UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – ARTIGO CIENTÍFICO

A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 NA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PORTADORA DE TRANSTORNO DE PÂNICO ATRAVÉS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DE SERGIPE (2015)

Isabelle Victória Jesus da Silva
Prof.Esp. Cláudia Laís Costa da Silva

Aracaju-Sergipe
2015

ISABELLE VICTÓRIA JESUS DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 NA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PORTADORA DE TRANSTORNO DE PÂNICO ATRAVÉS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DE SERGIPE (2015)

Trabalho de Conclusão de Curso - Artigo apresentado ao Curso de Direito da Universidade Tiradentes – UNIT, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Aprovada em _____ / _____ / _____.

_____

Prof.Esp. Cláudia Laís Costa da Silva - Orientadora
Universidade Tiradentes

_____

Professor Examinador

Universidade Tiradentes

_____

Professor Examinador

Universidade Tiradentes

A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 NA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PORTADORA DE TRANSTORNO DE PÂNICO ATRAVÉS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DE SERGIPE (2015)

Isabelle Victória Jesus da Silva[1]

RESUMO:

O objetivo deste artigo é investigar e analisar o tratamento dispensado aos portadores de transtornos ansiosos ao longo das inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988, para compreender a motivação do surgimento e criação dos auxílios previdenciários a este grupo de pessoas e por que o procedimento pericial para a concessão destes auxílios é, não raras as vezes, revestido de morosidade. Este trabalho foi desenvolvido e estudado especificamente no Estado de Sergipe através de pesquisas exploratórias, bibliográficas e coleta de dados, por dados oficiais oferecidos pelo Ministério da Previdência Social, Organização das Nações Unidas – Brasil e Organização Mundial da Saúde – Brasil, somado a análise de gráficos atualizados (até o mês de junho do corrente ano), fornecidos pelo supracitado Ministério; utilizou-se uma abordagem qualitativa para conceituar, descrever e caracterizar este problema pelo qual passam os contribuintes acometidos por transtornos ansiosos, analisando-se assim as relações, causas e conseqüências com os procedimentos periciais demandados.

Palavras-chave: Transtornos ansiosos. Seguridade Social. Previdência social. Perícia médica. Princípio da dignidade da pessoa humana.

1. **INTRODUÇÃO**

Diante de um ordenamento jurídico que evolui a passos lentos como o nosso, é de suma importância o presente estudo visto que a Constituição Federal de 1988 inovou no que concerne ao tratamento dos direitos fundamentais, prezando pela dignidade da pessoa humana, necessário se faz que em todos os setores da vida dos cidadãos esta seja posta em prática, e é exatamente este o objetivo do estudo em comento, tratamento digno na perícia médica realizada para concessão de auxílio previdenciário.

[1] Graduanda em Direito pela Universidade Tiradentes; Email: belle_victoria@hotmail.com

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças e transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave (DISPONÍVEL NO SÍTIO ELETRÔNICO PORTAL EBC[2]).

O resultado destes dados consubstancia-se nas informações colhidas através do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), as quais expõem 8.854 mil casos de afastamento da atividade laboral devido a transtornos ansiosos (CID 41.0), apenas entre o período de janeiro à abril de 2015 (DISPONÍVEL NO SÍTIO ELETRÔNICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL[3]).

O objetivo geral deste estudo será analisar o tratamento jurídico e normativo, inserido na Constituição Federal de 1988, dispensado aos portadores de transtornos mentais, com enfoque aos transtornos de pânico, a figurada dos auxílios previdenciários e a figura essencial da perícia médica como garantia do preceito constitucional da dignidade da pessoa humana.

Através de pesquisas exploratórias, bibliográficas e coleta de dados, por dados oficiais oferecidos pelo Ministério da Previdência Social, Organização das Nações Unidas – Brasil e Organização Mundial da Saúde – Brasil, somado a análises de gráficos atualizados da situação dos sujeitos indivíduos que pleiteiam a concessão do auxílio-doença e as dificuldades encontradas pelos portadores de transtornos ansiosos, com vistas ao Estado de Sergipe, bem como a análise de artigos e doutrinas específicas.

---

[2] Acesso: 24.10.2015, disponível em: http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por.

[3] Acesso: 13.06.2015, Disponível em http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/

Acreditando na importância e consubstanciação do acesso a uma vida digna e tratamento humano e sensibilizado em relação às mazelas sociais, o presente trabalho será desenvolvido para analisar a necessidade de mudança e transformação no cenário atual pelo qual passam os contribuintes da previdência social que possuem transtornos mentais ansiosos no Estado de Sergipe no país.

2. CONCEITOS DE SEGURIDADE SOCIAL, PREVIDÊNCIA E SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, elaborada sob um cenário de grande repressão política e social advinda da transição entre um Estado autoritário e a necessidade de um Estado democrático de direito, obtive significativa ascensão às políticas públicas sociais na medida em que ampliou os direitos sociais dos cidadãos. Por conseguinte, inseriu-se nesta Magna Carta, no artigo 194, caput, o conceito de Seguridade Social, aduzindo ser esta um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, ou seja, percebe-se o interesse do constituinte em organizar um sistema de proteção social humanitário aos cidadãos brasileiros.

Neste mesmo diapasão, saliente-se a intercorrente mudança suscitada pela (r)evolução histórica na abrangência das políticas sociais, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988, substancial para a evolução da asseguração efetiva e abrangente da proteção social em todo país, dando ênfase à tríade “saúde, previdência e assistência social”, como objetivo à busca do bem comum de toda sociedade salvaguardando, assim, o bem jurídico de maior relevância, qual seja, a vida. Ressalte-se, ainda, que no Título VIII, “Da Ordem Social”, no seu Capítulo II, “Da Seguridade Social", inserida esta proteção supracitada, exime-se do caráter de favor, configurando-se, então, em responsabilidade do Estado diante de um compromisso político e, conforme doutrina José Jayme De Souza Santoro (2001, p.2), “a Seguridade

Social é um direito, que deve ser exigido em toda a sua plenitude, por todos os membros da sociedade".

Comportando aduzir que estes três segmentos da Seguridade Social permanecem autônomos entre si. A Previdência Social, explicitada nos artigos 201 e 202 da CF/88, expõem os sujeitos passivos de sua proteção, quais sejam, os trabalhadores e seus dependentes, como reafirma a Legislação Previdenciária, bem como preceitua os atos complementares devidos para o seu usufruto, como explica Dias e Macêdo (2008, p. 32),

> O só estado de necessidade advindo de uma contingência social não dá direito à proteção previdenciária. Requer-se que a pessoa atingida pela contingência social tenha a qualidade, o "status" de contribuinte do sistema de previdência social.

Assim, a Previdência preocupa-se com os riscos atinentes dos trabalhadores e seus dependentes, os quais estejam contribuindo para o sistema previdenciário fazendo-se jus, então, à proteção.

Em contrapartida, o acesso à proteção advinda da Assistência Social não importa em contribuição por parte do indivíduo que dela queria beneficiar-se, entretanto, há determinada característica que o cidadão deva possuir para fazer parte do quadro de beneficiários, sendo esta a hipossuficiência no que atine à manutenção básica da própria vida. O artigo 203, e incisos, da CF/88 *in verbis*:

> Artigo 203 - São objetivos da assistência social:
> I - proteção da família, da maternidade, infância, adolescência e velhice;
> II - amparo às crianças e adolescentes carentes;
> III - promoção da integração ao mercado de trabalho;
> IV - habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência e a promoção da sua integração à vida comunitária;
> V - garantia de 1 salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua própria subsistência, nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2007).

À guisa de exemplos, tem-se o projeto do Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), consubstanciando, paulatinamente, o objetivo da assistência social.

Por fim, adentrando no terceiro e último segmento da Seguridade Social, o qual é objeto de estudo do presente trabalho, tem-se a disposição

sobre Saúde, prevista no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Como apresentado pela Organização Mundial da Saúde, já supracitado, saúde não é apenas sinônimo da ausência de doenças, mas o bem-estar completo do ser humano, em sua integralidade. Percebe-se neste conceito, que não é apenas o corpo físico que deve estar bem, recaindo na máxima "*mens sana in corpore sano*", ou seja, encontramos o fundamento que legitima a necessária proteção ao direito fundamental do portador de transtorno mental consubstanciando, assim, a efetiva garantia da dignidade da pessoa humana portadora de transtorno mental.

A redação do mencionado artigo 196, já engloba em sua literatura a visão holística do indivíduo, como se ver:

> Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2007)

Sobreleva notar que a Saúde é o único segmento da seguridade social que pode ser usufruída por todo e qualquer cidadão, independente de contribuição, faixa etária ou classe social, é um serviço universal, ou seja, ao buscar atendimento à saúde, instrumentalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não deve o Estado negar atendimento a qualquer indivíduo sob tais argumentos. Salientando que, além da disposição na Constituição Federal de 1988, há Legislação específica sobre a política nacional acerca da Saúde dispostas nas Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Explícita é, então, a importância deste último segmento dada pelo legislador, ora vista a universalidade e igualdade prescritas no dispositivo em comento; o direito à saúde importa na asseguração do direito à vida, logo, retoma ao princípio constitucional máster, a dignidade da pessoa humana. Tal princípio abrangeu todo e qualquer cidadão e proporcionou aos portadores de transtorno mental, ainda que teoricamente, a legitimidade ao acesso gratuito ao sistema de saúde.

Somente com a Lei 10.216/2001, intitulado como Reforma Psiquiátrica, garantiu-se a estes cidadãos a proteção integral dos seus direitos fundamentais atinentes à saúde mental. Até então, observou-se no país

políticas higienistas, com intuito de retirar tais indivíduos do meio social e remetendo-os à manicômios, destituídos da finalidade de tratamento ou recuperação da enfermidade bem como do bem-estar destes. Em recente livro, da autoria de Daniela Arbex, intitulado Holocausto brasileiro, descreve:

> Milhares de mulheres e homens sujos, de cabelos desgrenhados e corpos esquálidos cercaram os jornalistas. (...) Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio. Nas banheiras coletivas havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante (ARBEX, 2013, p.149).

A reforma psiquiátrica almejada com esta lei visou exatamente a desconstrução desta forma de tratamento dispensado a estes indivíduos, refletindo na extinção dos manicômios e gradual inserção de tratamento mais humanizado, explicitado por Paulo Amarante (2006), quando expõe que o êxito no processo de reforma psiquiátrica no Brasil esteve no fato de, os sujeitos serem o enfoque do tratamento, percebidos como pessoas reais, e a doença ser colocada como subjacente. O que proporcionou, portanto, lidar com demandas e questões concernentes à cidadania, inclusão social, solidariedade, de maneira que esse processo, abrangente, não se limitou apenas a participação de profissionais da saúde, mas também diversos atores sociais. Somente sendo possível através de uma Constituição que auferiu a todos o direito a uma vida digna. Assim, consubstancia os direitos fundamentais inseridos na Magna Carta e refletidos na lei 10.216/2001, *in verbis*:

> Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Além deste dispositivo supracitado, toda a Lei espelha os desdobramentos do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, não restando

dúvidas que os portadores de transtornos mentais são sujeitos de todos direitos previstos na Constituição Federal de 1988.

2.1 CONCEITUANDO AS DOENÇAS MENTAIS COM ENFOQUE NO TRANSTORNO DE PÂNICO

A OMS, como supracitado, define saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, portanto, tal conceito implica no entendimento que doença é ausência desse bem-estar, podendo então ser definida, por essa perspectiva, como estado de mal-estar.

A psiquiatria tradicional ou clássica, na época pré-científica, considerava a doença mental como uma inadequação dos padrões sociais, sendo uma ideia construída, não um sofrimento involuntário. Já a ciência moderna define que a doença mental sofre influências de fatores históricos, sociais, políticos e ideológicos (LOUZÃ NETO E ELKIS, 2007).

A doença mental é definida como sendo alterações mórbidas do estado mental “normal” do sujeito, uma disfunção psicológica, com a possibilidade de promover prejuízo global da pessoa. Ou seja, nas dimensões pessoal, social, ocupacional e familiar, afetando em alguma proporção as suas relações sociais, podendo causar uma desadaptação social. Bock, Furtado e Teixeira (2001, p.346), consideram a doença mental “como produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, os demais grupos e as experiências significativas) e sua estrutura psíquica”.

O conceito de doença mental, conforme Louzã Neto e Elkis (2007, p. 40), abrange o entendimento de síndromes e distúrbios. A definição de síndrome como o “conjunto de sintomas que estão ligados a diversas entidades mórbidas”, podendo caracterizar mais de uma doença; distúrbio é entendido como “sinais e sintomas clinicamente reconhecíveis, relacionados a sofrimento pessoal ou na interação interpessoal”, um afastamento do funcionamento

normal, ou seja, uma dis-função. Portanto, o entendimento, de modo geral, da doença mental como a apresentação de sinais e sintomas mórbidos que causam sofrimento psíquico, tais sintomas podem estar em conjunto e não representar uma única patologia.

Na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10[4], o termo "doença" é substituído pelo termo "transtorno", no escopo de evitar problemas e estereotipias concernentes ao uso. Transtorno é definido e utilizado, na CID-10, para "indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais." (OMS, 1993, p.5). Salienta-se que na CID-10, o termo "transtorno" é também equivalente superior ao termo "síndrome", sendo aquele largamente utilizado na descrição de psicopatologias.

Os transtornos de ansiedade são caracterizados na CID-10 como:

> Manifestações de ansiedade são os sintomas principais desses transtornos e não estão restritas a qualquer situação ambiental em particular. Sintomas depressivos e obsessivos e mesmo alguns elementos de ansiedade fóbica podem estar presentes, desde que sejam claramente secundários ou menos graves. (OMS, 1993, p.137).

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado pela manifestação súbita de um ataque de ansiedade com um conjunto de sintomas físicos e afetivos, típicos da ansiedade patológica. A crise de pânico dura alguns minutos, geralmente alcançam o pico em cerca de 10 minutos, e apresentam hiperatividade do sistema nervoso autônomo (SNA), somando-se a pensamentos automáticos típicos como medo de morrer, ou medo de acontecer alguma tragédia, ou medo de ficar louco. Incluindo, ainda, o medo persistente de um novo ataque ocorrer e a esquiva de locais e situações semelhantes em que as crises sucederam (CORDIOLI, 2008; LOUZÃ NETO E ELKIS, 2007; OMS, 1993**).**

---

[4]Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10, realizada pela OMS, é um glossário de transtornos mentais desenvolvida através da revisão crítica do diagnóstico e da classificação em psiquiatria. As psicopatologias foram agrupadas sob índice "F". (LOUZÃ, ELKIS, 2007; OMS, 1993).

De maneira que o TP produz a redução da qualidade de vida e disfunção psicossocial, visto que o individuo que sofre o ataque de pânico, quase invariavelmente, apresentam uma diminuição da produtividade, deixando de realizar suas atividades rotineiras, evitando situações associadas ao ataque, “que podem incluir estar sozinho fora de casa; estar no meio da multidão; viajar de automóvel, ônibus ou avião; entrar em um elevador; atravessar pontes ou ir ao supermercado ou à igreja”, passando a solicitar a companhia de um familiar ou amigo para realizar suas atividades, algumas vezes até para sair de casa (CORDIOLI, 2008, p.432).

Na CID-10 o transtorno de pânico está classificado como F41.0 (ansiedade paroxística episódica), apresentando como diagnóstico sintomático

Quadro 22.1.3 CID- 10: critérios diagnósticos para transtorno de pânico (ansiedade episódica paroxística)
A. O indivíduo é acometido por ataques de pânico recorrentes que não são consistentemente associados à situação específica ou a objeto e que freqüentemente ocorrem de forma espontânea (ou seja, os episódios são imprevisíveis). Os ataques não são associados a exercícios ou à exposição a situações perigosas. B. Um ataque de pânico é caracterizado pelos seguintes critérios: (1) É um episódio delimitado de intenso medo ou desconforto; (2) Começa de forma abrupta (3) Alcança pico em poucos minutos e dura apenas alguns minutos; (4) Pelo menos quatro dos sintomas abaixo devem estar presentes, um dos quais deve estar entre os itens (a) a (d); **Sintomas de ativação autonômica**
(a) Palpitações, “batedeira” ou freqüência cardíaca aumentada; (b) Sudoreses; (c) Tremores (d) Boca seca (não devida a medicamento ou à desidratação); **Sintomas que envolvem o tórax e o abdome**
(e) Dificuldade respiratória; (f) Sensação de sufocamento; (g) Dor ou desconforto no peito; (h) Náusea ou mal-estar abdominal; **Sintomas que envolvem o estado mental**
(i) Sensação de tortura ou desfalecimento; (j) Desrealização ou despersonalização; (k) Medo de perder o controle, ficar louco ou desmaiar; (l) Medo de morrer; **Sintomas gerais**
(m) Calafrios ou ondas de calor; (n) Parestesias (dormência ou formigamento). C. Cláusulas de exclusão mais comuns. Os ataques de pânico não são resultantes de doença física, transtorno mental orgânico ou outros transtornos, como esquizofrenia e transtornos relacionados, transtornos afetivos ou somatoformes.

Fonte: Louzã Neto e Elkis, 2008, p. 300.

Para tratar o TP, faz-se imprescindível o tratamento psicoterapêutico e psicofarmacológico que em conjunto são geralmente muito eficazes, com respostas satisfatórias, promovendo o retorno da qualidade de vida do indivíduo.

2.3 DIREITOS FUNDAMENTAIS E SAÚDE PÚBLICA: A IMPORTÂNCIA DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 NA GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL

A Constituição Federal de outubro 1988 foi, indubitavelmente, instrumento precípuo para a promoção do tratamento humanitário dispensado ao cidadão portador de transtorno mental dentro do ordenamento jurídico brasileiro. Visto ser a Constituição Federal a norma hierarquicamente mais elevada no sistema jurídico pátrio, importa aduzir que toda norma e legislação devem convergir para as ideias e ideais nela contidas, ou seja, toda a legislação infraconstitucional referente aos direitos do indivíduo portador de transtorno mental só restou possível devido à inserção do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana como base e alicerce de todo o ordenamento normativo na referida Constituição, como corrobora Flávia Piovesan (2000, p. 54):

> A dignidade da pessoa humana, (...) está erigida como princípio matriz da Constituição, imprimindo-lhe unidade de sentido, condicionando a interpretação das suas normas e revelando-se, ao lado dos Direitos e Garantias Fundamentais, como cânone constitucional que incorpora “as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo o sistema jurídico brasileiro.

Não obstante à notável quantidade de Constituições já vigentes no Brasil, esta última, e atual, foi a primeira a cunhar o termo “princípio da dignidade da pessoa humana”, não incorrendo em dizer que houve alguma época em que a dignidade do homem lhe fora extrínseca, mas, a partir de então, toda derivação desta Constituição culminou numa mudança de

pensamento e posicionamento político-social. Assim, o artigo 1º da Constituição Federal de 1988, inciso III, aduz que :

> A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2015, p. 65).

No momento da promulgação da Lei Magna, o país estava vivenciando a transição da ditadura para a democracia, e o supracitado princípio consubstanciou a evolução do pensamento do legislador constituinte e de notável parte da nação.

Em consonância com o exposto, os artigos 5º e 6º da Constituição Federal de 1988 inovaram em trazer ao ordenamento jurídico o Título II: "Dos Direitos e Garantias Fundamentais". Destes artigos, citar-se-ão os caputs como medida probatória de que este instrumento normativo foi decisivo para a sensível mudança na maneira de ver e tratar os cidadãos:

> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...).
>
> Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, **a previdência social**, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 2015, pp. 66-70, grifo nosso).

Estas premissas básicas inseridas no sistema jurídico brasileiro revelam o desmembramento com um longo período opressor da última Constituição, outorgada durante a Ditadura Militar, e percorre entre os caminhos da igualdade, liberdade, direito ao lazer, transporte, previdência social, saúde, dentre outros, galgando os trilhos do acesso à justiça às práticas e serviços para a promoção e proteção do que é proposto em Constituição.

No que tange à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como um estado de completo bem-estar, o qual considera o ser humano pelo viés biopsicossocial, ou seja, pela composição e integração do físico, mental e social. Aduz ainda, que a saúde está muito além da ausência de doença ou de enfermidade. A OMS propõe que os serviços e benefícios

advindos dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins devem ser dedicados a todos os povos, a fim de proporcionar, desse modo, o mais elevado nível de saúde (OMS, 1946).

Perceber o ser humano em sua integralidade, requer uma análise aprofundada deste enquanto indivíduo biopsicossocial; análise esta que transcende o objeto do estudo ora em questão, embora seja mister a percepção da visão holística do sujeito, mesmo que básica, para melhor compreensão e aproveitamento do objetivo proposto, ou seja, o ser humano como um ser bio-psicos-social, bio, por ser um organismo vivo; psico, pois é um ser que pensa e sente; e social porque é um ser que vive em sociedade, sendo necessário que todas estas dimensões estejam em equilíbrio para que o ser humano se torne saudável em sua completude. Uma vez que,

> Não é apenas a doença em si e o tratamento delas, mas todos os aspectos que estariam diretamente relacionados ao fenômeno do adoecer, sejam eles fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros, os quais também devem ser considerados para que o tratamento seja eficaz. (Silva et al, 2011, s/n).

A saúde é, então, um direito fundamental do cidadão e obrigação do Estado sua efetivação, de forma gratuita e universal conforme prediz o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Entretanto, ao longo da história, é sabido que há distinção no tocante à saúde física e à saúde psíquica, sendo esta última negligenciada tanto pelo Estado como, muitas vezes, pelo próprio indivíduo.

3. DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E DO AUXÍLIO - DOENÇA PREVIDENCIÁRIO:

Consoante Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal (BRASIL, s/a, p. 06), a incapacidade laboral é “a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas conseqüentes a doenças ou acidentes”.

Saliente-se que a incapacidade ora analisada deve ocorrer a título temporário, podendo o indivíduo retornar ao labor após recuperação com ou sem tratamento específico em período de tempo razoável e que a incapacidade recaia apenas ao trabalho ora desempenhado, haja vista, se permanente e total, não há que se falar em incapacidade, mas invalidez, a qual se tornaria fato gerador da aposentadoria por invalidez, não auxílio-doença.

Para assegurar a subsistência do indivíduo e sua família, enquanto perdurar sua incapacidade para a atividade laboral, a Seguridade Social garantiu-lhes acesso ao auxílio-doença, visando à efetivação constitucional ao princípio da dignidade humana. De acordo com Zélia Luiza Pierdona (2007, p. 22):

> A seguridade social apresenta duas faces: uma delas garante a saúde a todos; a outra objetiva a garantia de recursos para a sobrevivência digna dos cidadãos nas situações de necessidade, os quais não podem ser obtidos pelo esforço próprio. Nesta segunda face, encontramos a previdência e a assistência.

Consolidado através da previdência social vê-se, então, o auxílio-doença como oferta de assistência financeira ao trabalhador que permanece temporariamente fora do mercado de trabalho.

Este benefício em comento está previsto na Constituição Federal Brasileira no artigo 201, inciso I e na legislação infraconstitucional nº 8.213/91, artigos 60 a 63, após recente mudança trazida pela Medida Provisória nº 664/14.

> Artigo 60 – O auxílio-doença será devido ao segurado que ficar incapacitado para seu trabalho ou sua atividade habitual, desde cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei: I - ao segurado empregado, a contar do 31º dia do afastamento da atividade ou a partir da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrerem mais de 45 dias; II - ao segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, especial e facultativo, a contar da data do início da incapacidade ou da data da entrada do requerimento, se entre essas datas decorrerem mais de 30 dias.

O auxílio-doença é concedido pelo Estado ao indivíduo filiado[1] ao sistema previdenciário, que comprovadamente esteja incapacitado para a

atividade laboral habitual por algum agravo em sua saúde, de forma temporária.

A Lei exige, para tanto, um período de carência de 12 (doze) meses, ou seja, que o indivíduo tenha contribuído com o regime previdenciário por, no mínimo, 12 (doze) meses, no entanto, há casos em que a Lei não a exige. Vale ressaltar, ainda, que o segurado possuidor da patologia apresentada como o motivo para concessão do auxílio, antes do início das contribuições, não fará jus a este.

Além do que já foi citado para requerimento do benefício, o indivíduo deve ser avaliado pela perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social, a qual deferirá ou indeferirá o pedido com fundamento em laudos médicos-periciais ora realizados, momento em que restará comprovado se há ou não incapacidade laborativa.

De acordo com o art. 60, §5º, da Lei 8.213/91, inserido pela MP 664/2014:

> O INSS a seu critério e sob sua supervisão, poderá, na forma do regulamento, realizar perícias médicas: I – por convênio ou acordo de cooperação técnica com empresas; e II – por termo de cooperação técnica firmado com órgãos e entidades públicos, especialmente onde não houver serviço de perícia médica do INSS.

A partir da vigência desta Medida Provisória, entendeu-se possível a terceirização da perícia médica, o que possibilitará maior celeridade no atendimento médico-pericial para a concessão do benefício.

A perícia médica do INSS é de suma importância para o processo de consubstanciação do acesso pelo indivíduo ao auxílio-doença e conseqüente subsistência básica da própria vida e, quiçá, da sua família, vez que é através do resultado pericial que se dá a este autorização para seu recebimento. Nota-se, portanto, a perícia como elemento fundamental para o justo resultado almejado. Conforme expõe Siano et al (2008, p. 237):

> No exercício de sua função, o perito médico espera receber do segurado o maior número de dados objetivos que possam comprovar sua incapacidade laborativa e, assim, suscitar-lhe a

> convicção do direito ao benefício, na qual baseia sua interpretação do caso periciado.

Norteados por normas técnicas, legais e administrativas, os peritos devem obter um resultado mais verossímil possível, abarcando o requerente como um ser humano e não somente um contribuinte pretendendo pecúnia do Estado, dispensando-lhe tratamento digno e cortês.

Tratando-se de requerimento por transtorno mental, a cautela deve apresentar-se redobrada, visto sua imensa subjetividade e complexidade.

3.1 – DA PERÍCIA MÉDICA PARA CONCESSÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA PARA PESSOAS COM TRANSTORNO DE PÂNICO

O Instituto Nacional do Seguro Social possui o Manual de Perícias Médicas, documento em que consta desde os preceitos básicos à atuação do médico pericial perante a justiça. Em primeiro momento expõe que “a atividade médico-pericial do INSS tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei”, complementando a seguir que “à parte técnica, somente as conclusões médico-periciais poderão prevalecer para efeito de concessão e manutenção dos benefícios por incapacidade” (BRASIL, s/a, p. 06), ou seja, não resta dúvida quanto à necessária manutenção de uma perícia digna, justa e humana.

O Ministério da Previdência Social e o INSS consolidaram, ainda, as Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais, objetivando facilitar a identificação dos transtornos mentais de forma a “levar ao perito médico do INSS, de forma global e concisa, os critérios clínicos e diagnósticos para a uniformização de condutas”. (BRASIL, 2007, pag. 07)

A Síndrome do Pânico está inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob numeração F41.0 e, segundo as Diretrizes de Conduta, pode ser identificada pela ocorrência de crises de pânico freqüentes durante o período de 30 (trinta) dias, e que a coleta da história clínica do periciado é fundamental para a decisão pericial. Devem ser levadas em

consideração as conseqüências das crises, por exemplo, o medo persistente e/ou recidivas.

Através desta análise, compreendemos o procedimento para diagnosticar a síndrome do pânico e conceder ou não o auxílio previdenciário pleiteado.

3.2 DA IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA HUMANIZADA PARA A GARANTIA DA DIGNIDADE DO SUJEITO ACOMENTIDO POR TRANSTORNO DE PÂNICO

Diante do estudo desenvolvido acerca dos transtornos mentais, com enfoque no transtorno de pânico, e a relação com a Constituição Federal Brasileira como forma de garantia da dignidade da pessoa humana portadora desta enfermidade, através da criação e maturação de um sistema de seguridade social mais humanitário, compreende-se a importância de manter-se a perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social apta a considerar o enfermo com um ser biopsicossocial, pois o princípio da dignidade humana, alicerce para o entendimento formado, evidenciou a necessidade de um Estado acolhedor, preocupado com a integridade do cidadão por completo e, por isso, mantenedor de políticas públicas voltadas ao bem-estar dos indivíduos em todos os seus aspectos, vez que há crescente acometimento e desenvolvimento dos transtornos ansiosos - trabalhado especialmente o transtorno de pânico - em um número expressivo de cidadãos no mundo, como restou provado ao decorrer da pesquisa, com informações constantes nos bancos de dados da Organização Mundial da Saúde e também no Brasil, pois, tanto as relações sociais, afetivas e/ou trabalhistas estão exigindo cada vez mais do ser humano, pressionando-o muito à busca da perfeição, do irretocável, numa ilusão vã de conquistar todos os pódios de primeiro lugar em cada tarefa que desempenhe, quer seja como amigos, pais, filhos, ou profissionais, o que acarreta uma cobrança excessiva tanto exterior quanto interiormente, resultando, entre tantas outras conseqüências, como o exposto no gráfico a seguir, o qual demonstra a quantidade de auxílios-doença previdenciários concedidos, retirado do site do Ministério da Previdência Social:

20 EVOLUÇÃO DOS REQUERIMENTOS, CONCESSÕES E INDEFERIMENTOS DE BENEFÍCIOS - 2003/2015

ANOS/MESES		REQUERIDOS				CONCEDIDOS				INDEFERIDOS			
		Total	Variação em relação ao período anterior (%)	Benefícios por Incapacidade (SABI)	Demais Benefícios	Total	Variação em relação ao período anterior (%)	Benefícios por Incapacidade (SABI)	Demais Benefícios	Total	Variação em relação ao período anterior (%)	Benefícios por Incapacidade (SABI)	Demais Benefícios
2003	Total	4.186.822	...	...	...	3.545.376	...	...	...	1.582.417	...	...	...
2004	Total	3.381.901	-19,23	...	...	3.991.389	12,58	...	...	1.640.879	3,69	...	...
2005	Total	4.237.401	25,30	...	...	3.955.723	-0,89	...	...	1.822.250	11,05	...	...
2006	Total	7.072.086	66,90	2.837.159	4.234.927	4.238.816	7,16	2.653.247	1.585.569	2.771.128	52,07	1.694.719	1.076.409
2007	Total	6.544.886	-7,45	3.415.082	3.129.804	4.173.350	-1,54	2.400.086	1.773.264	3.211.819	15,90	2.359.332	852.487
2008	Total	7.080.399	8,18	4.283.025	2.797.374	4.461.842	6,91	2.546.020	1.915.822	3.606.924	12,30	2.585.458	1.021.466
2009	Total	7.769.544	9,73	4.407.067	3.362.477	4.473.905	0,27	2.416.025	2.057.880	3.325.257	-7,81	2.148.896	1.176.361
2010	Total	7.813.606	0,57	4.316.661	3.496.945	4.639.867	3,71	2.647.912	1.991.955	3.233.763	-2,75	2.131.567	1.102.196
2011	Total	8.046.153	2,98	4.536.044	3.510.109	4.767.039	2,74	2.744.344	2.022.695	3.250.290	0,51	2.146.431	1.103.859
2012	Total	8.425.296	4,71	4.617.303	3.807.993	4.957.681	4,00	2.856.653	2.101.028	3.310.576	1,85	2.120.882	1.189.694
2013	Total	8.701.787	3,28	4.613.969	4.087.818	5.207.629	5,04	3.000.724	2.206.905	3.297.415	-0,40	2.059.822	1.237.593
2013	Total	8.625.968	-0,87	4.706.530	3.919.438	5.211.030	0,07	3.024.026	2.187.004	3.136.186	-4,89	1.939.823	1.196.363
	Janeiro	646.486	1,86	350.084	296.402	377.155	2,76	215.609	161.546	221.566	-4,72	135.649	85.917
	Fevereiro	703.048	8,75	376.924	326.124	440.939	16,91	260.160	180.779	263.636	18,99	166.331	97.305
	Março	665.327	-5,37	361.667	303.660	408.337	-7,39	241.234	167.103	252.748	-4,13	154.129	98.619
	Abril	716.339	7,67	383.828	332.511	434.681	6,45	254.795	179.886	257.660	1,94	162.838	94.822
	Maio	661.265	-7,69	394.165	267.100	442.238	1,74	254.519	187.719	253.263	-1,71	158.976	94.287
	Junho	668.734	1,13	371.267	297.467	394.120	-10,88	228.864	165.256	235.643	-6,96	147.721	87.922
	Julho	774.649	15,84	418.116	356.533	456.746	15,89	260.878	195.868	264.389	12,20	161.565	102.824
	Agosto	786.136	1,48	411.116	375.020	480.295	5,16	276.176	204.119	284.799	7,72	173.591	111.208
	Setembro	829.291	5,49	436.556	392.735	511.348	6,47	294.769	216.579	308.799	8,43	184.967	123.832
	Outubro	813.613	-1,89	444.314	369.299	474.305	-7,24	278.151	196.154	295.112	-4,43	181.885	113.227
	Novembro	728.896	-10,41	402.818	326.078	421.465	-11,14	246.700	174.765	261.012	-11,55	165.556	95.456
	Dezembro	632.184	-13,27	355.675	276.509	369.401	-12,35	212.171	157.230	237.559	-8,99	146.615	90.944
2015	Janeiro	648.716	2,62	349.148	299.568	373.498	1,11	211.786	161.712	224.159	-5,64	135.465	88.694
	Fevereiro	626.159	-3,48	342.812	283.347	366.274	-1,93	209.365	156.909	251.289	12,10	163.518	87.771
	Março	751.668	20,04	354.598	397.070	505.817	38,10	282.340	223.477	335.416	33,48	202.695	132.721
	Abril	684.798	-8,90	337.880	346.918	418.280	-17,31	224.599	193.681	297.675	-11,25	183.754	113.921
	Maio	696.617	1,73	356.127	340.490	407.210	-2,65	218.119	189.091	280.318	-5,83	176.411	103.907
	Junho	712.272	2,25	357.098	355.174	420.434	3,25	227.594	192.840	295.346	5,36	182.300	113.046
	Julho	608.231	-14,61	348.650	259.581	300.320	-28,57	190.820	109.500	210.572	-28,70	144.242	66.330
	Agosto	497.281	-18,24	295.004	202.277	250.556	-16,57	182.465	68.091	152.331	-27,66	118.354	33.977
	Setembro	538.399	8,27	294.667	243.732	237.151	-5,35	145.676	91.475	109.767	-27,94	71.353	38.414
	Subtotal (1)	5.764.141	-10,65	3.035.984	2.728.157	3.279.540	-16,89	1.892.764	1.386.776	2.156.873	-7,92	1.378.092	778.781

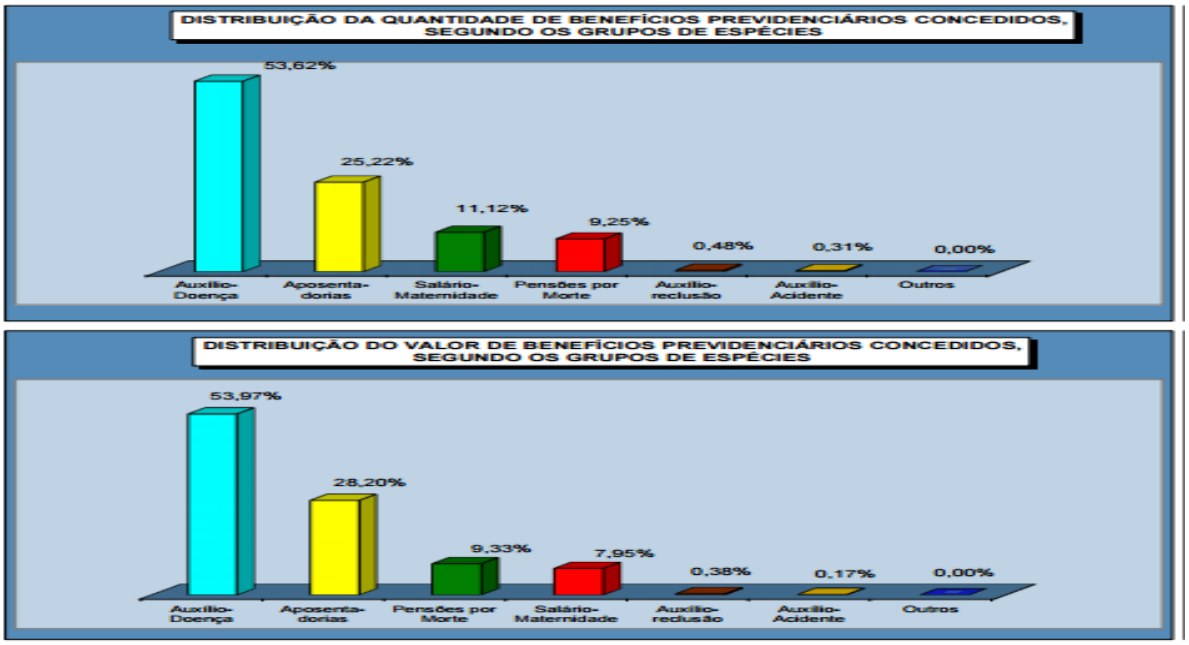
FONTE: DATAPREV, SUIBE, SUB, SINTESE.

(1) As variações correspondem à razão entre o acumulado do ano e o acumulado do mesmo período do ano anterior.

Fonte: DATAPREV, SUB, SINTESE. (BRASIL, 2015a).

Depreende-se deste dado que há inquestionável importância da perícia médica pelo supracitado Instituto, pois é após este procedimento que o indivíduo recebe a notícia do deferimento ou indeferimento do auxílio, modificando desta forma o modo como o indivíduo passará a viver, se terá que suportar o sofrimento advindo da doença, que a cada nova crise aparece travestida por algum sintoma novo, ou se a justiça consubstanciar-se-á naquele ato.

De igual modo, há de se observar, brevemente, o gráfico a seguir exposto:

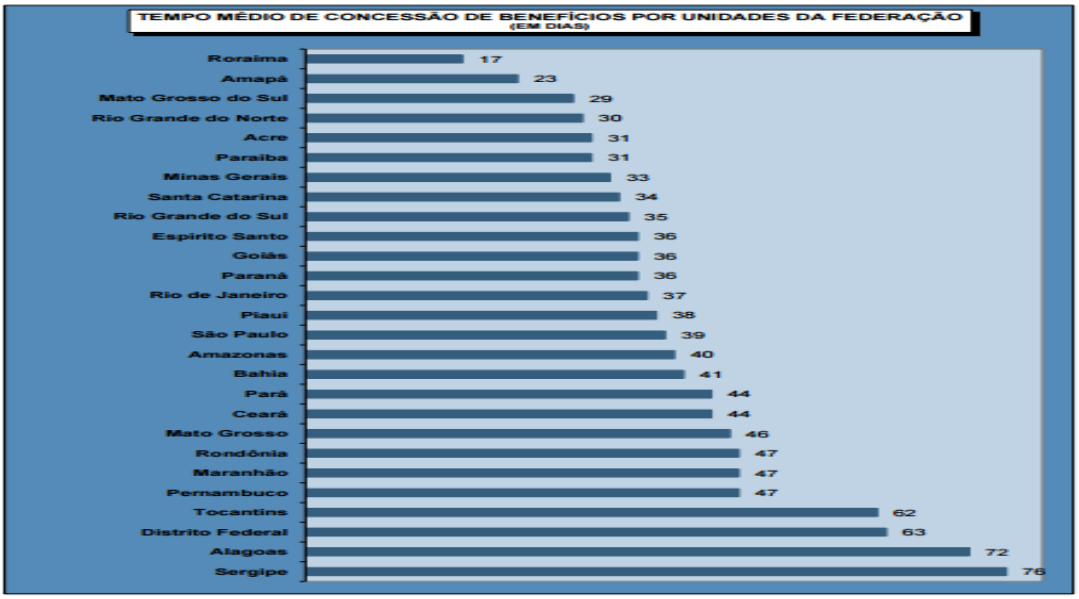


Fonte: DATAPREV, SUB, SINTESE. (BRASIL, 2015b).

Mister se faz notar que a visível maioria dos benefícios requeridos recaem sobre o auxílio-doença, em número expressivo de 63%, reiterando a precípua relação entre a perícia médica e a concretização da dignidade das pessoas através do usufruto do pleiteado benefício previdenciário de auxílio-doença permitido pela Constituição Federal de 1988.

O transtorno de pânico, ao cercear a qualidade de vida do sujeito, insere-se na crescente lista de causa de afastamento por incapacidade e, por não apresentar diagnóstico preciso de imediato, os sujeitos demoram a buscar o tratamento correto, derivando assim uma piora no quadro de sintomas e dispensando tempo maior para o efetivo tratamento, resultando no necessário afastamento da atividade laboral.

O gráfico a seguir retrata a morosidade na concessão dos auxílios previdenciários no Estado de Sergipe, levando a crer que haja necessidade de uma mudança na organização interna na estruturação das etapas pelas quais passam os segurados que pleiteiam a concessão do devido auxílio, pois este fator interfere diretamente com a necessária humanização que deve reger o tratamento dispensado aos indivíduos que buscam a assistência do Estado para garantir o gozo de uma vida dignidade:



Fonte: DATAPREV, SUB, SINTESE. (BRASIL, 2015b).

Em última posição, o Estado de Sergipe retrata as dificuldades enfrentadas pelos segurados para que consigam, finalmente, desfrutar do auxílio que os

ampara frente ao afastamento do mercado de trabalho para manutenção de sua subsistência da sua família.

Em números, no gráfico logo abaixo, encontra-se o dispêndio do Estado entre o terceiro trimestre do ano com auxílio-doença em pouca mais de 17 milhões de reais, reflexo, dentre outros, da negligência tanto do Estado para com a saúde pública preventiva, quanto dos próprios indivíduos com a própria saúde.

03 BENEFÍCIOS CONCEDIDOS, SEGUNDO OS GRUPOS DE ESPÉCIES

GRUPOS DE ESPÉCIES	QUANTIDADE							VALOR (R$)							VALOR MÉDIO (R$)		
	Total	% do total	% do grupo	% do sub-grupo	Variação em relação ao mês anterior (em %)	Clientela		Total	% do total	% do grupo	% do sub-grupo	Variação em relação ao mês anterior (em %)	Clientela		Total	Clientela	
						Urbana	Rural						Urbana	Rural		Urbana	Rural
TOTAL	**237.151**	**100,00**			**-5,35**	**200.783**	**36.368**	**289.667.234**	**100,00**			**-6,88**	**260.973.554**	**28.693.680**	**1.221,45**	**1.299,78**	**788,98**
BENEFÍCIOS DO RGPS	**225.697**	**95,17**	**100,00**		**-6,24**	**189.329**	**36.368**	**280.630.182**	**96,88**	**100,00**		**-7,48**	**251.936.501**	**28.693.680**	**1.243,39**	**1.330,68**	**788,98**
Previdenciários	**210.686**	**88,84**	**93,35**	**100,00**	**-4,87**	**174.976**	**35.710**	**260.795.216**	**90,03**	**92,93**	**100,00**	**-6,03**	**232.607.161**	**28.188.055**	**1.237,84**	**1.329,37**	**789,36**
Aposentadorias	53.137	22,41	23,54	25,22	14,92	37.750	15.387	73.546.796	25,39	26,21	28,20	13,00	61.363.875	12.182.921	1.384,10	1.625,53	791,77
Idade	25.161	10,61	11,15	11,94	33,96	11.379	13.782	23.529.393	8,12	8,38	9,02	31,73	12.632.156	10.897.237	935,15	1.110,13	790,69
Invalidez	10.762	4,54	4,77	5,11	-16,53	9.237	1.525	12.946.607	4,47	4,61	4,96	-17,41	11.742.803	1.203.804	1.202,99	1.271,28	789,38
Tempo de Contribuição	17.214	7,26	7,63	8,17	18,20	17.134	80	37.070.797	12,80	13,21	14,21	17,52	36.988.916	81.881	2.153,53	2.158,80	1.023,51
Pensões por Morte	19.489	8,22	8,64	9,25	37,19	13.432	6.057	24.338.120	8,40	8,67	9,33	35,79	19.539.330	4.798.790	1.248,81	1.454,69	792,27
Auxílios	114.632	48,34	50,79	54,41	-21,00	106.358	8.274	142.174.428	49,08	50,66	54,52	-21,20	135.690.502	6.483.926	1.240,27	1.275,79	783,65
Doença	112.974	47,64	50,06	53,62	-21,33	104.860	8.114	140.741.124	48,59	50,15	53,97	-21,45	134.346.248	6.394.876	1.245,78	1.281,20	788,13
Acidente	654	0,28	0,29	0,31	-7,76	557	97	440.252	0,15	0,16	0,17	-2,73	400.933	39.319	673,17	719,81	405,35
Reclusão	1.004	0,42	0,44	0,48	27,41	941	63	993.052	0,34	0,35	0,38	25,38	943.321	49.731	989,10	1.002,47	789,39
Salário-Maternidade	23.428	9,88	10,38	11,12	47,11	17.436	5.992	20.735.872	7,16	7,39	7,95	47,09	16.013.454	4.722.418	885,09	918,41	788,12
Abono de Permanência em Serviço 20%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Acidentários	**15.011**	**6,33**	**6,65**	**100,00**	**-21,96**	**14.353**	**658**	**19.834.965**	**6,85**	**7,07**	**100,00**	**-23,05**	**19.329.340**	**505.625**	**1.321,36**	**1.346,71**	**768,43**
Aposentadorias por Invalidez	605	0,26	0,27	4,03	-18,35	573	32	913.724	0,32	0,33	4,61	-19,89	887.991	25.733	1.510,29	1.549,72	804,15
Pensão por Morte	19	0,01	0,01	0,13	-13,64	19	–	28.994	0,01	0,01	0,15	-34,19	28.994	–	1.525,98	1.525,98	–
Auxílio-Doença	13.080	5,52	5,80	87,14	-23,25	12.490	590	17.660.390	6,10	6,29	89,04	-23,90	17.195.470	464.920	1.350,18	1.376,74	788,00
Auxílio-Acidente	1.292	0,54	0,57	8,61	-8,89	1.256	36	1.223.010	0,42	0,44	6,17	-11,22	1.208.038	14.972	946,60	961,81	415,89
Auxílio-Suplementar	15	0,01	0,01	0,10	15,38	15	–	8.848	0,00	0,00	0,04	62,18	8.848	–	589,84	589,84	–
BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS	**11.434**	**4,82**	**100,00**		**16,35**	**11.434**	**–**	**9.010.246**	**3,11**	**100,00**		**16,34**	**9.010.246**	**–**	**788,02**	**788,02**	**–**
Amparos Assistenciais (LOAS)	11.434	4,82	100,00	**100,00**	16,35	11.434	–	9.010.246	3,11	100,00	**100,00**	16,34	9.010.246	–	788,02	788,02	–
Idoso	5.145	2,17	45,00	45,00	35,72	5.145	–	4.054.264	1,40	45,00	45,00	35,71	4.054.264	–	788,00	788,00	–
Portador de Deficiência	6.289	2,65	55,00	55,00	4,19	6.289	–	4.955.982	1,71	55,00	55,00	4,18	4.955.982	–	788,04	788,04	–
Rendas Mensais Vitalícias	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Idade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Invalidez	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS DA UNIÃO (EPU) (1)	**20**	**0,01**			**53,85**	**20**	**–**	**26.807**	**0,01**			**55,66**	**26.807**	**–**	**1.340,35**	**1.340,35**	**–**

FONTE: DATAPREV, SUB, SINTESE.

(1) Inclui as espécies: 22 • Pensão por morte estatutária; 26 • Pensão Especial (Lei nº 593/48); 37 • Aposentadoria de extranumerário da União; 38 • Aposentadoria da extinta CAPIN; 54 • Pensão especial vitalícia; 56 • Pensão mensal vitalícia por síndrome de talidomida; 58 • Aposentadoria excepcional de anistiado; 59 • Pensão por morte excepcional do anistiado; 60 • Pensão mensal especial vitalícia; 76 • Salário-família estatutário da RFFSA; 85 • Pensão mensal vitalícia do seringueiro; 86 • Pensão mensal vitalícia do dependente do seringueiro; 89 • Pensão especial à vítima da hemodiálise Caruaru; 96 • Pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase. Não inclui os complementos de EPU.

Fonte: DATAPREV, SUB, SINTESE. (BRASIL, 2015b).

Tanto no aspecto previdenciário, quanto no aspecto constitucional, cabe uma maior assistência estatal às pessoas com transtornos mentais e a melhor forma de alavancar o respeito a estes cidadãos é dispensando-lhes a devida atenção no sistema único de saúde, onde qualquer cidadão pode ter acesso, com olhar humano e justo.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da dinamicidade nas relações humanas, em que o trabalho e a produtividade detêm grande importância no cenário social e econômico, refletem diretamente na saúde dos trabalhadores uma vez que o interesse preponderante é voltado para as instituições capitalistas; as pressões sociais para a busca incessante de elevar o melhor de si aos olhos da sociedade também desgasta e enfraquece o organismo físico e adoece a mente do indivíduo e, muitas vezes, não é um único fator que desencadeia o adoecimento mental, mas inúmeros fatores em conjunto, por exemplo, além do papel exercido dentro de uma empresa ou instituição, como a forma como lida com relações interpessoais, dentro ou fora do ambiente de trabalho. Por estas razões e outras tantas a serem citadas ao longo do trabalho desenvolvido, é necessário voltar à atenção do Estado à importância do cuidado com a saúde mental.

Sem o escopo de esgotar a análise do tema abordado e da complexidade dos dados oficiais fornecidos pelo Ministério da Previdência, restou-nos, após investigar se há negligência nas unidades do INSS presentes no Estado de Sergipe para que se encontre em última posição do ranking dos dias para a concessão dos auxílios previdenciários e se este fator impede ou retarda, de alguma forma, a garantia e manutenção da dignidade da pessoa humana, evidenciado que tal perícia encontra-se como elemento precípuo para a manutenção da garantia dos direitos fundamentais do indivíduo, entretanto, resta a obrigação do Estado em disponibilizar tratamento preventivo e digno à saúde mental da população, a conscientização da necessidade de cuidar da mente como cuida-se do corpo físico de acordo com o que preceitua o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 10.216/01.

E, por fim, espera-se que haja um maior aprofundamento das problemáticas abordadas, ora visto o escasso material de estudo voltado ao tema em comento, ainda mais pela relevância desta temática para uma melhor compreensão das dificuldades pelas quais passam os portadores de transtornos mentais, com enfoque ao transtorno de pânico, e como a

seguridade exerce seu papel de salvaguarda da garantida de uma vida digna mesmo que de forma temporária, enquanto o indivíduo estiver acometido pela enfermidade e, por isso, afastado da sua atividade laborativa, pois faz-se necessário que o Estado democrático de direito esteja sempre disposto a alicerçar e solidificar a cada dia a justiça.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente Cérebro**, ed. 164, set. 2006, pág. 30.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia.** 13. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001.

BRASIL, **Constituição Federal**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2015b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. MORAES, Guilherme Peña de (Org.). 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social – Brasil**, Brasília, Vol. 20, Nº 09, 60p, setembro/2015a. Acesso em: 01.11.2015, disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wpcontent/uploads/2015/11/pdfBeps092015_final.pdf

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social – Região Nordeste**, Brasília, Vol. 08, Nº 02, 184p, junho/2015b. Acesso em: 01.11.2015, disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wpcontent/uploads/2015/09/BERPS_Nordeste_jun15_final.pdf.

Brasil. Ministério da Previdência Social. **Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais. Brasília. 2007.** acesso 22 out. 2015. Disponível em: http://www1.spbancarios.com.br/download/17/consultapublica_mental.pdf

Brasil. Ministério da Previdência Social. **Manual de perícia médica da previdência social.** Versão 2. acesso 22 out. 2015. Disponível em: http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%20da%20Previdencia%20Social.pdf

Brasil. Ministério da Previdência Social. **Tabelas CNAE 2.0.** acesso em 05 de junho 2015.Disponível em http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional-tabelas/

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, Eduardo Rocha; MACÊDO, José Leandro Monteiro de. **Curso de Direito Previdenciário**. São Paulo: Editora Método, 2008.

LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

OMS**, A Constituição adotada pela Conferência Internacional da Saúde**, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946 e assinada em 26 de julho de 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. A Proteção Social na Constituição de 1988. **Revista de Direito Social**. Notadez, Porto Alegre, n. 28, p. 11-29, 2007.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

SANTORO, José Jayme de Souza. **Manual de direito previdenciário**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora. 2ª ed., 2001.

SIANO, Adriana Kelmer; RIBEIRO, Luiz Cláudio; SANTIAGO, Aline Evangelista; RIBEIRO, Mário Sérgio**. Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas de requerentes de auxílio-doença na Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Juiz de Fora – Minas Gerais**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 235-242, out./dez. 2008.

SILVA, K.; VIANA, H.; PAULINO, L. Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia. **Anais XVI Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO**. Trabalho apresentado no 16º encontro da ABRAPSO, Recife, 12 a 15 de novembro de 2011. Disponível em http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=2373 acesso em: 22/10/2015.

A FEDERAL CONSTITUTION OF THE IMPORTANCE OF 1988 ON WARRANTY HUMAN DIGNITY PANIC DISORDER OF CARRIER THROUGH SOCIAL SECURITY IN SERGIPE STATE (2015)

Abstract:

The purpose of this article is to investigate and analyze the treatment of disorders of carriers looking forward along the innovations brought by the Constitution of 1988 to understand the motivation of the emergence and creation of social security aid to this group of people and why the expert procedure for such aid is not rare times, coated slow. This work was developed and studied specifically in the state of Sergipe through exploratory research, bibliographic and data collection by official data provided by the Ministry of Social Security, the United Nations - Brazil and World Health Organization - Brazil, coupled with analysis updated graphics (up to June this year), provided by the above Ministry; used a qualitative approach to conceptualize, describe and characterize this problem through which pass the taxpayers affected by anxiety disorders, thus analyzing up relations, causes and consequences with forensic procedures demanded.
Keywords: Anxiety disorders. Social Security. Social Security. Medical expertise. Principle of human dignity.