sacra, ombro direito e coluna cervical de 20/06/2013: Sinais de laminectomia em L5. Presença de escorregamento anterior (espondilolistese) do corpo vertebral L5 sobre S1. Controle de osteossíntese com hastes e parafusos metálicos fixados nos corpos vertebrais L5 e S1. Acentuação da lordose lombar e do ângulo de Ferguson (ângulo lombo-sacro). Espaços discais conservados. RX do ombro direito: Aspectos Escoliose lombar, laminectomia na L5, órteses metálicas de fixação da coluna lombossacra e lordose lombar. Artrodese de segmento da coluna cervical e lombar fixadas por placas e parafusos metálicos. Tenorrafia do supraespinhoso direito.

O perito conclui que a autora não se encontra incapaz para o trabalho.

A autora se dedica a afazeres domésticos há muitos anos, mesmo assim existem algumas tarefas do lar estão impossibilitadas de serem realizadas tais como lavar o chão, esfregar e pegar pesos. Demais atividades como cuidar da louça, fazer as refeições, costurar, colocar roupa na máquina de lavar, etc., podem ser realizadas e que não precisa da ajuda de terceiros.

Ao analisar o CNIS da autora, verifica-se que ela exerceu diversas atividades profissionais e saiu do mercado de trabalho após a realização da cirurgia da coluna, ou seja, encontra-se podendo exercer restritas atividades do lar e encontra-se sem exercer a sua profissão por estar totalmente incapacitada para o trabalho.

Exemplo 3: Processo nº 5001769-28.2014.4.04.7110

O processo tramitou em 2014. Trata-se de segurado do sexo masculino, trabalhador manual, pedreiro, com 64 anos de idade. Ao realizar o laudo pericial, o *expert* judicial constatou que o autor possui

(...) ombro direito com tendinopatia no tendão supraespinhoso e no tendão subescapular com componente calcário e ruptura em espessura parcial. Cotovelo direito descreve bursite lateral e lesão no ligamento colateral lateral.

O médico perito conclui que “a patologia está consolidada e compensada”. E segue: “A parte autora não é pessoa com deficiência. Não há indicação de readaptação ou reabilitação profissional”. Outrossim: “Não há incapacidade do ponto de vista ortopédico. Apresenta redução do potencial laborativo compatível com envelhecimento biológico”.

Exemplo 4: Processo nº 5003336-31.2013.404.7110

O processo tramitou em 2013. Trata-se de uma segurada do sexo feminino, com 61 anos de idade, com o ensino fundamental incompleto, do lar. Histórico: “Dona de casa. Refere que não pode trabalhar porque sente dor nas costas, nos punhos, joelhos e pés há uns 4 anos. Está em tratamento com reumatologista há 4 anos, mas acha que está cada vez pior”.¹²⁵ No laudo pericial administrativo foi constatado que a segurada RX de 07/02/2013 tem:

(...) coluna cervical com discopatias degenerativas com osteofitose e uncoartrose em c5-c6 e c6-c7. Artrose hipertrofica nas interapofisarias. -dorsal- alterações degenerativas caracterizadas por pinçamentos discais. -lombo-sacra:discopatias degenerativas com discretas barras osteofitárias comprometendo difusamente a coluna lombo-sacra. Artrose hipertrófica nas interapofisarias. Densitometria óssea de 07022013: compatível com osteoporose

Ao ter seu benefício indeferido, a assegurada ingressa com processo judicial e novamente tem seus documentos e sua saúde analisada pelo perito, agora judicial. Documentos subsidiários e exames complementares (judicialmente):¹²⁶

A impressão diagnóstica da radiografia datada de 07/02/2013 foi anexada no evento 01 e descreve coluna dorsal: alterações degenerativas caracterizadas por pinçamento nos espaços discais, proliferações osteofitárias antero laterais comprometendo os segmentos dorsais médios. Acentuação da cifose dorsal; coluna cervical: discopatias degenerativas com osteofitose e uncoartrose em C5-C6 e C6- C7. Artrose hipertrófica nas interapofisárias. Desmineralização óssea difusa; coluna lombo sacra: discopatias degenerativas com discretas barras osteofitárias comprometendo difusamente a coluna lombo sacra. Artrose hipertrófica nas Interapofisárias. Desmineralização ósseas difusa. Alterações degenerativas nas sacro ilíacas.

¹²⁵ Histórico extraído da perícia médica administrativa. Mesmo assim foi indeferido, levando a segurada a buscar o judiciário com o fito de lograr êxito em receber o benefício por incapacidade.

¹²⁶ Extraído do laudo médico judicial.

Conclusão do laudo pericial:

Não há incapacidade laborativa. A Autora apresenta manifestações clínicas pertinentes a sua faixa etária. Realiza atividade do lar. Realizou todas as provas semiológicas pertinentes as suas queixas sem restrições ou limitações. Realiza o plano terapêutico indicado por parte do médico assistente. Não refere qualquer situação de agravamento ou intercorrência clínica. Não refere internação hospitalar recente. Não há correlação entre os achados do exame físico e os exames complementares. Não há expressão clínica incapacitante. Há doença, mas não há incapacidade. Não há incapacidade para as atividades da vida diária. Apresenta redução do potencial laborativo compatível com envelhecimento biológico". (grifo próprio)

Exemplo 5: Processo nº 5000304-57.2019.4.04.7126

O processo tramitou em 2019. Trata-se de uma segurada do sexo feminino, diarista, de 74 anos de idade, com o ensino fundamental incompleto. Ao analisar o laudo pericial administrativo, colaciona-se o histórico:

Segurada com 74 anos, trabalha refere não trabalhar, contribui como facultativo, refere não apresentar problema de coluna e que não consegue trabalhar. Traz laudo do médico assistente Dr Selmar Simões crm-18135 que diagnostica discopatia degenerativa".

Devido à segurada ser considerada administrativamente capacitada para o trabalho, ela ingressou com processo judicial visando a concessão do benefício previdenciário decorrente de ausência de saúde. Ao realizar a perícia judicial o *expert* diagnosticou: "- M51.9 - Transtorno não especificado de disco intervertebral; - M51.3 - Outra degeneração especificada de disco intervertebral". Além do perito diagnosticar que a doença era de origem degenerativa, atestou que essa doença havia iniciado em torno de 10 anos atrás. Conclusão do laudo: sem incapacidade atual.

- *Justificativa:* Não há incapacidade laborativa para a atividade habitual. Não refere qualquer situação de agravamento ou intercorrência clínica. Não há elementos técnicos acostados aos autos ou trazidos ao Ato Pericial que demonstrem incapacidade laborativa. Não há expressão clínica incapacitante. Há doença, mas não há incapacidade. Não há incapacidade para as atividades da vida diária.

Exemplo 6: Processo nº 5009436-02.2013.4.04.7110

O processo tramitou em 2013. Trata-se de uma segurada do sexo feminino, com o ensino fundamental incompleto, do lar. Ao analisar o processo administrativo, copiou-se o histórico:

Dona de casa com 74 anos, diz ser doente da coluna e do reumatismo há muitos anos. Diz que atualmente não usa nenhum medicamento, as vezes passa uma pomada no pescoço. Apresenta agenesia do antebraço a esquerda abaixo do cotovelo, inclusive carrega sua bolsa com este braço, apoiado abaixo do cotovelo. Não apresenta documentos médicos.

O perito do INSS diagnosticou a segurada com CID 10- M18: artrose de primeira articulação carpometacarpiana. Conclusão do laudo pericial administrativo: “A agilidade corporal é compatível com sua idade avançada de 74 anos. Apresenta aumento de volume da articulação interfalangea do polegar a D, sem outras alterações nos demais dedos”.¹²⁷ Ao recorrer ao judiciário por ter seu benefício decorrente da ausência de saúde indeferido, a segurada passa novamente pela perícia, agora judicial. O *expert* judicial conclui, no laudo pericial, que a autora possui

(...) ansiedade, deslipidemia, agenesia do membro superior esquerdo à nível do terço proximal do antebraço esquerdo, artrose da articulação interfalangeana dista do polegar direito, espondiloartrose e discopatias cervicais e lombares que não a incapacitam para o trabalho, inclusive como dona de casa.

O profissional prossegue: “a autora relata ter sido costureira até os 60 anos de idade quando começou com dor cervical passando a exercer apenas a atividade de dona de casa. Alguns anos depois teve início a dor lombar e no polegar direito”. O *expert* conclui o laudo: “a patologia da coluna e do polegar é

¹²⁷ É importante ser dito que essa segurada é portadora de um braço só. Ela possui um problema congênito com características de ter um braço normal e o outro até o cotovelo. Com o decorrer do tempo, e com o envelhecimento, ela desenvolveu sérios problemas de coluna devidamente comprovado com exames de imagem: artrose vertebral anterior, acentuada lordose lombar e da cifose dorsal, discopatia degenerativa com protusão discal em L3-L4 E L4-L5; artrose iterapofisaria cervical, redução do espaço discal C5-C-6 e C6-C7; L4-L5 e S2-S1; escoliose rotatória dorsal de concavidade esquerda e lombar para a direita, por sobrecarregar os movimentos sobre um braço. Outrossim, desenvolveu artrose nos únicos dedos que possui, da mão direita, que lhe dificultava realizar atividades do lar devido a dor.

compatível com a idade podendo desempenhar a atividade de dona de casa. Não há incapacidade laborativa”.

Exemplo 7: Processo nº 5011975-23.2022.4.04.7110

O processo tramitou em 2023. Trata-se de uma segurada do sexo feminino, com 66 anos de idade, ensino fundamental incompleto, exercendo a função de empregada doméstica. Ao analisar o laudo pericial administrativo verifica-se o histórico:

Exame Físico: Perícia médica inicial em 25/11/21. Tem 65 anos, casada, ensino fundamental incompleto. Trabalha como empregada doméstica. Ausência de benefícios e indeferimentos prévios. Refere cansaço aos esforços. Refere que vem perdendo peso nos últimos dois anos. Refere episódios de isquemia transitória nos últimos anos. Tem HAS há 20 anos. Em uso de Hct 25mg/dia, enalapril 40mg/dia, ecasil 81mg/dia, sinvastatina 40mg/dia, hidantal 100mg/dia, vitamina D 50000UI/dia e Citalopram 20mg/dia”

Nessa mesma avaliação:

Perícia médica inicial em 25/11/21. Segurada portadora de patologias crônicas, sem comprovação de agravamento atual. Com base nos dados de história, exame físico e elementos apresentados pela segurada, no momento não apresenta evidências de incapacidade total para a atividade declarada.

Em novo protocolo administrativo: em 01/12/2002

História:

Exame Físico: em 07/12/2022 perícia inicial, presencial. Tem 66 anos, declara-se empregada doméstica vinculada/não traz CTPS. Coursou 5ªserie primeiro grau. Alega que não pode trabalhar pois tem desmaios com início anterior a pandemia(sic) Atestado dr Eduardo Zauk cremers.

Em 25/11/2022:

Acompanhamento por I64, alteração da memória curto prazo (provável F067) em investigação por G40.em tratamento e impossibilitada manter suas atividades laborais. Receita :razapina 30mg meio comprimidos antes de dormir, lamitor CD25mg /noite. Reside com a família.

Considerações do expert administrativo: “ausência de elementos objetivos no presente para conceder o solicitado”. Ao ser indeferido o benefício, a segurada judicializa. Ao ser novamente avaliada pericialmente pelo médico perito da justiça federal, obtém-se a seguinte análise:

PATOLOGIAS CID 10: “– Epilepsia G40, Hipertensão essencial (primária) , Hiperlipidemia não especificada E78. 5, Outras doenças cerebrovasculares I67, Desnutrição Protéico-calórica de Graus Moderado e Leve E44, Mal estar, fadiga R53 , Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico I64.” “A impressão diagnóstica da ressonância magnética do crânio datada de 15/10/2022 descreve infartos lacunares temporais profundos.”

CONCLUSÃO DO LAUDO PERICIAL:

Considerando que a parte autora apresenta infarto lacunar profundo do lobo temporal afetando a cognição e memória, concluo que há incapacidade laborativa na forma total e temporária para a atividade multiprofissional. Fixo a DID em 2020 (sic- RNM de posse da autora confirma a DID) e a DII em 15/10/2022 (data da RNM de crânio) corroborado pelos exames complementares acostados aos autos e exame físico da parte autora. Sugiro reavaliar a parte autora em 180 dias a contar da data do Laudo Pericial, haja vista que não esgotou os recursos terapêuticos e a investigação. A parte autora não é elegível à reabilitação profissional no momento. Não há incapacidade para as atividades da vida diária”. (grifo próprio)

Procurou-se trazer a cópia fidedigna da análise pericial do laudo administrativo e, conseqüentemente, a análise do laudo pericial da mesma pessoa. Todos esses processos tramitaram na 3ª Vara Federal de Pelotas. Ao analisar as perícias, verifica-se que não foram consideradas a profissiografia dos segurados, as condições sociais, as restrições socioeconômicas, as barreiras sociais, a idade e as condições dessas pessoas concorrerem no mercado de trabalho. Constata-se que o envelhecimento e as comorbidades decorrentes desse envelhecimento são fatores preponderantes da incapacidade laboral. Se o envelhecimento não incapacita o trabalhador com idade avançada, ele causa diminuição e redução da produtividade, seja pela perda da força, pela falta de atenção ou pelas dores características dos problemas osteomusculares.

As perícias realizadas para a análise dos benefícios por incapacidade previdenciários, na sua totalidade, são realizadas apenas por médicos. Todas as

perícias que consideraram as pessoas aptas para o trabalho¹²⁸ tiveram seu processo improcedente. O magistrado não valorou as provas documentais. A sentença baseou-se exclusivamente no resultado da perícia judicial. Outrossim, tais sentenças foram baseadas nas perícias e, caso estas sejam objeto de recurso, o tribunal tem realizado a mesma análise, a supervalorização da perícia médica sobre as demais provas, mantendo os termos da sentença *a quo*.¹²⁹

Igualmente, verifica-se a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade temporária para segurados idosos que possuem doenças crônicas que não são passíveis de cura.¹³⁰ Tal posicionamento faz com que o segurado idoso se quede numa “procissão” entre indeferimentos administrativos e concessões de benefícios judiciais. Trata-se de um pingue-pongue sem fim¹³¹, que faz com que o judiciário fique sobrecarregado de repetidas ações promovidas pelo mesmo segurado.

Entende-se que a sobrecarga do judiciário se dá devido à forma como são realizadas as perícias, tanto administrativas como judiciais, que acabam criando esse vai-e-vem de trabalhadores incapacitados, que são analisados superficialmente (avaliação meramente orgânica), sem levar em consideração a idade, o labor e todos os aspectos socioambientais do segurado. A análise

¹²⁸ Embora suas moléstias tenham sido comprovadas por meio de documentação, e embora não sejam passíveis de cura por serem consideradas crônicas, decorrentes do envelhecimento e incompatíveis com o exercício de trabalho braçal, foram menosprezadas.

¹²⁹ Colaciona-se parte do voto de um Relator, que não é solitário em inúmeros acórdãos recorrentes neste sentido: “Decido. Analisados os autos, nota-se que a parte recorrente apresenta inconformidade com o laudo pericial, discordando da conclusão do perito acerca da inexistência de incapacidade laboral. O caso necessitava de manifestação técnica por perito médico, sendo devido o acolhimento de sua conclusão, ressaltando-se que este é de confiança do Juízo, apto para o cumprimento do encargo e encontra-se equidistante dos interesses de ambas as partes. Os argumentos da parte recorrente de que se encontra incapacitada para o trabalho, baseando sua tese em provas unilaterais (exames médicos apresentados por ela própria), não se mostram suficientes para afastar o conteúdo do laudo pericial, que se trata de prova hábil, técnica e imparcial. De salientar que a perícia foi realizada por médico especialista na área da patologia diagnosticada, sendo despropositada a realização de nova perícia com outro profissional ou mesmo a necessidade de formulação de quesitos suplementares. Ademais, é certo que *'nas ações em que se objetiva a concessão de aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença, o julgador, via de regra, firma sua convicção por meio da prova pericial'* (TRF 4ª Região, AC nº 2002.04.01.043666-0/RS, 6ª Turma, Rel. Des. Federal Victor Luiz dos Santos Laus, DJU2 de 29/09/2004).

¹³⁰ É o caso exemplificado no exemplo 7, descrito acima.

¹³¹ É importante comentar que cada vez que o segurado tem que realizar novas perícias, ele tem que apresentar documentos hodiernos. É uma corrida contra o tempo a marcação de novas consultas com o fito de obter exames e atestados médicos recentes, para comprovar o que já é notório: doenças crônicas que não são passíveis de cura. São pessoas empobrecidas que têm de custear toda essa gama de provas para provar o que já foi provado.

pericial não leva em consideração os demais fatores que impedem o segurado idoso de exercer o seu labor em concorrência com os demais trabalhadores.

Por outro lado, os peritos também estão considerando doenças crônicas, decorrentes do envelhecimento, como se fossem passíveis de cura. É o caso do exemplo 7, que deveria ter sido considerado como incapacidade total. É admirável o perito pedir nova avaliação¹³² para uma pessoa de 67 anos de idade que tem acidente cerebral e infarto hemorrágico. Colaciona-se novamente a conclusão pericial: “Sugiro reavaliar a parte autora em 180 dias a contar da data do Laudo Pericial, haja vista que não esgotou os recursos terapêuticos e a investigação”.

Os peritos do judiciário estão fazendo a análise do desgaste físico decorrente do envelhecimento distinguindo-os do que seria doença. As comorbidades que aparecem nas perícias, que se materializam por meio dos exames e atestados dos trabalhadores idosos, são consideradas naturais, adequadas para a idade e, embora repercutam no exercício do trabalhador braçal, acabam não gerando direito ao recebimento do benefício previdenciário.

Entende-se que, do ponto de vista biológico, a avaliação trazida pelos peritos é adequada. De fato, o organismo humano sofre diversas modificações decorrente da idade que não se constituem em adoecimento. **No entanto, a maior parte delas resulta em perda de capacidades físicas e mesmo intelectuais. É esperado que um idoso tenha menos força muscular, menos equilíbrio, menos agilidade de raciocínio, reflexos mais lentos em suas atividades cotidianas e redução de acuidade visual e auditiva, por exemplo. A priori nenhuma dessas alterações são doenças, e sim fazem parte do processo de envelhecimento normal do ser humano, mas dependendo da profissão, podem causar incapacidade laboral.** Assim como não se pode dizer que uma criança de 11 meses de idade que não consegue caminhar seja doente, não se pode dizer que um idoso que é mais lento em suas respostas a estímulos visuais esteja doente. Existem características que fazem parte do processo de desenvolvimento, no caso da criança, ou de envelhecimento, no

¹³² Aqui parece que o perito tem a expectativa de que a autora de 67 anos de idade venha a convalescer e readquirir a capacidade laboral. É, na realidade, uma expectativa ou um resguardo de campo de trabalho? Caso a segurada, ao ser reavaliada e reprovada pela perícia administrativa, judicialize a questão, novamente o *expert* judicial irá receber honorários.

caso do idoso, que não são enfermidades, mas que podem causar sérias limitações. Diferentemente das crianças, que desenvolvem suas habilidades, como a de caminhar, dentro de uma faixa mais estreita de tempo, o idoso perde suas habilidades ao longo do tempo.

Os sinais de envelhecimento são muito variáveis de pessoa para pessoa, como já foi longamente comentado. É possível encontrar um idoso de 80 anos plenamente capaz de longuíssimas caminhadas, como também um de 70 que não consiga caminhar por longos períodos sem que nenhuma doença o esteja acometendo. A questão central, portanto, não parece ser a presença ou ausência de doenças, e sim o quanto as alterações fisiológicas decorrentes do processo normal de envelhecimento podem levar à perda de capacidade laboral (ou não), e em que momento da vida, para cada indivíduo. Entende-se, a partir dos estudos até aqui desenvolvidos, que não podem ser naturalizadas as comorbidades de todos os segurados idosos de forma igual, sem observar as demais características pessoais e sociais, tais como: a idade, a escolaridade, o tipo de profissão (se exige mais esforço ou menos esforço corporal), bem como as barreiras sociais, entre outros.¹³³ Referiu-se aqui, também, a diversos fatores que podem contribuir, no exercício da profissão, para o agravamento das comorbidades já apresentadas.

Entende-se que, assim como o princípio da prevenção visa evitar o perigo concreto, que pode ser comprovado por meio da ciência, e o princípio da precaução tem o propósito de prevenir um perigo abstrato, cuja ocorrência, embora não cientificamente comprovada, seja verossímil, introduz-se aqui o princípio do *consequencialismo*. Esse princípio busca comprovar, seja cientificamente ou de forma verossímil, que as alterações morfológicas nos idosos são decorrentes de sua vida laboral pregressa e da qualidade de vida que mantiveram durante a sua existência, as quais podem limitar o exercício das atividades laborais no mesmo patamar outrora já desenvolvidas.

¹³³ O trabalho tem o condão de dar satisfação, realização e prazer. É por meio dele que o ser humano adquire os meios de subsistência, ou seja, é responsável pela produção da saúde, mas também pela doença. Dependendo das condições do exercício do trabalho, se penoso e insalubre ao longo do tempo, esses fatores acabam contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de moléstias que podem se tornar incapacitantes para o trabalho.

Comprova-se que muitos segurados agrisalhadados, que são trabalhadores braçais e não têm acesso a tratamento médico adequado ou a medicamentos de qualidade, não possuem meio de transporte e têm dificuldade de utilizarem o transporte público, seja por problemas físicos ou pelo local onde residem, devem ter uma análise pericial diferenciada, pois esses fatores repercutem na sua capacidade laboral. Eles possuem várias barreiras sociais¹³⁴ que comprometem o exercício da profissão, configurando situações díspares do trabalhador intelectual.

A pouca documentação, que assegura a comprovação das moléstias incapacitantes, somada à realização de perícias médicas rápidas, sem muita investigação, é a formula perfeita do indeferimento previdenciário. Além disso, tem-se um número expressivo de segurados que recebiam benefícios previdenciários por incapacidade e tiveram seus benefícios revisados. Esses segurados são pegos de surpresa, levam documentos (exames) desatualizados, por entenderem que suas doenças são crônicas, e têm tido seus benefícios suspensos. Essa ausência de exames, de atestados que comprovem o tempo, bem como o nível de incapacidade, deve-se à precária infraestrutura financeira dessa parte da população, que depende do SUS para realizar os exames e comprovar a sua incapacidade laboral.

Deve-se ter clareza que as disparidades sociais, além de refletirem na saúde e no envelhecimento, também refletem no acesso às políticas públicas. Nesse caso, o segurado idoso, que não possui acesso à internet ou a um computador e apresenta limitações de conhecimento para utilizar o site do INSS, encontra dificuldades para solicitar qualquer tipo de benefício, seja previdenciário ou assistencial¹³⁵. Outrossim, esses brasileiros empobrecidos, pouco guarnecidos de provas que traduzam seu estado doentio, ingressam com o pedido na via administrativa e, dentro do esquema do apressuramento e com a realização de análise somente pelo aspecto biológico, têm seus benefícios indeferidos. Ressalta-se que a grande maioria dos benefícios negados acaba desembocando no judiciário.

¹³⁴ Inclusive o mercado de trabalho, que é concorrido, exigente e saturado, acaba primando por empregar trabalhadores jovens, qualificados e que lidam mais com a tecnologia.

¹³⁵ Pode-se estender essa linha de raciocínio a todos os segurados pobres.

Judicialmente, novamente a disparidade social se manifesta, traduzido pela diminuta apresentação de provas documentais, atestados médicos mal elaborados e de médicos que não são especialistas na área¹³⁶, assessorados por advogados pouco qualificados, ou até mesmo pelo fato dos segurados litigarem em nome próprio, sem assessoramento. Embora legalmente possam ter direito a serem acompanhados por um assistente técnico, a sua situação econômica não os permite. Enfim, a judicialidade, a possibilidade de haver justiça de o segurado pobre ter acesso às políticas públicas, tem limites relacionados ao poder financeiro, problemas sociais e até mesmo judiciais (pelo formato em que a prova judicial é realizada). O acesso à justiça é universal, mas nem sempre a *iudiciam iucium* é justa.

Juntou-se, acima, alguns exemplos de laudos periciais que comprovam o cerceamento do idoso no recebimento dos benefícios por incapacidade. Isso se dá devido a não valorização dos aspectos sociais do envelhecimento, que por si só impedem ou dificultam o emprego ou o exercício da profissão, e pela naturalização das comorbidades que repercutem no exercício do labor. Caberia ao Estado instituir medidas que garantissem ao cidadão uma proteção no período de fragilidade, de incapacidade, por meio do acesso a políticas sociais, mas verifica-se o contrário. O nosso ordenamento jurídico contém uma série de medidas restritivas que visam atender ao equilíbrio atuarial, que prioriza a economia, em detrimento de medidas protetivas, causando prejuízo ao trabalhador, deixando-o sem o abrigo, principalmente na velhice. Trata-se da manufatura de trabalhadores velhos vulneráveis.

¹³⁶ É comum os médicos dos postos de saúde se negarem a dar atestados. Eles evitam emitir documentos que atestam se há incapacidade e o tempo de afastamento pois entendem que essa previsão é papel do perito, de modo que não cabe a eles denotarem tal fato.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações até aqui depreendidas, pode-se afirmar que as políticas sociais possuem o propósito de reforçar o sistema, tanto na inclusão como na exclusão social. No primeiro caso, contribuindo para a construção da cidadania e, no segundo, reforçando a exclusão e o empobrecimento dos mais vulneráveis ¹³⁷. O neoliberalismo continua sendo a principal característica

¹³⁷ Conforme asseverou-se a partir das reformas ocorridas nas políticas sociais, discorridas ao longo da tese.

econômica, política e social que se difundiu em praticamente todos os países, incluindo o Brasil. Nesse diapasão, acabam sendo priorizados os interesses privados, com redução da proteção da população e, conseqüentemente, com a formação de uma gama de segmentos populacionais despossuídos, usurpados, injustiçados e vitimados pelo descaso das autoridades e pelo julgo da sociedade.

As reformas dos direitos sociais que ocorreram na nossa sociedade, conforme já relatado, comprovam que o neoliberalismo tem como característica a minimização do Estado em relação aos direitos sociais e a maximização do Estado em relação à economia e ao mercado. Todas essas reformas de viés neoliberal estão contribuindo para adensar as desigualdades sociais e o aumento da miséria de milhares de cidadãos.

O processo de neoliberalização, no entanto, envolveu muita “destruição criativa, não somente dos antigos poderes e estruturas institucionais (chegando mesmo a abalar as formas tradicionais de soberania do Estado), mas também das divisões do trabalho, das relações sociais, da promoção do bem-estar social, das combinações de tecnologias, dos modos de vida e de pensamento, das atividades reprodutivas, das formas de ligação à terra e dos hábitos do coração. (Harvey, 2012, p.12 *apud* Rena, 2014, p. 5)

Embora tenhamos uma Constituição Federal com um sistema de proteção universal, com a instituição do sistema neoliberal suas ações passaram a ser focalizadas, minimalistas e assistencialistas, voltadas para a extrema pobreza e sem a intenção de modificar causas estruturais. Esse retrocesso social, onde os direitos sociais foram drasticamente reduzidos e minimizados como forma de serem adaptados à ideologia da revolução conservadora, passou a apenas amenizar os impactos decorrentes da sistemática atual, beneficiando uma pequena parcela da população em detrimento das demais, que se encontram em precariedade social.

Apesar da legislação pátria ser imperativa e ter o objetivo geral da erradicação da pobreza e da desigualdade social, tendo como finalidade a promoção da justiça social, ao observar a nossa sociedade verifica-se que estamos longe de alcançar esses objetivos. Parece que a atividade estatal está, paulatinamente, se distanciando de todos os ditames criados dentro da constituição, primando pela economia, em prol de um “desenvolvimento

nacional”, e esquecendo da sua obrigação precípua, que é reduzir a pobreza e a marginalização por meio de políticas que sejam realmente efetivas.

Então, inobstante tenhamos uma Constituição protecionista, considerada constituição-mãe, a efetivação dos direitos está muito aquém do desejável. A economia capitalista contemporânea vem realizando uma nova estrutura de rompimento com o “contrato social”, rompendo, conseqüentemente, com os princípios de solidariedade e coesão social, e desenvolvendo, conforme narra Maranhão (2008), mecanismos de “exclusão social”.

Essa inadequação da gestão estatal desenvolveu mecanismos de “exclusão social”, que apartam os potenciais cidadãos dos laços de solidariedade construídos durante a fase gloriosa do *Welfare State*. Ou seja, para esses teóricos, os *excluídos* são pessoas que estão desprovidas de alguma propriedade ou de alguma espécie de *contrato*, seja ele relativo ao trabalho, à Terra, à renda, à renda, ao consumo ou o sistema de seguridade social. (Maranhão, 2008)

É dentro dos ditames da proteção social que nascem as políticas sociais, como forma de atenuar as contingências sociais que possam dificultar ou impedir que a pessoa humana possa viver de forma digna e saudável. A Seguridade Social é uma entre tantas políticas sociais que tem a intenção de assegurar direitos inerentes à dignidade humana.

(...) tem como finalidade primordial o atendimento e a 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. (Isquierdo, 2016)

Ao aprofundar os estudos verifica-se a importância das políticas sociais como forma de amenizar as desigualdades sociais. Fica-se mais convicto da importância que essas políticas podem ter em relação às diferenças sociais e econômicas, o quanto elas repercutem na vida das pessoas e, por consequência, na saúde e no envelhecimento destas. Conclui-se que o ser humano é um ser complexo e, como tal, deve ser compreendido no aspecto global. Portanto, para a análise de sua saúde deve ser levado em consideração os aspectos físicos, psíquicos e socioeconômicos. Dentre outros autores renomados, Pereira (2003),

estudiosa da medicina social¹³⁸, têm a visão do ser humano como um produto das forças sociais e econômicas:

(...) as características dos seres humanos (doentes ou não) são sobretudo um produto de forças sociais mais profundas, ligadas a uma totalidade econômico-social que é preciso conhecer e compreender para explicarem-se adequadamente os fenômenos de saúde e de doença com os quais ela se defronta. (Pereira, 2003)

Pereira (2003) nos ensina que os seres humanos, como produtos das forças sociais e econômicas, não são só “corpos biológicos”, mas também “corpos sociais”; porque

Não se trata, tão-somente, de indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Realizada tal mudança, as práticas sociais da medicina e a doença seriam objeto de investigação, especificamente, dessa disciplina social, que se poderia vincular à Medicina desde que ela fosse concebida como uma ciência que tivesse um objeto social e natural ao mesmo tempo. (Pereira, 2003)

Dentro dessa perspectiva, ao analisar a saúde (ou a falta dela) deve-se ver o sujeito como um ser social, devendo ser valorado os aspectos relacionados ao seu ambiente. O ser humano decorre da classe social em que vive, que é determinada por certas características como: riqueza, prestígio, profissão, salário, moradia, qualidade da alimentação e hábitos (inclusive de higiene) e, também, pela qualidade da saúde, entre outros. Ou seja, ao analisar o ser humano como um corpo social verifica-se que a posição dele na sociedade refletirá na sua situação econômica e, conseqüentemente, na qualidade de vida e no modo de envelhecer.

Entende-se, portanto, que deva haver uma ruptura com a corrente da medicina tradicional que analisa somente os corpos biológicos, sob pena de haver uma análise do ser humano fragmentada e totalmente fictícia, desvinculada da realidade. Defende-se que tanto a saúde como sua ausência são fenômenos sociais que decorrem de uma série de cuidados que o ser humano teve (ou não) ao longo da vida, o que repercutirá na forma de

¹³⁸ Medicina Social, conforme Pereira (2003), é a medicina que faz o estudo das enfermidades sob o ângulo socioeconômico, levando em consideração “a população, os grupos que a compõe, o sistema econômico e social”.

envelhecer, seja com mais ou menos comorbidades. Sendo um fenômeno social, a saúde sofre influência pela falta ou diminuição dos direitos sociais, precípuos à qualidade de vida.

Ao analisar a forma como os segurados são periciados, tanto administrativamente como judicialmente, para a constatação da capacidade laboral e para fins de concessão de benefício decorrentes da ausência de saúde, conclui-se que a análise pericial é, na sua integralidade biomédica, contrária à análise multifatorial e interdisciplinar. Verifica-se, por meio da pesquisa realizada no site do CNJ, um número elevado de pessoas que, uma vez tendo seus benefícios indeferidos, judicializam a questão, o que sobrecarrega o judiciário. Todos esses segurados acabam se utilizando da perícia judicial como prova precípua para a constatação da incapacidade laboral.

Com o objetivo de primar com a celeridade do Juizado Especial Federal, as perícias uniprofissionais são realizadas por médicos, sob o enfoque meramente orgânico, de corpos biológicos que trabalham, sem auferir a trajetória de vida que muitas vezes é pautada pela pobreza. São trabalhadores manuais que não são diferenciados dos trabalhadores de outra classe social, dos trabalhadores intelectuais e com boas condições financeiras. Na totalidade, o judiciário utiliza, para a realização de perícias previdenciárias, peritos-médicos de qualquer especialidade, mesmo que sua esperteza não tenha encadeamento com a queixa do segurado. São médicos sem qualificação para exercer a atividade pericial, sem a especialização de medicina para o trabalho ou em perícia médica. Tais profissionais exercem esse *mister* na qualidade de contratados para um processo em específico, sem qualquer exigência, desde que seja formado em medicina e esteja cadastrado no judiciário¹³⁹.

Embora tenha-se destacado a importância da perícia como prova hábil para dirimir a questão da saúde nos processos previdenciários, verifica-se uma desvalorização do *expert* responsável por essa tarefa, pois esses profissionais recebem honorários aviltantes¹⁴⁰, muito abaixo da importância de seu trabalho.

¹³⁹ A Resolução nº 233/2016, do CNJ, dispõe sobre a criação de um cadastro de profissionais e órgãos técnicos ou científicos no âmbito da Justiça de primeiro e segundo grau. Os magistrados acessam esse cadastro para fins de nomeação das mais diversas áreas em perícia.

¹⁴⁰ Como exemplo, cita-se o processo nº 50002006020224047126, que tramitou na Seção Judiciária do Rio Grande do Sul, na qual foi expedido um ofício Requisitório de pagamento de honorários para um perito médico no valor de R\$ 200,00. Já os peritos assistentes sociais

Esse valor diminuto não é atrativo a ponto de atrair profissionais competentes e comprometidos. Nessa situação, os autores passam a ser números, pois a maioria dos profissionais ganha pela quantidade de pessoas periciadas.

Encontra-se em tramitação, na Câmara dos Deputados, o PL 1436/2022, que tem por objetivo alterar o Código de Processo Civil¹⁴¹ no que concerne “ao pagamento dos honorários do perito judicial do médico e Serviço Social que prestem serviço em processos no âmbito dos Tribunais do Trabalho, Tribunais de Justiça e Justiça Federal, incluindo os Juizados Especiais”. Atualmente, o valor dos honorários judiciais é definido pelo juiz e esse valor é pago pela parte que houver requerido essa prova, desde que não se encontre sob o albergue da gratuidade judicial. A alteração da norma cinge-se no sentido de o perito realizar a sua proposta de honorários, conforme segue: “de acordo com o texto em análise na Câmara dos Deputados, caberá ao perito elaborar proposta de remuneração e, ao juiz, aprová-la ou não”.

Entende-se que a valorização do perito, por meio do pagamento de melhores honorários, é justa e necessária. Compreende-se, também, que deveria ocorrer a incorporação desses *experts* para que passem a ser integrados como serventuários efetivos, a partir da realização de concurso público. Caso não o seja, que haja ao menos a exigência de maior qualificação desses profissionais, sob pena do judiciário estar incorrendo em injustiça social ao delegar uma função tão precípua a profissionais desqualificados.

A partir do momento em que o INSS indefere a concessão dos benefícios previdenciários, o Poder Judiciário passa a assumir o papel da efetivação desses direitos sociais. Quando o judiciário resolve enfrentar a questão da incapacidade e da invalidez com base da análise corpórea (perícia estritamente médica), ele opta por mascarar, naturalizar, inviabilizar e desconsiderar todas as demais características que envolvem as incapacidades que circundam o segurado. Naturalizar o fenômeno do adoecimento, sem levar em consideração que grande parte da população empobrecida envelhece mais rápido, e não levar em consideração que a forma de envelhecer é produto das complicações orgânicas

recebem o valor de R\$ 400,00, conforme processo nº 50003605620204047126, que tramitou na mesma seção judiciária. É importante ser dito que os valores são tabelados.

¹⁴¹ Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

que decorrem da forma como viveram, é tornar a perícia um ato meramente técnico, e não político. Não levar em consideração que os trabalhadores manuais têm que ter um padrão de saúde física maior que os trabalhadores intelectuais, uma vez que aqueles dependem dessa saúde física para que tenham aptidão laboral, é ter uma perícia simulada. Nesse contexto, tem-se um judiciário que é um faz de conta. Um judiciário que assegura um acesso universal célere no retorno e na solução de conflitos, mas não prima pela justiça.

Argumenta-se que os segurados são seres sociais e, portanto, não devem ser analisados de forma isolada, individual, num esquema fordista, onde todos os corpos são iguais e vistos apenas como corpos que trabalham, sendo tratados como sub-humanos. Isso resulta em um processo de faz de conta, onde o segurado faz de conta que tem acesso à tutela jurisdicional e o Estado faz de conta que responde a esta tutela de forma equânime. Os seres humanos devem ser periciados como seres multi sociais, produtos e oriundos dos meios de produção, da sua história e da maneira como vivem.

Vinculando-se ao modo como os homens vivem, trabalham, se divertem, se relacionam enfim, a prevenção da enfermidade, mantendo-se a saúde, tem muito a ver com quaisquer melhorias nas condições de vida proporcionadas, entre outras coisas, pela diminuição da desnutrição, pelo acesso a moradias mais adequadas, pelo exercício de um trabalho física e mentalmente menos desgastante etc. Em outras palavras, os homens enfermam e, morrem desigualmente por pertencerem a uma e não a outra classe social, por exercerem diferentes ocupações, por se vincularem a este ou aquele setor econômico (rural ou urbano-industrial por exemplo), por compartilharem culturas ou sub-culturas distintas etc. Isto é que os faz correr riscos desiguais de contraírem moléstias e de morrerem. (Pereira, 2003)

Utiliza-se da argumentação de Pereira (2003) para dizer que o adoecimento, ainda que seja um fenômeno biológico e que possa ter características universais, não deve ser encarado de forma isolada, fora do contexto social. Caso contrário, “esse homem é uma abstração, algo que não existe. Ele participa de uma sociedade histórica, dividida, conflituosa, competitiva, em que os diferentes segmentos sociais têm desigual poder, riqueza e prestígio”, mas será analisado de forma desconexa e prejudicial. A explicação do porquê de certa parcela da população desenvolver determinadas enfermidades, bem como serem mais propensos a terem um envelhecimento

com mais comorbidades incapacitantes, é a falta de qualidade de vida e ausência de determinados direitos sociais.

Só quando se tem um mínimo de percepção dos fatores sociais produtores da enfermidade é que se pode compreender porque a presença da causa necessária de uma doença não necessariamente a desencadeia se não estiverem presentes as condições suficientes para que ela exista. É em decorrência do fato de as relações sociais variarem historicamente que existe, também, uma historicidade das doenças. Dependendo da evolução das condições específicas existentes numa dada formação social concreta, umas doenças surgirão e outras desaparecerão. (Pereira, 2003)

Dentro desse contexto, entende-se que a perícia realizada como forma de dirimir a questão da capacidade laboral, principalmente para os segurados que procuram o judiciário, deva ser a biopsicossocial, pois a incapacidade laborativa é um fenômeno multiprofissional e interdisciplinar. Assim, ter-se-ia a avaliação do corpo, no aspecto biológico, realizada pelo perito médico, necessariamente geriatra; e a avaliação do mesmo corpo, sob o aspecto social, realizada pelo assistente social, que tem a aptidão e o conhecimento para tal análise.

A partir dos resultados encontrados nesta tese entende-se que, com base nos direitos inerentes à cidadania, sob a perspectiva da equidade, que busca a concessão de direitos e garantias para corrigir relações desiguais, surge a necessidade de construir direitos que proporcionem oportunidades para reduzir e atenuar as desigualdades. Concorda-se com Norberto Alayón (2016) quando ele diz que a pobreza é a maior violação dos direitos humanos. Dentro do conceito multidimensional de pobreza que se trabalhou ao longo da tese, verifica-se a importância da implementação de políticas sociais que atenuem os graves problemas sociais dos segurados idosos que se encontram sem capacidade laboral. Dentro desse pressuposto, entende-se a necessidade da criação de uma Emenda Constitucional no sentido de ampliar o sistema de proteção social, expandindo a cobertura para os segurados idosos, trabalhadores manuais, pobres e vulneráveis. O artigo 201 da Constituição Federal de 1988 dispõe que

A previdência social será organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, na forma da lei (...)

Já no inciso I, do mesmo artigo, estabelece-se que a Previdência Social atenderá a “cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada”. Assim, embora entenda-se que a análise da saúde de todo ser humano deva ser multiprofissional e interdisciplinar, visando preservar o equilíbrio financeiro e atuarial da Previdência Social, sugere-se a criação de uma nova norma que venha a beneficiar os segurados idosos que se encontrem com comorbidades que possam inviabilizar o exercício da profissão. Essa Emenda Constitucional teria o condão de fazer a inclusão social e de proteger segurados idosos que viveram em condições de mal-estar social. Trata-se de uma norma protetiva para a parcela da população que não teve as condições mínimas de vida, exerceu trabalho precarizado e com pouca contribuição previdenciária, e que se encontra com 65 anos de idade.

Assim, sugere-se a criação de um auxílio por incapacidade temporária ou permanente social, destinado aos trabalhadores manuais incapacitados para o trabalho com mais de 65 anos de idade e que tenham a carência. Os requisitos para a concessão do referido benefício será idêntico para todos, porém, obrigatoriamente, os maiores de 65 anos terão a aferição de sua incapacidade por meio da perícia biopsicossocial. A presente sugestão visa a proteção de milhares de brasileiros que, devido à pobreza ¹⁴², sob a concepção multidisciplinar, envelheceram sem reestruturação social, no sentido de não terem sido criados mecanismos para que envelhecessem saudáveis, e que se encontram à espera do judiciário para que seja reconhecida a sua incapacidade laboral.

O aumento da expectativa de vida populacional não é sinônimo de ter saúde e capacidade laboral. O aumento da longevidade não é sinônimo de viver melhor. Se o Estado não criou mecanismos de reestruturação social no sentido de ter políticas sociais efetivas que aumentem a qualidade de vida da população, para que essa população possa se tornar idosa de forma saudável e independente - como diz Sen (2010), com *capacillites* -, deve-se aumentar a mão do Estado, protegendo essa população que se encontra em risco social. Risco

¹⁴² Sob a concepção de pobreza multidimensional: renda baixa, ausência de saúde, educação e padrão de vida, entre outros fatores.



esse, vale lembrar, criado pelo próprio guardião que deve ser responsabilizado com a implementação de políticas públicas concretas.

Embora a Constituição cidadã tenha resgatado a cidadania, a inércia do Estado, especialmente no campo social e previdenciário, acabou enchendo o judiciário de reivindicações, as quais este não estava preparado para julgar. Como verificou-se, os principais atores do judiciário são membros da elite e possuem uma realidade, um olhar e uma vivência longínqua da realidade do pobre. A presente tese teve o condão de repensar que a sociedade é composta de diversas realidades e, dentro dessa complexidade, deve ser analisada multidisciplinarmente, sob pena do judiciário ser uma fraude.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDOUCHELI, Elisabeth; DEJOURS, Christophe; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

ALAYÓN, Norberto. Pobreza, derechos humanos y política social. **Revista Costarricense de Trabajo Social**, n. 16, 2016. Disponível em: <https://revista.trabajosocial.or.cr/index.php/revista/article/view/186> (acesso em 27/11/2023)



ALAYÓN, Norberto; MOLINA, María Lorena. **La desigualdad social: desarrollo y desafíos del Trabajo Social desde la Reconceptualización en América Latina**. Revista Perspectivas, n. 17, p. 43-65, 2006. Disponível em: <https://ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/1217> (acesso em: 07/12/2023)

ALBERTO, Valder Luiz Palombo Alberto. **Perícia Contábil**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues. **Perícia Médica Judicial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, Diogo Assumpção Rezende. **A prova pericial no processo civil- O controle da ciência e a escolha do perito**. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

ALVES, Luciana Correia; LEIMANN, Beatriz Consuelo Quinet; VASCONCELOS, Maria Estrella López; CARVALHO, Marília Sá; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; FONSECA, Thaís Cristina Oliveira da; LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sWxfSRJprVjDXNwfgXbhBSB/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

AMARAL, Nelson Cardoso. PEC 241/55: a “morte” do PNE (2014-2024) e o poder de diminuição dos recursos educacionais. Revista Brasileira de Política e Administração da Educação - Periódico científico Editado Pela ANPAE, v. 32, n. 3, p. 653-673, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/70262> (acesso em 06/12/2023)

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

ARAUJO, Eliete de Pinho; AZEVEDO, Ana Cecília Pedrosa de. Aspectos arquitetônicos em estabelecimentos de saúde: uma avaliação crítica. **Revista de la Construcción**, v. 5, n. 1, p. 71-80, 2006.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial: a pobreza. 1ª ed. Publicado para o Banco Mundial pela Fundação Getúlio Vargas, 1990. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/188701468322757498/pdf/PUB85070SPANIS1o0A1994100101PUBLIC1.pdf> (acesso em: 07/12/2023)



BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf> (acesso em 27/11/2023)

BARBOZA, Douglas Ribeiro; FREIRE, Silene de Moraes. O Serviço Social crítico no atual contexto de redemocratização da América Latina. **Revista Katálisis**, v. 9, n. 2, p. 227-236, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/DzxQjXmFVYBKwQKgRRgJbvm/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 07/12/2023)

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 07/12/2023)

BARROS, Myriam Moraes Lins de (Org.) **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

BASTOS, Alberto Luiz Hanemann. Previdência social e imunização: uma análise da emenda constitucional nº 103/19 à luz da teoria de Roberto Esposito. **Revista Brasileira de Direito Social**, v. 4, n. 2, p. 5-20, 2021. Disponível em: <https://rbds.ieprev.com.br/rbds/article/view/149/127> (acesso em 27/11/2023)

BICALHO, Lucinéia; OLIVEIRA, Marlene de. A teoria e a prática da interdisciplinaridade em Ciência da Informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 16, n. 13, p. 47-74, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/d76MKLJvhM4BPSMstLmVGgC/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, n. 35, p. 257-296, 2011: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/twDHCzCdqq6dXRhV5BLxkSy/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. J. F. **History, concepts and theory in the psychology of aging**. In: BIRREN, J. E.; SHAIE, K.W (Orgs.). *Handook of The Psychology of agin*. 4ª ed. San Diego: Academic Press, 1996.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

BRAMANTE, Antonio Carlos. Lazer: concepções e significados. **LICERE - Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do**



Lazer, n. 1, v. 1. 1998. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1552> (acesso em 27/11/2023)

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (acesso em 28/11/2023)

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília: Senado Federal, Secretaria de Editoração e Publicações, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm (acesso em 28/11/2023)

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PIERRE, Philippe. **Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva internacional**. Rio Grande do Sul: Editora da FURG, 2013.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, N. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4rwBHbDqtgcHDLFC3WSxZ9q/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

CARVALHO, Ailton Mota de. Políticas Sociais: afinal do que se trata. **Agenda Social**, v. 1, n. 3, p. 73-86, 2007. Disponível em: <https://silo.tips/download/politicas-sociais-afinal-do-que-se-trata> (acesso em 27/11/2023)



CARVALHO, Sandro Sacchet de. Uma visão geral sobre a reforma trabalhista. **Repositório do Conhecimento do IPEA**, p. 81-94, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8130/1/bmt_63_vis%C3%A3o.pdf (acesso em 27/11/2023)

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Tradução: POLETI, Iraci D. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/SbNh8XMXRgHQRthYPfDRmnJ/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

CATALDI, Maria José Ganella. **Stress no meio do trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Editora LTr, 2015.

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2007. 289 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/407117> (acesso em 27/11/2023)

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **La matriz de la desigualdad social en América Latina**. Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas, 2016. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf (acesso em 27/11/2023)

CHAVES, Helena Lúcia Augusto; GEHLEN, Vitória Régia Fernandes. Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual. **Serviço Social & Sociedade**, n. 135, p. 290-307, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/xvX5NYGfjGWsdZbq4dkG4pQ/?format=pdf> (acesso em 27/11/2023)

CIMADAMORE, Alberto D.; CATTANI, Antonio David. **Produção de pobreza e desigualdade na América Latina**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2007.

COMIM, Flavio; BAGOLIN, Izete Pengo. Aspectos qualitativos da pobreza no Rio Grande do Sul. **Ensaio FFE**, v. 23, Número Especial, p. 467-490, 2002. Disponível em:

<https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/ensaios/article/view/2017/2398> (acesso em 27/11/2023)

COSTA, José Ricardo Caetano. A visibilidade do “estado malfeitor” brasileiro: analisando as políticas públicas de previdência e assistência social no cenário neo-reacionário-liberal. In: COSTA, José Ricardo Caetano; SERAU Jr, Marco Aurélio; SOARES, Hector Cury (Orgs.). **O “estado de mal-estar social” brasileiro**. Belo Horizonte: Editora IEPREV, 2020. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/1/8868> (acesso em 06/12/2023)

COSTA, José Ricardo Caetano. **Os Direitos Sociais Previdenciários no Cenário Neoliberal**. Curitiba: Juruá, 2010.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Previdência e Neoliberalismo**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

COSTA, José Ricardo Caetano; SERAU Jr, Marco Aurélio; SOARES, Hector Cury (Orgs.). **O “estado de mal-estar social” brasileiro**. Belo Horizonte: Editora IEPREV, 2020.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; SILVA, Maria Ozanira da Silva; RAICHELIS, Raquel. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

DA CRUZ, Juliana Porfírio Guimarães; RUFINO, Emmanoel de Almeida. Sobre o conceito de saúde ética na antiga medicina grega. *VI Congresso Nacional de Educação – CONEDU*, 2019. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV1_27_MD4_SA18_ID15108_03102019234510.pdf (acesso em 06/12/2023)

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 22, n.1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/iSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 27/11/2023)

DE ANDRADE, Laura Helena S. G.; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/fjvW8JqthHDhGjhyDxyVRZj/?format=pdf&lang=pt>

DEJOURS Christophe. **A banalização da injustiça social**. Tradução: MONJARDIM, Luis Alberto. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.



DELATTRE, Pierre. Investigações interdisciplinares: objetivos e dificuldades. In: POMBO, Olga; GUIMARAES, Henrique Manuel; LEVY, Teresa. **Interdisciplinaridade: antologia**. Porto: Campo das Letras, 2006.

DIAS FILHO, Fernando Ferreira; ARAÚJO, Leila Henriques. A participação do perito-contador assistente na formação da prova técnica em processos judiciais da área cível. **Revista Mineira de Contabilidade**, v. 2, n. 38, p. 6-12, 2016. Disponível em: <https://revista.crcmg.org.br/rmc/article/view/349> (acesso em 28/11/2023)

DIETERLEN, Paulette. Derechos, necesidades básicas y obligación institucional. In: ZICCARDI, Alicia (Org.). **Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina**. Colección Grupos de Trabajo de CLACSO - Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2001. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029062411/ziccardi.pdf> (acesso em 28/11/2023)

DOYAL, Len. A theory of human need. In: Brock, Gillian (ed.). **Necessary goods, Our responsibilities to meet others' needs**. New York: Rowman & Littlefield Publisher, 1998.

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. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v.11, n. 1, p. 66-72, 2007. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v11n1a11.pdf>

DUMAZEDIER, Joffre. Lazer e cultura popular. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza Matos de; ROSSI, Pedro. **Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil**. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, 2018. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/14632.pdf> (acesso em 28/11/2023)

EPIPHANIO, Emilio Bicalho; VILELA, José Ricardo de Paula Xavier (Coord.). **Perícias médicas: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ERICSON, Sóstenes. Desalento: efeito de sentido da ofensiva neoliberal sobre o trabalho. **Entremeios - Revista de Estudos do Discurso**. v. 20, Especial, Dossiê "Língua, discurso e trabalho na contemporaneidade", p. 45-60, 2019.

FAGNANI, Eduardo. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2005.



605 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/350149> (acesso em 07/12/2023)

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. 6ª ed. São Paulo: Cortes, 1991.

FALEIROS, Vicente. Os desafios do Serviço Social na era da globalização. **Serviço Social & Sociedade**, v. 20, n. 61, p. 153-187, 1999.

FARIAS, Mariana de Freitas; ALVES, Larissa Fernanda Freire. Os reflexos da implantação da Emenda Constitucional 95 às Despesas Públicas do Estado. **Jus.com.br**, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/75039/os-reflexos-da-implantacao-da-emenda-constitucional-95-as-despesas-publicas-do-estado> (acesso em 06/12/2023)

FÁVERO, Eunice Teresinha. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (Org.). **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social**. São Paulo: Cortez, 2003.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2012. Disponível em: <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf> (acesso em 27/11/2023)

FERREIRA, Joselia Braz dos Santos. **Efeitos das intervenções psicomotoras no equilíbrio do idoso com déficit cognitivo leve: quase experimento**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014, 168 p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/840/Jos%C3%A9lia%20Braz%20dos%20Santos%20Ferreira.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (acesso em 28/11/2023)

FONSECA, Jamisson Francisco Souza. A constitucionalidade do controle judicial das políticas públicas da saúde. **Revista da ESMESE**, n. 17, p. 349-372, 2012. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/58070> (acesso em 28/11/2023)

FREIRE, Silene de Moraes. Políticas sociais para a pobreza: a pobreza das políticas. In: **O Social em perspectiva: Políticas, Trabalho, Serviço Social**. Maceió: EDUFAL, 2013.



FREIRE, Silene de Moraes; CORTES, Thaís Lopes. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de; FREIRE, Silene de Moraes (Orgs.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-pol%C3%ADticas-sociais-e-ultraneol> (acesso em 07/12/2023)

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. Beneficiários da previdência social no contexto dos direitos humanos e fundamentais. **Revista de direito do trabalho**, São Paulo, v. 39, n. 154, p. 233-247, 2013. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/97898> (acesso em 28/11/2023)

GIOVANNI, Geraldo di. **As estruturas elementares das políticas públicas**. Cadernos de Pesquisa nº 82. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), 2009. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/c6720d74229b832013f8faf3542214b1.pdf> (acesso em 06/12/2023)

GOMES, Irene. Com taxa de 8,8%, desemprego cresce no primeiro trimestre de 2023. Agência IBGE Notícias, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36780-com-taxa-de-8-8-desemprego-cresce-no-primeiro-trimestre-de-2023> (acesso em 28/11/2023)

GOUVEIA, Carlos Alberto Vieira de. **Benefício por incapacidade & perícia médica: manual prático**. 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2014.

HALLACK, Fernanda Sansão; SILVA, Cláudia Osório da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 74-79, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vhwWVpd6mZnpqTRBxsvgNYn/?lang=pt> (acesso em 06/12/2023)

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedex**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/pqNtQNWnT6B98Lgipc5YsHq/abstract/?lang=pt> (acesso em 07/12/2023)

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Tradução: COSTA, Sandra. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HUENCHUAN, Sandra. **Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas**. Santiago: Publicación de las Naciones Unidas, 2009. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/a3bb35c0-467f-44ac-958d-9aea0a2177d1/content> (acesso em 28/11/2023)



IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma Interpretação histórico-metodológica**. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IBGE - Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf> (acesso em 28/11/2023)

ISQUIERDO, Ana Maria Correa. **Saúde mental e proteção social: a (in)capacidade laboral e a (re)inserção no mercado de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) - Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2016. 132 p. Disponível em: <https://sistemas.furg.br/sistemas/sab/arquivos/bdtd/0000011701.pdf> (acesso em 28/11/2023)

JARDIM, Suzane. A reconstrução do mínimo: falsa ordem democrática e extermínio. In: BUENO, Winie; BURIGO, Joanna; MACHADO, Rosana Pinheiro; SOLANO, Esther (Orgs.). **Tem saída? Ensaio crítico sobre o Brasil**. Porto Alegre: Zouk, 2017.

KALACHE, Alexandre; KELLER, Ingrid. The greying world: a challenge for the twenty-first century. **Science Progress**, v. 83, n. 1, p. 33-54, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/43424162> (acesso em 28/11/2023)

KNIJNIK, Danilo. **Prova Pericial de seu controle no direito processual brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.

LABRA, Maria Eliana. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SxK3zxDM7rmGCW5QPRMRvpP/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

LANE, Silvia Tatiana Maurer. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. In: CODO, Wanderley; LANE, Silvia Tatiana Maurer (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 2ª ed. São Paulo: Editora brasiliense, 1984.

LEFÈVRE, Fernando. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kMzhJYKwQD4HRzfrM5Bkd/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)



LEME, Alessandro André. Neoliberalismo, globalização e reformas do estado: reflexões acerca da temática. **Barbarói**, n. 32, p. 114-138, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100008 (acesso em 06/12/2023)

LÉVY, Pierre. **O que é virtual?** São Paulo: Editora 34, 1996.

LIBARINO, Ducilene de Souza; REIS, Luciana Araújo dos. Envelhecimento e trabalho: uma revisão bibliográfica. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 133-146, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1006> (acesso em 07/12/2023)

LIMA, Elizabeth Antunes; DEUSDEDIT Jr., Manoel. A relação entre transtorno mental e trabalho - um diagnóstico no setor siderúrgico. In: GOULART, Iris Barbosa. **Temas de Psicologia e Administração**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

LIMA, Juliana Rodrigues Vieira. **Impacto de alterações no mercado de trabalho sobre a relação entre contribuintes e beneficiários do Regimento Geral de Previdência Social**. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Curso de Pós-Graduação em Demografia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. 143 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/AMSA-8P3H3B?locale=es> (acesso em 28/11/2023)

LINO, Valéria Teresa Saraiva **Triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária com um instrumento multidimensional**. Tese (Doutorado em Ciências - Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 125 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24768/ve_Valeria_Lino_ENSP_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y (acesso em 28/11/2023)

MACEDO, Alan da Costa. **A perícia médica judicial: a concessão de benefícios previdenciários por incapacidade no RGPS e o problema da Data de Início da Incapacidade**. Curitiba: Alteridade, 2022.

MACEDO, Alan da Costa. **Benefícios Previdenciários por Incapacidade e Perícias Médicas - Teoria e Prática**. Curitiba: Juruá, 2017.

MARANHÃO, César Henrique. Capital e superpopulação relativa: em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.



MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrCwKDrp/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/ 2023)

MARIN, Solange Regina; GLASENAPP, Sirlei; OTTONELLI, Janaina; PORSSE, Melody de Campos Soares; DINIZ, Géssica Mathias; VIEIRA, Carine de Almeida. Pobreza Multidimensional em Silveira Martins-RS: Identificação de Dimensões de Vida Valoradas com a Aplicação do Método Alkire-Foster (AF). **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 62, p. 60-77, 2013. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/4798/13469> (acesso em: 07/12/2023)

MARKOFF, John. Democracia: transformações passadas, desafios presentes e perspectivas futuras. **Sociologias**, v. 15, n. 32, p. 18-50, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/38640> (acesso em 28/11/ 2023)

MARTINS, Fernando Froz; GONÇALVES, Guilherme Oliveira; BRASIL, Marcos Nilson Fernandes; GRANADIER, Cristiano da Silva. A Demografia médica no estado do Tocantins no período de 2011 a 2023. **Revista Científica do Tocantins**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/143/111> (acesso em 07/12/2023)

MARTINS, Sergio Pinto. Perícia no Novo CPC e o Processo do Trabalho. **Revista Síntese – Direito Civil e Processual Civil**, v. 1, n. 1, 1999. Disponível em:

https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_boi_2006/RDC_97_miolo%5B1%5D.pdf (acesso em 28/11/2023)

MATTEI, Lauro. Políticas sociais de enfrentamento da pobreza na América Latina: uma análise comparada entre Brasil e Argentina. **Revista Katálysis**, v. 18, p. 222-230, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/KfQq6ZjnNrhdZ33Bf9XdBBP/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 06/12/2023)

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta, 1995.

MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, Alvaro (Org.). **Cultura e saúde nas Organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12^a ed. São Paulo: Atlas, 2002.



MORIN, Edgar. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, Candido (Org.). **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000279.pdf> (acesso em 28/11/2023)

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MOURA Jr., James Ferreira; CIDADE, Elívia Camurça; XIMENES, Verônica Moraes; SARRIERA, Jorge Castellá. Concepções de pobreza: um convite à discussão psicossocial. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 341-352, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n2/v22n2a07.pdf> (acesso em 28/11/2023)

MOURA Jr., James Ferreira; XIMENES, Verônica Moraes. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Fractal - Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 76-83, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/ZDn95ZfjGgXht69PjfMHByN/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

NAKANO, Simone Moraes Stefani; RODRIGUES FILHO, Salomão; SANTOS, Ilian Cardoso dos. Perícia médica. In: **Perícia médica**. BRAGA, Bragmar Emílio; SANTOS, Ilian Cardoso dos; RODRIGUES FILHO, Salomão; NAKANO, Simone Moraes Stefani (Coord.). Brasília: Conselho Federal de Medicina: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/periciamedica.pdf> (acesso em 28/11/2023)

NETO, Alfredo Copetti; MOTTA, Luciano Fernandes. Elementos Filosóficos acerca da tensão paradigmática na qual se movimenta o direito constitucional contemporâneo: os fundamentos do princípio jurídico da dignidade humana. In: MORAES, José Luís Bolzan de; COPETTI NETO, Alfredo. (Orgs.) **Estado e constituição: A internacionalização do direito a partir dos direitos humanos**. Ijuí: Editora Unijuí, 2013.

NETO, Antonio Buono; BUONO, Elaine Arbex. **Perícias Judiciais na Medicina do Trabalho**. 2ª ed. São Paulo: LTr, 2004.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, n. 111, p. 413-429, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/D6MmJKCjKYqSv6kyWDZLXzt/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 06/12/2023)



OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. **Society at a glance 2016: OECD social indicators**. Paris: OECD Publishing, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264261488-en> (acesso em: 07/12/2023)

OHLAND, Luciana. A reponsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos. **Direito & Justiça**, v. 36, n. 1, p. 29-44, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/8857> (acesso em 28/11/2023)

OLIVEIRA Antônio Bernardes. **A evolução da Medicina até o início do século XX**. 1ª ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1981.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). 2001. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/cif_portugues.pdf (acesso em 28/11/2023)

ONU - Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423> (acesso em 28/11/2023)

ONU – Organização das Nações Unidas. **Envelhecimento**. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. ONU Portugal: 2019. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/> (acesso em 28/11/2023)

OPITZ JÚNIOR, João Baptista; OPITZ NETO, João Baptista. **Perícia médica: visão trabalhista e previdenciária**. São Paulo: LuJur Editora, 2019.

OTTONELLI, Janaina; MARIN, Solange Regina; PORSSE, Melody; GLASENAPP, Sirlei. A importância das medidas multidimensionais de pobreza para a administração pública: um exercício em Palmeira das Missões (RS). **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 3, p. 837-859, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/wXm58PcrnhDqNPpvjGcbTYK/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 07/12/2023)

PADULA, Rosimeire S.; COMPER, Maria L. C.; MORAES, Suzana A.; SABBAGH, Catherine; PAGLIATO JUNIOR, Wagner; PERRACINI, Monica R. Índice de capacidade para o trabalho e capacidade funcional em trabalhadores mais velhos. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 4, p. 382-391, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/PWGNTXVqXbndnNHr7WSs9BF/?format=pdf&lang=en> (acesso em 28/11/2023)



PARANHOS, Vinícius Lucas. Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: estudo sobre as decisões *inaudita altera parte* no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. **Revista Meritum**, v. 2, n.1, p. 153-176, 2007. Disponível em: <http://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/762> (acesso em 28/11/2023)

PENNINGS, Paul; KEMAN, Hans; KLEINNIJENHUIS, Jan. **Doing research in political science**. Londres: Sage Publications, 1999.

PEREIRA, Jose Carlos de Medeiros. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. **SER Social**, n. 6, p. 119–132, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12852 (acesso em 28/11/2023)

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Serviço Social & Saúde**, v. IX, n. 10, p. 1-21, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634888/2787> (acesso em 06/12/2023)

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social: temas & questões**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PIRES, Marco Antônio Amaral. **O papel do laudo pericial contábil na decisão judicial**. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Programa de Pós-Graduação do Centro de Pós-Graduação e Pesquisa Visconde de Cairu. 2005. 166 p. Disponível em: https://unieducar.org.br/biblioteca/dissertacao_maap.pdf (acesso em 28/11/2023)

POMBO, Olga. Contribuição para um vocabulário sobre interdisciplinaridade. In: POMBO, Olga; GUIMARÃES, Henrique M.; LEVY, Tereza. **Interdisciplinaridade: reflexão e experiência**. 2ª ed. Lisboa: Texto Editora, 1994.

REGO, Walquíria Leão; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

RENA, Natacha. A performance dos corpos multitudinários em choque com a propriedade privada do Estado-capital. **III Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo**: arquitetura, cidade e projeto: uma construção coletiva. São Paulo, 2014. Disponível em:

<https://www.anparq.org.br/dvd-enanparq-3/hm/Artigos/ST/ST%20EPC%20008%2001.pdf> (acesso em 07/12/2023)

RENCK, Maria Helena Pinheiro. Dignidade da pessoa humana e o dano moral no âmbito do direito a benefício previdenciário. **III Simpósio Internacional de Direito: dimensões materiais e eficácias dos direitos fundamentais**, v. 2, n. 2, p. 289-313, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/simposiointernacionaldedireito/article/view/2247> (acesso em 28/11/2023)

REYLES, Diego Zavaleta. **The Ability to go About Without Shame: a proposal for internationally comparable indicators**. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), 2007. Disponível em: <https://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHI-wp03.pdf> (acesso em 28/11/2023)

RIGOLDI, Vivianne; OLIVEIRA, Nayara Maria Silvério da Costa Dallef; SILVEIRA, Mozer. Da inserção do modelo da CIF-2001 como critério de análise das barreiras sociais no Benefício de Prestação Continuada para as pessoas com deficiência. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, n. 6, p. 2319-2338, 2021. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2021/6/2021_06_2319_2338.pdf (acesso em 28/11/2023)

RISTOW, Aline Maria. **A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007. 180 p. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/13312> (acesso em 07/12/2023)

ROCHA, Carmem Lucia Antunes. **Princípios Constitucionais do servidor público**. São Paulo: Saraiva, 1999.

ROHDEN, Fabíola; PUSSETTI, Chiara; BRANDÃO, Elaine Reis. A indústria da perfeição: circuitos transnacionais nos mercados e consumos do aprimoramento cosmético e hormonal. **Saúde e Sociedade**, v.29, n.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Q3jDcRP9CsRdm4PcXqPBDMS/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

RUBIO, David Sánchez. Uma perspectiva Crítica sobre democracia e direitos humanos. In: **Estado e Constituição: a Internalização do Direito a Partir dos Direitos Humanos**. MORAIS, José Luís Bolzan de; NETO, Alfredo Copetti (Orgs.). Ijuí: Editora Unijuí, 2013



RUI, Marilourde; WEBER, Martim Gomes; FERNANDES, Eduardo Vignoto; DIAS, Silas Seolin. **Comparação da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de atividade física na cidade de Santa Cecília do Pavão – PR.** 2019. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arg-idvol_64_1570052344.pdf (acesso em 28/11/2023)

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9wRPZFx33WbWTM4FjrsPLTp/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

SANTOS, Moacir Amaral. **Comentários ao Código de Processo Civil**, Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, artigos 332-475. Rio de Janeiro: Forense, 1988.

SAVARIS, José Antonio (Coord.). **Curso de Perícia Judicial Previdenciária**. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

SAVARIS, José Antônio. **Curso de perícia judicial previdenciária**. Curitiba: Alteridade Editora, 2020.

SAVARIS, José Antonio. **Direito processual previdenciário**. Curitiba: Juruá, 2009.

SCALABRIN, Felipe. O impacto da Lei n.º 14.331/22 no processo previdenciário que envolva benefícios por incapacidade: auxílio por incapacidade temporária e aposentadoria por incapacidade permanente. **Jus.com.br**, 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/97677/o-impacto-da-lei-n-14-331-22-no-processo-previdenciario-que-envolva-beneficios-por-incapacidade> (acesso em 28/11/2023)

SCALABRIN, Felipe. O impacto da Lei n.º 14.331/22 no processo previdenciário que envolva benefícios por incapacidade: auxílio por incapacidade temporária e aposentadoria por incapacidade permanente. **Jus.com.br**, 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/97677/o-impacto-da-lei-n-14-331-22-no-processo-previdenciario-que-envolva-beneficios-por-incapacidade> (acesso em 06/12/2023)

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf (acesso em 07/12/2023)

SCHELBAUER, Larissa. A democracia excludente e o sofrimento dos sujeitos frente à marginalização neoliberal. **Revista Orbis Latina**, v.10, n. 2, Edição



Especial, p. 161-185, 2020. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/orbis/article/view/2180/1927> (acesso em 28/11/2023)

SCHUSTER, Diego Henrique; VAZ, Paulo Afonso Brum. O princípio da prevenção (“Lato Sensu”) nos benefícios por incapacidade. **Revista JurisFIB**, v. 9, n. 9, p. 193-212, 2018. Disponível em: <https://revistas.fibbauru.br/jurisfib/article/view/355/319> (acesso em 28/11/2023)

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGg/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: MOTTA, Laura Teixeira. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEVERIANO, Evania Oliveira. Tendências e impasses da seguridade social e o futuro da previdência no Brasil contemporâneo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 2, p. 669-690, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3211/321149853014/html/> (acesso em 28/11/2023)

SILVA, Alessandra Dartora da. **Entre a saudade do passado e os desafios do presente: representações da velhice, saúde e doença entre homens**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. 166 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14670> (acesso em 28/11/2023)

SILVA, Ana Karolina de Lima Alves da; FERREIRA, Ana Katherine Romero; OLIVEIRA, Dayvison Nascimento de; COSTA, Ítala Louise Bulhões; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Ação de integração: promovendo a qualidade de vida e o lazer à pessoa idosa. **VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. 2019. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53101> (acesso em 28/11/2023)

SILVA, Jose Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 18ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 126, p. 215-234, 2016. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/5F8TDXstHNrvPytBJBmD68D/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 487-506, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/LWDC6jLtzyRtGBT3pPS4BGK/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

SOARES, Hector Cury. **A justiciabilidade do direito prestacional à saúde e os critérios para o controle jurisdicional à luz da Constituição Federal de 1988**. Tese (Doutorado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. 229 p. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/206421/000947089.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (acesso em 28/11/2023)

SOTTILI, Luciana Adélia. A influência da formação do perito médico na efetivação da perícia biopsicossocial. In: COSTA, José Ricardo Caetano (Org.). **Perícia Biopsicossocial: um enfoque inter e multidisciplinar**. São Paulo: LTR, 2018. (b)

SOTTILI, Luciana Adélia. **A proteção social no Brasil: entre o individualismo e o solidarismo social**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2018 (a). 86 p. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/8381/3b5b2dd719cfed2d9ad46f8853ef775a.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (acesso em 28/11/2023)

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSPk/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

SPOSATI, Aldaíza Oliveira. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Intervenção Social**, v. 17, n. 18, p. 197–225, 1998. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/967> (acesso em 28/11/2023)

TARGINO, Maria das Graças. A interdisciplinaridade da ciência da informação como área de pesquisa. **Informação & Sociedade: Estudos**, v.5, n.1, p.12-17, 1995. Disponível em: https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/12/pdf_4e5a4cbdb9_0013906.pdf (acesso em 28/11/2023)



TITMUSS, Richard M. **Política social**. Barcelona: Ariel, 1981.

TREZUB, Cláudio José. Fundamentos para a Perícia Médica Judicial Previdenciária. In: SAVARIS, José Antonio. **Curso de perícia judicial previdenciária**. 3ª ed. Curitiba: Alteridade Editora, 2018.

TRIGO, Telma Ramos; TENG, Chei Tung; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6CTppSZ6X5ZZLY5bXPPFB7S/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Antônio de. Saúde mental no trabalho: Contradições e limites. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6X46nvFMKpmcLKv7HnYx76R/?format=pdf&lang=pt> (acesso em 28/11/2023)

VAZ, Paulo Afonso Brum. A judicialização dos benefícios previdenciários por incapacidade: da negativa administrativa à retração judicial. **Direito Hoje**, 2021. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pagina_visualizar&id_pagina=2174 (acesso em 28/11/2023)

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

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SANTOS, Isabela Soares; OCKÉ-REIS, Carlos; RODRIGUES, Paulo Henrique Almeida. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro, CEBES, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/26808/Austeridade.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (acesso em 28/11/2023)

WAILLA, Liane de Alexandre. **SUS (Sistema Único de Saúde): conquistas, desafios políticos e bioética**. Curitiba: Juruá, 2018.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução: **Suzana Gontijo**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf (acesso em 28/11/2023)



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