



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, FURG

Faculdade de Direito, FaDir

Curso de Direito

A PERÍCIA BIOPSISSOCIAL NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

LUCIANA ADÉLIA SOTTILI

Rio Grande, setembro de 2016

LUCIANA ADÉLIA SOTTILI

**A PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS
PREVIDENCIÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande – FURG como exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Direito,
sob a orientação do Prof. Dr. José Ricardo
Caetano Costa.

Rio Grande

2016

LUCIANA ADÉLIA SOTTILI

**A PERÍCIA BIOPSISSOCIAL NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS
PREVIDENCIÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Rio Grande – FURG como exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Direito,
sob a orientação do Prof. Dr. José Ricardo
Caetano Costa.

Rio Grande, ____ de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa

Prof. Dr. Éder Dion de Paula Costa

Msc. Paulo Roberto Álvaro Grafulha Júnior

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos amigos espirituais por terem colocado pessoas e oportunidades maravilhosas em minha vida.

A esta Universidade, e em especial à PRAE e sua equipe que me proporcionaram o suporte necessário para a concretização deste sonho.

Ao meu orientador José Ricardo, por acreditar em mim e me incentivar a sempre seguir em frente.

À minha mãe, por todo seu esforço, dedicação e apoio para que eu pudesse chegar a este momento.

À Karine, por me escutar e aconselhar nos momentos mais difíceis.

Ao Tiago por sua compreensão e paciência, principalmente nos últimos dias.

Deus arrependeu-se dos males que havia feito e permitido, a um ponto tal que, num arrebatado de contrição, quis mudar o seu nome para um outro mais humano.

Falando à multidão, anunciou: "A partir de hoje chamar-me-eis Justiça."

E a multidão respondeu-lhe: "Justiça, já nós a temos, e não nos atende."

Disse Deus: "Sendo assim, tomarei o nome de Direito."

E a multidão tornou a responder-lhe: "Direito, já nós o temos, e não nos conhece."

E Deus: "Nesse caso, ficarei com o nome de Caridade, que é um nome bonito."

Disse a multidão: "Não necessitamos caridade, o que queremos é uma Justiça que se cumpra e um Direito que nos respeite."

(José Saramago)

RESUMO

O presente estudo aborda a utilização da perícia biopsicossocial na concessão dos benefícios previdenciários de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e aposentadoria especial dos deficientes. O estudo utilizou como base o Livro *Perícia Biopsicossocial: perspectivas de um novo modelo*, de autoria do professor José Ricardo Caetano Costa. A perícia biopsicossocial foi indicada pela CIF de 2001 como o meio indicado para avaliação do grau de (in)capacidade de um indivíduo, vez que desconstrói a visão negativa da pessoa com deficiência como incapaz de viver em harmonia com a sociedade. Apesar da perícia biopsicossocial estar prevista na CIF, na Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência e mais recentemente no Estatuto do Deficiente, ela não é utilizada nas perícias previdenciárias na concessão dos benefícios acidentários. Os relatos dos pacientes indicam que os peritos médicos não estão preparados para realizar a perícia biopsicossocial pois não têm condições de avaliar o paciente além do aspecto biomédico. Para comprovar a falta de formação humanista dos médicos peritos, realizou-se uma pesquisa por amostragem dos currículos das faculdades de medicina brasileiras. A pesquisa, de cunho exploratório, com análise de doutrina e legislações, revelou que a grande maioria dos cursos não prepara o aluno para o atendimento da pessoa como um Ser ontológico, os alunos aprendem apenas a identificar os aspectos biomédicos do órgão doente, não o relacionando com os fatores ambientais, sociais e culturais a que o paciente está inserido. Esta distância de percepções distancia os médicos peritos da perícia biopsicossocial, vez que não se encontram preparados para lidar com o paciente e seus aspectos epistemo-ontológicos.

Palavras-chave: Perícia Biopsicossocial; Direitos Sociais; Benefícios Previdenciários.

ABSTRACT

The current study deals with the use of biopsychosocial examination on granting security benefits of sick pay, disability retirement and handicapped's special retirement. The study is based on the book Biopsychosocial Examination: perspectives of a new model from José Ricardo Caetano Costa. The biopsychosocial examination was appointed by who's 2001 ICF, as the suited way to evaluate one's (dis)ableness extent, as it debunks the negative perception of a disabled person as unable to live in harmony within its society. Although the biopsychosocial examination is set out at the CIF, at the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and more recently at the Disabled Person's Statute, it is not applied into social security examinations for granting accident benefits. The patient's reports point that the medical experts are not prepared to carry out the patient beyond the biomedical aspects. To prove the medical experts lack humanist background, a sampling research was conducted on the Brazilian medical schools' course syllabi. The research, exploratory, with analysis of the doctrine and laws, has revealed that the vast majority of medical courses does not prepare the alumni to assist a person as it is an ontological Being, the alumni just learn to identify the biomedical aspects of malfunctioning organs, and not what's environmentally, socially and culturally related to the patient. This perception gap pulls apart the physicians from biopsychosocial examination, as they are not ready to deal with the patient and its epistemo-ontological aspects.

Keywords: Biopsychosocial Examination; Social Rights; Social Security Benefits.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Acre.....	36
Tabela 02 - Alagoas.....	36
Tabela 03 - Amazonas.....	37
Tabela 04 - Bahia.....	37
Tabela 05 - Ceará.....	38
Tabela 06 - Distrito Federal.....	39
Tabela 07 - Espírito Santo.....	39
Tabela 08 - Goiás.....	40
Tabela 09 - Maranhão.....	40
Tabela 10 - Minas Gerais.....	41
Tabela 11 - Mato Grosso do Sul.....	42
Tabela 12 - Mato Grosso.....	43
Tabela 13 - Pará.....	44
Tabela 14 - Paraíba.....	44
Tabela 15 - Pernambuco.....	45
Tabela 16 - Piauí.....	46
Tabela 17 - Paraná.....	47
Tabela 18 - Rio de Janeiro.....	48
Tabela 19 - Rio Grande do Norte.....	49
Tabela 20 - Rondônia.....	50
Tabela 21 - Rio Grande do Sul.....	51
Tabela 22 - Santa Catarina.....	52
Tabela 23 - Sergipe.....	54
Tabela 24 - São Paulo.....	55

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	08
INTRODUÇÃO	10
1 PREVIDÊNCIA SOCIAL: ORIGEM E DESENVOLVIMENTO	12
1.1 No mundo	12
1.2 No Brasil	17
1.3 O Conceito de Seguridade.....	20
2 BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE	23
2.1 Auxílio-doença	24
2.2 Aposentadoria por Invalidez.....	25
2.3 Aposentadoria Especial dos Deficientes	25
2.4 A Perícia Biopsicossocial nos Benefícios Previdenciários	27
3 PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL	30
3.1 O Modelo Pericial médico	30
3.2 A Falta de Formação Humanista dos Médicos no Brasil.....	33
3.3 Marcos referenciais da perícia biopsicossocial: a CIF 2001, a Convenção de Nova Iorque e o Estatuto do Deficiente.....	58
3.3.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	58
3.3.2 A Convenção de Nova Iorque	59
3.3.3 O Estatuto do Deficiente	61
3.4 Perícia Biopsicossocial: Uma Questão Epistemo-ontológica	63
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

INTRODUÇÃO

A Perícia Previdenciária é um importante meio para concessão dos benefícios auferidos pelos trabalhadores que contribuem com a Previdência Social, na esperança de estarem segurados caso algum dissabor sobrevenha e dificulte o seu sustento.

Neste diapasão, reflete-se a importância da Perícia Biopsicossocial na análise para concessão dos benefícios a que o contribuinte faz jus, pois somente ela possui as condições para aferir as questões que envolvem o requerente para além do aspecto biomédico.

Ao ser acometido por moléstia, o trabalhador deve recorrer ao órgão gestor, INSS, para, através de perícia, comprovar que faz jus ao amparo social devidamente expresso em lei. Ao ter sua pretensão negada, o segurado é obrigado a recorrer ao poder judiciário para tentar obter o benefício. O ato injustificado acaba por ferir os princípios da Magna Carta e as determinações contidas na Classificação Internacional de Funcionalidade e na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ambas ratificadas pelo Brasil. O modelo vigente não só prejudica o periciado como também onera os cofres públicos com demandas judiciais que seriam desnecessárias se fossem seguidos os critérios da Perícia Biopsicossocial.

O objetivo geral é analisar a Perícia Biopsicossocial na concessão dos benefícios previdenciários por doença. Para chegar a este objetivo, serão analisados os tipos de benefícios por incapacidade vigentes, o modelo pericial médico, será ainda realizada uma pesquisa por amostragem dos currículos das faculdades de medicina a fim de aferir se há formação humanista para os futuros médicos e a análise da viabilidade da perícia social.

A Previdência Social é um dos braços da Administração que mais promove uma assistência junto aos seus segurados. Gerida através de contribuições obrigatórias descontadas na folha do trabalhador, ela tem por finalidade amparar o trabalhador a ela vinculado em momentos como doença ou idade avançada, provisoriamente ou a longo prazo, não seja mais possível ao segurado trabalhar para promoção de seu sustento. Quando a busca pelo benefício previdenciário ocorre devido à moléstia que incapacita para o exercício da profissão, o segurado se vê, não raras vezes, inerte diante do Golias que é a máquina administrativa, dependente de uma perícia previdenciária que corrobore o laudo executado pelo médico ou médicos

que já o acompanham. Justifica-se assim o presente estudo em virtude da demora na concessão dos benefícios previdenciários por doença através do pedido administrativo, além das reclamações gerais acerca do atendimento que os periciados recebem por parte dos peritos que realizam a perícia.

Serão utilizados os referenciais teóricos trazidos através do novo modelo pericial denominado BIOPSIKOSSOCIAL, conforme defendido por COSTA (2015). Neste modelo, a avaliação pericial deve ser realizada pela análise médica (Perícia Médica), aliada à avaliação social (Perícia Social). Pretende-se, ainda, utilizar a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), lavrada pela OMS em 2001, bem como a Convenção de Nova York, em 2007 que foi ratificada através de Decreto em 2009.

A presente pesquisa é do tipo exploratória, mediante a revisão bibliográfica, análise de jurisprudência e legislação. Realizaremos uma amostragem de dados relativos aos currículos de universidades médicas, identificando suas características acadêmicas avaliando a qualificação profissional a ser exigida do médico perito e o impacto desta formação nas análises periciais realizadas.

O trabalho será estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo abordará a origem e desenvolvimento da Previdência Social no Brasil e no mundo e o conceito de seguridade. No segundo capítulo serão tratados os tipos de benefícios por incapacidade: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, aposentadoria especial dos deficientes e a perícia biopsicossocial na concessão dos benefícios previdenciários. No terceiro capítulo serão abordadas as questões comuns à Perícia Biopsicossocial, tratando sobre o modelo pericial médico, a falta de formação humanista nas faculdades de medicina, os marcos referenciais da perícia biopsicossocial tais como: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas e o Estatuto do Deficiente – Lei 13.146/2015. Por fim, tratar-se-á a Perícia Biopsicossocial como uma questão epistemo-ontológica.

1 PREVIDÊNCIA SOCIAL: ORIGEM E DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo será analisado o contexto histórico da formação do direito previdenciário no mundo, desde as priscas eras até a era moderna, perpassando as primeiras manifestações assecuratórias das civilizações gregas e romanas, seu desenvolvimento na Idade Média, as primeiras conquistas após a Revolução Francesa e a Revolução Industrial, a evolução com o modelo bismarckiano na Alemanha, seguido do Social Security Act nos EUA após a crise de 1929, e o plano Beveridge na Grã-Bretanha.

Em seguida, passa-se a explorar sucintamente as raízes da previdência social brasileira, com suas primeiras indicações ainda no período colonial, seu desenvolvimento em linhas gerais considerando a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, da Lei Elói Chaves, da extensão da proteção social aos agricultores, trabalhadores domésticos e pescadores, da evolução dos vários institutos para ao final a formação do hoje conhecido Instituto Nacional de Seguridade Social.

Em seguida, passa-se a explorar o conceito de Seguridade Social, exemplificando os termos assistência social e previdência social, entendidos muitas vezes como sinônimos da locução Seguridade Social, demonstrando por fim o entendimento de que Seguridade Social abrange todas as medidas e leis que envolvem a previdência social e a assistência social.

1.1 NO MUNDO

Não é pacífico entre os estudiosos onde encontra-se a origem da previdência social, alguns doutrinadores como Oscar Saraiva (1958, p. 60) indicam que desde a antiguidade, nas civilizações gregas e romanas, haviam esboços de um programa de seguridade social. O autor informa que nos escritos antigos da época de Teofrasto e Numa Pompílio foram criadas associações cujos membros concorriam para um fundo que os socorreriam em caso de adversidades. No entendimento de Celso Barroso Leite e Luiz Paranhos Velloso, a origem da previdência encontra-se quase junto as origens da humanidade pois,

...em sua consciência não se pode negar que a primeira criatura humana que guardou um pedaço de carne para o dia seguinte o fez movido pela mesma idéia que está na base da mais completa estrutura previdenciária, inclusive porque provavelmente terá primeiro saciado o apetite, e só então pensado que voltaria a senti-lo. (LEITE; VELLOSO, 1963, p.32)

Em que pese os muitos exemplos contidos na história de medidas de proteção e assistência sociais ao longo dos séculos, a maioria partindo da autonomia de grupos específicos como a criação dos seguros marítimos, foi na idade média que se passou a delinear como dever do Estado a assistência aos desamparados. Em 1351, na Grã-Bretanha, com o objetivo de controlar as relações de trabalho, foi aprovada a Lei dos Pobres regulamentando a prestação de certos auxílios e serviços àqueles que comprovassem a necessidade de amparo. A caridade foi então oficializada como uma obrigação do Estado, dando origem a assistência pública. Mesmo assim, seus princípios organizacionais ainda estavam longe de servir de amparo aos necessitados. As medidas existentes serviam muito mais como punições aos pobres e estavam atreladas ao compromisso do trabalho para manutenção do mínimo necessário à sua subsistência e de sua família. Para aceitar o amparo prometido, as famílias deveriam se sujeitar as regras que determinavam que todos deveriam trabalhar pelo seu sustento. A vagabundagem e mendicância eram punidas com violência física, como nos ensina Potyara Pereira:

Dessa forma, as regulamentações contra a perambulância de pessoas em busca de melhores ocupações, ou a chamada “vagabundagem”, constituíram a origem da assistência social institucional. Esta, por seu turno, funcionava, simultaneamente, como controle sobre o trabalho e sobre possíveis consequências negativas, para a ordem prevalecente, de uma pobreza não confinada territorialmente. Sua índole era mais punitiva que protetora, mas não muito eficiente e eficaz no alcance de seus objetivos. As medidas “vagabundagem” e mendicância não foram debeladas por essa forma de controle social que incluía surras, mutilações e queimaduras com ferro em brasa nos andarilhos... (PEREIRA, 2011, p. 62)

Assim que, no decorrer da história houveram tentativas de atender as necessidades dos mais necessitados, mas estas tentativas estavam sempre atreladas ao atendimento à determinados grupos ou sujeitas ao controle eclesiástico. Todavia, em 1793, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, fruto da Revolução Francesa, deixava expresso que cabia “à sociedade prover à subsistência dos cidadãos necessitados, conseguindo-lhes trabalho ou assegurando recursos aos que não podem trabalhar”. (LEITE; VELLOSO, 1963, p. 45)

Mas foi durante a Revolução Industrial, com a pressão dos movimentos sociais, que o Estado efetivamente tomou para si a proteção social, como medida para

dirimir os inúmeros problemas sociais causados pelo Estado Liberal. Nas palavras de Pellizzari,

Somente o rompante da Revolução Industrial (1789) jogou a última pá de cal sobre o poder absoluto do Estado e trouxe para a discussão as questões relativas à segurança econômica, fazendo que a humanidade saísse de um tempo de trevas para novas idéias de proteção social e recomeçasse a pensar no bem-estar da sociedade, não como problema individual – vício, preguiça, imprevidência etc. –, mas como um problema social. Problemas esses que quaisquer que fossem os motivos, afetavam a paz social e deveriam, portanto, ser solucionados ou minorados por atitudes dessa mesma sociedade, mas não suportados exclusivamente por familiares ou pelo próprio cidadão individualmente. (PELLIZZARI, 2010, p. 28)

Para Charles Schottland (1967, p. 20-23), a Revolução Industrial fez surgir os problemas relativos à segurança econômica, com a mudança da economia, também surgiu uma mudança no aspecto organizacional da sociedade. Os laços familiares se tornaram mais frouxos e as famílias que vivem na economia urbana e industrial viram-se desamparadas quando por algum motivo o trabalho ou a renda lhes faltava. Para o especialista, haviam cinco causas que representavam o perigo à segurança econômica e que deveriam ser combatidas pelos programas de previdência social: a) os velhos – que poderiam trabalhar na atividade agrícola enquanto tinham forças, enquanto que na moderna indústria isto era uma desvantagem; b) os desempregados – que além do salário, extingue muitas vezes a confiança do próprio indivíduo; c) acidentes industriais e doenças – que além dos problemas relativos a renda ainda geram problemas pessoais e psicológicos; d) incapacidade permanente e doenças temporárias – podem resultar em perda permanente da renda e aumentar o custo de vida da pessoa afetada; e) morte – quando aquele que provê as necessidades da família morre, há uma desestrutura da organização familiar, gerando mais dificuldades quanto maiores forem as dificuldades de outra pessoa suprir a subsistência da família.

Para minimizar estes problemas, as nações industriais (particularmente as europeias), criaram três medidas para proteger os trabalhadores contra a miséria: a) incentivar os operários a economizar, criando caixas econômicas estatais – contudo esta medida não surtiu muito efeito conquanto os salários baixos não eram suficientes para cobrir as despesas com a saúde e amparo à velhice; b) amparo da família do aprendiz por parte do empregador – baseado em um sistema feudal de relação entre o trabalhador qualificado e seu aprendiz e totalmente ineficaz visto que o pequeno empregador teria dificuldade em suportar este benefício; c) a criação de vários planos

de seguros – sociedades de auxílio mútuo que baseadas em uma contribuição, tinham o objetivo de auxiliar o associado com as despesas de doenças e enterros, todavia era-lhes impossível arcar com as despesas dos familiares do associado quando havia o término da renda como aposentadoria e morte. (SCHOTTLAND, 1967, p. 23-25)

Houveram ainda outras manifestações de um sistema previdenciário, mas segundo a professora Fides Ommati (1978, p. 11) a primeira organização previdenciária com características nitidamente previdenciárias e com princípios ainda hoje válidos surgiu na Alemanha em 1883. O plano idealizado por Otto von Bismarck baseava-se em um seguro obrigatório com contribuição tríplice do Estado, empresa e trabalhador, este seguro cobriria os riscos com acidentes, doenças, invalidez e era administrado pelo Estado. Nas palavras de Charles Schottland (1967, p. 27), “As contribuições eram proporcionais aos salários; quer dizer, quanto mais alto o salário, maior a contribuição. Os benefícios eram também proporcionais ao salário. O sistema era compulsório e de ordem universal”.

Mas foi apenas após a crise de 1929 nos EUA que a visão sobre a pobreza resultar da preguiça perdeu sua validade. A crise desempregou milhares de pessoas antes produtivas, causando um imenso desequilíbrio na economia, segundo Schottland:

O conceito de que a pobreza era resultado da imprevidência, da preguiça e da falta de valor individuais, não se coadunava com o que ali estava para ser visto por todos; em outras palavras, milhões de pessoas trabalhadoras e até ali economicamente independentes não tinham possibilidade de encontrar trabalho por força de circunstâncias que fugiam completamente a seu controle. (SCHOTTLAND, 1967, p. 45-46)

Para reverter o quadro apresentado foi criado em 1935 nos EUA o chamado Security Social Act, onde foi empregada pela primeira vez a expressão “seguridade social”. Nas palavras de Daniel da Rocha,

A seguridade social passou a ser compreendida como um sistema abrangente que incorpora, no mínimo os seguros sociais e a assistência social, seus órgãos e estrutura, numa concepção integral que, atuando de maneira coordenada e publicamente organizada, colimará defender e impulsionar o desenvolvimento de toda a população, e não apenas dos trabalhadores. (ROCHA, 2004, p.36-37)

Alguns anos mais tarde, o economista Sir William Beveridge foi convocado pelo governo britânico para realizar um estudo sobre a seguridade social no país. Este estudo culminou na apresentação em 1942 do famoso Plano Beveridge de combate aos “cinco gigantes” – necessidade, enfermidade, ignorância, miséria e

ociosidade. Segundo Potyara Ferreira (2011, p. 93), o plano Beveridge inovou por ser “nacional e unificado e conter um eixo distributivo, ao lado do contributivo, além de abolir os testes de meio no âmbito da assistência social”.

Segundo Fábio Cardoso, O Plano Beveridge consistia em um ajustamento dos benefícios para compreender todas as necessidades básicas dos indivíduos e suas famílias com duração ilimitada até a resolução do problema.

Pretendia criar um senso de orgulho e solidariedade, promovendo a igualdade e o comprometimento dos indivíduos. Ademais, os usuários que fizessem dos benefícios sua única fonte de renda, tendo a possibilidade de buscar outros meios de subsistência, seriam punidos. Juntamente com as medidas de seguridade social, o relatório previa que o governo deveria assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer meios para a reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego. Segundo o Relatório Beveridge, evitar o desemprego em massa era a condição para o êxito do seguro social. O plano tinha ainda preocupações com a taxa de natalidade e mortalidade, amparo à infância, proteção à maternidade, reforma do sistema previdenciário, preocupação com doenças e incapacidade, além de despesas especiais como aluguel, nascimento, casamento, viuvez e morte. Beveridge, entretanto, elegeu os maiores problemas que a sociedade inglesa deveria enfrentar, os “cinco gigantes”: a doença, a ignorância, a miséria, a imundície e a desocupação. Suas principais metas administrativas correspondiam a horizontalidade das taxas de benefícios e das contribuições, unificação administrativa, adequação dos benefícios ao nível máximo de subsistência, racionalização do sistema e classificação dos usuários de acordo com as classes de segurança. (CARDOSO, 2010, p. 06-07)

Nas palavras de Lord Beveridge,

O Relatório Beveridge não se destinava a criar um Estado paternalista, no qual o cidadão obteria do Estado todo o bem-estar que desejasse, sem nada contribuir ou prever por conta própria. Seu princípio central é a colaboração do Estado e do cidadão, o Estado garantindo o cidadão contra a indigência ocasionada por qualquer um dos infortúnios inevitáveis da vida, e ao mesmo tempo deixando ao cidadão a responsabilidade e a liberdade de cuidar de si mesmo e dos seus, alicerçado na segurança mínima dada pelo Estado¹. (SCHOTTLAND, 1967, p. 09-10)

A previdência social surge então como a concretização da Justiça Social, necessária para o equilíbrio econômico e social, chegando alguns autores a afirmar que a existência da previdência está ligada ao momento em que o Estado a trouxe para sua órbita de ação, tornando-a um serviço público. (LEITE; VELLOSO, 1963, p. 21). Leite ainda ressalta que “sem justiça social não há paz social; e sem previdência social não há justiça social”. (LEITE, 1978, p. 22)

Portanto, a previdência social é fruto das inúmeras lutas de grupos sociais, que, ao longo dos anos compreenderam que a vida em sociedade só pode

¹ Preâmbulo escrito por Lord Beveridge no livro “Previdência Social e Democracia” em 25 de outubro de 1962.

existir com a solidariedade entre seus indivíduos. O grande grupo forma o Estado que em resposta o protege das mazelas e adversidades que por ventura venham a lhe afetar, em uma relação de troca mútua pois sem o indivíduo o Estado não consegue subsistir e sem o Estado, o indivíduo nem sempre consegue arcar com as vicissitudes que porventura venham a lhe afetar em demasia.

Após análise da história do desenvolvimento da Previdência Social no contexto mundial, passa-se a explorar no subtítulo seguinte o desenvolvimento da Previdência Social no Brasil.

1.2 NO BRASIL

Não é de todo unânime entre os autores a origem da previdência social no Brasil. Alguns autores datam que desde o império existiram normas de cunho previdenciário. Como exemplo, cita-se a Lei nº 3.397 de 24 de novembro de 1888 com a criação de uma Caixa de Socorros para os trabalhadores das estradas de ferro estaduais. (OMMATI, 1978, p. 15). Segundo a ANASPS, a primeira manifestação nesse sentido data de um século antes, com a concessão da pensão de meio-soldo para as famílias dos oficiais da Marinha, através do alvará de 23 de setembro de 1795. (GURGEL, 2007, p. 30). Leite e Velloso (1963, p. 117) vão mais além e ressaltam que a iniciativa mais antiga no campo da Previdência Social brasileira remonta ao ano de 1543 com a fundação da Casa de Misericórdia de Santos, por Brás Cubas, portanto ainda no período colonial, este também foi o posicionamento de André César Médici et al. (MÉDICI, 1995, p. 3).

Todavia, as medidas criadas desde o período colonial consistiram em medidas voltadas a determinados grupos, como servidores públicos e militares. A primeira manifestação devidamente consolidada data de 15 de janeiro de 1919 com a Lei 3.724 que tornou obrigatória a indenização pelos empregadores dos acidentes de trabalho sofridos pelos empregados. Este é o entendimento de Leite e Velloso (1963, p. 119) e James Malloy (1986, p. 167) que situam o início da cronologia política da previdência social brasileira nesta data. No entanto, a parcela maior da doutrina identifica que a previdência social brasileira tem como marco inicial a data de 24 de janeiro de 1923, com a edição do Decreto Legislativo nº 4.682, conhecido como Lei “Eloi Chaves”, cujo objetivo era a criação de uma caixa de aposentadoria e pensões

para os trabalhadores das estradas de ferro. (COSTA, 2013, p. 101). Ommati (1978, p. 15) ressalta a importância deste dispositivo, chamando a atenção de que a data foi consagrada como o “Dia da Previdência Social”. A Lei Eloi Chaves marca o início da fase de vinculação por empresa e multiplicidade de instituições. (MÉDICI et al, 1995, p.04).

A Lei Elói Chaves sem dúvidas abriu precedentes para que outros ramos de trabalho como as estradas de ferro públicas, empresas de navegação marítima e fluvial e de exploração de portos públicos também adotassem os CAPs no ano de 1926. Na década de 30, foram criados os CAPs dos servidores públicos (1931), os CAPs para os mineiros (1932), criação dos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensões) dos marítimos (1933), IAPs dos comerciários (1934), IAPs dos bancários (1934), IAP dos industriários (1936 – implementado em 1938), CAPs dos trabalhadores em transportes e cargas (1938). No entanto, os benefícios ainda não amparavam a toda população. Ademais, devido a grande diferença do poder econômico entre os IAPs e CAPs, frequentemente ocorria de os mais favorecidos financeiramente proporcionarem maiores benefícios aos seus integrantes, o que gerava certa revolta por parte daqueles que pouco recebiam. Segundo o professor José Ricardo Costa,

Logo após a criação dos IAP, alguns problemas começaram a surgir, tais como a disparidade existente entre os diversos institutos, tanto pela perspectiva estrutural (fruto da autonomia) como econômica (eis que uns mais aquinhoados que outros), isto sem adentrarmos no trânsito dos trabalhadores, quando da migração entre os diversos institutos criados, devido ao problema da compensação das contribuições feitas pelos segurados. (COSTA, 2013, p. 101).

Mas foi apenas em 26 de agosto 1960, com o advento da Lei 3.807, regulamentada pelo Decreto 48.959 de 19 de setembro do mesmo ano que houve a consolidação da legislação previdenciária, uniformizando os benefícios. Em 1966, o Decreto 72 unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões existentes, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social. No entanto, ainda não eram contemplados pelo INPS, os trabalhadores domésticos e rurais e os desempregados. Foi apenas em 1969 que criou-se o Plano Básico de Previdência Social para os trabalhadores rurais da agroindústria canavieira. Em 1971, foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) e criado o Fundo de Assistência aos Trabalhador Rural (FUNRURAL). Em 1972, foi finalmente instituído o amparo previdenciário para os trabalhadores domésticos.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social através da Lei nº 6.036. Em 1976 foi estendido o PRORURAL aos pescadores. Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social, através da Lei nº 6.349, integrado pelo INPS (benefícios urbanos e rurais), INAMPS, IAPAS, FUNABEM, CEME e DATAPREV. Em 1990, houve a unificação do INPS com o IAPAS, originando então o INSS.

Alguns autores dividem a evolução de nosso sistema previdenciário em três etapas, em especial Alonso Carlos Brandão e Mozart Victor Russomano, consoante lição de Leite e Velloso:

“a) período de formação, que vai da lei de indenização por acidentes de trabalho e da Lei n.º 4.682, de 23 de janeiro de 1923 – caixas dos ferroviários – a 30 de setembro de 1931, marco das grandes reformas introduzidas na previdência social;

b) período de expansão, que data da primeira “Lei Orgânica da Previdência Social”, o Decreto n.º. 20.465, de 1.º de outubro de 1931, alterado pelo Decreto n.º 21.081, de 24 de fevereiro de 1932, até nossos dias;

c) período de centralização, coordenação e unificação da previdência social, tendência natural, lógica e racional, consubstanciada no Decreto-lei n.º 7.526, de 7 de maio de 1945 (Lei Orgânica dos Serviços Sociais)”. (1963, p.128)

Como todo o sistema securitário, a previdência social brasileira inicia-se de forma embrionária e tímida, alcançando poucos indivíduos no início e crescendo pouco a pouco até abarcar os diferentes grupos de trabalhadores que compõem nossa sociedade.

É certo que a política de Previdência em nosso país fortaleceu-se com a Constituição Federal de 1988, mas seu formato ainda está longe de consolidar-se. A cada mudança política, a cada crise econômica, mais e mais benefícios deixam de ser recebidos pelos trabalhadores. O acesso aos benefícios e valores são reduzidos a cada reforma sob a desculpa de que o modelo previdenciário não se sustenta, abstendo-se de declarar os verdadeiros culpados da falsa crise na Previdência: corrupção e má gestão dos recursos financeiros.

Compreendido o desenvolvimento histórico da Previdência Social Brasileira passa-se a expor no próximo subcapítulo o conceito de Seguridade.

1.3 O CONCEITO DE SEGURIDADE

Segundo Leite e Velloso, “a Previdência Social, propriamente dita só começou a existir quando o Estado a trouxe para sua órbita de ação, tornando-a serviço público”. (LEITE; VELLOSO, 1963, p. 21). Pertence aos deveres do Estado a proteção dos Direitos de seus cidadãos. A proteção aos menos favorecidos encerra a ideia de justiça social cujo fim é o bem comum da sociedade a que serve. Com esse ideal, os movimentos sociais surgiram em cada época histórica, batalhando sempre por melhores condições de saúde, moradia, sustento e oportunidade, fortalecendo-se a cada conquista. Segundo Leite a proteção social,

...é o conjunto de medidas de caráter social destinadas a atender a certas necessidades individuais; mais especificamente, às necessidades individuais que, não atendidas, repercutem sobre os demais indivíduos e em última análise sobre a Sociedade.(LEITE, 1978, p. 16).

Para Leite e Velloso, o indivíduo ansiava por uma proteção que acolhesse sua família quando não lhe fosse possível a subsistência por seus próprios meios. No decorrer do tempo, compreendeu que por si só era impossível conseguir esta proteção e que por esta proteção ser de interesse da sociedade, constitui-se em dever do Estado proporcioná-la a todos os seus cidadãos, amparando-os quando em situação vulnerável e de difícil resolução. A Previdência Social teria assim surgido da junção entre o seguro e a assistência social.

Trouxe êste então para sua órbita o esforço coletivo que já se vinha empreendendo, mediante o mutualismo, e assim surgiu o seguro social. Paralelamente, assumiu o Estado o encargo de prestar, no todo ou em parte, e em amplitude variável de país para país, pelo menos algumas formas de assistência que a solidariedade de grupos ou o simples espírito caritativo tinham dado origem desde tempos imemoriais; e dessa maneira nasceu a assistência pública, ou assistência social. Com a coincidência de finalidades aproximando-os cada vez mais, paulatinamente se aglutinaram o seguro social e a assistência social, no conjunto de medidas hoje conhecido como previdência social. (LEITE; VELLOSO, 1963, p. 31).

O professor José Ricardo Costa, nos indica com clareza que o legislador, no artigo 194 da Carta Magna declara que as três pilstras nas quais a Seguridade Social se sustenta são a saúde, a assistência social e a previdência social. A seguridade social, assim contemplaria as ações que envolvem a sociedade e o Poder Público com o intento de melhorar a vida dos cidadãos (COSTA, 2013, p. 121).

Para o professor Celso Leite (1978, p. 17), as expressões “proteção social”, “bem-estar social” e “seguridade social” são sinônimas ou possuem um sentido muito próximo.

Em consulta ao dicionário on-line Priberam, o termo “seguridade” possui o mesmo significado que “segurança”, sendo utilizado principalmente o exemplo de que seguridade social é o “Sistema público de proteção dos cidadãos, segundo a legislação produzidas, os direitos, os deveres e as contribuições efetuadas, notadamente em caso de doença, desemprego, reforma, etc”; consultando no mesmo dicionário a palavra “Previdência” encontramos como significados: “1. Faculdade ou ação de prever; 2. Precaução, cautela”. Previdência encerra assim, o propósito de prevenir-se para o futuro incerto.

Compreende-se desta forma que a previdência social está ligada ao ato da precaução através do sistema contributivo, de preservação para um futuro menos amigável, e seguridade social seria o conjunto de medidas que engloba as espécies passíveis de proteção e auxílio a quem necessita. Assim, muito embora a assistência social e a previdência social sejam vistas muitas vezes, como sinônimas, principalmente para aqueles que de alguma forma se beneficiam de uma ou outra alternadamente, ambas possuem “modus operandi” diverso. A primeira cobre uma necessidade acidental, sem prévia acumulação de contribuições financeiras por parte do interessado e recai sobre toda a sociedade, a segunda cobre o risco de um evento futuro e incerto mediante a contribuição pecuniária dos beneficiários diretos e indiretos e do Estado. Leite e Velloso reforçam,

É entendimento generalizado entre os previdenciaristas brasileiros de que previdência e assistência social são conceitos distintos. Tem-se a assistência como uma proteção genérica aos necessitados, assistindo-os por motivo de fome, moléstia, morte, etc, importando, aí, sempre, o sentido de ação caritativa. Enquanto a Previdência Social, que se restringe ao favorecimento das pessoas abrangidas pelo sistema, como contribuintes ou dependentes destes, destina-se a prevenir infortúnio, assentando-se, assim, diretamente, no seguro social.

Quanto à seguridade social, termo generalizadamente aceito sob a sugestão de alguns para alteração vocabular mais condizente com a nossa língua – ou seja, segurança social -, tem-se entendido como uma idéia mais ampla de proteção da pessoa. (LEITE; VELLOSO, 1963, p. 06)

Portanto, resta claro que a Seguridade Social encerra a compreensão de políticas públicas de assistência social e previdência social que visam a proteção do indivíduo na sociedade.

Após a explanação acerca da origem e evolução da previdência social no mundo contemplando as ideias que lhe deram origem, o entendimento de como se desenvolveu a previdência social brasileira e a diferenciação entre seguridade social, assistência social e previdência social, passa-se a expor no capítulo seguinte os diferentes tipos de benefícios previdenciários concedidos nos casos de incapacidade e abarcados por nossa legislação.

2 BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Importa saber que o sistema de seguridade brasileiro trabalha em duas frentes: a assistência social, através de políticas públicas não contributivas, destinadas a minimizar as mazelas que acometem a parcela mais vulnerável da população; e a previdência social que possui caráter geral e contributivo e filiação obrigatória para os trabalhadores devidamente registrados, consoante disposição do artigo 194 da Carta Maior:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Neste capítulo serão descritos os critérios para concessão do auxílio-doença, da aposentadoria por invalidez e da aposentadoria especial dos deficientes. Estes benefícios pertencem ao rol atribuído à previdência social, segundo versa o artigo 201 da Constituição Federal de 1988:

Art. 201. 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, e atenderá, nos termos da lei, a:

- I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

...

§ 1º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, ressalvados os casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física e quando se tratar de segurados portadores de deficiência, nos termos definidos em lei complementar.

Ainda, será traçada a utilização da perícia biopsicossocial na concessão dos benefícios previdenciários. A perícia biopsicossocial trata-se de uma avaliação que vai além dos critérios médicos, analisando ainda as questões sociais e psicológicas que acometem o segurado. Trata-se de um sistema que busca uma melhor identificação e diferenciação entre deficiência e incapacidade e encontra-se em consonância com dispositivos como a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência de Nova Iorque e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

2.1 AUXÍLIO-DOENÇA

A Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991 regulamenta entre os artigos 59 (revogado pela Medida Provisória nº 664 de 30/12/2014) e o artigo 64 (também revogado, desta feita pela Lei nº 9.032 de 28/04/1995) os critérios para concessão do benefício de auxílio-doença.

O auxílio-doença é um Benefício de Prestação Continuada garantido ao segurado que comprove estar impossibilitado de exercer sua atividade laboral. Este benefício é concedido enquanto perdurar a incapacidade e não for declarada a aposentadoria por invalidez. A fixação do valor pecuniário é baseada na média aritmética simples, considerando-se 80% das maiores contribuições do segurado e desprezando-se os 20% restantes. São ainda requisitos para a concessão deste benefício:

- a) Qualidade de segurado devidamente registrado e contribuindo ativamente para o sistema previdenciário;
- b) Incapacidade temporária comprovada mediante laudo médico e perícia realizada pelo INSS;
- c) Cumprimento da carência mínima conforme preconiza o artigo 60, incisos I e II da Lei nº 8.213/1991.

O encaminhamento deste benefício deve seguir certas burocracias além dos requisitos acima, como a impossibilidade de encaminhamento imediata a partir do momento que ocorre a doença, devendo a empresa empregadora suportar os encargos até o 15º dia da doença do trabalhador e a não concessão de auxílio-doença

para os segurados com doenças pré-existentes, salvo se o pedido resultar de progressão ou agravamento desta.

2.2 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

A aposentadoria por invalidez está prevista nos artigos 42 a 47 da Lei nº 8.213/1991. Este benefício geralmente é precedido pelo auxílio-doença e concedido quando não há expectativas de retorno do segurado ao exercício laboral. A fixação do valor se dá da mesma forma que o auxílio-doença, entretanto, é aplicado o percentual de 100% do salário de benefício. São requisitos para a concessão deste benefício:

- a) A qualidade de segurado;
- b) Esgotadas as possibilidades de retorno do segurado ao pacto laboral;
- c) A carência de doze meses, com exceção dos benefícios acidentários ou a ele equiparados em que for dispensado o prazo carencial.

Apesar da lei não definir prazo mínimo para que a aposentadoria por invalidez seja decretada após comprovação de que não há possibilidade de recuperação do segurado, o comum é que os segurados permaneçam longos anos como beneficiários do auxílio-doença, aguardando uma perícia positiva para o seu caso concreto.

2.3 APOSENTADORIA ESPECIAL DOS DEFICIENTES

Cumpra esclarecer primeiramente, que as expressões “portadores de necessidades especiais” ou “portadores de deficiência” não serão utilizadas neste trabalho, tendo em vista o entendimento de que o termo “portador” remete a algo que se porta, e que é possível desvencilhar-se quando desejado, o que não se aplica ao caso dos deficientes. Ainda, o termo “portador de deficiência” rotula o indivíduo de tal forma que ele passa a ser reconhecido apenas por sua deficiência, o que contraria a ideia de cidadania e inclusão.

A aposentadoria especial aos deficientes está regulada em legislação apartada, segundo disposição do artigo 201 da Constituição Federal. A Lei Complementar nº 142 de 09 de maio de 2013, regulamentada pelo Decreto nº 8.145

de 2013 instituiu a aposentadoria por idade, com idade reduzida e aposentadoria por tempo de contribuição com tempo reduzido para os deficientes.

Este benefício, assim como os anteriormente citados é do tipo contributivo, isto é, o beneficiário deve ser um segurado devidamente registrado no sistema previdenciário brasileiro, seja como contribuinte individual, seja como contribuinte facultativo. O artigo 2º da lei em comento indica quem pode beneficiar-se da aposentadoria especial:

Art. 2º Para o reconhecimento do direito à aposentadoria de que trata esta Lei Complementar, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Os critérios para concessão da aposentadoria especial aos deficientes dependem do grau de comprometimento da deficiência, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº 142/2013 e se dividem em: leve, moderado e grave. A contagem do prazo de contribuição é proporcionalmente maior, quanto menor for o grau de deficiência.

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

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

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

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

IV - aos 60 (sessenta) anos de idade, se homem, e 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, se mulher, independentemente do grau de deficiência, desde que cumprido tempo mínimo de contribuição de 15 (quinze) anos e comprovada a existência de deficiência durante igual período.

Há previsão de que o cálculo para contagem do tempo seja alterado proporcionalmente segundo os graus de deficiência, considerando-se para fins de contagem o tempo de cada um. Assim, se uma pessoa vier a se tornar deficiente após o início de sua atividade laboral, serão computados o tempo antes da deficiência e o tempo após a deficiência, e aplicados em conjunto na forma mais benéfica ao segurado.

Já para o valor a ser recebido como benefício, são utilizados critérios conforme cada caso, segundo indica o artigo 8º:

Art. 8º A renda mensal da aposentadoria devida ao segurado com deficiência será calculada aplicando-se sobre o salário de benefício, apurado em conformidade com o disposto no art. 29 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, os seguintes percentuais:

I - 100% (cem por cento), no caso da aposentadoria de que tratam os incisos I, II e III do art. 30; ou

II - 70% (setenta por cento) mais 1% (um por cento) do salário de benefício por grupo de 12 (doze) contribuições mensais até o máximo de 30% (trinta por cento), no caso de aposentadoria por idade.

Ainda, o legislador delegou a responsabilidade das avaliações a cargo do INSS, devendo a comprovação da deficiência e seu grau de comprometimento serem analisados por avaliação médica e funcional,

Art. 4º A avaliação da deficiência será médica e funcional, nos termos do Regulamento.

Art. 5º O grau de deficiência será atestado por perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos para esse fim.

Ao definir que o critério de avaliação será médico e funcional, entende-se que o legislador compreendia que a perícia médica era insuficiente para avaliar o grau de incapacidade do segurado, devendo a avaliação aferir também a sua capacidade. A (in)capacidade de um indivíduo possui diversos aspectos ambientais que determinam se ela existe, se pode ser minimizada ou ainda superada. Portanto, necessário que se faça uma avaliação mais complexa que envolva os aspectos ambientais, sociais, psicológicos e médicos para aferir a (in)capacidade e grau que atinge o indivíduo.

Compreendidos os benefícios securitários por incapacidade e seus critérios para concessão, passa-se a discorrer sobre a importância da Perícia Biopsicossocial na concessão dos benefícios previdenciários anteriormente citados.

2.4 A PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL NOS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

Como visto anteriormente, para concessão dos benefícios de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e aposentadoria especial ao deficiente é necessária a avaliação pericial junto ao INSS o qual é o órgão gestor e responsável

pelas avaliações. Em se tratando de benefícios ligados a incapacidade laboral do segurado, este deveria igualmente passar por uma avaliação médica e uma avaliação biopsicossocial, isto é, uma avaliação que analise suas condições sociais e psíquicas e os fatores ambientais que o cercam.

A perícia biopsicossocial é tão importante quanto a avaliação médica, pois enquanto a avaliação médica analisa os fatores ligados as consequências da doença para o paciente, a avaliação biopsicossocial analisará os fatores que interferem na vida deste paciente e que possam ou não dificultar ainda mais a sua condição.

Dentre os clássicos exemplos, pode-se citar o caso de dois indivíduos que por algum motivo, seja devido a acidente ou doença se tornam cadeirantes. O primeiro, tem cerca de 25 anos, mora em região urbana, a cidade onde reside possui ônibus coletivo adaptado para suprir sua demanda de deslocamento, ainda que muitas vezes parcamente. O jovem possui escolaridade e ainda possibilidade de se reintegrar no mercado de trabalho a partir de cursos que favoreçam a sua inserção na atividade laboral em atividades que possa executar sentado, além de permitir que este, mediante adaptações, possa continuar gerindo sua vida sozinho. No segundo caso temos o exemplo de um homem com seus 50 anos, analfabeto ou semianalfabeto, que trabalhou a vida inteira como agricultor. Reside no interior de um Município, onde as condições de deslocamento não o favorecem devido a precariedade dos cuidados da administração pública. Por mais que se esforce, mal consegue aprender o alfabeto e seu domínio de conhecimento restringe-se aos cuidados com hortaliças, e outras plantas que aprendeu de forma empírica, observando seus antepassados. Sopesando ambos os casos, percebe-se que tanto o primeiro quanto o segundo possuem condição física igual, ambos necessitam do mesmo equipamento para facilitar seu deslocamento (a cadeira de rodas), mas o primeiro tem maiores chances de reingressar no mercado de trabalho, sendo preparado para tal. Assim, sua deficiência não constitui uma incapacidade, apenas uma limitação na igualdade de condições comparando-se com os não-cadeirantes. No segundo caso, ao contrário, do primeiro, as chances de reinserir-se no mercado de trabalho são praticamente e porque não dizer, totalmente nulas. Isto porque além da pouca escolaridade e da dificuldade em aprender um universo totalmente novo, ainda possui as barreiras da contratação das empresas que ao contratar preferem pessoas mais jovens e dinâmicas, que residam mais próximo da empresa, gerando menos custo com transporte e maior

produtividade. Cumpre salientar, que o fato do candidato estar com idade mais próxima para aposentadoria é visto pelas empresas como um fator negativo pois “a vida útil” do funcionário se aproxima e é certo que logo terão maiores despesas com a saída do funcionário e nova contratação.

Diante do caso hipotético supra, percebe-se claramente que a perícia biomédica é insuficiente para aferir as questões sociais, ambientais, econômicas, dentre outras, devido as complexidades do caso em concreto, razão pela qual o trabalho do perito social é tão relevante e não pode ser dispensado. Segundo lição do professor José Ricardo Costa,

Diante do sistema pericial vigente e de seus desastrosos resultados, ponto este inquestionável, parece que podemos partir da premissa de que esse sistema não atende aos fins a que se propõe. Sua finalidade primeira deveria ser avaliar a capacidade laboral dos trabalhadores e dos segurados que buscam a proteção social, não somente detectando as patologias, mas avaliando se estas implicam ou não no comprometimento da capacidade para o trabalho. (COSTA, 2014, p. 33)

Apesar disso, a perícia biopsicossocial só está sendo utilizada pelo INSS na análise da concessão de benefícios assistenciais como o pedido do BPC do LOAS, quando claramente deveria ser utilizada na aferição dos demais encaminhamentos de benefícios que se encontram sob sua gestão e que se referem a doenças e deficiências que por si só geram complexidades aquém das possivelmente levantadas no âmbito biomédico.

Compreendidos os benefícios que exigem uma perícia biopsicossocial em conjunto com a perícia médica e que deveriam utilizá-la na análise dos casos apresentados pelos segurados que buscam os benefícios por incapacidade como: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e aposentadoria especial dos deficientes, urge compreender melhor o que é a perícia biopsicossocial, sua relevância junto a perícia para concessão de benefícios por incapacidade e como a formação médica das escolas brasileiras de medicina contribui para a falta de visão epistemo-ontológica do perito médico em suas avaliações periciais.

3 PERÍCIA BIOPSIKOSSOCIAL

Neste capítulo será analisada a perícia biopsicossocial, partindo do modelo pericial médico vigente, em seguida será analisada a falta de formação humanista nas escolas de medicina brasileiras, complementando com a pesquisa dos currículos dos principais cursos de medicina do país. Posteriormente serão indicados os marcos referenciais da perícia biopsicossocial: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas e o Estatuto do Deficiente – Lei 13.146/2015. Por fim, tratar-se-á a Perícia Biopsicossocial como uma questão epistemo-ontológica.

3.1 O MODELO PERICIAL MÉDICO

São muitos os problemas que atingem os segurados quando buscam a perícia do INSS para avaliação de seu caso concreto na ocasião do encaminhamento do benefício a que faz jus. Para o professor José Ricardo Costa, são três os maiores problemas do sistema previdenciário brasileiro:

- a) Falta de peritos suficientes para dar conta da enorme demanda existente;
- b) falta de médicos especialistas em várias áreas, tais como psiquiatras, oftalmologistas, neurologistas, somente para citarmos algumas;
- c) uma pré-compreensão equivocada e deturpada das relações havidas entre médicos e segurados: os primeiros, mesmo subconscientemente, prejulgam os segurados como falsificadores da realidade, aumentando as doenças e seus sintomas; e estes entendem que os peritos são seus verdadeiros inimigos, únicos responsáveis pelo indeferimento de suas pretensões. (COSTA, 2014, p. 12)

A partir desta análise, verifica-se que o problema do sistema previdenciário atinge duas frentes, o organizacional – referente a falta de equipes de trabalho adequadas para os atendimentos necessários, e que pode ser resolvida com ajustes de remanejamentos de profissionais e novas contratações; e, o problema mais difícil de ser tratado dado sua origem histórica e cultural alimentada no tempo, a falta de confiança que permeia a relação entre médico e periciado.

É fato corrente que a perícia médica é vista com reservas pelos pacientes que dela necessitam, são inúmeros os relatos de angústia e sofrimento dos segurados ao submeterem-se a perícia médica. Como exemplo temos o estudo

qualitativo conduzido por Melo e Brant, publicado em 2005. Segundo os autores, “através da técnica de análise de conteúdo, ficou evidente, nas entrevistas, que a relação médico-paciente parece constituir-se das seguintes categorias de análise: submissão, conflito, resistência e a “escuta” diferenciada”. (MELO; BRANT, 2005, p. 23), E reforçam,

... a obediência de alguns profissionais da área médica a uma lógica estabelecida pelos manuais acadêmicos ou à sua própria experiência, deixando de escutar, desqualificando ou duvidando das queixas do paciente, posicionamento característico de uma relação médico-paciente permeada por conflitos, onde se observa a busca de cuidados e, na oferta do trabalho, tentativas de dominação e resistência. (MELO; BRANT, 2005, p. 23)

Seguindo nessa linha, a partir de estudos diferentes, mas com o mesmo resultado, Costa (2014, p. 13) nos traz a lição de que os peritos enxergam os periciados não como pacientes em busca de um diagnóstico, mas como alguém que o procura atrás de um laudo que lhe proporcionará um benefício financeiro. O professor José Ricardo afirma,

... aqui, a Perícia Médica foi construída calcada em números, análises quantitativas e etiológicas, como se o que interessasse fossem somente os corpos e as articulações dos músculos dos trabalhadores/segurados. Se o corpo apresenta problemas, é caso de incapacidade para o trabalho. Caso contrário, não. (COSTA, 2014, p. 12)

Melo e Brant (2005, p. 24) identificam que o pouco espaço para a fala dos pacientes é um método criado para fortalecer a autoridade médica, além de consistir em uma estratégia que desconsidera o paciente,

Para fazer-se reconhecido em sua autoridade médica, a estratégia inicial de alguns consistia na desqualificação do sofrimento, percepções e sensações do paciente. Muitas vezes, representado como “desprovido de inteligência” e incapaz de empregar termos corretos para se expressar, o paciente originário das camadas populares era submetido a um rigoroso exame físico e exames complementares. **Deixar pouco espaço para a fala do paciente constituía também uma estratégia, pois ela mais atrapalhava do que colaborava com o diagnóstico...** (grifo meu)

Os autores ainda observam que,

Se os pacientes se sentiam tão pouco inclinados a confiar na autoridade médica era, em primeiro lugar, porque verificavam que alguns profissionais não os acolhiam devidamente nem forneciam um mínimo de informações compreensíveis sobre o seu processo saúde-doença. A exclusão se faz necessária, pois não há espaço para o discurso médico e para o discurso do paciente; assim, a “escuta” seletiva do profissional tem priorizado apenas o que entende ser importante para a sustentação do discurso médico.

Saber que seria submetido a uma avaliação médica, denominada perícia, era, por si só, fonte de angústia. Sensíveis ao comportamento do médico, os

pacientes, quando submetidos à perícia do INSS, reparavam todas as atitudes em relação a eles, olhavam meticulosamente o ambiente e o tempo de duração da consulta. Ao saírem, geralmente, sentiam-se desqualificados e desrespeitados como pacientes e cidadãos. (MELO; BRANT, 2005, p. 25)

Corroborando as observações sobre o pouco espaço para a fala do paciente no momento da perícia, Bim e Murofose reforçam que o instrumental de avaliação utilizado pelos peritos do INSS compõe-se de questões engessadas que acabam por restringir e excluir o deficiente ao acesso do benefício a que faz jus,

O uso do instrumental de avaliação, portanto, não tem contribuído para o alcance da plena finalidade almejada pela CF/88; ao contrário, tal regulamentação favoreceu ainda mais a forma seletiva, restritiva e arbitrária de averiguação, excluindo muitos deficientes e pobres do acesso ao benefício. Conclui-se assim que o modelo de avaliação vigente não pode ser considerado um canal para ampliar direitos, pois os itens que compõem o instrumental de avaliação social e médico-pericial estão postos de forma fechada e predeterminada, com avaliadores seguindo um roteiro bastante rígido e extremamente burocrático, que tenta, por meio da suposta objetividade e neutralidade possível, construir elementos para negar a exigência de um direito também pela via judicial. (BIM; MUROFOSE, 2014, p. 356-357)

Conclui-se assim, que a perícia administrativa peca em suas avaliações de duas formas, a primeira é a reavaliação do instrumental utilizado para análise dos casos, de forma a permitir uma avaliação mais justa e concisa do caso concreto. A segunda, e mais difícil de ser modificada é a postura dos médicos peritos no atendimento ao segurado que busca um diagnóstico que ateste sua incapacidade laborativa, principalmente na escuta diferenciada quanto mais vulnerável seja a situação do segurado, como se o fato de ser pobre impingisse-lhe o ônus de trabalhar por seu sustento e não se tornar um peso para a sociedade e o sistema, remontando talvez ao ensinamento de Potyara Ferreira (2011, p. 63) que nos traz o exemplo de que na idade média, os pobres incapazes ou capazes para o trabalho deveriam trabalhar para manter sua subsistência caso desejassem permanecer alojados nas Casas dos Pobres.

Concluindo o estudo sobre a perícia médica, passa-se a seguir ao estudo da formação humanista dos médicos, ou da falta desta formação como já identificado por alguns estudiosos.

3.2 A FALTA DE FORMAÇÃO HUMANISTA DOS MÉDICOS NO BRASIL

A falta de formação humanista nas escolas de medicina brasileira é uma questão já levantada por alguns pesquisadores. Na visão comum, considera-se imprescindível para a profissão médica, o conhecimento do outro, do ser humano, ou dentro da filosofia religiosa, o próximo. Como atender pessoas, sem conhecê-las e compreendê-las em suas necessidades e dificuldades. No entanto, esta não é a realidade que encontramos hodiernamente. A nossa volta, pululam relatos de pacientes que sofreram algum tipo de constrangimento por parte dos profissionais médicos que lhes atendem no SUS e principalmente nas perícias médicas administrativas.

Passando a uma retrospectiva da história da medicina, verifica-se que no passado praticava-se a medicina das espécies, com foco no atendimento do sujeito, o médico fazia a visita em sua casa, observava sua situação e de seus familiares e prescrevia o atendimento mais adequado para aquele caso. Após o século XIX, houve o estabelecimento da medicina classificatória que desconstituiu o indivíduo como paciente e o constituiu como mero portador de um fato patológico.

... a Medicina das espécies empenhava-se em uma atenção ao sujeito, buscando auscultar sua história e sua percepção acerca do que lhe ocorria. Era comprometida com a construção de um vínculo, que incluía também a família, médico e paciente, implicados em uma proximidade crescente à medida que os cuidados eram dispensados [...]. Com o advento da Medicina classificatória, novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais destituíram o paciente da sua condição de sujeito. Para conhecer a “verdade do fato patológico”, o médico abstraía o sujeito, pois sua disposição, temperamento, fala e modos de vida poderiam perturbar a identificação da doença segundo o desenho nosográfico daquela época. O papel dessa lógica era neutralizar essas perturbações, manter a subjetividade distante para que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico [...]. Na consulta, “colhem-se apenas dados” que podem conduzir ao diagnóstico de uma doença que se torna mais importante que o próprio sujeito. (MELO; BRANT, 2005, p. 17)

Bim e Murofose (2014, p. 347) também apontam em seu estudo 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, segundo as autoras,

...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.

Para compreender melhor qual era a formação que os acadêmicos de medicina recebiam, buscou-se na biblioteca de medicina da Universidade Federal de Rio Grande, quais os livros que trabalhavam a perícia previdenciária. Qual não foi a surpresa ao constatar-se que o único livro que versava sobre o assunto indicava dentre outros, a análise de órgãos, suas respectivas doenças e manifestação. Sobre a perícia previdenciária, apenas um parágrafo indicando que o perito é servidor do INSS e deve cumprir sua tarefa em dependência apropriada, senão vejamos:

A perícia previdenciária visa avaliar a capacidade laborativa do segurado, servindo de base às instruções dos processos de benefício.

Aqui os peritos oficiais são servidores do INSS dedicados à tarefa, que cumprem, em regra, em dependências apropriadas da repartição, durante o expediente externo normal. (ALCÂNTARA, 2014, p. 14)

Buscando avaliar melhor a questão da formação humanista nas escolas de medicina brasileiras, realizou-se uma pesquisa exploratória, para identificar quais escolas de medicina trabalham com o conceito humanista em seu currículo e qual a frequência com que as disciplinas humanistas são ministradas. Primeiramente foram identificados os cursos de medicina no Brasil. Através do sítio eletrônico “Escolas Médicas do Brasil” constatou-se no início da pesquisa que haviam 257² cursos cadastrados no país dentre escolas públicas e privadas. Em um breve estudo comparativo³, o Brasil possui dentre cursos públicos e privados: 44 Faculdades de Medicina em São Paulo, 39 Faculdades de Medicina em Minas Gerais, 19 Faculdades de Medicina no Rio de Janeiro, 15 Faculdades de Medicina na Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná, 11 Faculdades de Medicina em Santa Catarina, 09 Faculdades de Medicina em Goiás, Paraíba e em Pernambuco, 08 Faculdades de Medicina no Ceará, 06 Faculdades de Medicina no Pará e em Mato Grosso, 05 Faculdades de Medicina em Alagoas, Maranhão, Tocantins, Espírito Santo, Distrito Federal e Piauí, 04 Faculdades de Medicina no Rio Grande do Norte, Rondônia e Mato Grosso do Sul, 03 Faculdades de Medicina em Sergipe e Amapá, 02 Faculdades de Medicina no Acre e 01 Faculdade de Medicina em Roraima e no Amapá. Por tratar-se de número elevado para avaliação constatou-se a necessidade de utilização de um critério que reduzisse o número de escolas a terem seus currículos analisados, por fim, optou-se por uma seleção que indicasse os 100 melhores cursos de medicina do país.

² Levantamento realizado em 02 de agosto de 2015

³ Segundo o sítio eletrônico Escolas Médicas do Brasil, consultado em 02 de agosto de 2015.

A definição dos cursos que participariam da amostragem baseou-se no Ranking Universitário da Folha, que em seu sítio eletrônico coloca à disposição dos internautas informações sobre os diversos cursos acadêmicos. Baseado no “RUF 2014⁴”, foram selecionadas as 100 melhores escolas de medicina brasileiras no critério “Ranking Mercado + Ensino”. Após, as escolas foram divididas por Estado e seus currículos analisados individualmente nos quesitos: a) Carga Horária Total do Curso; b) Carga horária de disciplinas propedêuticas humanas obrigatórias e optativas; c) Relação das disciplinas propedêuticas humanas obrigatórias e optativas e sua carga horária individual. (SOTTILI; COSTA, 2016, p. 08).

Na triagem de verificação dos cursos que se enquadrassem no objeto da pesquisa, três Estados foram excluídos por não possuírem curso de Medicina Público ou Privado que se enquadrasse entre os 100 melhores, são eles: Amapá, Roraima e Tocantins.

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.

Após estas considerações, passa-se a expor a análise dos currículos dos cursos de medicina brasileiros por Estado, indicando após cada Estado o número da Tabela correspondente. Para melhor visualizar a ocorrência das disciplinas propedêuticas humanas nos currículos das escolas médicas, as análises serão aferidas com base na porcentagem de sua carga horária em relação a carga horária total do curso. Serão analisados os currículos dos cursos de Medicina Públicos e Privados dos seguintes Estados: Acre (01), Alagoas (02), Amazonas (03), Bahia (04), Ceará (05), Distrito Federal (06), Espírito Santo (07), Goiás (08), Maranhão (09), Minas Gerais (10), Mato Grosso do Sul (11), Mato Grosso (12), Pará (13), Paraíba, (14), Pernambuco, (15), Piauí (16), Paraná (17), Rio de Janeiro (18), Rio Grande do Norte

⁴ O Ranking utilizado baseou-se em informações colhidas sobre os cursos em 2014.

(19), Rondônia (20), Rio Grande do Sul (21), Santa Catarina (22), Sergipe (23) e São Paulo (24). Os currículos dos cursos analisados foram pesquisados em mais de um canal de veiculação, sendo dada a preferência aos currículos disponíveis no sítio eletrônico “Escolas Médicas do Brasil”, os currículos não disponíveis no sítio Escolas Médicas foram procurados individualmente em seus respectivos sítios eletrônicos.

O Acre conta com apenas um curso analisado, o curso de Medicina da Universidade Federal do Acre – UFAC – encontra-se na 99ª posição no ranking brasileiro geral, possuindo 90h de carga propedêutica humana em um curso com carga horária total de 8.655h, totalizando cerca de 1,04% da carga horária total do curso.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
99	Universidade Federal do Acre (UFAC)	8.655 h	Obrigatória 90 h	Obrigatórias: *Sem. de Hum. Antrop. Filos. 45h *Sem. de Hum. Epistemologia 45h

Tabela 01 - Acre Fonte: organizado pela autora.

O Estado de Alagoas conta com apenas um de seus cinco cursos cadastrados no levantamento, o curso de Medicina da Universidade Federal do Alagoas enquadra-se na 53ª posição geral e possui como disciplina obrigatória “Ética e Relações Psicossociais” – que entendemos enquadrar-se como disciplina possível de trabalhar as relações de sociabilidade e como disciplina eletiva o destaque para a “Introdução à Acupuntura” por se tratar de prática holística que trabalha mente e corpo. Mesmo juntando a carga horária da disciplina obrigatória e das eletivas, o percentual de disciplinas consideradas como propedêuticas humanas é de 2,11% da carga horária total do curso.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
53	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	9.188h	Obrigatória 120 h Eletiva 74h	Obrigatórias: *Ética e Relações Psicossociais 120h Eletivas: *Introdução à acupuntura 34h *História da Medicina 40h

Tabela 02 – Alagoas Fonte: organizado pela autora.

O Amazonas conta com dois de seus três cursos cadastrados dentre os 100 melhores cursos de medicina brasileiros. O curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas se encontra em 13º lugar no ranking geral e possui cerca de 1,85% de disciplinas propedêuticas humanas. Observa-se que as disciplinas que se enquadram são optativas, dependendo do aluno optar por elas. Já o curso de medicina da Universidade do Estado do Amazonas, classificado na 40ª posição, possui 1,23% da carga horária de seu curso composta de disciplinas propedêuticas humanas obrigatórias.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
13	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	8.125h	Optativa 150 h	Optativas: *Psicossomática 60h *Psicologia Médica 60h *História da Medicina 30h
40	Universidade do Estado do Amazonas (UEA)	9.765h	Obrigatória 120 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 60h *Introdução à Medicina e História da Medicina 60h

Tabela 03 – Amazonas Fonte: organizado pela autora.

Apenas quatro das quinze escolas de medicina baianas entraram para o ranking. A Universidade Federal da Bahia está entre as 30 melhores colocadas e possui 2,09% do percentual de carga horária total comprometido com disciplinas propedêuticas humanas. Já a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, classificada na 58ª posição geral, possui singelos 0,34% do total de sua carga horária de aulas comprometidos com disciplina propedêutica humana. A Universidade Salvador classificada na 67ª posição não possui quaisquer disciplinas consideradas como propedêuticas humanas em seu currículo e a Universidade do Estado da Bahia, classificada na 90ª posição não disponibiliza em seu sítio eletrônico seu currículo ou projeto político pedagógico, razão pela qual não foi possível avaliá-la.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
30	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	8.957h	Obrigatória 187 h	Obrigatórias: *Ética e Conhecimento Humanístico 187h

58	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)	7.678h	Obrigatória 26h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 26h
67	Universidade Salvador (UNIFACS)	7.200h	Não possui disciplina propedêutica humana	
90	Universidade do Estado da Bahia (UNEB)	Não informado a carga horária	Não disponibilizado currículo para avaliação	

Tabela 04 – Bahia Fonte: organizado pela autora.

O Ceará conta com quatro cursos selecionados para fazerem parte da pesquisa. A Universidade Estadual do Ceará, classificada em 17º lugar possui uma disciplina obrigatória, mas não informa qual a carga horária individual de suas disciplinas curriculares, razão pela qual não foi possível aferir a porcentagem que esta disciplina representa em relação a carga horária total do curso. A Universidade Federal do Ceará está classificada em 23º lugar e possui um total de 2,34% de sua carga horária total em disciplinas propedêuticas humanas. Em sentido contrário, a Universidade de Fortaleza, classificada em 41º lugar no ranking geral e o Centro Universitário Christus, classificado no 95º lugar além de não possuírem disciplina propedêutica humana em suas bases curriculares, também não disponibilizam o total de carga horária de seus respectivos cursos.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
17	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	6.984h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Psicologia Médica
23	Universidade Federal do Ceará (UFC)	9.080h	Obrigatória 212 h	Obrigatórias: *Evolução Histórica, Científica e Ética da Medicina - 68h *Psicologia do Desenvolvimento Humano - 72h *Psicologia Médica - 72h
41	Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana	

95	Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana
----	---	-------------------------------	---

Tabela 05 – Ceará Fonte: organizado pela autora.

O Distrito Federal possui dois cursos enquadrados na pesquisa, a Universidade de Brasília, classificada em 8º lugar, possui contabilizando disciplinas obrigatórias e optativas um total de 1,2% da carga horária do curso comprometida com disciplinas propedêuticas humanas. Se desconsideradas as disciplinas optativas, o percentual cai para 0,8% do total do curso. A Escola Superior de Ciências da Saúde não possui quaisquer disciplinas consideradas propedêuticas humanas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
8	Universidade de Brasília (UNB)	7.500h	Obrigatória 60 h Optativa 90 h	Obrigatórias: *Psicologia Aplicada à Saúde - 60h / Optativas: *História da Medicina - 30h *Introdução à Filosofia - 60h *
96	Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)	11.570h	Não possui disciplina propedêutica humana	

Tabela 06 – Distrito Federal Fonte: organizado pela autora.

São dois os cursos de medicina do Espírito Santo que ingressaram na pesquisa. A Universidade Federal do Espírito Santo, classificada em 27º lugar não possui disciplina humanista. A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória possui cerca de 0,75% de sua carga horária total comprometida com disciplina propedêutica humana.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
27	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	8.205h	Não possui disciplina propedêutica humana	
39	Escola Superior de Ciências da Santa	8.090h	Obrigatória 60 h	Obrigatória: *Psicologia Médica 60h *

	Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)			
--	---	--	--	--

Tabela 07 – Espírito Santo Fonte: organizado pela autora.

O Estado de Goiás possui dois cursos selecionados para a pesquisa. A Universidade Federal de Goiás, classificada em 22º lugar no ranking geral possui 0,82% de seu currículo comprometido com disciplina humanista. A Pontifícia Universidade Católica de Goiás possui disciplinas que se enquadram como propedêuticas humanistas, todavia, a Universidade não informa a carga horária individual das disciplinas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
22	Universidade Federal de Goiás (UFG)	9.806h	Obrigatória 80 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 80h
50	Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIÁS)	8.070h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Desenvolvimento dos Aspectos Biopsicossociais na Formação Médica *Ciências Sociais e da Vida *Teologia e Ciências da Vida *Psicologia e Ciência da Vida

Tabela 08 – Goiás Fonte: organizado pela autora.

As duas Universidades do Estado do Maranhão que foram selecionadas para a pesquisa não possuem disciplina propedêutica humana em suas bases curriculares, são elas: A Universidade do Ceuma, classificada em 94º lugar no ranking geral, e a Universidade Federal do Maranhão, classificada em 87º lugar. Esta última possui cursos de medicina em três cidades: Pinheiro, São Luís e Imperatriz. Não foram localizados no sítio eletrônico o currículo disciplinar ou projeto político pedagógico dos cursos de São Luís e Imperatriz, não sendo possível aferir se nestes outros campi são ministradas disciplinas propedêuticas humanas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
-------------------	------	---------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

87	Universidade Federal do Maranhão (UFMA) (São Luís e Imperatriz não disponíveis)	8.050h	Não possui disciplina propedêutica humana
94	Universidade do Ceuma (UNICEUMA)	7.260h	Não possui disciplina propedêutica humana

Tabela 09 – Maranhão Fonte: organizado pela autora.

Minas Gerais é o segundo maior Estado em número de escolas de medicina, perdendo apenas para o Estado de São Paulo. Das 39 escolas, 11 encontram-se na presente pesquisa. A Universidade Federal de Minas Gerais está classificada em 5º lugar no ranking geral e possui cerca de 1,46% de sua carga horária total em disciplinas propedêuticas. A Universidade Federal de Uberlândia classificada em 12º lugar no ranking nacional não possui disciplina propedêutica humana. A Universidade Federal do Triângulo Mineiro, classificada em 14º lugar, possui 1,22% de sua carga horária total em disciplinas propedêuticas, considerando disciplinas obrigatórias e eletivas. A Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, classificada em 47º lugar, compromete 2,21% de seu curso total com disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Presidente Antônio Carlos, classificada em 49º lugar possui 0,88% de sua carga horária total em disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Federal de Juiz de Fora, classificada em 52º lugar, possui 1,38% de seu currículo comprometido com disciplinas propedêuticas humanas. A Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, classificada em 54º lugar possui disciplinas propedêuticas humanas mas não informa a carga horária total e individual do curso. A Universidade Federal de Ouro Preto, classificada em 57º lugar, Universidade José do Rosário Vellano, classificada em 71º lugar e a Universidade Federal de Viçosa classificada em 84º lugar não possuem disciplina propedêutica humana. A Universidade Federal de São João Del Rei, classificada na 100ª posição do ranking nacional se destaca por possuir 6,3% de seu currículo acadêmico comprometido com disciplinas humanistas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
5	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	6.170h	Obrigatória 90 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 60h *Psicologia Médica Aplicada 30h

12	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	8.460h	Não possui disciplina propedêutica humana	
14	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	8.625h	Obrigatória 75 h Eletiva 30 h	Obrigatórias: *Psicologia 75h / Eletiva: *Ética e Humanização 30h
47	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)	7.342h	Obrigatória 162 h	Obrigatórias: *Antropologia Social 54h *História da Medicina 36h *Psicologia Médica 72h
49	Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC)	9.140h	Obrigatória 80 h	Obrigatórias: *Antropologia e Sociologia Aplicada à Saúde 40h *Psicologia Médica 40h
52	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	7.625h	Obrigatória 105 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 75h *Antropologia Médica 30h
54	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS)	Não informado a carga horária	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Filosofia: Razão e Modernidade *Filosofia: Antropologia e Ética *Psicologia aplicada à relação médico-paciente
57	Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)	7.272h	Não possui disciplina propedêutica humana	
71	Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)	5.664h + internato	Não possui disciplina propedêutica humana	
84	Universidade Federal de Viçosa (UFV)	8.130h	Não possui disciplina propedêutica humana	
100	Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ)	6.802h	Obrigatória 428 h	Obrigatórias: *Bases Psicossociais da Prática Médica 428h

Tabela 10 – Minas Gerais Fonte: organizado pela autora.

As três universidades de Mato Grosso do Sul que foram analisadas não possuem disciplina humanista, são elas: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, classificada no ranking geral na 28ª posição, a Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, classificada na 60ª posição e a Universidade Anhanguera, classificada na 64ª posição.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
28	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	8.653h		Não possui disciplina propedêutica humana
60	Fundação Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	9.492h		Não possui disciplina propedêutica humana
64	Universidade Anhanguera (UNIDERP)	7.920h		Não possui disciplina propedêutica humana

Tabela 11 – Mato Grosso do Sul Fonte: organizado pela autora.

A Universidade Federal de Mato Grosso, classificada em 21º lugar possui cerca de 0,69% de disciplinas propedêuticas humanas em seu currículo. A Universidade de Cuiabá, classificada em 76º lugar, possui 2,55% de disciplinas humanistas em sua base curricular. A Universidade do Estado de Mato Grosso, classificada em 89º lugar não pode ser avaliada tendo em vista a não disponibilização de seu currículo em meio eletrônico.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
21	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	8.822h	Obrigatória 60 h	Obrigatórias: *Antropologia da Saúde 60h
76	Universidade de Cuiabá (UNIC / PITÁGORAS)	8.640h	Obrigatória 220 h	Obrigatórias: *Humanidades 120h *Psicologia Aplicada à Saúde 40h *Psicologia Médica 60h
89	Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)	Não informado a carga horária		Não disponibilizado currículo para avaliação

Tabela 12 – Mato Grosso Fonte: organizado pela autora.

Apenas uma das seis universidades paraenses participa da pesquisa. A Universidade Federal do Pará, classificada em 36º lugar no ranking nacional possui 2,68% de seu curso em disciplinas propedêuticas humanas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
36	Universidade Federal do Pará (UFPA)	8.980h	Obrigatória 240 h	Obrigatórias: *Antropologia Médica 80h *Psicologia Médica 160h *

Tabela 13 – Pará Fonte: organizado pela autora.

Das nove escolas de medicina da Paraíba, apenas duas enquadraram-se na pesquisa. A Universidade Federal da Paraíba, classificada em 31º lugar no ranking nacional possui o equivalente a 0,96% de seu currículo em disciplina humanista. A Faculdade de Medicina Nova Esperança, classificada em 88º lugar não informa a carga horária total de seu curso e tampouco possui disciplina propedêutica humana.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
31	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	9.440h	Obrigatória 90 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 90h
88	Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana	

Tabela 14 – Paraíba Fonte: organizado pela autora.

Três das nove escolas de medicina de Pernambuco participam da presente pesquisa. A Universidade de Pernambuco, classificada no ranking nacional em 11º lugar indica em seu currículo que possui um “Eixo de Desenvolvimento Humanístico”, o qual engloba algumas disciplinas humanistas ou propedêuticas humanas, como sociologia, antropologia e psicologia, mas em sua maioria as disciplinas que compõem este “eixo” não pertencem ao grupo de disciplinas que se enquadram como humanistas. Não é possível analisar o peso da carga horária destas disciplinas frente ao conjunto total de horas do curso por não ser indicado no currículo o número de horas individual de cada disciplina ministrada. A Universidade Federal de Pernambuco, classificada em 26º lugar no ranking nacional e a Faculdade Pernambucana de Saúde, classificada em 59º lugar, não possuem disciplina propedêutica humana em seus currículos.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
11	Universidade de Pernambuco (UPE)	10.173h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Eixo de Desenvolvimento Humanístico (Ética, Apoio psico-pedagógico, Farmacologia, Sexualidade, Tóxicos, Deontologia, cremepe, sindicato, História da medicina, ética, sociologia, antropologia, Epidemiologia, bioquímica, farmaco/farmacodinâmica, ginecologia, geriatria preventiva, puericultura, pediatria, psicologia, psiquiatria, sexualidade. medicina legal, Casos clínicos em todos os aspectos éticos, multidisciplinares e multiprofissionais participantes da atenção integral ao doente). Apenas algumas disciplinas pertencem à propedêutica humana
26	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	8.400h	Não possui disciplina propedêutica humana	
59	Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)	8.710h	Não possui disciplina propedêutica humana	

Tabela 15 – Pernambuco Fonte: organizado pela autora.

Piauí tem duas escolas de medicina que se enquadram na pesquisa presente. A Universidade Estadual do Piauí, classificada em 83º lugar no ranking nacional, possui o equivalente a 1,1% de seu quadro de horas geral em disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Federal do Piauí, classificada na 86ª posição, possui 0,66% de sua carga horária total comprometida com disciplinas humanistas, se considerada apenas a disciplina obrigatória. Considerando-se as

optativas, o curso passa a contar com 2,37% de seu currículo em disciplinas humanistas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
83	Universidade Estadual do Piauí (UESPI)	13.630h	Obrigatória 150 h	Obrigatórias: *Evolução do pens. e da pratica medica 30h *Psicologia medica e social 60h *Bases Humanísticas Da Medicina 30h *Filosofia Medica 30h
86	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	9.105h	Obrigatória 60 h Optativa 155 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 60h / Optativas: *História da Medicina 45h *Elem. de Antropologia Cultural 60h *Tópicos em Sociologia da Saúde 60h *

Tabela 16 – Piauí Fonte: organizado pela autora.

Das quinze escolas paranaenses, oito tiveram seus currículos analisados. A Universidade Federal do Paraná, classificada no ranking nacional em 10º lugar e a Universidade Estadual de Londrina, classificada em 15º lugar não possuem disciplina propedêutica humanista em seus currículos. A Universidade Estadual de Maringá, classificada em 24º possui 0,77% de seu currículo em disciplina propedêutica humanista. A Pontifícia Universidade Católica do Paraná, classificada em 42º lugar, possui 1,4% de seu currículo comprometido com disciplinas humanistas. A Universidade Positivo, classificada na 61ª posição possui 1,47% de seu currículo comprometido com disciplinas humanistas se consideradas as disciplinas obrigatórias e optativas, do contrário, cai para 0,98% o percentual de disciplinas propedêuticas humanistas. A Faculdade Evangélica do Paraná, classificada na 75ª posição do ranking nacional possui disciplinas humanistas, mas não informa a carga horária individual, inviabilizando aferir o grau de comprometimento do curso com disciplinas humanizadoras. A Centro Universitário de Maringá, classificado em 91º lugar no ranking, possui disciplinas humanistas, mas também não indica sua carga horária individual ou total, impedindo que seja melhor avaliado. O percentual de disciplinas

propedêuticas humanas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, classificada na 92ª posição nacional, é de 1,15%.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
10	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	7.150h	Não possui disciplina propedêutica humana	
15	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	8.704h	Não possui disciplina propedêutica humana	
24	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	8.872h	Obrigatória 68 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 68h
42	Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)	9.000h	Obrigatória 126 h	Obrigatórias: *Filosofia – 72h *Processos do Cuidar e o Médico – 54h
61	Universidade Positivo (UP)	8.180h	Obrigatória 80 h Optativa 40 h	Obrigatórias: *Ciências Sociais e Saúde 80h / Optativas: *Humanidades 40h
75	Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)	8.382h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Teologia em Saúde *História e Humanização da Medicina *Psicologia
91	Centro Universitário de Maringá (CESUMAR)	Não informado a carga horária	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Ética e Filosofia *Formação Sociocultural e Ética
92	Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)	8.913h	Obrigatória 102 h	Obrigatórias: *Introdução à Medicina 34h *Psicologia Médica 68h

Tabela 17 - Paraná Fonte: organizado pela autora.

O Rio de Janeiro tem nove escolas de medicina participando da pesquisa. A Universidade Federal do Rio de Janeiro, classificada em 3º lugar no ranking nacional tem um percentual de 1,05% de seu currículo comprometido com disciplinas humanistas, se consideradas as disciplinas optativas, o percentual de disciplinas humanistas sobe para 3,13%. A Universidade Federal Fluminense, classificada na 16ª posição, possui singelos 0,66% da carga horária total comprometida com disciplinas humanistas. A Universidade do Estado do Rio de

Janeiro, classificada na 20ª posição nacional, possui disciplina humanista mas não informa a carga horária individual para fins de equiparação. A Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy, classificada na 38ª posição não possui disciplina propedêutica humana. A Faculdade de Medicina de Petrópolis, classificada na 43ª posição possui disciplina humanista mas não indica a carga horária individual, impossibilitando a análise completa. O mesmo ocorre com o curso de medicina da Universidade Estácio de Sá, classificada em 45º lugar no ranking nacional. A Universidade Iguazu, classificada em 69º lugar possui 1,93% de seu currículo comprometido com disciplinas propedêuticas humanas. O Centro Universitário de Volta Redonda, classificado em 79º lugar, possui 1,96% de disciplinas propedêuticas humanas em seu currículo acadêmico. A Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, classificada em 81º lugar, possui 0,72% de seu curso total em disciplinas humanistas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
3	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) RJ	7.200h	Obrigatória 75 h Optativa 150 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 75h / Optativas: *Sociologia da Ciência A. 30h *Historia da Medicina 60h *Intr. a Antropologia Biologica 60h
16	Universidade Federal Fluminense (UFF)	9.135h	Obrigatória 60 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 60h
20	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	9.759h	não informa a carga horária individual	Obrigatória: *Psicologia Médica
38	Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO)	8.780h	Não possui disciplina propedêutica humana	
43	Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP)	7.900h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Psicologia Médica

45	Universidade Estácio de Sá (UNESA)	Não informado a carga horária	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Filosofia Médica Mínima *Antropologia Médica Mínima *Psicologia Médica Mínima
69	Universidade Iguazu (UNIG)	9.360h	Obrigatória 180 h	Obrigatórias: *Fundamentos Sócio- Antrop. Aplic. à Saúde 120h*Psicologia Médica 40h
79	Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA)	9.228h	Obrigatória 180 h	Obrigatórias: *Bases Humanistas Da Medicina 40h *Psicologia Médica 120h
81	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	8.355h	Obrigatória 60 h	Obrigatórias: *Psicologia 60h

Tabela 18 – Rio de Janeiro Fonte: organizado pela autora.

O Rio Grande do Norte possui apenas um curso participante da pesquisa. O curso da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, classificada em 77ª posição no ranking nacional, sobressai em relação a grande maioria dos cursos até o presente analisados pois embora o percentual de disciplinas propedêuticas humanas obrigatórias seja de 0,9% do total do curso, somadas as disciplinas optativas que possuem carga horária total de até 600h de seu curso, o percentual de disciplinas humanistas passa a ser de 8,1% do total do curso.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
--------------------------	-------------	----------------------------	--	--

77	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	8.340h	Obrigatória 75 h Optativa 600 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 75h /Optativas: *Introdução à Sociologia 60h *Introdução às Ciências Sociais 60h *Introdução à Antropologia 60h *Antropologia I 60h *Filosofia I 60h *Sociologia I 60h *Sociologia da Saúde 60h *Antropologia II 60h *Sociologia Urbana II 60h *Antropologia e o Estudo da Cultura 60h *Sociologia Rural I 60h *História do Rio Grande do Norte I 60h *Estudo de Sociedades Complexas 60h *Antropologia Urbana 60h *História do Rio Grande do Norte II 60h *Antropologia Médica 60h
----	--	--------	--	--

Tabela 19 – Rio Grande do Norte Fonte: organizado pela autora.

O Estado de Rondônia possui apenas uma escola de medicina participando da pesquisa. O curso da Fundação Universidade Federal de Rondônia, classificado em 97º lugar no ranking nacional possui 1,86% de seu currículo comprometido com disciplinas propedêuticas humanas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
97	Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	8.640h	Obrigatória 160 h	Obrigatórias: *Sociologia 60h *Antropologia Médica 60h *Psicologia Médica 40h

Tabela 20 – Rondônia Fonte: organizado pela autora.

O Rio Grande do Sul possui oito escolas de medicina participantes da pesquisa. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, classificada em 6º lugar no ranking nacional possui 1% de seu currículo comprometido com disciplinas humanistas obrigatórias, somando-se as disciplinas optativas, o percentual sobe para 2,13%. A Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, classificada em 25º lugar possui 1,31% de seu currículo em disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Federal de Santa Maria, classificada na 29ª posição possui 1,13% de seu currículo em disciplinas humanistas. A Universidade Federal de Pelotas, classificada em 32º lugar, compromete 4,64% de seu curso em disciplinas humanistas. A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, classificada na 35ª posição, possui 1,47% de seu curso comprometido com disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Católica de Pelotas, classificada em 62º lugar possui 2,64% de seu curso em disciplinas humanistas. A Universidade de Caxias do Sul, classificada em 68º lugar e a Universidade Federal do Rio Grande, classificada na 82ª posição, não possuem disciplina propedêutica humana.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
6	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	10.572h	Obrigatória 105 h Optativa 120 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 105h Optativas: *Cultura Brasileira 60h *Evolução do Pensamento Científico 60h
25	Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	9.227h	Obrigatória 120 h	Obrigatórias: *Medicina e Comunidade 60h *Psicologia Médica 60h
29	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	6.645h	Obrigatória 75 h	Obrigatórias: *História da Medicina 30h *Relação Médico-Paciente 45h
32	Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)	8.443h	Obrigatória 391 h	Obrigatórias: *Introdução à Medicina 85h *Psicologia Médica 306h

35	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)	8.190h	Obrigatória 120 h	Obrigatórias: *Filosofia e Bioética 60h *Humanismo e Cultura Religiosa 60h
62	Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)	7.760h	Obrigatória 204 h	Obrigatórias: *Antropologia Médica 68h *Fundamentos de Psicologia 34h *Teologia e Saúde 68h *Psicologia Médica 34h
68	Universidade de Caxias do Sul (UCS)	9.090h	Não possui disciplina propedêutica humana	
82	Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	9.486h	Não possui disciplina propedêutica humana	

Tabela 21 – Rio Grande do Sul Fonte: organizado pela autora.

Santa Catarina possui apenas três escolas de medicina participando da pesquisa. A Universidade Federal de Santa Catarina, classificada em 19º lugar no ranking nacional é de longe a escola mais comprometida com as práticas humanistas. O percentual de disciplinas propedêuticas humanas é de 10,18%, o mais elevado do país. Na Universidade do Vale do Itajaí, classificada na 70ª posição, a carga horária de disciplinas humanistas corresponde a 1,63% do total de seu currículo. A Universidade do Sul de Santa Catarina, classificada em 74º lugar reserva 1,01% de seu curso para disciplinas humanistas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
19	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	9.900h	Obrigatória 1.008 h	"Fase I: *Inserção do estudante de medicina na comunidade universitária e no sistema de saúde. Introdução ao estudo bio-psico-social do processo saúde-doença e sua relação com a família e comunidade. Organização comunitária, organização dos serviços de saúde.

				<p>Fundamentação teórica dos aspectos morfofuncionais do ser humano, necessários às ações básicas de saúde. Metodologia da Pesquisa. História da Medicina. 504h *Fase II *Estudo integrado dos aspectos bio-psico-sociais, morfofuncionais, promoção da saúde e prevenção da doença. Correlação morfofuncional clínica do corpo humano. Fundamentação teórica e prática dos aspectos morfofuncionais do ser humano necessários às ações básicas de saúde. Caracterização bio-psicosocial do ser humano saudável. Epidemiologia descritiva. Indicadores sócio-econômicos e de saúde, Datasus, Epi data 504h</p>
70	Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)	8.250h	Obrigatória 135 h	<p>Obrigatórias: *Sociologia 30h Antropologia 30h *História da Medicina 15h *Psicologia Médica 60h</p>
74	Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)	8.880h	Obrigatória 90 h	<p>Obrigatórias: Sociologia 30h *Filosofia 30h *Psicologia Médica 30h</p>

Tabela 22 – Santa Catarina Fonte: organizado pela autora.

O Sergipe conta com um dos cursos de menor proporção em disciplinas propedêuticas humanas, a Universidade Federal de Sergipe, classificada em 51º lugar no ranking nacional possui meros 0,29% de seu currículo acadêmico comprometido com disciplinas humanistas.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
51	Universidade Federal de Sergipe (UFS)	10.456h	Obrigatória 30 h	Obrigatórias: *História da Medicina 30h

Tabela 23 – Sergipe Fonte: organizado pela autora.

O Estado de São Paulo conta com o maior número de cursos participantes da pesquisa, são 24 escolas de medicina qualificadas para participação na pesquisa. A Universidade de São Paulo, classificada em 1º lugar no ranking nacional, possui 1,21% de seu curso comprometido com disciplinas propedêuticas humanas. A Universidade Federal de São Paulo, classificada em 2º lugar possui 0,68% de seu curso comprometido com disciplinas humanistas. A Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, classificada em 7º lugar possui 0,6% de seu curso em disciplinas propedêuticas humanistas. A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo, classificada em 9º lugar, possui 2,23% de seu curso em disciplinas humanistas. A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, na 18ª posição, tem 1,31% de seu curso em disciplinas propedêuticas humanas. O Centro Universitário São Camilo, classificado em 46º lugar, possui um total de 0,76% de seu curso em disciplina propedêutica humana. A Universidade São Francisco, classificada na 48ª posição, possui 0,89% de seu currículo em disciplina humanista. A Faculdade de Medicina de Jundiaí, classificada na posição 55ª, tem o percentual de 2,48% de disciplinas propedêuticas humanas em seu curso. A Pontifícia Universidade Católica de Campinas, classificada na 66ª posição tem 2,34% de seu curso em disciplinas humanistas. O Centro Universitário de Araraquara, classificado em 73º lugar, tem percentual de 1,52% de seu curso em disciplinas humanistas, observa-se, no entanto, que o percentual real será inferior ao número levantado em razão de não indicar em seu currículo o período total do curso.

Os cursos de medicina da Universidade Anhembi Morumbi, classificada em 65º lugar, da Faculdade Ceres, classificada na 85ª posição e da Faculdade de

Medicina do Abc, classificada em 98º lugar, possuem disciplinas propedêuticas humanas, todavia não informam a carga horária individual das disciplinas, não sendo possível aferir a representatividade destas perante o curso.

Os cursos de medicina da Universidade Nove de Julho, classificada em 37º lugar, da União Das Faculdades dos Grandes Lagos, classificado em 80º lugar e da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata, classificado na posição 93ª, não disponibilizam seus currículos em seu respectivo sítio eletrônico, inviabilizando a análise curricular destas escolas de medicina.

As escolas de medicina da Universidade Estadual de Campinas, classificada em 4º lugar, da Faculdade de Medicina de Marília, classificada em 33º lugar e a Universidade Cidade de São Paulo, classificada em 44º lugar, da Universidade Federal de São Carlos, classificada em 56º lugar, da Universidade de Taubaté, classificada em 63º lugar, da Universidade do Oeste Paulista, classificada na 72ª posição e do Centro Universitário de Votuporanga, classificado na 78ª posição, não possuem disciplina propedêutica humana.

Rank Merc. + Ens.	Nome	Carga Horária Total	Carga Horária Propedêutica Humana	Disciplinas Propedêuticas Humanas
1	Universidade de São Paulo (USP)	11.100h	Obrigatória 135 h	Obrigatórias: *Bases Humanísticas da Medicina I 30h *Bases Humanísticas da Medicina II 45h *Psicologia Médica 60h
2	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	10.029h	Obrigatória 68 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 36h *Sociologia Médica 32h
4	Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana	
7	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	9.854h	Obrigatória 60 h	Obrigatórias: *Psicologia do Desenvolvimento 60h
9	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo (FCMSCSP)	9.845h	Obrigatória 220 h	Obrigatórias: *História da Medicina 40h *Psicologia Médica 180h

18	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)	9.247h	Obrigatória 122 h	Obrigatórias: *História da Medicina 28h *Psicologia Médica 94h
33	Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana	
34	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)	8.300h	Não possui disciplina propedêutica humana	
37	Universidade Nove de Julho (UNINOVE)	Não informado a carga horária	Não disponibilizado currículo para avaliação	
44	Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)	Não informado a carga horária	Não possui disciplina propedêutica humana	
46	Centro Universitário São Camilo (SAO CAMILO)	10.400h	Obrigatória 80 h	Obrigatórias: *Psicologia Médica 80h
48	Universidade São Francisco (USF)	7.600h	Obrigatória 68 h	Obrigatórias: *Estudo Do Homem Contemporâneo 68h
55	Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)	10.944h	Obrigatória 272 h	Obrigatórias: *Psicologia 80h
56	Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	9.620h	Não possui disciplina propedêutica humana	
63	Universidade de Taubaté (UNITAU)	8.929h	Não possui disciplina propedêutica humana	
65	Universidade Anhembi Morumbi (UAM)	Não informado a carga horária	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Desenvolvimento humano e social
66	Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMPINAS)	7.255H	Obrigatória 170 h	Obrigatórias: *Antropologia Teológica 102h *Filosofia, Ética e Humanismo 34h
72	Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)	9.174h	Não possui disciplina propedêutica humana	
73	Centro Universitário de Araraquara (UNIARA)	5.260h + Internato	Obrigatória 80 h	Obrigatórias: *Psicologia do desenvolvimento 40h

				*Psicologia Médica 40h
78	Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV)	7.548h	Não possui disciplina propedêutica humana	
80	União Das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)	8.500h	Não disponibilizado currículo para avaliação	
85	Faculdade Ceres (FACERES)	8.500h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Sociologia Médica *Psicologia *Psicologia Médica
93	Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata (FCSB)	Não informado a carga horária	Não disponibilizado currículo para avaliação	
98	Faculdade de Medicina do Abc (FMABC)	10.740h	não informa a carga horária individual	Obrigatórias: *Psicologia Médica

Tabela 24 – São Paulo Fonte: organizado pela autora.

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 disciplinas para comparação com a carga horária do curso.

Consoante levantamento proposto, observa-se que mesmo nas escolas de medicina que possuem 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, pertencendo a menor classificação à Universidade Federal de Sergipe, com apenas 0,29% de disciplina propedêutica humana em seu currículo e a maior classificação pertencendo à Universidade Federal de Santa Catarina, com 10,18% de seu curso em disciplinas propedêuticas humanistas.

Analisados individualmente os currículos das escolas de medicina brasileiras, passa-se a seguir a discorrer acerca dos marcos referencias da perícia biopsicossocial: a CIF 2001, a Convenção de Nova Iorque e o Estatuto do Deficiente.

3.3 MARCOS REFERENCIAIS DA PERÍCIA BIOPSISSOCIAL: A CIF 2001, A CONVENÇÃO DE NOVA IORQUE E O ESTATUTO DO DEFICIENTE

Neste item serão analisadas a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência da ONU e o Estatuto do Deficiente, marcos referenciais que determinam que a perícia biopsicossocial é a mais adequada para avaliar um caso concreto e mais ainda, que esta deve ser realizada por equipe multidisciplinar.

3.3.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi lançada em 2001 com base na revisão e aprimoramento da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) publicada com caráter experimental em 1980. Trata-se de um modelo de classificação que deve ser utilizado complementarmente com o CID-10, como observa a OMS na introdução da CIF (2004, p. 7).

Como bem descrevem Farias e Buchalla,

O modelo da CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. A CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. (FARIAS; BUCHALLA, 2005)

A CIF foi construída a partir da análise de que duas pessoas com a mesma doença podem apresentar funcionalidades com diferentes níveis e duas pessoas com a mesma funcionalidade podem não ter a mesma doença. Ela se baseia

no que o indivíduo pode ou não fazer em sua vida diária e trabalha com a abordagem biopsicossocial para avaliar os diferentes níveis que possam se apresentar no caso concreto.

A CIF é classificada em duas partes, a primeira consiste nas funções e estrutura do corpo, atividades e participação; a segunda parte consiste dos fatores ambientais e pessoais. As “Funções do corpo” são “as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)”, as “Estruturas do corpo” são “partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes”, “Atividade” é “a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo”, a “Participação” é o “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real” e os “Fatores Ambientais” se referem ao “ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida”.

A CIF introduziu um novo paradigma para repensar a deficiência e a incapacidade não como consequências de uma situação de saúde ou doença, mas também relacionadas ao meio ambiente físico e social, diferenças entre culturas e atitudes em relação à deficiência e disponibilidade e acesso de serviços e legislação.

Após a publicação da CIF em 2001, novo marco surgiu para reforçar o novo paradigma de avaliação e identificação entre deficiência e funcionalidade em 2007, foi a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. É o que será tratado a seguir.

3.3.2 A CONVENÇÃO DE NOVA IORQUE

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) e seu Protocolo Facultativo foram assinados na cidade de Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Esta Convenção foi ratificada pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo no 186, de 9 de julho de 2008, e, posteriormente promulgada pelo Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009.

Esta Convenção veio ao encontro do fortalecimento daquilo que já estava previsto na CIF em relação aos direitos das pessoas com deficiência, trazendo maiores avanços no sentido de comprometer os Estados Partes signatários a cumprirem com uma série de políticas que visem a garantia dos direitos da pessoa com deficiência considerando dentre outros motivos:

a) Relembrando os princípios consagrados na Carta das Nações Unidas, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

b) Reconhecendo que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, proclamaram e concordaram que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie,

c) Reafirmando a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a necessidade de garantir que todas as pessoas com deficiência os exerçam plenamente, sem discriminação,

...

e) Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas,

...

v) Reconhecendo a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,

w) Conscientes de que a pessoa tem deveres para com outras pessoas e para com a comunidade a que pertence e que, portanto, tem a responsabilidade de esforçar-se para a promoção e a observância dos direitos reconhecidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos,

O texto deixa claro que o indivíduo pode ter sua participação plena e efetiva na sociedade melindrada quando sua deficiência interage com as mais variadas barreiras, cabendo ao Estado a promoção de medidas que auxiliem o cidadão a superar essas barreiras, proporcionando acesso à dispositivos e tecnologias assistivas, viabilidade de deslocamento tanto em áreas urbanas como em áreas rurais, acesso ao trabalho digno, a vida independente, a habilitação e recuperação baseados em avaliação multidisciplinar, padrão de vida e proteção social adequados, dentre outros.

A Convenção remete a intenção de que a pessoa com deficiência tem direito a exercer e participar ativamente de todas as funções inerentes à vida em sociedade, e cabe ao Poder Público a promoção de leis que favoreçam esta condição, estabelecendo programas de conscientização a todos sobre a importância da inclusão e, mais ainda, proporcionar os meios aos quais o deficiente necessite para sua integração, de modo a minimizar as barreiras que este possui. Estes meios incluem

inclusive o atendimento de equipe multidisciplinar na residência do indivíduo caso não lhe seja possível o deslocamento.

A Convenção trouxe ainda mais claramente o conceito de que uma pessoa deficiente não é um ser à margem da sociedade mas um indivíduo que deve ser conscientizado acerca da importância de sua participação e interação na sociedade em que vive, devendo colaborar ativamente para que sejam atendidas e respeitadas as metas e diretrizes convencionadas.

Entre as diretrizes propostas na Convenção, está a determinação de que cada Estado Parte signatário deve criar leis que viabilizem sua efetivação. Após cerca de sete anos de espera eis que entra em vigor o Estatuto do Deficiente, mais uma ferramenta para a concretização das garantias de direitos da pessoa com deficiência, o qual será abordado no próximo item.

3.3.3 O ESTATUTO DO DEFICIENTE

A Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015 institui o chamado popularmente como Estatuto do Deficiente. O texto do Estatuto baseia-se nas diretrizes apontadas na Convenção Internacional da ONU para promoção de direitos das pessoas com deficiência e deveres do Estado na promoção efetiva destes direitos. Ressalta-se que a Lei traz claramente a obrigação de uma avaliação biopsicossocial para avaliar a deficiência e que esta avaliação deverá ser acompanhada por equipe multidisciplinar, senão vejamos:

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.

Ainda, sobre o direito à habilitação, reabilitação e trabalho declara:

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.

Art. 15. O processo mencionado no art. 14 desta Lei baseia-se em avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades de cada pessoa, observadas as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico e intervenção precoces;

II - adoção de medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões;

III - atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da pessoa com deficiência;

IV - oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência;

V - prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 16. Nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação para a pessoa com deficiência, são garantidos:

I - organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa com deficiência;

II - acessibilidade em todos os ambientes e serviços;

III - tecnologia assistiva, tecnologia de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;

IV - capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços.

...

Art. 35. É finalidade primordial das políticas públicas de trabalho e emprego promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho.

Parágrafo único. Os programas de estímulo ao empreendedorismo e ao trabalho autônomo, incluídos o cooperativismo e o associativismo, devem prever a participação da pessoa com deficiência e a disponibilização de linhas de crédito, quando necessárias.

Resta claro a partir da simples leitura dos artigos colacionados de que sim, pessoa com deficiência tem direito ao trabalho e à inclusão em políticas públicas que favoreçam sua integração social, mas principalmente que cabe ao Poder Público a promoção e efetivação destas garantias. Não basta que elas estejam no papel.

Como bem demonstra o inciso IV do artigo 16, deve haver uma capacitação continuada de todos os profissionais que participem de programas e serviços que atendem aos deficientes, todavia, como amplamente demonstrado hodiernamente, falta para alguns profissionais o entendimento ôntico do ser humano. A compreensão da solidariedade que deve permear todas as relações e o entendimento de que todos têm os mesmos direitos independente de sua condição religiosa, física, mental, sexual, etária, social etc.

Em linhas gerais, tanto a CIF, quanto a Convenção de Nova Iorque, quanto o Estatuto do Deficiente deixam entreaberta a concepção de que a realização do ato pericial deve estar impregnada de uma postura epistemo-ontológica. É o que pretende-se demonstrar no próximo item.

3.4 PERÍCIA BIOPSISSOCIAL: UMA QUESTÃO EPISTEMO-ONTOLÓGICA

Para compreender melhor o motivo de referir-se a Perícia Biopsicossocial como uma questão epistemo-ontológica faz-se necessário o devido esclarecimento acerca do conceito de epistemologia e de ontologia.

Epistemologia é o ramo da filosofia que se ocupa da teoria do conhecimento. É o estudo crítico dos princípios e hipóteses das diversas ciências. Tesser (1995, p. 02), conceitua epistemologia como “o estudo metódico e reflexivo do saber, de sua organização, de sua formação, de seu desenvolvimento, de seu funcionamento e de seus produtos intelectuais. A epistemologia é o estudo do conhecimento.”

A Ontologia também guarda matriz filosófica e consiste no estudo do ser, sua natureza, realidade e significantes. Trata-se de visualizar o “ser enquanto ser”, do conhecimento do outro de como ele é e não como apresenta ser.

O uso da ontologia da/na perícia médica foi indicado pelo professor Costa (2014, p. 31-32) como necessária para que peritos e periciados compreendessem que ambos são humanos, mesmo que se encontrem em posições diferentes e tenham olhares distintos sobre a mesma ocorrência.

O problema que mais ocorre na realização das perícias como já demonstrado, trata-se da falta de percepção do perito em relação ao periciado como um ser próximo e igual. Existe uma falta de igualdade nas relações periciais onde em

geral o perito aproxima-se como detentor do conhecimento e verdade, ressalta-se que este é o modelo de educação médica atualmente vigente identificado por Melo e Brant (2005, p. 24) em seu estudo, e o periciado dependente de um diagnóstico o qual teme, por não saber explicar-se quanto as dificuldades que encontra.

Os pré-conceitos que permeiam a relação periciados/peritos não os permitem conhecer a história do outro e compreendê-lo como sujeito. A análise pericial deve compreender o periciando como “Ser” além do ser aparente e para que isso ocorra, deve ser dado ao periciando a chance de mostrar-se como Ser, desvinculando-se das convenções tradicionais, despindo-se dos pré-conceitos e compreendendo que o Ser é muito mais complexo do que uma imagem fixada em um papel seguindo uma linha rígida de comportamento. O Ente-Ser relaciona-se com os ambientes sociais e ambientais do seu entorno, possui reflexos da educação e cultura que lhe foram presentes na construção de seu Eu e de suas vivências conquistadas e compreendidas no decorrer de sua existência.

A perícia biopsicossocial é, portanto, uma questão epistemo-ontológica porque trabalha o conhecimento do Ser enquanto Ente real, desvelando sua condição para além da condição de saúde, mas como reflexo das questões que lhe são próprias, permitindo-se agir com empatia no atendimento do Ente que a busca.

CONCLUSÃO

Observamos que no decorrer da história da seguridade social, muitos foram os exemplos de medidas paliativas para suprir as dificuldades que o indivíduo encontra para garantir sua subsistência. Estas medidas sempre estiveram ligadas a um sentimento de solidariedade, seja ela natural (como demonstram os exemplos do antigo Egito e na Roma antiga), seja como imposição religiosa da doutrina cristã.

As primeiras manifestações jurídicas de auxílio aos pobres se baseavam no caráter de auxílio cristão e assemelhavam-se a uma esmola concedida pelo sentimento de pena a prestação de um direito de auxílio aos mais necessitados que por conta de sua origem e dos modelos sociais existentes, não logravam êxito na mudança para uma vida mais digna.

Após a Revolução Industrial, tornou-se evidente que os seres humanos sofreriam mais ainda as consequências do tempo e da falta de recursos para sua manutenção. No campo, o homem trabalha o tanto que suas forças o permitem, na fábrica, o funcionário deixa de ter valor quando sua produção cai.

A pobreza era relacionada a falta de valor das pessoas que por sua índole não desejavam ter uma vida melhor através de seu próprio esforço, preferindo sobreviver às custas dos outros. Este conceito mudou apenas após a crise cíclica do capitalismo de 1929, quando milhares de pessoas antes produtivas, perderam seus empregos, tornando-se dependentes do Estado.

É importante ressaltar este aspecto histórico da construção da seguridade social e conseqüentemente da assistência e previdência sociais pois esta é a herança cultural que os programas de seguridade possuem até hoje. Apesar da Previdência Social ser um direito garantido em nossa Carta Constitucional, os aspectos que a ela se referem são tidos como a concessão de um benefício por parte do Estado, esquecendo-se que se trata de um direito ao qual o segurado contribui obrigatoriamente.

Ao pleitear o seguro a que faz jus, seja ele de auxílio-doença, aposentadoria especial ou por invalidez, o segurado deve passar por uma perícia que visa aferir se ainda tem ou não condições de inserir-se no mercado de trabalho, ou seja, de manter-se produtivo por mais tempo. Essa análise, realizada pelo órgão gestor que concede estes benefícios é realizada a partir de uma perícia médica que analisa somente as condições biomédicas do segurado, contrariando o modelo de

análise de saúde vigente desde 2001 que desconstrói o aspecto negativo da doença e traz um novo paradigma dividindo a deficiência da incapacidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS foi o primeiro marco para uma nova abordagem da vida, permitindo a inclusão de indivíduos até então considerados incapazes e à margem da sociedade e trazendo novos aspectos a serem analisados: os fatores ambientais, culturais e sociais. O novo modelo de saúde não é fixo, rígido e desconectado do mundo a sua volta, ele leva em consideração o Ser em suas mais variadas percepções. Após a CIF, veio a contribuição da ONU com a realização da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência, regulando os direitos da pessoa com deficiência, ressaltando que todos têm direito a serem respeitados em suas diferenças, cabendo ao Estado a promoção de políticas de inclusão e combate ao preconceito. Mais recentemente, a aprovação da Lei 13.146/2015, conhecida como o Estatuto do Deficiente, baseada na Convenção da ONU, veio reforçar este conceito e descreve em seu segundo artigo, primeiro parágrafo, que “A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar”.

Apesar das comprovadas demonstrações jurídicas de que a Perícia Biopsicossocial deve fazer parte das avaliações periciais na concessão dos benefícios previdenciários relacionados à doença, percebe-se a falta de preparo dos peritos médicos para escutar e aferir as condições reais de cada paciente.

Poderia se dizer que o problema reside na falta de peritos que atendam a grande demanda de solicitações que aportam todos os dias às portas do INSS, entretanto, os relatos dos pacientes que buscam a perícia previdenciária deixam claro que o maior problema é o tratamento dos peritos médicos para com os periciados. A falta de formação dos peritos para o atendimento humanista, centrado não só na doença, mas na visualização de que existe uma pessoa diante de si e que ela é o paciente e não o órgão a ser analisado, reflete-se no atendimento diário que se realiza durante as perícias.

A Perícia Biopsicossocial é um importante mecanismo de avaliação para aferir a (in)capacidade do segurado nas concessões do benefício previdenciário, pois avalia as condições sociais, psicológicas e biomédicas do paciente, consistindo em uma avaliação integral e individual, analisando cada caso com bases nas suas especificidades e formulando um diagnóstico mais concreto da realidade do paciente.

No entanto, conclui-se a partir do trabalho desenvolvido que apesar da Perícia Biopsicossocial estar formalmente inserida em nosso ordenamento jurídico, inclusive com sua indicação nas perícias médicas previdenciárias, mormente nos benefícios acidentários, ela não está sendo aplicada pelo órgão administrativo e em muitos casos tampouco utilizada nas perícias judiciais. A não aplicação da perícia biopsicossocial aliada ao pouco tato do perito médico que recebeu uma formação tecnicista, além das diferenças de visão epistemo-ontológica que envolvem a relação médico-paciente, denotam a distância entre o Estado que se busca e o Estado que se têm na concretização da justiça social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIM, Miriam Cláudia Spada; MUROFUSE, Neide Tiemi.. *Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo*. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 339-365, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200007>>. Acesso em 22 out. 2015.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Vade Mecum OAB e concursos**. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva. 6.ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 ago. 2009, Seção 1, p. 3.

BRASIL. Lei Complementar n 142/201. Regulamenta o § 1o do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 mai. 2013, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 jul. 1991, Seção 1, p. 14809.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília, 07 jul. 2015, Seção 1, p. 2.

CARDOSO, Fábio Luiz Lopes. *A influência do Relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942-1950)*. **Revista Todavia**, Ano 1, nº 1, p. 39-53, 2010. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/revistatodavia/Artigo3%20-%20Revista%20Todavia.pdf>. Acesso em: 17 mai 2016.

OMS. **CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Trad. Rev. Amélia Leitão. Organização Mundial da Saúde. Direção-Geral da Saúde, Lisboa, 2004.

COIMBRA, José dos Reis Feijó. **Direito Previdenciário Brasileiro**. 7ª ed. adaptada à Constituição de 1988 e às Leis nºs 8.212 e 8.213/91. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 1998.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Direito do Trabalho e Direito Previdenciário: Subsídios ao Trabalho Social**. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.

COSTA, José Ricardo Caetano. **Perícia Biopsicossocial: perspectivas de um novo modelo**. Caxias do Sul: Plenum, 2014.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (on-line), 2008-2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt>>

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2010, Rio Grande, RS. Disponível em: <www.escolasmedicas.com.br>. Acesso em: 18 jul. 2015.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. *A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**., São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, Junho, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

GURGEL, J. B. Serra e. **Evolução Histórica da Previdência Social**. Pesquisa cronológica de dispositivos constitucionais, Leis Complementares, Leis, Decretos, Decretos-Lei; Medidas Provisórias, Legislação Constitucional e Infraconstitucional. Pesquisador Prof. JB Serra e Gurgel. 2º ed. rev. ampl. Rio de Janeiro. ANASPS, 2007.

LEITE, Celso Barroso; VELLOSO, Luiz Assumpção Paranhos. **Previdência Social**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.

LEITE, Celso Barroso. **A proteção social no Brasil**. Com a colaboração do Centro de Estudos de Previdência Social. 2º ed., São Paulo: LTR, 1978.

MALLOY, James M. **A política da Previdência Social no Brasil**. Tradução Maria José Lindgren Alves; revisão técnica Hésio Cordeiro. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MAUSS, Adriano; COSTA, José Ricardo Caetano. **Aposentadoria especial dos deficientes: aspectos legais, processuais e administrativos**. São Paulo: LTR, 2015.

MÉDICI, André César; et al. *Panorama Histórico*. In: **Seguridade Social no Brasil**. Coordenado por Maria del Carmen Alvarez Garcia. México: CISS, p.03-26, 1995.

MELO, Marilene Barros de; BRANT, Luiz Carlos. *Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência*. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 14-29, Mar. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000100003>. Acesso em: 21 out. 2015.

OMMATI, Fides Angélica de Castro Veloso Mendes. **Manual Elementar de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

RANKING UNIVERSITÁRIO FOLHA, 2014, Rio Grande, RS. Disponível em: <<http://ruf.folha.uol.com.br/2014/rankingdecursos/medicina>>. Acesso em 15 jul. 2015

ROCHA, Daniel Machado da. **O direito fundamental à previdência social na perspectiva dos princípios constitucionais diretivos do sistema previdenciário brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social: temas & questões**. 3ª ed., São Paulo: Cortez, 2011.

SARAIVA, Oscar. *A concepção atual da seguridade social e sua repercussão na teoria geral do direito*. **Revista de direito da Procuradoria Geral da Prefeitura do Distrito**

Federal, Rio de Janeiro, n. 8, p. 60-68, 1958. Disponível em: <<http://download.rj.gov.br/documentos/10112/1330602/DLFE-56540.pdf/REVISTA0860.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2016.

SCHOTTLAND, Charles I. **Previdência Social e Democracia**. Tradução Maria Heloisa de Souza Reis e Heloisa de Carvalho Tavares. Rio de Janeiro: Edições GRD, 1967.

SOTTILI, Luciana Adélia; COSTA, José Ricardo Caetano. *A formação humanística dos médicos: uma análise comparativa dos currículos das principais faculdades de medicina de São Paulo e Rio Grande Do Sul*. **Jornal do 35º Congresso Brasileiro de Previdência Social “Básica e Complementar”**. LTr, 2016.

TESSER, Gelson João. *Principais linhas epistemológicas contemporâneas*. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 10, p. 91-98, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.131>>. Acesso em: 15 jul. 2016.