

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Departamento de Engenharia de Produção

## **DONOS DO PODER?**

UMA ANÁLISE DA ATIVIDADE PERICIAL NO CONTEXTO DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: LIMITES E CONFLITOS FRENTE À  
CARACTERIZAÇÃO DO ADOECIMENTO EM LER/DORT

**Davidson Passos Mendes**

Belo Horizonte  
2006

**Davidson Passos Mendes**

## **DONOS DO PODER?**

**UMA ANÁLISE DA ATIVIDADE PERICIAL NO CONTEXTO DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: LIMITES E CONFLITOS FRENTE À  
CARACTERIZAÇÃO DO ADOECIMENTO EM LER/DORT**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da  
Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do  
título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de Concentração: Ergonomia e Organização do  
Trabalho

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliza Helena de Oliveira  
Echternacht

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte  
Faculdade de Engenharia da UFMG  
2006

## DEDICATÓRIA

**Em especial à minha família:**

*Meu pai, exemplo de sonhos, lutas e conquistas,*

*Minha mãe, exemplo de amor, humildade e coragem,*

*Minha irmã, por compartilhar espaços e momentos,*

*À Juliana, pelo amor incondicional e pela companhia em todos os momentos,*

*Ao Snoopy, meu grande companheiro e amigo fiel.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À DEUS, pela força e pela coragem para prosseguir.*

*À professora, Dra. Eliza, que tornou o meu aprendizado mais suave pela sua sabedoria e que foi paciente diante dos meus limites e das minhas dificuldades.*

*Aos professores do DEP que trouxeram-me informações e conhecimentos indispensáveis para o andamento desta dissertação, em especial ao Professor Francisco,*

*À turma de mestrado, companheiros das angústias e dos medos, em especial aos amigos Humberto e Alessandra,*

*Ao pessoal técnico-administrativo do INSS que permitiram a realização do trabalho e se dispuseram a esclarecer minhas dúvidas.*

*Aos peritos que fizeram deste estudo uma realidade.*

*E a todos aqueles que contribuíram neste processo de aprendizado: alunos, professores, colegas, segurados do INSS e médicos.*

*“As LER cronificada e já estabelecida tem uma  
faceta social terrivelmente excludente.  
Marginaliza o indivíduo. Reduz sua renda.  
Interfere nos atos da vida diária. Afeta seus  
valores, reduz e dificulta a realização dos  
sonhos. Coloca o paciente à margem do  
processo de produção, quando ele se encontra  
no esplendor de sua idade mais produtiva.  
Deprime e revolta o lesado”.*

*(OLIVEIRA,2002)*

## RESUMO

O objetivo desta dissertação é refletir sobre as atuais condições de execução da atividade pericial no contexto da Previdência Social Brasileira, apontando os possíveis efeitos de tais condições sobre a eficiência do Sistema de Benefícios, especialmente no que se refere ao estabelecimento de nexos de causalidade entre a doença incapacitante e o trabalho. A metodologia utilizada referencia-se na Análise Ergonômica do Trabalho (GUÉRIN *et al*, 1997). Foram feitas entrevistas com seis peritos e observações sistematizadas da atividade desses peritos em situação real de trabalho, com foco sobre as estratégias operatórias desenvolvidas pelos mesmos para a tomada de decisão frente às possibilidades de concessão ou negação do benefício. Os resultados apontam para as seguintes questões: (1) as características técnicas e organizacionais do sistema pericial limitam substancialmente o poder decisório dos peritos, destacando-se aqui o sistema de informações de base microeletrônica e a divisão do trabalho como condicionantes centrais dos modos operatórios encontrados; (2) a atividade pericial situa-se entre um conflito de normas, as normas internas da instituição e as normas técnicas que regulamentam as condições para o estabelecimento de nexo entre a doença e o trabalho; (3) as estratégias operatórias se distinguem conforme a história do sujeito perito, onde destacam-se a formação especializada, os valores atribuídos à posição de perito, os compromissos com a realidade social. Concluímos que, diferentemente das representações sociais dominantes quanto ao poder do perito na concessão dos benefícios, os campos de possibilidade de ação e regulação destes são limitados pela estrutura técnica e organizacional da instituição previdenciária brasileira, assim como seu poder decisório.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to reflect on the current conditions of forensic work in the context of the Brazilian public welfare system, pointing out the possible effects of such conditions on the efficiency of the System of Benefits, particularly, on what concerns establishing the causes between incapacitating diseases and work. The methodology adopted was work analysis (GUÉRIN *et al.*, 1997). Interviews were carried out with six forensic experts, systemized observation of their activities during real work situation and the strategies developed by them for decision making were also observed, when they are faced with the possibilities of a denial or concession of a benefit. The results lead to the following questions: (1) the technical and organizational characteristics of the forensic system limit, substantially, the power of decision of the forensic experts, in particular, the system of information which was designed on a microelectronic basis, and the division of work as the core conditionings of the strategies found, (2) the forensic activity situates in a conflict of norms, the norms of the institution and the technical norms, that rule the conditions for establishing a cause that links the disease and work, (3) the strategies vary according to the background of the forensic expert, where the specialized qualification is highlighted, the values attributed to the forensic expert and their commitment to the social reality. The conclusion is that differently from the main social representations as to the power of the forensic expert in the concession of benefits, their field of possibilities of action and their regulation are limited by the technical and organizational structure of the Brazilian welfare institution as well as its decision power instance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Informações Necessárias para o Pronunciamento sobre a Existência (ou não) de Incapacidade Laborativa.....	35
Figura 2 – As interfaces com que lida o perito.....	87
Figura 3 – Estabelecimento do diagnóstico: interface segurado médico assistente.....	92
Figura 4 - Estabelecimento da condição de segurado.....	93
Figura 5 - Interfaces do reconhecimento da incapacidade e do doente Profissional.....	95
Figura 6 – Sequenciamento de perícias.....	97
Gráfico 1 – Variação na concessão de benefícios por incapacidade.....	24
Gráfico 2 – INSS reduz dependência de credenciados.....	27
Gráfico 3 – Evolução dos diagnósticos de LER/DORT – NUSAT/MG.....	56
Gráfico 4 – Evolução dos acidentes de trabalho no Brasil.....	111

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>MACRO-ESTRUTURAS DO PROBLEMA.....</b>	<b>18</b>
2.1	Contextos de produção da doença profissional: as estruturas técnicas da produção e do trabalho no Brasil.....	18
2.1.1	A institucionalidade da doença profissional e do acidente de trabalho	21
2.2	A Estrutura diagnóstica da relação saúde-trabalho.....	23
2.3	O Contexto da Seguridade no Brasil.....	25
2.3.1	O déficit da Previdência Social.....	27
2.3.2	A relação oferta/demanda: filas nas agências do INSS.....	29
2.4	As Agências da Previdência Social.....	31
2.4.1	A Perícia Médica: o que é o médico perito? Com que lidam?.....	32
2.5	O Foco sobre o benefício por incapacidade.....	37
2.5.1	Benefício por incapacidade: solicitação.....	37
2.5.2	Benefício por Incapacidade: Fluxograma de Atendimento.....	38
2.5.3	Interface segurado-técnico previdenciário.....	38
2.5.4	Entrada do segurado no sistema.....	40
2.5.5	Produto Final do agir pericial: concessão (ou não) do benefício.....	41
2.6	As LER como objeto de trabalho pericial.....	41
2.6.1	A construção do saber: o processo de Institucionalização/Normatização em LER.....	44
2.6.2	O cenário de mudanças no INSS: de LER para DORT para LER/DORT	49
2.6.3	Quadro atual das LER.....	59

<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>64</b>
3.1	Trabalho, dramática e uso de si.....	64
3.2	A carga de trabalho como categoria explicativa.....	66
3.2.1	Modelagem para a análise da carga de trabalho.....	69
3.2.2	Alguns elementos teóricos para a modelagem da carga de trabalho: o foco sobre as estratégias operatórias.....	71
<b>4</b>	<b>TERRENO METODOLÓGICO.....</b>	<b>75</b>
4.1	Objetivos.....	75
4.1.2	Objetivos específicos.....	75
4.1.3	Hipótese.....	75
4.2	Análise Ergonômica do Trabalho.....	76
4.2.1	Primeira etapa: Levantamento de dados sobre a instituição e sobre a organização e estruturação pericial. Exposição dos propósitos da investigação aos participantes da pesquisa.....	78
4.2.2	Segunda etapa: entrada na agência em foco. Entrevista com a chefe da agência, com a supervisora de benefícios e o supervisor pericial. Acompanhamento da atividade do técnico-previdenciário.....	79
4.2.3	Terceira fase: foco na atividade pericial.....	79
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>82</b>
5.1	Quadro geral da Previdência no contexto das agências da grande Belo Horizonte.....	82
5.2	Os elementos, o objeto e os meios de trabalho na Perícia Médica...	83
5.2.1	Os peritos.....	83
5.2.2	Objeto e Meios de Trabalho.....	84
5.2.3	O sistema de informação (Sistema SABI).....	88
5.2.4	A organização do trabalho.....	90
5.3	O processo de trabalho na Perícia Médica.....	92
5.3.1	Estabelecimento do diagnóstico: interface segurado médico assistente.....	92

5.3.2	Estabelecimento da condição de segurado: interface segurado/técnico previdenciário (Marco I).....	93
5.3.3	Interfaces do reconhecimento da incapacidade e do doente profissional (Marco II).....	95
5.3.4	Sequenciamento de perícias (Marco III).....	97
5.3.5	Evolução de perícias e perspectiva de aposentadoria (Marco IV)....	98
5.3.6	Decisão final: suspensão do benefício ou aposentadoria por invalidez (Marco V).....	99
5.4	A atividade e as tomadas de decisão.....	99
5.4.1	Situação 1: Perito I.....	100
5.4.1.1	Caso 1.....	100
5.4.2	Situação 2: Perito II.....	102
5.4.2.1	Caso 2.....	102
5.4.3	Situação 3: Perito III.....	104
5.4.3.1	Caso 3.....	104
5.4.3.2	Paciente II: Caso 4.....	106
<b>6</b>	<b>ANÁLISE</b> .....	<b>107</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>121</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>124</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>130</b>
	ANEXO A - Atribuições da perícia médica.....	130
	ANEXO B - Atribuições da perícia médica credenciada.....	131
	ANEXO C - Atribuições do médico especialista credenciado em especialidades.....	132

## 1 INTRODUÇÃO

O contexto produtivo brasileiro é caracterizado pela coexistência de elementos oriundos de modos antigos e modernos de produzir e trabalhar, na maioria das vezes, acarretando formas distintas de adoecer e morrer dos trabalhadores. O corpo que produz e que gera renda é o mesmo corpo que adoece. A doença no trabalho é fenômeno oriundo de modos de trabalhar concretos em contextos específicos de produção.

O nexo de causalidade é que estabelece a relação de causa e efeito entre o adoecimento e o trabalho. A instituição responsável pelo estabelecimento desse nexo e o conseqüente reconhecimento formal da doença profissional e do acidente do trabalho é a previdência social (INSS), que é um dos pilares da seguridade social. É uma instituição pública, de regime geral, filiação obrigatória para quem possui relação formal de emprego e de caráter contributivo cujo objetivo é o de fiscalizar e arrecadar as contribuições, além de reconhecer e conceder direitos aos seus segurados.

O trabalhador segurado para ter acesso ao benefício de auxílio-doença, que é um benefício concedido ao segurado portador de uma incapacidade para o trabalho, deve ser avaliado pela Perícia Médica. O perito é a figura central para a concessão do benefício, e há uma representatividade social acerca do seu poder decisório, sendo a base de controle do acesso ao benefício. A Perícia Médica pode ser realizada pelo perito oficial (médico pertencente ao quadro de pessoal permanente) ou pelo perito credenciado (profissional contratado).

As deficiências estruturais da perícia médica previdenciária como a dificuldade diagnóstica da relação saúde/trabalho, a relação desigual entre a demanda pelo benefício de incapacidade e a carência de peritos, o caráter deficitário da Previdência, dentre outras,

trarão conseqüências importantes sobre o estatuto do doente profissional, fomentando as estratégias de ocultamento de sintomas pelos trabalhadores, dificultando o diagnóstico e o registro das doenças ocupacionais (sub-registro).

Em torno da atuação do médico perito surgem várias polêmicas quanto ao exercício, poderes e limites deste trabalho (VERTHEIN, 2001; MELO, 2003).

No âmbito da instituição, conflitos são vivenciados na avaliação do segurado para a concessão de benefícios, como exemplo, em divergências vivenciadas no entendimento dos procedimentos técnicos e sua aplicação, baseado no conjunto normativo e suas derivadas conseqüências; discordância e insatisfação dos segurados quando os benefícios são negados, dentre outros.

As divergências quanto aos resultados das avaliações periciais tornam-se ainda mais intensas quando se toma como foco o debate social suscitado em torno de patologias relacionadas ou provocadas pelas condições de trabalho.

Nesse contexto de produção da doença e a conseqüente institucionalização do adoecimento há uma relação de conflito e desgaste. Por um lado a perícia do INSS levanta a hipótese de “supersimulação” do sujeito trabalhador com a intenção de se obter o benefício previdenciário, fato comumente observado em jornais (FOLHA ON LINE<sup>1</sup> 24/03/2005)

as vezes o trabalhador dimensiona uma intensidade de dor que não é compatível com o problema diagnosticado por exames ou pelo médico, mas não é possível para o perito medir a dor que o trabalhador diz estar sentindo porque a intensidade da dor é subjetiva. Nestes casos a dor não é permanente, mas para quem quer enganar a previdência a dor não acaba mais.

---

<sup>1</sup> [www.folha.uol.com.br](http://www.folha.uol.com.br)

Em contrapartida, os segurados acusam o sistema e os peritos de dificultarem a concessão do benefício, através do ‘endurecimento’ das regras e dos procedimentos de avaliação pericial. Fato também expressado em jornais de circulação nacional, como relatado pelo presidente de uma entidade de defesa dos lesionados no trabalho do Paraná:

o que vem acontecendo hoje é que os peritos mal olham os exames dos pacientes e, muitas vezes, se quer os examinam. Eles simplesmente consideram um determinado problema simples, sem terem parâmetros para isso, e determinam que a pessoa retorne ao trabalho. (PARANÁ ON LINE<sup>2</sup> 02/02/2005)

Há uma necessidade de respostas a essa demanda social em torno das doenças relacionadas ao trabalho e ao processo de institucionalização da doença e do doente, que busca ações preventivas e diagnósticas no adoecimento por LER.

Dentre as doenças do trabalho, daremos enfoque nas LER, pelo fato desse tipo de adoecimento acometer uma população trabalhadora jovem, apresentar características pandêmicas e dificuldades diagnósticas que se refletem nos conflitos de estabelecimento dos nexos de causalidade (RIBEIRO, 2002).

Para se caracterizar o adoecimento no trabalho e firmar o diagnóstico como LER, torna-se necessário o estabelecimento donexo causal. As maiores polêmicas ocorrem quando a empresa ou mesmo a Previdência Social se nega a reconhecer as LER como doença do trabalho, por alegação de falta de nexode causalidade da doença com as funções desempenhadas pelo trabalhador.

Não havendo reconhecimento da patologia como doença do trabalho, mas presente em capacidade, o segurado fará jus tão somente, ao auxílio doença comum e não ao auxílio-doença acidentário. Nessa hipótese, o segurado também não terá direito à garantia de

emprego e nem direito às eventuais reparações por danos materiais e/ou morais (OLIVEIRA, 2002).

Na vivência trabalhadora como fisioterapeuta confrontei-me com os adoecidos por LER. O paciente quando encaminhado à reabilitação, na maioria das vezes tardiamente, já apresentava mudanças na estrutura e organização tecidual, com incapacidade instalada. Não havia formas preventivas e precoces de intervenção e, portanto a reabilitação fisioterapêutica não apresentava resultados. Havia duas interpretações: acreditar que a fisioterapia não era eficiente para reabilitar os adoecidos por LER ou os pacientes eram encaminhados tardiamente à reabilitação com incapacidade já instalada.

Os conflitos surgiam devido às dificuldades diagnósticas em LER. Os indivíduos percorriam consultórios médicos, avaliações periciais, num interminável vai-e-vem de consultas e exames, abrindo-se espaço para dúvidas, hipóteses de simulação em que o próprio indivíduo doente e seus pares de trabalho passavam a suspeitar das queixas.

Dessa forma tornou-se necessário estudar as LER e a instituição responsável pelo reconhecimento formal do adoecimento (INSS), numa tentativa de se entender o caminho percorrido para a institucionalização da doença e do doente profissional, estabelecendo foco sobre o perito, já que esse sujeito faz interface com o médico assistente, médico da empresa, com o sujeito trabalhador e com a instituição securitária (INSS).

No olhar sobre a atividade de trabalho do perito, estabelecemos foco sobre as representações desse ator social (perito) para as tomadas de decisão como uma forma de apreensão do componente cognitivo dessa atividade. A competência de cada sujeito se revela quanto à ampliação ou redução dos campos de possibilidades de ação e regulação

---

<sup>2</sup> [www.parana-online.com.br](http://www.parana-online.com.br)

frente aos condicionantes desta atividade. O fio de análise enfatizará, através das representações da tomada de decisão e mediada pela competência do sujeito na situação estabelecida, a capacidade de gestão de conflitos com a instituição, com o segurado e consigo mesmo e o caráter de re-normalização de normas antecedentes como atributos da competência e como forma de regulação da carga de trabalho.

E através desse olhar sobre a atividade pericial, foram emergindo questões, dentre as quais:

- que fatores estruturam e direcionam as representações para a tomada de decisão da concessão de benefícios, frente ao contexto da seguridade no Brasil;

- que critérios são utilizados para se estabelecer o nexos causal, se o faz ou não, e se há diferença entre as representações dos peritos oficiais e credenciados do INSS.

E uma vez que foram sendo aprofundadas tais questões, surgiram outras mais específicas:

- como esses atores sociais (peritos) montam representações para o agir pericial?

Quais os campos de possibilidades de ação e regulação frente aos condicionantes do sistema, no atual contexto produtivo da seguridade brasileira?

- há hierarquização dos fatores de risco tidos como inferentes na determinação do processo patogênico? Em que grau são avaliados?

- Como são os métodos de coleta de dados relativos às interfaces: médico – paciente, médico – prontuário e médico – sistema normativo de instituições securitárias e qual importância dessas interfaces para a montagem de representações para a ação?

- Como são os métodos de coleta de dados relativos às situações de trabalho (a forma pela a qual o perito avalia diversas situações de trabalho, hierarquizando ou homogeneizando as variáveis para obter ou não o nexos da doença com o trabalho)?

Estas questões, amplas e pretensiosas, delinearão o caminho a ser percorrido. Buscar-se-á estabelecer um fio de análise sobre a atividade desempenhada pelos peritos (oficiais e terceiros) dessa instituição, analisando os conflitos de normas (normas internas e as normas técnicas de avaliação da incapacidade), as interfaces com o sistema informacional (SABI), as interfaces com os pares e as interfaces com o paciente trabalhador, observando as renormalizações, as gestões de conflitos dentro desses condicionantes, demonstrando os modos operatórios possíveis nos campos de possibilidades de ação e regulação.

Dentre todas questões que delimitam o caminho a ser percorrido, procurar-se-á responder a alguns questionamentos, dentre os quais:

- quais são os elementos estruturantes da Previdência Social e se há alguma influência desses elementos na atividade desempenhada pelo perito ao se estabelecer a concessão ou não de um benefício por incapacidade solicitado?

- o perito é dono desse poder decisório que é atribuído a ele?

- Como se faz o reconhecimento formal e se estabelece o nexos de causalidade entre a doença e o trabalho no INSS?

Através da metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e tendo como objeto a perícia médica do INSS, buscaremos encontrar elementos de resposta a esses questionamentos.

## **2 MACRO-ESTRUTURAS DO PROBLEMA**

### **2.1 Contextos de produção da doença profissional: as estruturas técnicas da produção e do trabalho no Brasil**

Os padrões de morbi-mortalidade da população mundial têm sofrido alterações desde o século passado, motivados pelas inovações tecnológicas e o uso de recursos terapêuticos mais eficazes, acarretando a mudança do antigo padrão de atraso, constituídos pelas doenças infecciosas e parasitárias, pelos padrões de modernidade, caracterizados pelas doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, osteomusculares, mentais, acidentes, dentre outras. Essa transposição de padrões epidemiológicos é observado nos países centrais, de industrialização precoce.

Em contraste, nos países periféricos e de industrialização tardia, particularmente no Brasil, não é observada essa transposição. Encontra-se uma concomitância de modos atrasados e modernos de adoecer e morrer, em que a população já submetida a condições precárias de vida, passa também a ser inserida, como força de trabalho, na transformação dos modos de produzir.

Como citado por ECHTERNACHT, 2004, p.88:

No âmbito das relações entre saúde-trabalho, essa concomitância de padrões se origina na coexistência de elementos oriundos de modos antigos e modernos de produzir e trabalhar. As patologias ocupacionais clássicas, tais como pneumoconioses, intoxicações químicas, relacionadas às condições insalubres de trabalho associam-se a modos modernos de adoecer no trabalho, como as LER, relacionado ao conteúdo penoso do trabalho.

Os modos antigos e modernos de produção e de reprodução da vida estão diretamente relacionados à estrutura econômica, que acentua a exclusão social através do fenômeno do desemprego e da sucessiva redução de salários, o que faz com que as coletividades

trabalhadoras se sujeitem às condições intensivas e tantas vezes precárias de trabalho que se tornam elementos inerentes à própria condição trabalhadora.

Neste contexto de produção e de reprodução da vida, o valor do trabalho, o acesso à tecnologia e as exigências competitivas globais modulam e caracterizam as distintas espécies de configurações produtivas existentes no Brasil com distintas formas de adoecimento no trabalho.

Há processos de trabalho em que predominam os acidentes típicos com o uso de tecnologias sucateadas e ultrapassadas quanto ao padrão de competitividade mundial e dos dispositivos de segurança. Esse é o caso de grande parte das pequenas e médias empresas que empregam 90% da população trabalhadora brasileira e onde se observam modos degradados de produção. Estão presentes em setores como a metalurgia, a siderurgia e a mineração, em que a intensificação e a densificação das atividades de trabalho se processam em meios poluídos e agressivos.

Os processos contínuos, complexos e perigosos, de siderúrgicas e petroquímicas, também apresentam altos índices de acidentes de trabalho, em que a baixa confiabilidade técnica e organizacional relacionada às várias ordens de inadequações de projetos, provoca uma alta carga cognitiva em condições insalubres e perigosas.

Nas mineradoras se observam processos de automação implantados de modo parcial e associados ao trabalho físico pesado nas entradas e saídas dos processos. Estabelecem-se assim, interfaces homem-máquina em que a potencialidade dos dispositivos técnicos impõe ritmos intensificados ao trabalho humano. Essa configuração é fruto de um excedente de mão de obra masculina e jovem, barata e desqualificada, que será degradada em acidentes típicos e em processos de adoecimento músculo-esquelético.

Há também sistemas mediados por trabalho intensivo com características artesanais e pouca incorporação de tecnologia, como setores da construção civil e construção naval em que há trabalho intensivo, múltiplos riscos ambientais e alta frequência de acidentes de trabalho.

Em outros contextos produtivos predominam o adoecimento no trabalho, embora não se excluam os acidentes típicos. Processo visualizado em fábricas de auto-peças, onde os sistemas de trabalho são organizados em linhas de montagem associados a novas técnicas de gestão da produção. Tais associações tendem a reduzir as margens de regulação operatória, o que traz efeitos à saúde dos coletivos trabalhadores. Em meados da década de 90 foram registrados mais de 50% de casos de LER entre os coletivos operatórios inseridos nos setores de montagem (FIEMG, 1996; VERTHEIN, 2002; ECHTERNACHT, 2004).

Nas montadoras de automóveis, o risco músculo-esquelético, devido a densificação, é elemento característico, com alto adoecimento por LER (DRT-PR, 2005). Os processos de automação são estruturados sobre o trabalho parcelado e o conteúdo repetitivo das atividades deve responder às demandas de flexibilização da produção e suas variáveis.

Observa-se também a expansão do setor de serviços mediada pela incorporação de tecnologia de base microeletrônica (tele-informática), implantada sob princípios neotayloristas. Situa-se aqui o principal foco da explosão epidêmica de LER iniciada nos anos 90, atingindo especialmente uma população trabalhadora feminina e jovem (ECHTERNACHT, 1998, 2004; VERTHEIN, 2002; RIBEIRO, 2002).

Essa diversidade e complexidade das condições e ambientes de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos de acidentes. De forma associada observa-se grande diversidade da natureza de vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal do trabalho,

acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para os trabalhadores.

### **2.1.1 A institucionalidade da doença profissional e do acidente de trabalho**

As relações entre saúde e trabalho no Brasil se originam de dois pólos, a partir da década de 80, quando ocorreram os processos políticos de abertura do regime militar.

Um desses pólos é o movimento sindical, que questionou e engendrou uma série de denúncias quanto ao caráter desumano das condições de trabalho. Organizou-se em coletivos trabalhadores que reivindicavam e exigiam mudanças das condições existentes até então. O outro pólo é o movimento intitulado ‘saúde do trabalhador’, que era organizado por setores da universidade pública em associação com o movimento sindical, cujo objetivo era reorganizar o setor público de saúde (ECHTERNACHT, 2004).

Dessas experiências (sindicatos e universidades) surgiu um saber acerca das doenças associadas ao trabalho, com a legitimação e institucionalização do estatuto da doença profissional e do acidente de trabalho, além da constituição de competências sociais para a ação diagnóstica e preventiva.

Essas competências se traduzem na prática com a devida e necessária articulação entre as instituições públicas como os ministérios da saúde, do trabalho e da previdência social em suas respectivas funções diagnósticas, fiscalizadoras e securitárias e as empresas e suas estruturas de proteção à saúde no trabalho, o que envolve a lida empresarial com as questões de segurança e da saúde, a partir do cumprimento de normas regulamentadoras.

O atual contexto do trabalho no Brasil é mediado por alguns pontos críticos que merecem ser relevados:

Há uma fraca capacidade diagnóstica e de registro dos casos, devido à própria estrutura do serviço público de saúde, o que nos obriga ao convívio com o sub-registro de doenças e acidentes de trabalho (VERTHEIN, 2002; RIBEIRO, 2002; ECHTERNACHT, 2004).

O caráter das estruturas preventivas é fortemente vinculado ao conteúdo normatizador, seja relacionado à legislação trabalhista, seja relacionado aos processos de certificação. Tais conteúdos, na maioria das vezes inadequados à realidade da produção, tornam-se verdadeiros arcabouços frente às exigências dos desempenhos operatórios. Nesse contexto ocorre a culpabilização individual dos acidentes de trabalho frente aos descumprimentos das normas pelos operadores, mas era o caminho possível frente às exigências de produção.

Associado aos fatores acima, há uma precária estrutura previdenciária, que é a instituição responsável pelo estabelecimento dos nexos de causalidade e o conseqüente reconhecimento formal da doença profissional e do acidente de trabalho, através das perícias médicas.

As dificuldades de objetivação do adoecimento perturbam as práticas institucionais gerando conflitos envolvendo médicos, peritos, juízes e o sujeito trabalhador. Diante das dificuldades de objetivação diagnóstica, o sujeito trabalhador é colocado numa situação de potencial simulador de sintomas.

## **2.2 A Estrutura diagnóstica da relação saúde-trabalho**

Os trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho enfrentam barreiras para confirmação da doença e do seunexo com o trabalho que começam nos consultórios particulares e das empresas de saúde, se prolongam nos serviços médicos e de recursos humanos das empresas, se estendem às unidades públicas de saúde do trabalhador e acabam

na perícia médica do INSS, sendo que cada uma dessas passagens implica em uma série de consultas, exames complementares e laudos periódicos com especialistas.

Ao adoecer, iniciam-se os obstáculos. O acesso ao sistema público de saúde é difícil. Exames que podem auxiliar num diagnóstico demoram meses e se forem mais sofisticados nem são realizados. Uma consulta especializada, por exemplo com um ortopedista, pode demorar até seis meses para ser realizada. Os médicos das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) são generalistas e não possuem competência para lidar com o doente profissional.

No consultório, quer seja público ou privado, a barreira se efetiva na formulação da hipótese diagnóstica. É feita a hipótese diagnóstica, porém, não se estabelece uma relação desse adoecimento com o trabalho. Dessa forma, não se emite a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

Mas, mesmo o fato de constar explicitamente no relatório médico que a doença tem causalidade no trabalho, não necessariamente surte os efeitos esperados junto ao empregador e ao INSS.

Ao solicitar o benefício, o sujeito trabalhador é informado de que necessita de um tempo de contribuição para que tenha a condição de segurado, elemento fundamental para se requerer o seguro. Esse tempo de contribuição tem aumentado constantemente e, dessa forma, limita-se o acesso à solicitação do benefício.

Nessas circunstâncias, quando o afastamento do trabalho se impõe por incapacidade, as empresas e o INSS não tomam conhecimento da causalidade do trabalho e o afastamento e o conseqüente auxílio é concedido por doença comum e não por doença do trabalho,

seqüestrando significativos benefícios de ordem trabalhista, pecuniária e previdenciária. Trabalhista, porque as doenças do trabalho conferem uma estabilidade precária de doze meses; pecuniária porque os cálculos para a concessão do auxílio acidente/doença do trabalho são mais vantajosos que para concessão do auxílio-doença comum; e previdenciária porque o tempo de afastamento por acidente/doença conta para efeito de aposentadoria e por doença comum, não (OLIVEIRA, 2002; RIBEIRO, 2002).

O gráfico abaixo demonstra picos na concessão do benefício previdenciário (B-31) e na aposentadoria por invalidez (B-91) relativa a esse benefício.

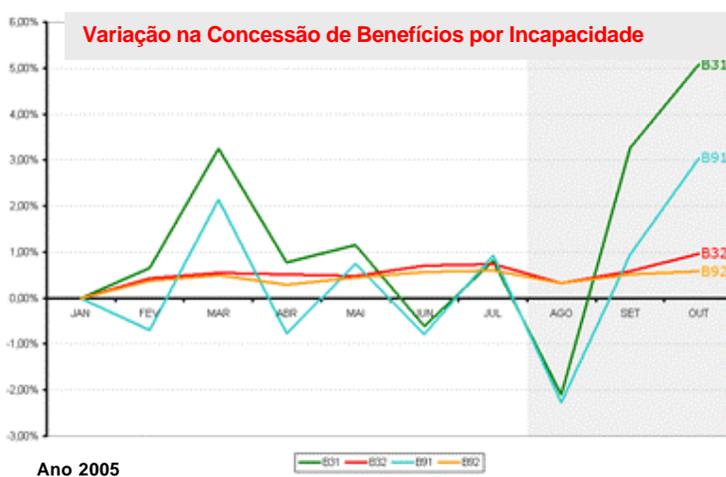


Gráfico 1: Variação na Concessão de Benefícios por Incapacidade  
Fonte: INSS, 2005

Esses elementos nos fazem levantar questões a respeito das variações existentes nos benefícios previdenciários em detrimento da regularidade do benefício acidentário.

Vale aqui lembrar que no Brasil, as doenças relacionadas ao trabalho são enquadradas como acidentes do trabalho. Será que o adoecimento relacionado ao trabalho segue essa regularidade ou somente estão sendo notificados os acidentes típicos? As doenças

relacionadas ao trabalho e, em especial as LER, não são notificadas como acidente de trabalho?

### **2.3 Contexto da Seguridade Social no Brasil**

A seguridade social, enquanto política de Estado expressa na constituição de 1988, tem como um de seus pilares a Previdência Social (INSS).

Encontra-se organizada sob a forma de regime geral de caráter contributivo e filiação obrigatória, sendo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a autarquia do Ministério da Previdência Social, responsável pela arrecadação das contribuições devidas à Previdência e pelo pagamento dos benefícios aos segurados (BRASIL, 2002).

A Previdência Social é o seguro social para a pessoa que contribui. É uma instituição pública que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados (INSS, 2005).

A renda transferida pela Previdência Social é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte, quando ele perde a capacidade de trabalho, seja pela doença, invalidez, idade avançada, morte e desemprego involuntário, ou mesmo a maternidade e a reclusão.

A instituição previdenciária brasileira vem sofrendo alterações, especialmente a partir da década de 90, reflexos das reformas de Estado, numa tentativa de se ‘estancar’ o fluxo contínuo e crescente de verbas que acarretam déficits constantes e de longa data.

As políticas e ações do governo federal têm caminhado no sentido de ‘desmantelamento’ e privatização do sistema previdenciário estatal (RIBEIRO, 2002) e da redução dos direitos trabalhistas, com o ‘congelamento’ dos salários dos servidores da previdência e a extinção progressiva da carreira; tentativa inicial de esvaziamento dos quadros efetivos de médicos peritos e de técnicos dos centros de reabilitação profissional; ‘terceirização’ e descentralização da perícia médica; ‘endurecimento’ para o reconhecimento de doenças do trabalho e concessão de auxílios e aposentadorias. Junto ao Congresso Nacional, discussão de projetos de lei com o intuito de privatizar o seguro acidente e desregulamentar direitos do trabalho contidos na CLT, além da publicação de medidas provisórias que ampliam o tempo de contribuição para a concessão de benefícios.

Os momentos de terceirização e retorno à centralização das perícias é fato que acontece no INSS de acordo com os períodos de maior ou menor restrição ao benefício, diretamente relacionados ao valor absoluto do número de benefícios por incapacidade concedidos.

Nos momentos em que aumenta o número de auxílios-doença, opta-se pela perícia oficial, aumentando-se o número de peritos efetivos nos quadros do INSS. A partir de 2003, ocorre um aumento ‘vertiginoso’ nos pedidos de benefícios de incapacidade para o trabalho (INSS, 2005), o que faz com que a instituição retorne ao modelo mais centralizador, através do privilegiamento da perícia oficial, com a nomeação de novos peritos, via concurso.

Fato que pode ser observado pelo gráfico abaixo:

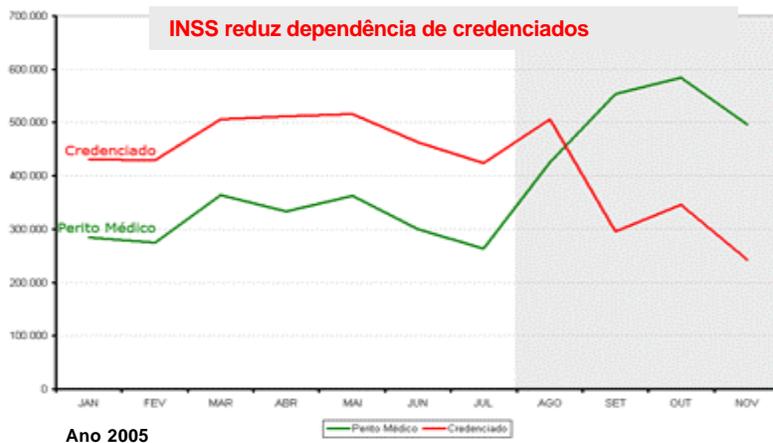


Gráfico 2 – INSS reduz dependência de credenciados

Fonte: INSS, 2005

A nomeação de novos peritos é justificada pela instituição (INSS), como uma tentativa de diminuir as filas e evitar o represamento de pedidos de benefícios por incapacidade.

### 2.3.1 O déficit da Previdência Social

A previdência pública brasileira apresenta negativos crescentes, com déficit histórico que tem se agravado de maneira expressiva após 1994, frutos de renúncias fiscais, sonegação e fraudes, além da redução do mercado formal de trabalho.

Na Era Vargas havia cerca de oito contribuintes para cada inativo. Em 2003, essa relação era de 1,2 contribuintes para cada inativo (ANASPS, 2005). Com a redução do mercado formal no Brasil - estima-se que hoje somente 40 % da População Economicamente Ativa (PEA) do país esteja no mercado formal - e o aumento da expectativa de vida, a curva deve se inverter em breve, com mais inativos que contribuintes.

Em 1992, no governo do presidente Itamar Franco, o déficit da Previdência Social estava em R\$ 10,6 bilhões. Cerca de treze anos depois, o valor está dez vezes maior. A sonegação no setor está estimada em cerca de R\$120 bilhões, segundo projeções do Tribunal de Contas da União (TCU). De cada real arrecadado, R\$0,30 a R\$0,40 desaparecem. As dívidas a receber estão estimadas em R\$250 bilhões e as renúncias previdenciárias somam aproximadamente R\$50 bilhões (ANASPS, 2005).

Os maiores devedores no setor privado são empresas de terceirização de mão-de-obra, empresas de segurança, conservação e limpeza, informática, consultorias, bancos, seguradoras, transportadoras urbanas e interurbanas. No setor público, estima-se que os estados devam cerca de R\$15 bilhões. As prefeituras têm uma dívida de R\$18 bilhões. Há também renúncias previdenciárias às empresas optantes pelo Simples (tributação diferenciada oferecida pelo governo às micro e pequenas empresas). Em 2006, as renúncias originadas do Simples deverão chegar a R\$ 7 bilhões (ANASPS, 2005).

Até 2001, o gasto com auxílio-doença ficava entre R\$2,5 bilhões e R\$3 bilhões. Após 2001, subiu para R\$9 bilhões ao ano (INSS, 2005). O déficit acumulado da Previdência, de 2001 a 2004, alcança o patamar de R\$73,3 bilhões (ANASPS, 2005).

Em 2005, o déficit da previdência deverá ultrapassar R\$ 100 bilhões (o valor inclui trabalhadores da iniciativa privada e servidores públicos). As despesas da previdência representam 7 % do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (ANASP, 2005).

A elevação do déficit do sistema motivou o governo a iniciar um processo de reformas compreendendo um conjunto de mudanças constitucionais e legais implementadas desde 1998.

Medidas paliativas são usadas para diminuir o déficit, como aumento do período de contribuição, aposentadoria em idade mais avançada e a criação de taxas e contribuições como COFINS, CPMF e CSLL para cobrir o rombo. Já há propostas que pretendem elevar de 20 % para 25% a contribuição patronal e de 11% para 17% a dos assalariados, além da proposta de cobrança de aposentados e pensionistas. Nos benefícios como auxílio-doença, obstáculos são colocados numa tentativa de dificultar o acesso do segurado ao benefício (restrições na concessão).

Apesar do déficit, a maioria absoluta dos aposentados pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS), que representam empregados da iniciativa privada, recebe de um a três salários mínimos mensais (INSS, 2005).

### **2.3.2 A relação oferta/demanda: filas nas agências do INSS**

As deficiências estruturais da perícia médica previdenciária trarão conseqüências importantes sobre o próprio estatuto do doente profissional.

Filas imensas para o acesso aos serviços, não estabelecimento do nexo de causalidade e pensões irrisórias fazem do doente profissional um excluído a mais, fomentando as estratégias de ocultamento de sintomas pelos trabalhadores, dificultando ainda mais o estabelecimento do diagnóstico e o registro das patologias ocupacionais (ECHTERNACHT, 2004).

As filas são resultado de uma relação desigual entre a demanda crescente por benefícios por incapacidade e a capacidade de absorção e resposta da instituição securitária.

Segundo Romero Jucá, ministro da Previdência, em entrevista a um jornal de circulação nacional:

... a fila é uma questão histórica no Brasil. Fila na Previdência não é opção ou marca de qualquer governo. É o maior desafio público que nós podemos ter. Vamos enfrentar a fila melhorando o sistema tecnológico, descentralizando o atendimento, criando modelos inteligentes que não concentrem a demanda de determinados serviços em um único lugar. (FOLHA DE SÃO PAULO<sup>3</sup>, 24/03/2005).

Os conflitos entre governo e funcionários do INSS por aumento de salários e melhores condições de trabalho, convergem em greves e paralisações como saída e é uma constante, cujo impacto se dá diretamente nos segurados, acarretando um represamento dos pedidos de benefícios e ainda uma maior fila no retorno da atividade dos funcionários em uma relação de demanda e capacidade de resposta que já é insuficiente.

Segundo o coordenador geral de benefícios do INSS, em entrevista dada a um jornal de circulação nacional (JB On Line<sup>4</sup>, 2005):

... todos os meses, as agências recebem em média 400 mil pedidos de benefícios. Desses, 70% (280 mil) são referentes a perícias médicas. As limitações têm feito a espera dos segurados da Previdência chegar a mais de seis meses para consulta inicial.

A demora na marcação das perícias tem impacto direto nos cofres do INSS. De cada dez auxílios-doença pagos atualmente, dois foram concedidos há mais de dois anos (INSS, 2005).

Segundo os médicos do instituto, nesse prazo, o segurado já teria condições de retornar ao trabalho ou, então, se aposentar por invalidez. Mas, a carência de médicos peritos retarda a

---

<sup>3</sup> [www.folha.uol.com.br](http://www.folha.uol.com.br)

<sup>4</sup> [www.jbonline.terra.com.br](http://www.jbonline.terra.com.br)

realização das perícias, prolonga o pagamento do benefício temporário, aumenta a demanda pelo serviço e ocasiona filas.

Em junho de 2005 começaram a trabalhar 1,5 mil profissionais aprovados na seleção realizada no início do ano. *“Somente esses novos médicos terão capacidade para realizar 36 mil perícias por dia, o que deve ajudar a reduzir a espera”*. (ROMERO JUCÁ, FOLHA On Line<sup>5</sup>, 24/03/2005)

A Previdência já pediu autorização ao Ministério do Planejamento para realizar um novo concurso, para mais 1,5 mil médicos (INSS, 2005).

A efetivação de peritos oficiais e a centralização da perícia médica têm por objetivo amenizar o problema das filas, mas deve-se ressaltar também, o intuito de se montar uma estrutura mais restritiva à concessão dos benefícios, através de um controle maior sobre o elemento central na concessão do benefício, o perito médico.

#### **2.4 As Agências da Previdência Social**

As agências da Previdência Social realizam diversos serviços, tais como arrecadação e fiscalização previdenciária, concessão e manutenção de benefícios, além das atividades de perícia médica e reabilitação profissional.

A agência é estruturada da seguinte forma:

a) orientação previdenciária (recepção): são setores de triagem de segurados para conferência de documentos e direcionamento para o serviço específico;

---

<sup>5</sup> [www.folha.uol.com.br](http://www.folha.uol.com.br)

- b) benefícios (reconhecimento inicial de direitos ou habilitação/concessão e de manutenção de direitos): são serviços de conferência de dados do segurados e entrada em sistemas diferenciados como CADPF, PRISMA, SABI, PLENUS;
- c) atividades de perícia médica e Reabilitação Profissional;
- d) fiscalização/arrecadação;
- e) apoio logístico e retaguarda (setores administrativos da agência).

A perícia médica é parte integrante da agência e cerca de 70% dos serviços solicitados nas agências dependem da avaliação pericial (INSS, 2005).

#### **2.4.1 A Perícia Médica: O que é o médico perito? Com que lidam?**

O médico perito é o profissional responsável pelo reconhecimento da condição de incapacidade para o trabalho dos segurados da Previdência Social que requerem o benefício auxílio-doença.

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, bem como a análise do requerimento dos benefícios (BRASIL, 2002).

A execução e o controle dos atos médico-periciais, no âmbito da Previdência Social, competem à Perícia Médica/INSS.

A execução da Perícia Médica está a cargo de profissional pertencente à categoria funcional da área médico-pericial do quadro de pessoal do INSS, com treinamento adequado, sob a supervisão direta das Chefias dos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas.

A execução da Perícia Médica poderá estar a cargo de médico perito credenciado, como mão de obra auxiliar ao quadro permanente, quando esgotada a carga de trabalho dos servidores do quadro. A realização de exames médico-periciais, bem como a revisão da conclusão médica, são de competência exclusiva dos setores de perícias médicas.

Ter acesso ao benefício implica no reconhecimento da existência da doença e de sua repercussão sobre a condição laborativa, na vigência do vínculo legal entre o segurado e o INSS.

No que se relaciona à parte técnica, somente as conclusões médico-periciais poderão prevalecer para efeito de concessão e manutenção dos benefícios por incapacidade.

Os médicos peritos lidam, em sua rotina profissional, com indivíduos, os segurados, que buscam substituição financeira para sua condição de vulnerabilidade provocada por adoecimento ou acidente. Compete ao médico perito avaliar, constatar, dentro de parâmetros da ciência médica e parâmetros institucionais, a existência da alegada incapacidade para o trabalho.

A perícia médica tem suas atribuições regulamentadas em um conjunto normativo composto por leis, decretos, instruções normativas e outros atos institucionais. Os atos médico-periciais implicam sempre pronunciamento de natureza médico-legal destinado a

produzir um efeito na via administrativa do INSS, passível de contestação na via recursal da Previdência Social e na Justiça.

Segundo Dias (2001), o médico perito em seu pronunciamento sobre a existência ou não da incapacidade laborativa do segurado, considera as seguintes informações: diagnóstico da doença; natureza e grau de deficiência ou disfunção produzida pela doença; tipo de atividade ou profissão e suas exigências; indicação ou necessidade de proteção do segurado doente; eventual existência da hipersuscetibilidade do segurado ao agente patogênico relacionado com a etiologia da doença; dispositivos legais pertinentes; idade e escolaridade do segurado; suscetibilidade ou potencial do segurado à readaptação profissional; mercado de trabalho e outros fatores exógenos.

Contudo, a legislação previdenciária vigente não contempla todas as alternativas acima e se espera que o perito do INSS se pronuncie sobre a existência (ou não) de incapacidade laborativa em curto prazo e sobre a concessão do benefício previdenciário correspondente (auxílio-doença); a concessão (ou não) de auxílio-acidente); a concessão (ou não) de aposentadoria por invalidez.

O fluxograma apresentado a seguir resume os procedimentos médico-previdenciários prescritos, relacionados com o pronunciamento sobre a incapacidade laborativa de trabalhadores segurados doentes.

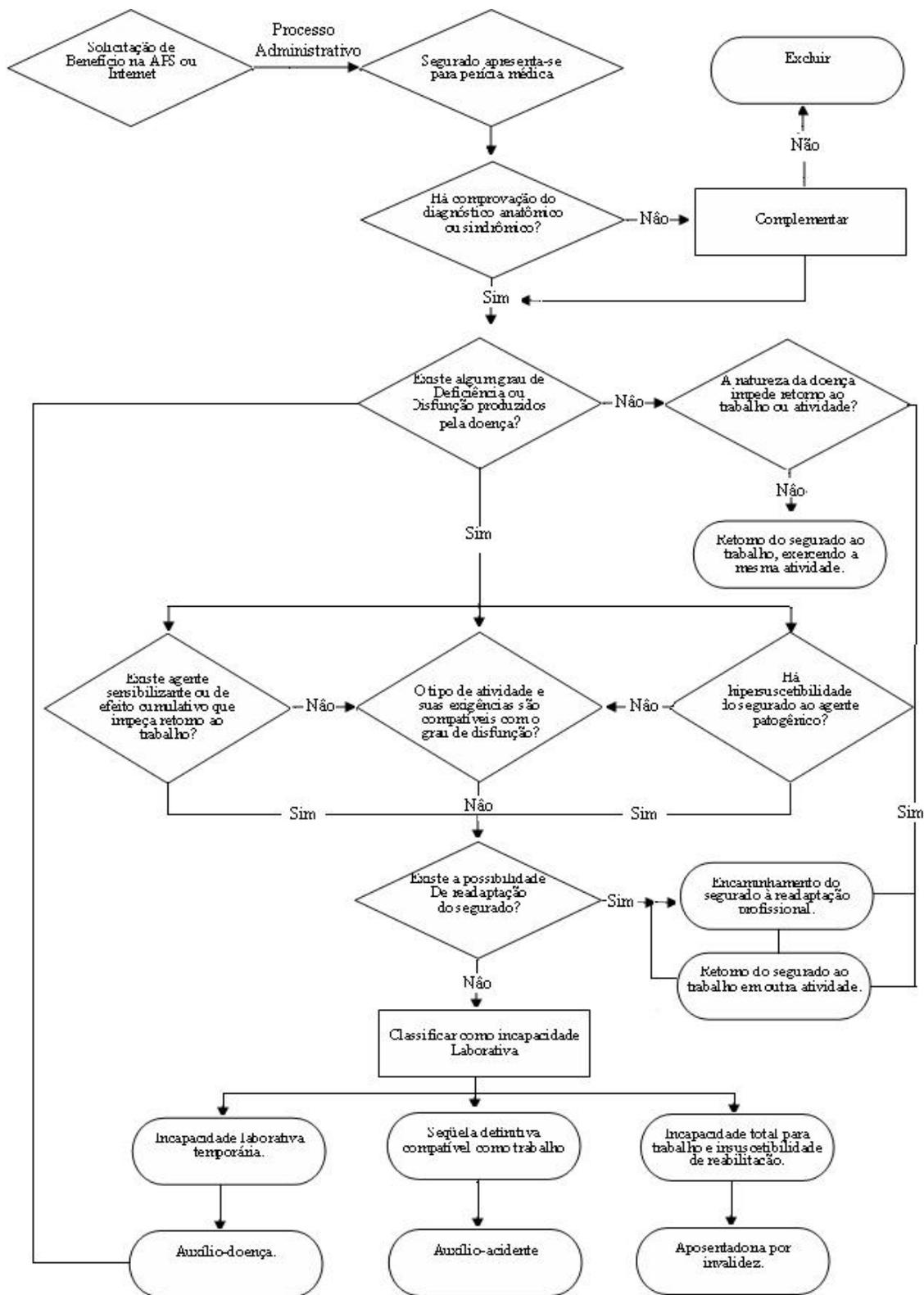


Figura 1 - Informações Necessárias para o Pronunciamento sobre a Existência (ou não) de Incapacidade Laborativa

Fonte: DIAS, 2001, p. 57.

Para fins previdenciários, é valorizada a incapacidade laborativa ou a incapacidade para o trabalho, que é definida pelo INSS como *“a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente”* (INSS, 2005).

Para a imensa maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo impossibilidade como incapacidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada.

Na avaliação da incapacidade laborativa, é necessário ter em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava e nunca os da média da coletividade operária (DIAS, 2001).

Portanto, ao se avaliar um segurado, o médico perito chega a uma conclusão, dentre as situações possíveis, que se destacam abaixo:

Situação I - não se constatou incapacidade laborativa em nenhum momento, portanto, configura-se caso de indeferimento de auxílio-doença acidentário requerido, independente do nexo causal;

Situação II - existe incapacidade laborativa, porém o nexo causal não foi caracterizado, logo se concede o auxílio-doença previdenciário;

Situação III – existe incapacidade laborativa com nexo causal caracterizado, tratando-se de caso de deferimento de auxílio-doença acidentário como requerido;

Situação IV – ao perito cabe avaliar em algumas situações o segurado desempregado e, neste caso, é necessário considerar que podem ocorrer as seguintes situações: o segurado pode ter tido início do quadro antes da demissão, tendo ocultado sua situação por medo de discriminação e demissão; pode ter agravamento dos sintomas, sem estar submetido aos fatores de risco, por ser um quadro crônico. O fato de o segurado estar desempregado não descarta, em hipótese alguma, que apresente incapacidade para o trabalho por existência das doenças relacionadas ao trabalho.

## **2.5 O Foco sobre o benefício por incapacidade**

### **2.5.1 Benefício por incapacidade: solicitação**

Dentre os benefícios previdenciários daremos enfoque no benefício por incapacidade laborativa ou auxílio-doença. Este se destaca por seu caráter de prestação continuada e temporária, dependente em sua operacionalização, nas fases de reconhecimento, manutenção e revisão do benefício, de um corpo técnico composto por médicos – a perícia.

Para ser deferido o pedido do benefício deve ser caracterizada a incapacidade para o trabalho e em casos de acidente de trabalho deve ser emitida a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

Define-se como acidente do trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause morte, ou a perda, ou redução da capacidade para o trabalho (MPS, 2003). Consideram-se ainda como acidente de trabalho, a doença profissional e a doença do trabalho (OLIVEIRA, 2002; MPS, 2003).

### **2.5.2 Benefício por Incapacidade: Fluxograma de Atendimento**

Uma vez estabelecida à incapacidade para o trabalho, o indivíduo, após ser avaliado pelo médico da empresa, por um médico privado, ou do sindicato é afastado temporariamente das suas atividades habituais.

Os primeiros quinze dias de afastamento são de responsabilidade da empresa e se o indivíduo ultrapassar esse tempo é encaminhado para o INSS (DIAS, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Para requerer o benefício que pode ser auxílio-doença previdenciário (ADP) ou auxílio-doença acidentário (ADA), o segurado poderá ir direto a uma agência da previdência social ou requerer esse benefício via internet.

O benefício via internet só se efetivará se os dados cadastrais do segurado estiverem corretos, o que não acontece na maioria dos casos. Precisa-se utilizar um sistema denominado CADPF que corrige os dados cadastrais e o atualiza no sistema de dados da previdência. Portanto, somente se dará a efetividade da solicitação via internet quando esse segurado já tiver solicitado algum benefício ao INSS.

### **2.5.3 Interface segurado-técnico previdenciário**

O segurado após ter a sua documentação conferida pelo setor de triagem, será encaminhado ao atendimento especializado (técnico previdenciário). O serviço executado por este setor é de suma importância e terá impacto direto no trabalho pericial. A efetividade do benefício e a sua concessão dependem de procedimentos administrativos e técnicos (periciais).

O trabalho técnico previdenciário consiste em receber o segurado e conferir a documentação; atualizar os dados cadastrais no sistema CADPF; selecionar o benefício solicitado pelo segurado e de acordo com o benefício entrar no sistema específico: (Sistema Prisma: pensão por morte, salário maternidade e aposentadoria; Sistema SABI: benefício que necessita ser avaliado pela perícia médica, como auxílio-doença e amparo social, além de conferir se o indivíduo possui ou não a condição de segurado. O sistema fornece várias informações para o técnico, mas algumas vezes, torna-se necessário selecionar um outro sistema, chamado PLENUS, para consulta de benefícios concedidos e informações gerais do benefício em vigor) e até mesmo, a internet, em outros *sites*.

Mesmo que o sistema informe que o solicitante não possui a condição de segurado, a perícia médica é marcada, se este for o caso, e dependendo do trabalho técnico do perito, como a fixação da data do início da doença (DID) e a data do início da incapacidade (DII), o sistema calculará e pode ou não voltá-lo à condição de segurado.

Associado a data fixada pelo perito como início da incapacidade, há outras regras que voltam o indivíduo à condição de segurado como: ter recebido seguro desemprego, ter procurado emprego em agências governamentais, dentre outros.

São regras que mudam de forma constante devido ao contexto de déficit previdenciário e são dependentes do sistema para esta conversão, porque nem todas as regras são do conhecimento do técnico previdenciário e nem do perito.

#### **2.5.4 Entrada do segurado no sistema**

Após o atendimento especializado (técnico previdenciário), gera-se um processo administrativo com um número de benefício específico, que marcará uma avaliação pericial inicial (AX1).

A perícia inicial poderá validar a patologia como incapacitante para o trabalho e afastar o indivíduo temporariamente com a marcação de uma nova perícia ou não, ou seja, negará a incapacidade.

Na hipótese desse indivíduo segurado vier à perícia com a CAT emitida, estabelece-se o auxílio doença acidentário. Essa providência aplica-se somente aos trabalhadores empregados e segurados pelo Seguro de Acidente de Trabalho - SAT/INSS.

A outra possibilidade de também estabelecer esse auxílio é se o próprio perito do sistema estabelecer o nexo de causalidade da doença em questão com o trabalho realizado pelo indivíduo, o que na prática não acontece.

Na maioria das vezes, o segurado solicita a avaliação pericial possuindo somente o afastamento do trabalho sem estabelecimento de nexo causal e sem emissão da CAT pelo médico da empresa ou médico privado. Assim, estabelece-se o auxílio doença previdenciário (ADP).

O indivíduo com a presença da incapacidade constatada pela perícia do INSS passa por reavaliações periódicas podendo ter alta prevista a cada perícia ou permanecer afastado.

### **2.5.5 Produto Final do agir pericial: concessão (ou não) do benefício**

Numa hipótese do perito não constatar incapacidade para o trabalho seja por ausência de lesão ou o fato do distúrbio não comprometer a capacidade laborativa (ausência de nexó técnico), o benefício é negado.

Ao segurado que teve uma recusa do benefício por não apresentar incapacidade para o trabalho, cabe recurso à Junta de Recursos da Previdência Social (JRPS). Esse recurso gera um novo processo administrativo e será avaliado por uma junta que dará o parecer final. Um dos contratempos dessa forma de recurso é a demora para análise desse tipo de processo.

Um outro caminho é recorrer ao Poder Judiciário através de uma ação judicial levantando argumentos que desqualifiquem o parecer do perito do INSS.

O usuário (segurado) que teve uma negativa de recurso pode entrar novamente no sistema e reiniciar todo o procedimento promovendo um novo requerimento na agência da previdência ou via internet.

O processo de avaliação pericial com estabelecimento ou não da incapacidade ocorre em retro-alimentação com o processo administrativo.

A cada avaliação pericial em que for constatada a incapacidade, gera-se uma reavaliação periódica através do processamento administrativo, via sistema informatizado.

## **2.6 As LER como objeto do trabalho pericial**

O quadro de adoecimento conhecido hoje por LER, antes de adquirirem o estado de 'doença', é um transtorno da saúde, sofrimento subjetivo e tão somente referido pelo adoecido. Só em estados mais avançados aparecem sinais objetivos ao exame médico e exames complementares, sendo aí um ponto de dificuldade.

A dificuldade começa no diagnóstico do adoecimento por LER, que é clínico. Esse tipo de adoecimento irá superar os adoecimentos típicos como a silicose quanto à dificuldade de objetivação e confirmação do quadro de incapacidade. Acomete uma variabilidade de contextos produtivos e de população trabalhadora, desde trabalhadores de tele-atendimento, de linhas de montagem a trabalhadores de nível superior com capacidade de questionar, requerer e exigir o respeito a seus direitos de cidadania. O estabelecimento do nexo de causalidade é difícil devido à complexidade de sistemas produtivos e da variabilidade da população trabalhadora acometida. A dificuldade do diagnóstico e a conseqüente incapacidade de se formular os nexos de causalidade serão pontos de conflitos da atividade pericial. Esse ponto de dificuldade quanto à confirmação diagnóstica do adoecimento em LER ainda interage com o momento de déficit do sistema previdenciário e a tendência de se estancar os gastos através da tentativa de se dificultar o benefício de incapacidade.

Uma outra dificuldade reside em conciliar o enfoque das LER como um modo coletivo de adoecer, que deve ser pesquisado em sua complexidade, múltiplas dimensões, universalidade e singularidades, diferentemente como vislumbrado pela clínica, que as percebe como caso centrado no sujeito queixoso, freqüentemente sem sinais objetivos e sem exames complementares que justifiquem o sofrimento e dor alegados, de hábito ouvido com desconfiança.

O que o médico prioriza sempre é o reconhecimento do trauma típico, desconhecendo a complexidade e dimensões sociais e do trabalho em suas exigências traumáticas atípicas (VERTHEIM, 2002, RIBEIRO, 2002).

A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) privilegia a natureza traumática das LER e sua origem no trabalho (RIBEIRO, 2002).

Na medida em que considera que o uso ou esforço comum pode ser traumático e patogênico, extrapola a característica traumática, admitindo a existência de situações ou circunstâncias desfavoráveis ou agravantes dentro e fora do trabalho e nas formas de reagir do organismo do trabalhador. Dessa forma, esta classificação torna-se um importante passo no reconhecimento de processos qualitativos na causalidade traumática do trabalho, de ordem psíquica, cognitiva e biológica.

A causalidade das LER pode não estar apenas em elementos quantitativos ou objetivos presentes nas exigências físicas do trabalho, como tempo, frequência e intensidade de esforços e posturas, mas também em elementos qualitativos e não mensuráveis como simultaneidade de tarefas, exigências cognitivas e de comportamentos e controle sobre as necessidades fisiológicas e afetivas do trabalhador, atenção permanente, estímulos de competição, pressão por produtividade, autoritarismo, medo de desemprego, que tornam o trabalho contemporâneo fortemente tensiogênico (ECHTERNACHT, 1998; RIBEIRO, 2001; VERTHEIN, 2002).

Situações e circunstâncias desta ordem estão longe de serem raras, como testemunham casos de LER em alguns contextos onde podem não haver esforços repetitivos e contínuos (ver OLIVEIRA, 2003).

O reconhecimento da causalidade do trabalho não fica circunscrito à verificação de exigências de posturas e movimentos, certamente presentes em quantidade alta em muitos casos, mas baixa em outros tantos. Por isso, a causalidade é mais inferida do que medida.

Neste contexto de conflitos e divergências de atores sociais frente aos interesses distintos em relação à questão do estabelecimento do nexos de causalidade é que se dá a atividade do médico perito.

Dessa forma, o sujeito perito ao se confrontar com o objeto de trabalho (segurado portador de LER), com toda a complexidade desse tipo de adoecimento e de confirmação diagnóstica, buscará na sua historicidade, nos seus valores e nos seus compromissos, os atributos da competência para a tomada de decisão.

A competência do sujeito perito será acessada pela atividade. Nas renormalizações de normas antecedentes, esse sujeito pode ampliar ou reduzir os campos de possibilidades de ação e regulação, gerir conflitos e dessa forma regular a carga de trabalho.

### **2.6.1 A construção do saber: o processo de Institucionalização/Normatização em LER**

O primeiro registro do modo de adoecer que conhecemos hoje por LER – Lesões por esforços repetitivos é feito por Ramazzini no ano de 1700, em “*A doença dos escribas*”. Mais do que uma descrição sobre o trabalho artesanal da época, o que este médico revelou foram às conseqüências sobre a saúde dos trabalhadores da escrita, da subordinação do trabalho às relações mercantis.

Nesse quadro evolutivo e com conseqüente acirramento das relações de trabalho, a partir da segunda metade do século XX, a doença adquire relevância na literatura científica. A categoria repetitividade figura-se como mecanismo de explicação causal da doença. Reaparece como uma patologia ocupacional, cuja crescente incidência em todo o mundo acende o alerta de estudiosos.

Na Austrália, nos Estados Unidos, na Inglaterra e nos países escandinavos, a partir do final da década de 70, a patologia ganhou repercussão crescente e passou a ser constantemente abordada na literatura especializada (ver MAEDA *et al.*, 1982; BAMMER, 1988, 1989a, 1989b, 1990, 1996; ECHTERNACHT, 1998).

No Brasil, as referências sobre as LER começaram a aparecer nos anos 80, correlacionando o trabalho de digitação no Brasil e sua relação com as tenossinovites (ver ECHTERNACHT, 1998). Através da participação dos trabalhadores em congressos e a organização em sindicatos, foi decidida a criação de um fórum específico sobre o tema, o I Encontro Nacional dos Profissionais de Processamento de Dados, que se realizou em 1986, onde foi introduzido e referendado o termo LER – Lesões por Esforços Repetitivos, pelo médico René Mendes, como uma tradução de *Repetitive Strain Injuries – RSI*. Neste mesmo ano, a Associação Nacional dos Profissionais em Processamento de Dados encaminha um dossiê ao Ministério da Previdência e Assistência Social, reivindicando o reconhecimento da LER como doença profissional.

A primeira manifestação oficial sobre as LER ocorreu em novembro de 1986, quando a direção geral do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), por intermédio de uma circular, orientou as Superintendências para que reconhecessem a tenossinovite

resultante de movimentos articulares e reiterados como doença do trabalho, equiparada a acidente do trabalho (CODO, 1997).

No item 3 da referida circular, foram relacionadas as categorias profissionais mais expostas:

O disposto nesta circular aplica-se a todas as afecções que, relacionadas ao trabalho, resultem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa a que, entre outras categorias profissionais, freqüentemente se expõem digitadores de dados, mecanógrafo, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras.

Em agosto de 1987 é publicada a Portaria nº. 4062 do MPAS reconhecendo a tenossinovite e outras lesões por esforços repetitivos como doença do trabalho. Apesar de vista como uma conquista tal portaria, dado que garantia os direitos previdenciários de milhares de digitadores incapacitados, o limite ao diagnóstico e tenossinovite excluía várias outras formas de adoecimento que hoje compõem a Síndrome LER, assim como dificultava o reconhecimento da doença em outras atividades e categorias de trabalhadores (ECHTERNACHT, 1998).

A partir da década de 90, este movimento social encontra novos agentes. Em dezembro de 1992, o Estado de Minas Gerais, através de suas secretarias de Saúde e Trabalho publica a resolução 245/92, reconhecendo a patologia a nível estadual.

A oficialização do termo Lesões por Esforços Repetitivos/ LER, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, só se dará em março de 1993, através do documento LER – Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade/ MPS 1993, a partir de amplas pressões sociais, envolvendo sindicatos e representantes institucionais. O conteúdo desta Norma baseia-se

amplamente na resolução acima citada, representando determinado nível de organização e participação social na definição normativa.

Neste período, instaurada a normatividade do processo de adoecimento com seus respectivos atributos, aumenta de forma acentuada o número de casos. Processos encaminhados ao INSS crescem ininterruptamente e embora sejam comuns as recusas periciais ao reconhecimento, o número de casos registrados representa, desde esta data, a patologia profissional predominante nas estatísticas previdenciárias e nos serviços públicos especializados ao atendimento do trabalhador (NUSAT, 1993-1998).

Os custos deste fenômeno não podem ser ignorados. Seja do ponto de vista do Estado – especialmente quanto à seguridade social, seja do ponto de vista empresarial – especialmente quanto ao sucateamento da força de trabalho com a inerente perda de competências operatórias construídas aos esforços (ECHTERNACHT, 1998).

As respostas sociais virão conformar-se em uma série de questões polêmicas, veiculadas especialmente a partir das empresas e seus representantes (FIEMG, 1996). Tais questões polêmicas possuem um denominador comum. Reivindicam objetividade traduzida em cientificidade das práticas diagnósticas e periciais.

A própria literatura em torno das LER levanta posições muitas vezes antagônicas frente ao problema, o que tem levado alguns especialistas a não reconhecerem os diagnósticos e sua relação com o trabalho.

As LER questionam o trabalhador sobre o quanto percebe e valoriza a percepção que tem do próprio corpo e, enquanto isso pode ser sujeito na relação médico-paciente. Essa é uma importante dimensão, segundo Boltansky (1984), a percepção do corpo é fortemente

influenciada pela posição social de classes e, como mostrou Dejours (1994), que a ideologia da vergonha presta-se a eufemizar a percepção das dores, dos males e a dilatar o limite subjetivo.

Lima *et al.* (1995) mostram como a prática social de desconfirmação da percepção da doença, vivenciados pelos acometidos por LER em vários âmbitos de relacionamentos sociais (família, colegas e hierarquia, além dos profissionais de saúde), reforçam esse processo de eufemização da percepção.

As empresas acusam trabalhadores e profissionais de saúde envolvidos com práticas sindicais e institucionais diagnósticas e preventivas a proliferarem irresponsavelmente o problema, gerando uma neurose coletiva (COUTO, 2000).

A hipótese da simulação recebe status científico e a ciência é mais uma vez alçada à condição de mediadora das relações sociais no mundo do trabalho (ECHTERNACHT, 1998).

Este movimento irá desembocar numa revisão da norma de 1993. Dessa revisão resulta a norma/98 que substitui o nome da patologia para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), a partir de julho de 1997.

Esta atual norma, baseada em publicações de um grupo internacional de especialistas reunidos em Québec/Canadá e organizados por KUORINKA e FORCIER, 1995, suscita questionamentos quanto à potencialização das dificuldades do diagnóstico precoce, propõe mudanças de itens relativos aos critérios de confirmação diagnóstica e de procedimentos administrativos/periciais (destacam-se aí as mudanças para os critérios de emissão da CAT, nos critérios de avaliação da incapacidade para o trabalho, nos critérios de caracterização

do nexu causal, nos critérios de direito ao auxílio-acidente), além de excluir os graus de acometimento da lesão (graus I a IV mostrados no capítulo a seguir).

Alguns setores do próprio INSS e das empresas convenientes, por desconhecimento ou mesmo resistência, incentivam a sub-notificação dos casos, concedendo o benefício previdenciário e não acidentário, negligenciando um direito e obrigando o segurado a recorrer da decisão na esfera administrativa ou mesmo à Junta de Recursos da Previdência Social (ver Cap. 5).

Do lado do trabalhador, o estigma que vem sendo criado em torno da doença faz com que muitas vezes resistam a aceitar o afastamento do trabalho ou procurem esconder os sintomas por receio de demissão.

As práticas de sub-registro, ocultamento dos sintomas e o crescimento da informalidade fazem com que aumentem as solicitações por auxílio-doença. O que a um tempo atrás era um transtorno, um incômodo, ou seja, um sintoma que aparecia somente em situações de trabalho e sumia com o repouso, passa a ser um desconforto constante, que afeta a potencialidade de trabalho, as atividades de vida diária (AVD's), ocasionando em vários casos, incapacidade.

Mais uma vez esses conflitos convergem para uma nova mudança da norma. Em dezembro de 2003, o INSS muda o nome do conjunto de patologias de DORT para LER/DORT embasado nos mesmos pesquisadores (KUORINKA e FORCIER) que sustentaram a norma anterior. A sociedade espera que o nome para LER/DORT possa representar não somente a mudança de nome, mas a mudança do conjunto de práticas por parte da estrutura diagnóstica e técnica pericial do INSS.

## 2.6.2 O cenário de mudanças no INSS: de LER para DORT para LER/DORT

Ao se analisar as LER quanto a sua conceituação e formas clínicas, descritas nas Normas Técnicas de Avaliação da Incapacidade do INSS de 91, 93, 97 e 2003, verifica-se que, embora haja semelhança no registro descritivo entre os documentos, há diferenças consideráveis na abordagem etiológica dessa doença.

Na Norma/91, o termo LER é definido como “*lesões que atingem todos os segmentos dos membros superiores, escápula e pescoço*” (INSS, 1991) e o processo de adoecimento relacionado imediatamente à requisição músculo-tendinosa das atividades realizadas pelos trabalhadores. Diz o texto:

Movimentos repetitivos e/ou forçados, em ritmo muitas vezes imposto pela velocidade da própria máquina, em postura nem sempre adequada às suas condições pessoais, em geral, por longas e contínuas jornadas de trabalho levam a desordens neuro-músculo-tendinosas (MPS, 1991).

Em 1993 ocorreu uma revisão da Norma Técnica sobre LER, tendo como base as resoluções das Secretarias de Estado da Saúde de São Paulo e Minas Gerais, com ampla discussão pela sociedade civil, representada por sindicatos, pelo Ministério do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, empregadores e órgãos de classe (MPS, 1993).

Nesta Norma ocorre um padrão denominativo semelhante à Norma/91 em que as LER são:

Afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos e fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; e manutenção de postura inadequada (MPS, 1993).

O processo de adoecimento conhecido por LER (Lesões por Esforços Repetitivos) engloba diversas patologias. Traz em seu nome a idéia de lesão, desintegração, degradação tecidual

com o mecanismo causador embutido no termo, ou seja, processo de adoecimento que tem como fator causal a repetitividade.

Tais afecções compreendem diversas formas clínicas como cistos sinoviais, epicondilites, bursites, tendinites, fasceíte, tenossinovites, cervicobraquialgias e compressão de nervos periféricos.

O conteúdo normativo inclui critério de caracterização pericial e denexo com o trabalho, além de critérios diagnósticos considerados basicamente clínicos e baseados na história clínica-ocupacional, no exame físico detalhado, em exames diagnósticos quando justificáveis, enfatizando-se a importância do diagnóstico precoce (grau I).

Esta condição precoce é estabelecida a partir de uma definição de estágios evolutivos da doença em quatro graus:

***Grau I:*** *sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea localizada nos membros superiores ou cintura escapular, às vezes com pontadas que aparecem em caráter ocasional durante a jornada de trabalho e não interferem na produtividade. Não há uma irradiação nítida. Melhora com o repouso. É em geral leve e fugaz. Os sinais clínicos estão ausentes. A dor pode se manifestar durante o exame clínico, quando comprimida a massa muscular envolvida. Tem bom prognóstico.*

***Grau II:*** *A dor é mais persistente e mais intensa e aparece durante a jornada de trabalho de modo intermitente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas já com reconhecida redução da produtividade nos períodos de exacerbação. A dor torna-se mais localizada e pode estar acompanhada de formigamento e calor, além de leves distúrbios de sensibilidade. Pode haver uma irradiação definida. A recuperação é mais*

*demorada mesmo com repouso e a dor pode aparecer ocasionalmente, quando fora do trabalho durante as atividades domésticas. Os sinais, de modo geral continuam ausentes. Pode ser observado, por vezes, pequena nodulação acompanhando a bainha dos tendões envolvidos. A palpação da massa muscular pode revelar hipertonia e dolorimento. Prognóstico favorável.*

**Grau III:** *A dor torna-se mais persistente, é mais forte e tem irradiação mais definida. O repouso em geral só atenua a intensidade da dor, nem sempre fazendo-a desaparecer por completo, persistindo o dolorimento. Há freqüentes paroxismos dolorosos mesmo fora do trabalho, especialmente à noite. É freqüente a perda da força muscular e parestesias. Há sensível queda da produtividade, quando não, impossibilidade de executar a função. Os trabalhos domésticos são limitados ao mínimo e muitas vezes não são executados. Os sinais clínicos estão presentes. O edema é freqüente e recorrente, a hipertonia muscular é constante, as alterações da sensibilidade estão sempre presentes, especialmente nos paroxismos dolorosos e acompanhados por manifestações vagas tais como palidez, hiperemia e sudorese da mão. A mobilização ou palpação do grupo muscular acometido provoca dor forte. Nos quadros com comprometimento neurológico compressivo a eletroneuromiografia pode estar alterada. Nessa etapa o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado.*

**Grau IV:** *A dor é forte, contínua, por vezes insuportável, levando o paciente a intenso sofrimento. Os movimentos acentuam consideravelmente a dor, que em geral se estende a todo o membro afetado. Os paroxismos de dor ocorrem mesmo quando o membro está imobilizado. A perda de força e a perda de controle dos movimentos se tornam constantes. O edema é persistente e podem aparecer deformidades, provavelmente por processos fibróticos, reduzindo a circulação linfática de retorno. As atrofias, principalmente dos*

*dedos, são comuns e atribuídas ao desuso. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos da vida diária são também altamente prejudicados. Nesse estágio são comuns as alterações psicológicas com quadro de depressão, ansiedade, angústia. Prognóstico sombrio.*

Esta classificação evolutiva reflete-se de extrema importância, sendo um dos principais referentes clínicos contidos na Norma.

Esta importância deve-se a dois aspectos da doença em sua construção social. Um, a já referida tendência à cronicidade e suas seqüelas. Outro, a característica soberana da clínica para o diagnóstico precoce da doença, onde ater-se às características evolutivas dos sinais e sintomas individuais é pré-requisito para uma boa prática diagnóstica.

Esta condição exige das práticas periciais, às quais servem as normas, critérios capazes de reconhecer a construção da doença enquanto processo individual relacionado à dinâmica biopsíquica de indivíduos produtivos. Neste sentido a descrição clínica contida nesta classificação reflete sensivelmente a vivência das Lesões por Esforços Repetitivos em sua potencial condição de doença crônica relacionada ao trabalho.

Neste trabalho optou-se por descrever esta norma de forma mais detalhada já que os estágios citados acima foram excluídos das normas vindas posteriormente, representando uma perda dos ganhos sociais advindos com o processo de normatização do adoecimento e tendo repercussão na prática pericial com a conseqüente negação do processo de adoecimento.

Na Norma/97, a sigla DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) substitui a sigla LER. Esta mudança de nomenclatura traz em si todo um conjunto de

estratégias que modificam não somente o nome, mas a prática em torno da patologia ou conjunto de patologias em questão.

Nesta norma há um repúdio a sigla LER por ser considerada genérica e por trazer no nome o estigma criado em torno dessa forma de adoecimento. Abre-se espaço para a análise desse processo de adoecimento como um distúrbio de patologia inespecífica e caracterizado por dor crônica.

Esta norma, embora se revista de aspectos atualizados, tanto do ponto de vista etiológico, quanto do ponto de vista dos saberes acumulados sobre a doença, passando a incluir novos diagnósticos – como a síndrome miofascial e as fibromialgias, suscita questionamentos quanto a potencialização das dificuldades ao diagnóstico precoce presente nos novos critérios administrativos e periciais. Destacam-se aí as mudanças nos critérios para emissão de CAT, nos critérios de avaliação da incapacidade para o trabalho, nos critérios de caracterização donexo causal – onde associa-se o *nexo técnico* com o trabalho, nos critérios de direito ao auxílio-acidente – vinculado à presença de seqüelas e lesões residuais com clara expressão anátomo-clínica (MPS, 1997).

De acordo com esta norma os DORT são caracterizados como: "*Síndrome clínica, caracterizada por dor crônica acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho*" (MPS, 1997, p. 3).

Assim, a mudança conceitual de LER para DORT marca a diferença entre lesão tendo como fator causal o esforço repetitivo e o distúrbio sendo relacionado com o trabalho.

A norma/93 traz como marco a evolução da doença caracterizada em graus evolutivos. A norma/97 rompeu com o grau evolutivo da doença. O que era lesão tornou-se distúrbio.

Esta diferença que apaga e refaz o conceito, tanto de LER quanto de DORT, traz mudanças nos enunciados, para um e outro conceito, no que se refere ao campo de construção das formações discursivas sobre o nexo das LER.

Os novos enunciados sobre os DORT promovem novos rumos diagnósticos, como também, novos questionamentos. Essa amplitude conceitual das LER para DORT foi apropriada por práticas médicas, para introduzir, nas análises da incapacidade dos processos encaminhados para avaliação do nexo das LER, vieses psiquiátricos e de doenças crônico-degenerativas, reduzindo e ou descaracterizando o campo da doença relacionada ao trabalho (VERTHEIN, 2002).

Reconsiderando aqui as relações e as práticas sociais em torno da doença em nosso meio, podemos supor que tais mudanças conseguirão atingir um de seus principais objetivos, a redução do número de doentes notificados, porém, às custas de um aumento do sub-registro e da intensificação das práticas de ocultamento dos sintomas por parte das populações trabalhadoras envolvidas, com o inerente agravamento da tendência à cronicidade e invalidez (ECHTERNACHT, 1998).

Esse quadro atual aponta dificuldades quanto ao acesso ao conjunto da população doente, dando a falsa idéia de queda ou menor incidência desta doença (RIBEIRO, 2002).

O sub-registro das doenças profissionais é fato relatado em todo o mundo (CODD, 1997; ECHTERNACHT, 1998, p. 85; VERTHEIN, 2002, p. 458).

Fato que pode ser demonstrado através de verbalizações colhidas em entrevista, de um profissional do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT):

O INSS dificulta o diagnóstico. Eu acho que essa dificuldade de diagnóstico está relacionada com o fato do INSS hoje estar querendo privatizar essa parte do seguro acidente. Aí, quanto maior dificuldade você tiver em fazer o diagnóstico, melhor, porque o seguro não quer pagar. O seguro tem que dar lucro e quanto mais você botar o pessoal de fora, se você não faz o diagnóstico na época você não entra no INSS, então a estatística cai. Cai o número de beneficiados... - parece até que isso é um grande benefício; esse nome é horroroso; isso não é benefício nenhum. (Profissional do NUSAT)

O gráfico abaixo destaca as estatísticas do NUSAT/MG, pela sua peculiar característica de atendimento do trabalhador, onde desde 1993 as LER representam em torno de 60 a 70 % das patologias profissionais diagnosticadas.

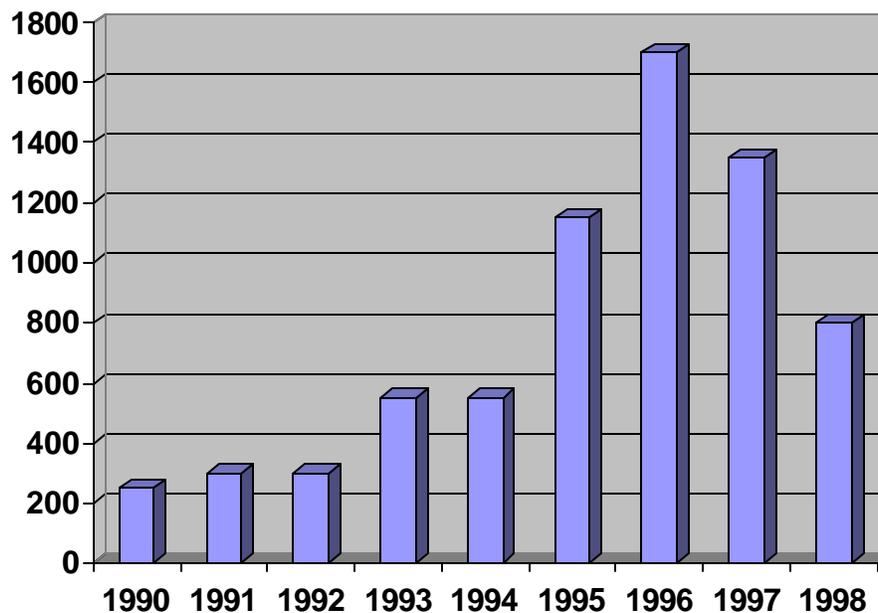


Gráfico 3 – Evolução dos diagnósticos de LER/DORT – NUSAT/MG  
Fonte: NUSAT/MG

A partir de 1998 verificou-se uma queda no número de diagnósticos de LER, conforme verificado no quadro acima. As causas dessa queda decorrem de vários fatores, entre os

quais, destacam-se os decorrentes da situação de desemprego, crescimento da economia informal e terceirização das funções que envolvem maior risco de adoecimento, além das restrições de acesso ao benefício de auxílio-doença, do reconhecimento formal do adoecimento e sua relação com o trabalho, frutos em grande parte da norma em vigor.

Outro fator que contribui para essa redução é a resistência das empresas em emitir a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), recorrendo a períodos curtos de afastamento e/ou remanejamento do trabalhador, sem comunicar ao INSS.

Em 2003, através da Instrução Normativa INSS/DC 98 ocorre uma atualização clínica da norma anterior em resposta ao aumento crescente do número de auxílios-doença solicitados ao INSS. Esses segurados que neste momento buscam na seguridade a substituição de sua renda devido à incapacidade, resultam da norma anterior que não preconizava os graus evolutivos da doença e a tendência à incapacidade. Neste momento não há mais possibilidade de ocultar os sintomas, a incapacidade aflora, acometendo até as atividades de vida diária (AVD'S).

Nesta atual norma muda-se novamente o nome de DORT para LER/DORT. Associam lesão/distúrbio, porém não é explicado na norma o por quê dessa mudança.

Daí, pode-se inferir que há uma tendência a repensar os graus evolutivos da doença como presente na norma/93, mas não é citado na norma.

De acordo com a norma/2003 as LER/DORT são entendidas como:

síndrome clínica relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores (MPS, 2003, p. 1).

Trata-se de entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, síndromes miofaciais, que podem ser identificadas ou não.

A norma neste ponto enfatiza que, em quadros precoces, não se consegue visualizar em exames diagnósticos a presença da doença.

Ainda segundo a norma/2003, as LER/DORT são causa freqüente de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultados da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para a sua recuperação.

Também são citados na norma outros fatores que interferem para a ocorrência de LER/DORT, como a necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho.

Na norma/2003, seção II (Procedimentos Administrativos e Perícias em LER/DORT) há a normatização acerca dos procedimentos periciais quanto à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT.

Como citado na Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade para fins periciais, (2003, p.10):

Todos os casos com suspeita diagnóstica de LER/DORT devem ser objeto de emissão de CAT pelo empregador, com o devido preenchimento do Atestado Médico da CAT ou relatório médico equivalente pelo médico do trabalho da empresa, médico assistente (Serviço de Saúde Público ou Privado) ou médico responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com descrição da atividade e posto de trabalho para fundamentar o nexos causal...

Na falta de Comunicação por parte do empregador, pode formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico assistente ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo, nestes casos, os prazos legais. Os casos de agravamento ou recidiva de sintomatologias incapacitantes deverão ser objeto de emissão de nova CAT em reabertura. Nenhuma CAT poderá ser recusada, devendo ser registrada independentemente da existência de incapacidade para o trabalho, para fins estatísticos e

epidemiológicos. Caso haja recomendação de afastamento do trabalho por um período superior a quinze dias, a área de Benefícios do INSS encaminhará o segurado à Perícia Médica, para realização de exame pericial, a partir do 16º dia de afastamento.

Na prática, o INSS espera que a nova terminologia impacte no campo de construção das formações discursivas sobre onexo das LER. Parece ser uma tentativa de remontar os saberes da instituição acerca dos procedimentos periciais adotados até então. Com os números de benefícios aumentando a cada dia, já não dá mais para negar a doença. O deslocamento da gênese do adoecimento por predisposição torna-se insustentável.

A norma ainda é nova e necessita de tempo para se saber que impacto dará nos procedimentos do órgão de seguridade e na atividade de seus trabalhadores (peritos).

O trabalho de análise da atividade pericial se dará tendo como *'pano de fundo'* a norma de 2003 em LER/DORT. Até então, parece haver nesse órgão certa predisposição a uma racionalidade economicista no âmbito da Saúde do Trabalhador e uma não centralidade no trabalho.

### **2.6.3 Quadro atual das LER**

Acompanhando a globalização e a incorporação de novas tecnologias de automação e as novas formas de racionalização da produção e do trabalho, as LER ganharam sucessivamente o Japão, os países industrializados da Europa, a Austrália, os EUA e, mais tardiamente, os países de industrialização periférica como o Brasil.

No Brasil, o INSS não dispõe de informações sobre o número de casos de LER, pois todos eles caem, estatisticamente, no título de acidentes de trabalho e, para se levantar o

montante, teria que ser feita uma análise, caso a caso, de todos os acidentes de trabalho e aposentadorias que tivessem contemplados os CIDs (Classificação Internacional de Doenças) das patologias relacionadas e enquadradas como LER. As estatísticas são levantadas por entidades de apoio técnico como o NUSAT (extinto em 1998), federações de indústrias, sindicatos e delegacias do trabalho.

Segundo a FIESP (Federação das Indústrias do Estado de São Paulo), as indústrias paulistas têm hoje 1,5 milhão de trabalhadores, 520 mil a menos que em 1994, os quais a elas não voltarão. Apesar dessa redução da força de trabalho de 26%, a produção industrial continuou crescendo, graças à automação e à exploração intensiva do trabalho. Nas indústrias de ‘ponta’, como as montadoras de veículos, a taxa de redução de trabalhadores foi ainda maior, ultrapassando 50% em alguns segmentos (RIBEIRO, 2002).

No Brasil, o adoecimento por LER está inserido em processos produtivos diversificados, sem especificidade em relação às categorias profissionais acometidas e sem distinção de classes.

As LER são a segunda causa de afastamentos do trabalho. Os números são maiores e mais graves, pois muitas empresas não fazem a CAT e usam contrato por tempo determinado e a rotatividade de trabalhadores para não caracterizar o adoecimento ocupacional, impossibilitando a cobertura previdenciária, além de deixar os trabalhadores em condição de abandono.

Neste contexto, segundo denúncias da Delegacia Regional do Trabalho do Paraná, um importante pólo de montagem de automóveis, as montadoras daquele estado fecharam o segundo semestre de 2004 com recorde assustador de acidentes de trabalho. Um relatório desta entidade mostrou que no primeiro semestre de 2004, numa montadora de automóveis

da região, aconteceram 642 acidentes de trabalho. Neste mesmo relatório, foi observado que uma outra montadora situada no mesmo estado, em seus quatro anos de funcionamento, já se afastou a mesma quantidade de trabalhadores que estão atualmente trabalhando na empresa, ou seja, mais de 3 mil trabalhadores. Numa outra empresa montadora do mesmo estado, em 2004, abriu-se 112 CAT's, sendo que destas, 89 foram por LER (DRT-PR<sup>6</sup>, 2005).

Somente na região sudeste, a cada 100 trabalhadores, um apresenta algum sintoma de LER (INSS, 1998). Em 2001, foram identificados cerca de 310 mil trabalhadores portadores de LER no estado de São Paulo (VERTHEIN, 2002). Conforme demonstrado, os dados extra-oficiais demonstram números de adoecidos muito superiores.

Em relação à faixa etária, o acometimento maior é em indivíduos que se encontram na faixa de 20 a 39 anos, representando em 1993, 80,72% dos casos (NUSAT, MG). O relatório da NUSAT/MG (1994/1998) mostra um aumento da incidência na faixa etária de 30-39 anos. Essa situação é alarmante, pois acarreta grandes efeitos sociais como afastamentos do trabalho e aposentadoria precoce, sendo que esses indivíduos se encontram na faixa etária de maior produtividade.

Abstraindo o desinteresse ou incúria do patronato que sempre se beneficia com o excedente de trabalhadores, é fato que as agências governamentais e as seguradoras ligadas à saúde e à previdência dos países industrializados estão preocupados com a extensão e conseqüências das LER, diante dos seus crescentes custos e da elevada expectativa de vida de suas vítimas, quase invariavelmente com idade abaixo de 45 anos, como demonstrado nos índices do NUSAT/MG desde 1993.

---

<sup>6</sup> [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)

Os números Brasil também são seguidos no mundo. Segundo o United States Bureau of Labour Statistics (2001), no ano de 1981, constatou-se 22.600 casos de LER nos EUA. Isto significa que 18% de todas as doenças ocupacionais que ocorreram neste ano eram de origem músculo-esquelética. Em 1994 esse número era de 332.000 (65%), ou seja, houve um aumento de 14 vezes no número de casos no período de 1981 a 1994 (SZNELWAR, 2001).

Segundo a OMS, em 1998 ocorreram 650 mil novos casos de LER nos EUA. Estima-se que os EUA gastam com as LER mais do que o Brasil com o SUS (RIBEIRO, 2002), e este tipo de adoecimento contribui como o maior componente de custo em afastamentos e reabilitação do seguro social americano (VERTHEIN, 2002).

Uma estimativa conservadora publicada previamente por NIOSH é de 13 bilhões anualmente. Em 1998, foi relatado um aumento nesses gastos, estimado em 15 a 20 bilhões de dólares anualmente com os casos deste tipo de adoecimento (OLIVEIRA, 2001). No Brasil, o governo gasta cerca de 20 bilhões de reais por ano com as doenças relacionadas ao trabalho (SETTIMI, 2001).

Os números de casos de LER também são crescentes na Europa. Os índices da Dublin Foundation Research (2005) indicam que os trabalhadores europeus não têm escapado da tendência mundial em relação às LER. Este tipo de adoecimento compromete 15% do custo de acidentes relacionados ao trabalho e doenças ocupacionais (GAUTHY, 2005).

Um estudo feito na França estima que os custos ‘escondidos’ das LER são 10 a 30 vezes maiores do que os custos ‘visíveis’. Empresas com mais de 500 empregados gastam entre 6800 e 11200 euros por pessoa afetada ao ano com absenteísmo e queda de produtividade

(custo invisível), além dos custos visíveis, ou seja, tratamento, reabilitação profissional e seguro por acidente de trabalho (GAUTHY, 2005).

Os novos padrões de organização do trabalho acarretam aumento do estresse, deteriorização das relações devido ao desequilíbrio trabalho-vida, posturas físicas inadequadas, baixos salários e exploração do trabalho, acarretando LER até entre trabalhadores que previamente não tinha incidência nesta doença. Portanto, não há uma especificidade em relação às categorias profissionais mais acometidas por LER, estando presentes em quase todas as atividades econômicas e categorias de trabalhadores (GAUTHY, 2005).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Trabalho, dramática e uso de si

A referência à atividade remete-se à esfera de múltiplas microgestões da situação, às tomadas de referências sintéticas, ao tratamento das variabilidades, à hierarquização dos gestos e dos atos, às construções de trocas com a vizinhança humana, num vaivém constante entre os horizontes mais próximos e os mais afastados do ato de trabalho.

Segundo Schwartz (2000, p. 34), *“o trabalho é um lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar, onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade”*.

Assim, o trabalho sempre envolve o uso de si. Há uso de si pelos outros, já que o trabalho é, em parte, heterodeterminado por meio de normas, prescrições e valores constituídos historicamente. Porém, há também uso de si por si, já que os trabalhadores renormalizam as prescrições e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios do seu meio.

No interior das coerções materiais e sociais, abre-se espaço para uma gestão diferenciada de si mesmo. O homem repropõe, renormaliza o estabelecido, modificando o meio em que vive e trabalha (CANGUILHEM, 2001).

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivo, portanto de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram (SCHWARTZ, 2001, p. 433).

O indivíduo em atividade negocia através das suas virtudes os dados objetivos que os agridem do exterior. Tudo depende da maneira pelo o qual o ator, nas suas virtualidades

singulares e seus limites, encontra o objetivo a realizar como apoio, ou ao contrário, como restrição de seus possíveis particulares.

A atividade é, assim, o ponto de cruzamento de um vaivém entre o conteúdo desses dois coeficientes (eficácia e eficiência), num contexto social em que os diferentes parceiros, que tem a mesma vocação para levantar questões, uns aos outros, relativas às atividades profissionais e valores ‘vindos de fora’, não tem as mesmas experiências, nem as mesmas possibilidades ou poderes hierárquicos para colocá-los em prática. Tensão inevitável que justifica o uso do termo ‘dramática’ para evocar essas negociações de eficácia.

Na atividade é o indivíduo no seu ser que é convocado; são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer. *“Não se pode afastar do fato de que este uso de si, nos atos de trabalho como uso de si por si mesmo, traz a marca do que é para o homem a herança da vida nele, de sua historicidade”* (SCHWARTZ, 2000, p. 43).

Segundo Schwartz (2004, p. 51), a distribuição nos coletivos humanos dos diversos processos e resultados da negociação de eficácia/eficiência não se opera ao acaso; relaciona-se com as configurações sociais, os critérios econômicos dominantes, as definições socioprofissionais da atividade. Ao mesmo tempo, nenhum mecanismo a rege a priori.

O mesmo autor resume em três pontos as complexas negociações de eficácia-eficiência:

- 1) A dramática do uso de si nos serviços tende a ordenar-se fundamentalmente em torno dessa negociação;

- 2) Considerações de eficácia e considerações de eficiência, na pluralidade de suas acepções e de suas hierarquizações, não podem ficar isoladas e estão dialeticamente confrontadas nessas dramáticas;
- 3) Ocultar essa dramática é um comportamento de ineficácia e de ineficiência em qualquer organização econômica; tendencialmente, isso é verdade nos serviços mais que em qualquer outro lugar, de tal modo ela está articulada com os processos e resultados da atividade.

### **3.2 A carga de trabalho como categoria explicativa**

O interesse pela abordagem da carga de trabalho como uma categoria que permite a análise dos elementos que possam estar envolvidos no processo de ação e regulação do indivíduo em atividade, origina-se em Laurell (1989, p. 110):

... dessa forma busca-se ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e ou efetiva corporal e psíquica. Vale dizer, o conceito de carga de trabalho possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexos biopsíquico da coletividade operatória e confere a esta um modo de andar a vida...

Essa noção de carga de trabalho como elemento central explicativo da interface atividade de trabalho/saúde será aprofundada por Echternacht (1998, p. 36), especialmente nas abordagens desenvolvidas pela Ergonomia:

Para a Ergonomia, trata-se de um instrumento conceitual auxiliar na busca do entendimento sobre as repercussões da atividade de trabalho sobre a saúde e o desempenho trabalhador, orientando a formulação de critérios de intervenção sobre situações de trabalho específicas. Auxilia especialmente a pesquisa da

dinâmica biopsíquica da atividade de trabalho e os esforços de construção de respostas à uma questão há tanto formulada por Wisner, 'A que homem deve ser o trabalho realizado?'

Essa autora, a partir da revisão de vários autores da escola francesa de Ergonomia e referenciando-se inicialmente em LAURELL, procura selecionar aspectos consensuais que fundamentam tal definição:

- a) O aspecto mediador entre o trabalho e o desgaste do trabalhador expresso na relação entre as 'contraintes' e as 'astreintes' presentes na situação de trabalho;
- b) A inerência à noção de sujeito – o caráter individual da carga de trabalho;
- c) O caráter coletivo da carga de trabalho;
- d) A multidimensionalidade e a pressuposição da não fragmentação das suas diferentes dimensões.

Para a compreensão dos elementos que sintetizam a carga de trabalho, exige-se considerar os diversos elementos presentes na situação de trabalho e, inclusive, o papel do trabalhador na relação com esses elementos. A mediação trabalhador/trabalho/desgaste expressa como uma mediação 'astreinte'/'contrainte' é aprofundada por Daniellou (1992, p. 30):

um status à noção de carga de trabalho que não seja nem aquele de uma soma de 'contraintes' que pesam sobre o operador ou operadora, nem aquele de uma soma de 'astreintes' do qual ele/ela será a sede, mas aquele de uma medida da margem de manobra no interior da qual os compromissos podem ser elaborados num dado instante.

Echternacht (1998, p. 38) explica e complementa essa definição:

Esta ‘margem de manobra’ diz respeito às demandas internas e externas de regulação das variáveis presentes no processo de trabalho e às possibilidades de flexibilização da carga de trabalho, ou dos modos operatórios que configuram a dinâmica da atividade de trabalho. A noção de carga de trabalho aqui deve ser interpretada a partir da identificação e compreensão da dinâmica operatória frente aos objetivos de produção, às exigências da tarefa e às condições de execução da atividade em situações de trabalho específicas.

Dessa forma, a abordagem da carga de trabalho exige a identificação dos campos de possibilidades de ação e regulação que se configuram dinamicamente nas situações de trabalho a partir das relações entre os condicionantes externos (‘contrainte’) e condicionantes internos (‘astreinte’). Portanto, isso implica inicialmente no reconhecimento, a partir da análise das situações de trabalho, dos condicionantes externos da atividade (recursos, exigências, objetivos) para que se possa avaliar os campos de possibilidades de ação e regulação ou as margens de manobra implícitas nas tarefas, tal como definido por Rasmussen (1997):

... margens de manobra referentes à aceitação das variações da atividade pela empresa. Elas se referem aos espaços de liberdade deixados voluntariamente ou não pelas prescrições, espaços que criam eventuais ‘zonas de tolerância’ em relação às práticas admitidas... (RASMUSSEN, 1997 *apud* FASSINA, 2000, p. 224).

Porém, tais campos não possuem margens rígidas de delimitação, ou seja, são mutáveis e dependentes da forma como os (as) trabalhadores (as) se relacionam com a situação de trabalho, podendo ou não sofrer ampliações ou restrições de acordo com a valorização das condicionantes externas por parte o sujeito:

A carga de trabalho relaciona-se especialmente ao compromisso com o trabalho, com a responsabilidade pelos resultados obtidos, ou a habilidade em responder às demandas da atividade. Esta habilidade é construída a partir de uma vivência trabalhadora. Esta vivência ocorre em vários planos referentes aos ‘modos de andar a vida’ das diversas coletividades trabalhadoras, mas é essencialmente uma vivência de cada um (ECHTERNACHT, 1998, p. 39).

Em casos nos quais as prescrições e, portanto, as condicionantes externas configuram campos de possibilidades de ação e regulação muito restritos, as margens de manobra poderão ser alcançadas através da re-significação das regras, evitando-se o comprometimento dos resultados do trabalho. Em muitos casos, essa é a condição para que os trabalhadores consigam cumprir os objetivos prescritos:

“... Os operadores adaptam as regras prescritas a partir de sua experiência a fim de diminuir o máximo possível a incerteza da situação e aumentar a margem de manobra temporal...” (WEIL – FASSINA, 2000, p. 225)

### **3.2.1 Modelagem para a análise da carga de trabalho**

A aplicação do conceito de carga de trabalho introduz exigências na análise da atividade de trabalho nem sempre satisfeitas pelas modelagens usuais, centradas sobre a observação simples do indivíduo em atividade. Segundo Echternacht (2002):

A aplicação do conceito de carga de trabalho requer uma análise integrada entre os condicionantes externos da atividade (objetivos, exigências e meios) e os condicionantes internos (condições internas de resposta à situação), o que exige uma compreensão do trabalho em ao menos dois planos distintos, o plano da objetividade da observação – o que nos remete à realidade sensível e ao plano da subjetividade do/a operador/a – o que nos remete à história do sujeito trabalhador (ECHTERNACHT, 2002, p. 06).

Por outro lado, se o aspecto multidimensional da carga de trabalho se reporta a pelo menos três planos de investigação da atividade, quais sejam, o físico, o psíquico e o cognitivo, esta taxonomia não pode resultar em formas de recorte da realidade em planos excludentes, ou sejam, cargas parciais de trabalho:

Todas as atividades, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Cada um deles pode determinar uma sobrecarga ou

sofrimento. Eles se inter-relacionam e, via de regra, a sobrecarga de um dos aspectos é acompanhada de uma carga muito elevada nos outros dois campos. (WISNER, 1987, p. 172)

Desse modo, situa-se aqui diante de um duplo desafio. Primeiro, o alcance das inter-relações entre os planos físicos, cognitivos e psíquicos da atividade de trabalho, o que demanda a superação das referências especializadas sobre o humano em atividade:

... podemos afirmar que a aplicação do conceito de carga de trabalho pressupõe uma representação multidimensional do humano em atividade, sua integralidade biopsíquica, assim como sua condição de sujeito trabalhador. E qualquer modelo que se proponha a utilizá-lo deve compreender o conjunto desses aspectos. (ECHTERNACHT, 1998, p. 41)

Segundo, o alcance das inter-relações entre os vários níveis de determinação da carga de trabalho nos aspectos humanos, técnicos e organizacionais que configuram as situações de trabalho, os quais, por sua vez, só adquirem significados frente à historicidade dos sujeitos trabalhadores:

A carga de trabalho é singular embora se configure mediante condições coletivas. A questão subjacente à análise da carga de trabalho consiste em descobrir os elementos estruturantes da singularidade frente aos condicionantes técnicos e organizacionais impostos aos coletivos de trabalho. O fio condutor da análise é o significado das ações que fundamentam a relação sujeito contexto. (ECHTERNACHT, 2002, p. 7)

*É esse fio condutor proposto para a análise da carga de trabalho, o significado das ações que fundamentam a relação sujeito/contexto em situação de trabalho, que se buscará desenvolver nesta pesquisa, o que envolverá algumas pré-definições sobre categorias fundamentais neste percurso, tais como ação situada, representação para a ação e estratégias operatórias.*

### 3.2.2 Alguns elementos teóricos para a modelagem da carga de trabalho: o foco sobre as estratégias operatórias

Para a compreensão dos elementos que compõem a carga de trabalho torna-se importante a referência à ação como ‘ação situada’ (SUCHMAN, 1987), cujo significado está inexoravelmente associado à relação do sujeito que age às contingências da situação que demanda a ação: “A ação é ‘situada’ e ela é ‘criação’ do ator. A ação está intimamente ligada ao contexto, às circunstâncias particulares” (SUCHMAN, 1987, *apud* PINSKY, 1997, p. 124).

Por outro lado, a ação se fundamenta nas possibilidades do sujeito frente ao contexto, o que indica que a própria noção de contexto se singulariza frente às variações possíveis desses campos de possibilidades individuais, o que envolve distinções quanto aos valores, projetos, experiências, compromissos, condições prévias de saúde, além de outras variáveis que configuram os condicionantes internos da atividade de trabalho:

De fato se pode dizer que, [...] a ação não pode ser vista unicamente como ‘resposta’ a uma condicionante da situação... pois há uma contribuição importante do operador na sua elaboração (interesses, intenções, objetivos, etc). (PINSKY, 1997, p. 24)

Isso significa que não podemos enxergar as relações entre os condicionantes externos e internos da atividade como relações diretas do tipo estímulo-resposta, mas como relações mediadas por representações, quais sejam, saberes construídos e selecionados ao longo da história do sujeito a partir de sua formação, suas experiências e as contingências da vida.

Esse é um aspecto fundamental, principalmente se considerada a análise da carga de trabalho como meio de investigação dos efeitos dos modos de trabalhar sobre o corpo e o conseqüente adoecimento no trabalho, como expressado por Boltansky (1979):

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os retraduz em regras, obrigações, repulsas, gostos e aversões. (BOLTANSKY, 1979, apud ECHTERNACHT, 1998, p. 21)

Essa ‘mediação cultural’ a que o autor se refere pode ser compreendida no quadro da análise da atividade de trabalho a partir da noção de ‘representação para a ação’ (WEILL-FASSINA, 1993), ou seja, espécies de modelos internos através dos quais os sujeito constroem e estruturam seus saberes a partir de suas interações com o meio para agir sobre ele e transformá-lo, o que implica a transformação do próprio sujeito em um processo contínuo de assimilação/acomodação à especificidade das situações, e que se refere aos processos de adaptação sujeito/meio e aos processos de regulação possíveis ao sujeito.

Compreender as relações entre os condicionantes externos e internos da atividade, condição para análise da carga de trabalho, pressupõe alcançar as funções e instrumentos que os sujeitos desenvolvem para interagir com o meio, os quais se derivam de distintas modalidades de organização de um mesmo meio onde se processam as atividades de trabalho e em distintos efeitos sobre a corporeidade e, portanto, sobre a carga de trabalho.

Essas funções e instrumentos mentais construídos pelos sujeitos no curso da atividade de trabalho são propriedades dinâmicas que possibilitam identificar ou constituir problemas e selecionar os componentes da situação e suas relações para planejar e realizar as ações. Guiam-se, portanto, pela própria finalidade da ação, permitindo ao sujeito um controle sobre a evolução e o efeito de suas ações, ao mesmo tempo em que possibilitam a redefinição da situação em função das necessidades, das motivações e das competências do próprio sujeito.

Fundamentalmente, tais modelos dão suporte à construção de 'estratégias operatórias', categoria central na análise da carga de trabalho proposta por Echternacht (2002):

O foco sobre as estratégias operatórias é condição para a análise da carga de trabalho na medida em que essas representam a síntese das regulações possíveis pelo sujeito frente à objetividade da situação, coordenando os aspectos psíquicos, cognitivos e físicos mobilizados na ação (ECHTERNACHT, 2002, p. 8).

As estratégias operatórias se revelam em modalidades de interação dos sujeitos com o meio no qual se processam as atividades, na lida com os recursos disponíveis e com as exigências implícitas na finalidade da ação.

Podem-se classificar as diferentes maneiras de cumprir um trabalho em termos de estratégias, definidas como os tipos de seqüências de comportamento, nas quais certos aspectos apresentam similitudes, tais como a utilização material do processo de trabalho com suas ferramentas correspondentes, ou, sobre o plano de estratégias mentais, o tipo de representação mental subjacente e o nível de interpretação da informação percebida. (RASMUSSEN, 1997, p.51)

Assim, as estratégias operatórias representam a forma como os trabalhadores gerenciam a situação de trabalho, como lidam com os condicionantes externos a partir da direção dada pelas condicionantes internas selecionadas como prioritárias frente às exigências da situação, onde a subjetividade se revela.

Entre as estratégias de ação disponíveis, identificadas pela análise da representação de fins e meios, aquela realmente escolhida depende de critérios de desempenho subjetivos, quer dizer de critérios referentes à dimensão psicológica. (RASMUSSEN, 1997, p. 59)

O foco sobre as estratégias operatórias se apresenta como um meio de acesso aos condicionantes internos pelo fato de não ser possível acessar esses condicionantes diretamente na abordagem das situações de trabalho.

A compreensão das estratégias operatórias depende do levantamento mais detalhado possível dos motivos pelos quais os operadores escolhem determinados caminhos. No entanto, tais motivos não se revelam nos primeiros momentos da análise. Somente após o levantamento dos condicionantes externos da atividade é que se pode identificar os elementos da situação que o sujeito retém como relevantes e que norteiam a escolha das estratégias operatórias.

É a partir daí que se revelam os condicionantes internos predominantes na estruturação da ação e as possibilidades de se estabelecer a necessária conjugação entre condicionantes externos e internos e, portanto, se analisar a carga de trabalho em seu caráter mediador entre a atividade de trabalho e o desgaste trabalhador.

## **4 TERRENO METODOLÓGICO**

### **4.1 Objetivos**

Avaliar e identificar os fatores estruturantes que direcionam as representações para a tomada de decisão da concessão de benefícios, numa situação real de trabalho desse sujeito perito, frente ao contexto da seguridade no Brasil;

Avaliar e identificar critérios utilizados ao estabelecer o nexos causal, se o fazem ou não, comparando as representações dos peritos oficiais e credenciados do INSS.

#### **4.1.2 Objetivos específicos**

Verificar como esses atores sociais montam representações para o agir pericial focalizando os campos de possibilidades de ação e regulação frente aos condicionantes do sistema, no atual contexto produtivo da seguridade brasileira;

Verificar se há hierarquização dos fatores de risco tidos como inferentes na determinação do processo patogênico e em que grau são avaliados.

#### **4.1.3 Hipóteses**

As características técnicas e organizacionais do sistema pericial limitam substancialmente o poder decisório dos peritos, atuando como condicionantes centrais dos modos operatórios encontrados;

A atividade pericial situa-se entre um conflito de normas, as normas internas da instituição e as normas técnicas que regulamentam as condições para o estabelecimento de nexo entre a doença e o trabalho;

Os peritos do INSS utilizam uma ideologia de descaracterização da doença, enquadrando-as como processos crônico-degenerativos, apoiados pelos médicos das empresas que sub-notificam a doença, não emitindo a CAT, descartando a possibilidade do benefício auxílio-acidente.

#### **4.2 Análise Ergonômica do Trabalho**

A escolha da área, da agência e da atividade a ser analisada levou em consideração os seguintes fatores:

- a) A demanda social acerca de respostas e ações preventivas sobre as LER que, há vários anos, acometem uma população trabalhadora jovem que está sendo lesada e colocada à margem do sistema produtivo;
- b) A atividade pericial como responsável pelo reconhecimento formal do adoecimento no trabalho, em especial nas LER, de difícil diagnóstico e comprovação através de exames diagnósticos;
- c) a presença de conflitos gerados na relação perito/segurado devido ao fato de muitos processos encaminhados para o deferimento de auxílio-doença serem negados;

- d) a lida da informação mediada pela tecnologia microeletrônica (Sistema SABI);
- e) contexto de complexidade;
- f) Agência de grande porte;
- g) Atividade que traz em si uma representatividade social acerca do poder decisório do perito.

O foco na atividade pericial se dá pelo fato desse ator estar na interface entre a instituição de seguridade e o segurado e de ser o responsável pelo reconhecimento formal do adoecimento no trabalho.

A atividade pericial representa um contexto de complexidade e variabilidade de eventos – fatores que modulam a carga de trabalho e os campos de possibilidade de ação e regulação do ator (perito) frente aos condicionantes externos e internos da atividade.

A agência foi escolhida por ser de grande porte e estar situada numa macroregião. Esta agência é responsável por atender uma variabilidade de casos, sendo que a maioria (80%) envolve benefícios que necessita de avaliação pericial.

As atividades de pesquisa de campo ocorreram no INSS ao longo de 14 meses, em três etapas, divididas segundo a metodologia adotada.

A abordagem metodológica utilizada, de caráter qualitativo, priorizou a observação das situações reais de trabalho de seis médicos peritos, usando a Análise Ergonômica do

Trabalho (GUÉRIN *et al*, 1997) em Agências da Previdência Social (APS) da cidade de Belo Horizonte e em consultórios particulares de médicos peritos credenciados.

Optou-se por analisar os peritos credenciados do órgão de seguridade pelo fato dos peritos oficiais verbalizarem estratégias diferenciadas para a tomada de decisão, compromissos, valores, além de remunerações distintas entre oficiais e terceiros.

#### **4.2.1 Primeira etapa: Levantamento de dados sobre a instituição e sobre a organização e estruturação pericial. Exposição dos propósitos da investigação aos participantes da pesquisa.**

A primeira etapa teve duração de 36 horas, no período de quatro meses.

A abordagem da instituição foi feita a partir de entrevista com o gerente-executivo e com o chefe do setor de gerenciamento de benefícios.

Além da entrevista, foi solicitada à gerência-executiva de Belo Horizonte autorização da pesquisa na agência escolhida para análise. Pelo fato do trabalho ter como objeto de análise o perito da instituição (oficial e credenciado) também se tornou necessário o pedido de liberação para análise da atividade pericial ao GBENIN (Gerência de Benefícios por Incapacidade).

Foram expostos aos participantes da pesquisa os propósitos da investigação e seus aspectos metodológicos, com garantia de confidencialidade das informações obtidas, desfazendo assim, possíveis temores sobre uma investigação preconceituosa ou de caráter punitivo.

#### **4.2.2 Segunda etapa: entrada na agência em foco. Entrevista com a chefe da agência, com a supervisora de benefícios e o supervisor pericial. Acompanhamento da atividade do técnico-previdenciário.**

Uma vez autorizado, foi iniciada a pesquisa realizando entrevistas com a chefe da agência em foco e com a supervisão da perícia, na agência. Foram realizadas pesquisas em sistemas informatizados (CADPF, PRISMA, SABI, PLENUS). Estas informações foram fornecidas e visualizadas pelo acompanhamento da atividade de trabalho do técnico previdenciário (total de 16 horas de observação). Tornou-se necessário este acompanhamento já que, em entrevistas prévias com a chefe da agência e com a supervisora da agência, foi vislumbrada a importância e o impacto da atividade do técnico para a concessão ou não do benefício.

#### **4.2.3 Terceira fase: foco na atividade pericial**

Ao todo seis médicos participaram da pesquisa de campo. Do total, quatro eram efetivos e dois credenciados (terceiros). Um perito oficial se recusou a participar da pesquisa. Os participantes foram em sua maioria homens com idade média acima de 55 anos e em torno de 25 anos de atividade como médicos peritos. Um possuía especialização em medicina do trabalho. Todos eram especialistas em outras áreas específicas da medicina e seis tinham outros vínculos empregatícios.

Estes peritos foram escolhidos por apresentarem diferentes formações, valores, compromissos, divisão de trabalho, além de atuarem de formas distintas frente aos campos de possibilidades de ação no atual contexto da previdência.

Foram utilizadas entrevistas não-diretivas. As entrevistas não-diretivas foram gravadas e transcritas, e aconteceram nos locais e horários agendados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Houve diferenças entre a coleta de informações com gravação e sem gravação.

Em seguida, foram realizadas sessões de observação do trabalho médico-pericial, especificamente, da tarefa de avaliação da capacidade para o trabalho do segurado que objetivava a concessão do auxílio-doença. Durante as observações foram feitos registros manuais dos eventos observados no transcurso do ato médico-pericial, ou seja, foram registradas as ações, procedimentos e diálogos ocorridos durante o atendimento aos segurados pelo médico perito.

Os registros, resultantes de cada sessão de observação do trabalho, depois de digitados, foram apresentados aos peritos observados, buscando-se a explicitação das motivações ou do comportamento observado através de entrevista de auto-confrontação (GUÉRIN *et al*, 1997).

As entrevistas foram individuais, gravadas em alguns momentos e tiveram duração de 30 minutos, cada uma.

As sessões de observação da atividade de trabalho do médico perito, e em seguida, as entrevistas de auto-confrontação, ocorreram em consultórios de perícia médica (peritos oficiais), na agência do INSS.

As entrevistas com os peritos credenciados foram feitas em consultórios particulares utilizados para fins de perícia. Todos peritos eram pertencentes à gerência-executiva de

Belo Horizonte e as entrevistas aconteceram durante a jornada de trabalho de cada médico participante da pesquisa.

O conteúdo do material obtido das entrevistas não-diretivas, observações do trabalho e entrevistas de auto-confrontação será analisado e categorizado segundo os temas evocados sendo, em seguida, interpretado à luz das hipóteses construídas.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Quadro geral da Previdência no contexto das agências da grande Belo Horizonte

As agências da Previdência Social são classificadas em A, B ou C de acordo com vários fatores, dentre os quais, o tamanho da população de segurados envolvidos, o número de benefícios concedidos, a área física disponível, o perfil da supervisão, da gerência local e da gerência-executiva no qual aquela agência específica se situe.

A agência de maior demanda e que atende a uma maior população de segurados é classificada em agência tipo A e, em seguida B e C, sucessivamente.

Em Belo Horizonte, há dez agências da Previdência Social. Quatro são de porte A, três são de porte B e três de porte C (INSS, 2005).

A agência aqui estudada é classificada como porte A. Possui sessenta funcionários que atendem nos diversos serviços previdenciários, quinhentos e sessenta segurados/dia.

A demanda de segurados às agências é livre, porém há uma determinação da gerência-executiva para priorizar a clientela de Belo Horizonte. Segundo a chefe da agência não há respaldo legal para esta atitude, além do convencimento.

A maior demanda de serviços desta agência é por benefícios por incapacidade (oitenta por cento dos atendimentos).

A estrutura da agência é típica do modelo prescrito pelo Ministério da Previdência e adotado nacionalmente. Possui cinco peritos oficiais, sendo quatro em regime de dupla jornada com 24 perícias/dia e um em jornada simples com 12 perícias/dia. O Setor de

Perícia Médica é parte integrante da área física da agência, constituindo-se em área técnica (perícias) e área administrativa (supervisão de benefícios).

## **5.2 Os elementos, o objeto e os meios de trabalho na Perícia Médica**

### **5.2.1 Os peritos**

Os peritos são profissionais com formação médica, responsáveis pelo reconhecimento formal da incapacidade para o trabalho e a conseqüente liberação ou não do benefício solicitado pelo segurado.

Os peritos podem ser oficiais, pertencentes ao quadro de pessoal efetivo do INSS, nomeados via concurso, ou credenciados (contratados) que trabalham como mão de obra auxiliar ao pessoal permanente. Os peritos oficiais atendem em consultórios nas agências do INSS e os credenciados em consultórios particulares utilizados para fins de perícia.

Os peritos oficiais trabalham em regime de dedicação exclusiva com carga horária semanal de 40 horas ou 24 perícias/dia, embora haja peritos oficiais, minoria, com jornada de 20 horas semanais ou 12 perícias/dia. O perito segue a produtividade exigida a cada dia e se absorver essa demanda num tempo inferior às oito horas/dia é liberado. Vale aqui lembrar que todos os peritos estudados possuem outro vínculo empregatício.

Os peritos credenciados atendem o número de perícias agendadas previamente pelas agências da previdência. Há casos de mais de 24 atendimentos/dia, embora atualmente haja uma limitação ao número de perícias/dia realizadas pelo credenciado.

Entre os peritos há uma diversidade de formações, com especializações nas mais diversas áreas, da clínica médica, medicina do trabalho, às especialidades cirúrgicas.

É esperado que o sujeito perito possua competências de avaliar o segurado e a atividade de trabalho desse segurado.

As perícias são marcadas aleatoriamente a cada perito. O sistema de gestão de benefícios opta pela marcação entre os peritos oficiais e na impossibilidade dessa marcação, a perícia é direcionada aos terceiros. Não há uma relação entre a patologia e a incapacidade apresentada pelo segurado e a especialização dos peritos. Cada perito atende e age nas mais diversas patologias, sem relação direta com sua formação.

### **5.2.2 Objeto e Meios de Trabalho**

O objeto de trabalho do perito é o segurado da previdência. O segurado é o sujeito trabalhador, contribuinte do sistema previdenciário, seja relação formal de emprego, com desconto em folha ou como autônomo.

Com a desigualdade social e de renda há uma população distinta de segurados, com formações diversificadas, de analfabetos a profissionais de nível superior, de classe baixa a média-alta, embora a grande maioria seja constituída de uma população de baixo nível de escolaridade e renda não superior a três salários mínimos (INSS, 2005).

Devido ao baixo nível de escolaridade e renda é uma minoria que questiona os procedimentos periciais numa tentativa de ver respeitado o próprio direito à cidadania. Porém, em adoecimento como as LER, há uma gama de adoecidos. De trabalhadores mais

humildes a pessoas mais instruídas e, em alguns casos, com nível superior, que passam a questionar o trabalho e os procedimentos periciais adotados. Portanto, as LER alargam a abrangência da população acometida, sem preconceitos em relação a classes sociais.

Os peritos possuem como meio de trabalho, um sistema de base microeletrônica denominado Sistema SABI (Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade) e as normas técnicas (Normas Técnicas de Avaliação da Incapacidade) que regulam e regulamentam a atividade pericial.

O conteúdo normativo de cada norma inclui o critério de caracterização pericial e de nexos com o trabalho, além de critérios diagnósticos clínicos, baseados na história clínica ocupacional, no exame físico e em exames diagnósticos, quando justificáveis.

Nesta relação (perito-segurado) surgem conflitos. Conflitos gerados pela insatisfação do segurado quanto à decisão em relação à concessão ou não do benefício.

Os conflitos surgem em situações diversas, tais como o fato do segurado não possuir a condição de segurado e possuir a incapacidade. O indeferimento é do sistema e não é dependente do perito. Neste caso, o segurado não tem direito ao benefício por incapacidade.

Como citado por um perito oficial: *“ao perito cabe avaliar somente se o indivíduo possui incapacidade ou não. Em alguns momentos isso desperta uma frustração em mim. O segurado acha que distribuimos renda. O caráter social do INSS é algo confuso”*.

Em situações de crise econômica os peritos atribuem o aumento do número de auxílios-doença pela necessidade de substituição do momento de desemprego pelo auxílio obtido no INSS:

O INSS funciona como uma válvula ao desemprego. Quanto mais restritivo estiver o mercado, maior o desemprego e o número de auxílios-doença. O que nós temos que deixar bastante claro é que a perícia médica é uma avaliação médica e de capacidade laborativa e não uma situação social. (Perito oficial/INSS)

Conflitos também surgem pela dificuldade de se objetivar o adoecimento e estabelecer a relação com o trabalho. Na maioria dos casos opta pelo seguro previdenciário em detrimento do acidentário, seqüestrando significativos direitos do segurado.

Também é comum uma restrição maior ao seguro previdenciário devido ao ‘endurecimento’ das regras de concessão de benefícios e ou suspensão dos já existentes, numa tentativa de diminuir o déficit existente da instituição.

Há situações de constrangimentos dos peritos, com conflitos de valores e por senso de justiça. Como verbalizado por um perito oficial: *“A crise social afeta o trabalho da perícia. Acham que distribuimos renda. É um país de grandes contrastes e grandes conflitos”*.

Mudanças constantes nas normas são reais. Exemplos disso são as normas de 1993, 1997 e de 2003 acerca das LER.

Mudanças constantes nas normas acirram ainda mais os conflitos entre os peritos e segurados e entre os peritos e a instituição (INSS) pela falta de entendimento dos procedimentos técnico-periciais.

Conflito relatado por um perito oficial: *“não há um tempo de enraizamento das normas e já mudam tudo. Nem acostumamos ainda com uma norma técnica e já lançam outra”*.

Também citado por um outro perito oficial: *“A perícia muda muito. Todo dia tem uma nova norma. Teve uma época em que com 3 perícias você dava alta ou aposentava”*.

Como citado por um perito oficial da instituição: *“O povo fala que aumentou muito o auxílio-doença, mas eles mexeram na idade de aposentar. O povo está aposentando muito velho”*.

Embora esteja prescrito nas normas técnicas, os peritos não fazem nexos causal. Como citado por um perito e seguido pela instituição: *“O perito do INSS não faz nexos causal. O paciente já vem com a CAT emitida caracterizando o acidente de trabalho”*.

Fato também relatado por outro perito: *“Nós não estabelecemos nexos causal. Deixamos isso para a empresa. Daí seguimos a CAT do médico da empresa. Mas se vem com CAT emitida por sindicato, aí... Geralmente afastamos por auxílio-doença previdenciário”*.

O perito, através das interfaces com que lida, busca informações para a montagem de suas representações que subsidiarão a tomada de decisão.

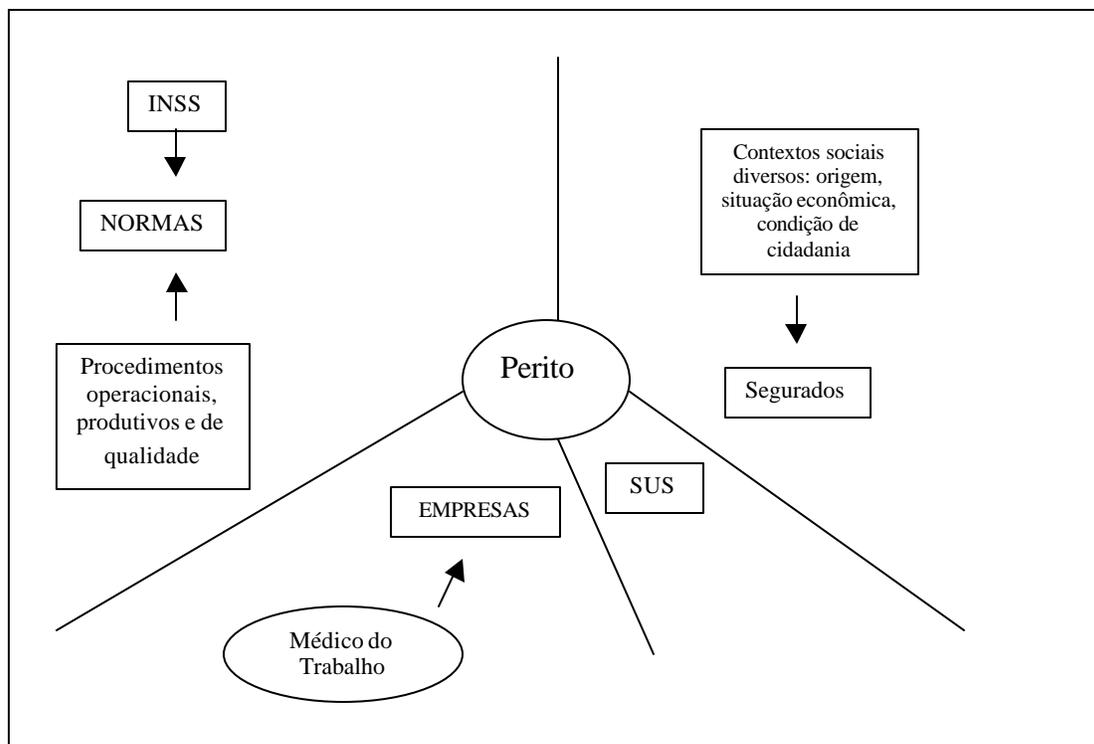


Figura 2: As interfaces com que lida o perito.  
Fonte: AUTOR

### 5.2.3 O sistema de informação (Sistema SABI)

O Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI) é um software que monitora a concessão de benefícios por incapacidade e assistencial. Foi introduzido experimentalmente em 2004 com o intuito de detectar eventuais fraudes e corrigir desvios de conduta de médicos peritos. O objetivo inicial do sistema, segundo Schwarzer<sup>7</sup> é: *“restringir a ação do médico e evitar concessões desnecessárias”*. Até então, ainda não há previsão de quando o SABI estará instalado em todo o país.

Este sistema apresenta em sua base de dados várias informações pertinentes ao segurado como a identificação, ocupação, tempo de contribuição, se já houve afastamento do segurado e se aquele indivíduo já solicitou algum benefício à Previdência.

A entrada dos dados no sistema cabe ao setor de atendimento especializado (técnico previdenciário). A entrada de dados no prontuário, relativos à condição de adoecimento e a provável incapacidade para o trabalho cabe ao setor de perícia, através dos peritos.

O sistema através dos dados fornecidos irá buscar as informações relativas ao segurado através do NIT (Número de Identificação do Trabalhador), antigo PIS/PASEP e cruzá-las. As informações cruzadas são relativas à situação de emprego do sujeito, tempo de contribuição, se já houve algum benefício concedido e se o sujeito procurou emprego num órgão governamental, numa tentativa de manter a condição de segurado do sujeito trabalhador.

É uma evolução do prontuário pela quantidade de informações fornecidas, que subsidiam a tomada de decisão. O Sistema SABI media a interface entre o perito e o segurado

---

<sup>7</sup> Secretário da Previdência Social - ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))

Os peritos ressaltam a sua importância quanto à quantidade de dados fornecidos e a possibilidade de poder confrontar as informações obtidas do médico assistente através do laudo, do paciente através do exame físico e com os outros peritos através das informações disponibilizadas no sistema: *“O sistema SABI tem as suas vantagens. Te dá muito mais informações. Você tem mais chance de acertar”*. (Perito INSS/oficial)

Há uma confrontação de informações colhidas do sistema SABI com as fornecidas pelo paciente. O perito também compartilha informações e as tomadas de decisão com seus pares, mesmo virtualmente, via sistema SABI.

Porém, os peritos ressaltam também que o sistema atua como uma forma de encarceramento, de uma estrutura pétreia que tenta gessar a atuação pericial. Como citado por um perito oficial: *“O sistema gerencia a atividade do médico. Coloca-se o CID e o sistema caracteriza o tempo médio de afastamento para aquela doença”*.

O sistema tem um manual de procedimentos que os médicos deverão seguir para a concessão do benefício.

Se houver mudança você re-caracteriza. Há CID que o sistema nem prevê tempo de afastamento, não afasta de jeito nenhum. Se você achar que o quadro requer afastamento você deve enganar o sistema. (Perito Oficial)

Como verbalizado acima por um perito oficial, o sistema atua como fator limitante à atividade pericial. O sistema possui os CID's (Classificação Internacional de Doenças) que poderão gerar afastamento por incapacidade com o tempo máximo de afastamento. O sistema busca, dessa forma, antecipar e limitar o trabalho pericial com o intuito de prevenir fraudes e baixar a concessão do benefício de auxílio-doença. Como citado por um perito oficial: *“O sistema acaba interferindo muito no trabalho. Aumenta muito o número de*

*perícias. Isso interessa alguém. Às vezes me sinto encarcerado. Nenhuma das datas dependem de mim. Tudo é organizado pelo computador”.*

Em relação ao caráter de gesso do sistema, um perito credenciado verbaliza: *“Alguns casos deveriam permanecer afastado mais tempo. O sistema deixa somente três meses”.*

#### **5.2.4 A organização do trabalho**

O trabalho na Perícia Médica é organizado e coordenado pela GBENIN (Gerência de Benefícios por Incapacidade) que é responsável por todas as agências de uma gerência-executiva, bem como pela atividade dos peritos credenciados daquela mesma gerência. Em cada agência há uma supervisão da perícia, através de um perito supervisor que coordena a parte técnica dos peritos oficiais daquela agência.

Os peritos compartilham informações com os pares (oficiais e terceiros) da instituição via Sistema SABI. Numa mesma agência pode haver a discussão de um caso com um outro perito e com o perito supervisor num dado momento, porém devido à grande demanda e o volume de trabalho, isso não se dará comumente.

Na avaliação pericial o resultado é dado no momento da perícia. Portanto o compartilhamento de informações se dará via prontuário.

Na primeira perícia, chamada de AX1 (avaliação inicial) é que se preenche a probabilidade diagnóstica e se estabelece a data do início da doença (DID) e a data do início da incapacidade (DII). É feita uma anamnese ocupacional e realizado o exame físico, além do preenchimento do prontuário (Sistema SABI), o que faz com que a AX1 demore mais que

as outras perícias. Prioritariamente, é realizada por peritos oficiais. Somente em caso de impossibilidade de ser realizada por um oficial é que é repassada ao credenciado. Os peritos que farão as perícias posteriores seguem a perícia inicial e as informações são compartilhadas entre os peritos via sistema microeletrônico.

Como citado por um perito e colhido do sistema SABI:

Paciente pedreiro, desempregado e com seis anos de contribuição. Utiliza antiinflamatórios e medicamentos para hipertensão. Já fez RX, eletroneuromiografia, com resultados negativos. No exame físico, na última perícia foi constatado teste Laségue negativo e Tinel negativo. Apresentou relatório médico de lombalgia e Síndrome do Túnel do Carpo, porém não comprovado pelo último perito. Está afastado há seis meses.

Na atividade pericial, cada perito faz interface com outros pares médicos, que são assistentes do segurado. Essa interface se dá via laudo e relatórios de exames diagnósticos. Essa relação é conflituosa e há uma hierarquização acerca do valor do laudo e de determinado relatório quanto à sua importância e poder auxiliar na tomada de decisão. Essa relação parece não ser coletiva. Cada indivíduo hierarquiza essas informações de acordo com as suas representações.

Como citado por um perito oficial:

O laudo depende do local. Se for referência em tratamento é bom. O laudo do SUS é mais confiável porque não é comum comprá-lo. Se não houver caracterização do quadro nós não liberamos o benefício. Observe esse caso. É uma faxineira. Está em tratamento no SUS, tem clínica, tem tudo. Não tem como não mantê-la afastada.

A perícia final (aposentadoria por invalidez) é definida pelo perito supervisor, que é o responsável pela definição do quadro, após ser liberado pelo sistema SABI para aposentadoria.

Cada perito faz uma gestão individual de seu horário de trabalho. O perito oficial que trabalha 40 horas semanais deve realizar vinte e quatro perícias /dia.

A Previdência permite que o sujeito realize as perícias agendadas e termine a sua jornada naquele dia, mesmo sem ter completado as oito horas diárias previstas. Nos casos estudados, os peritos realizavam todas as perícias continuamente. Os peritos credenciados atualmente possuem uma restrição ao número máximo de atendimentos/dia, já que a gestão era intensificar e atender a um maior número de segurados.

### 5.3 O processo de trabalho na Perícia Médica

#### 5.3.1 Estabelecimento do diagnóstico: interface segurado médico assistente

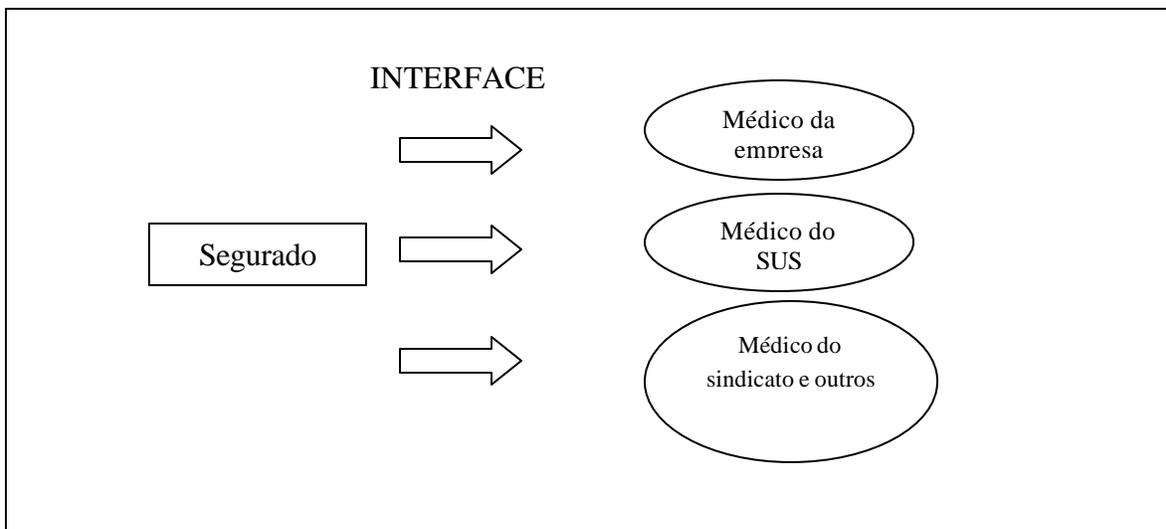


Figura 3 - Estabelecimento do diagnóstico: interface segurado médico assistente.

Fonte: AUTOR

O aparecimento dos sintomas no sujeito trabalhador (segurado) e a conseqüente manifestação desse quadro de adoecimento, com a provável incapacidade para o trabalho, faz com que esse sujeito procure ajuda médica. Através do médico, o sujeito busca o

diagnóstico e a resolução do problema. Cabe ao médico estabelecer o diagnóstico e a provável incapacidade para o trabalho, o que gera a possibilidade do benefício auxílio-doença. Se o sujeito possuir relação formal de emprego, cabe ao médico do trabalho da empresa, estabelecer o diagnóstico. Se o sujeito for contribuinte autônomo da seguridade, ou seja, não tiver relação formal de emprego, o diagnóstico será feito pelo médico do SUS (Sistema Único de Saúde), ou um médico particular de opção do trabalhador. Uma outra opção é o sujeito buscar avaliação médica no sindicato.

Nesse momento de avaliação e estabelecimento de diagnóstico há dois caminhos possíveis. Um, é o não estabelecimento da incapacidade para o trabalho e o sujeito é medicado e retorna às atividades de trabalho em, no máximo, quatorze dias. O outro é o estabelecimento de incapacidade para o trabalho por um período superior a quinze dias e o sujeito é encaminhado para uma agência da Previdência Social a fim de ser avaliado pela Perícia Médica.

### 5.3.2 Estabelecimento da condição de segurado: interface segurado/técnico previdenciário (Marco I)

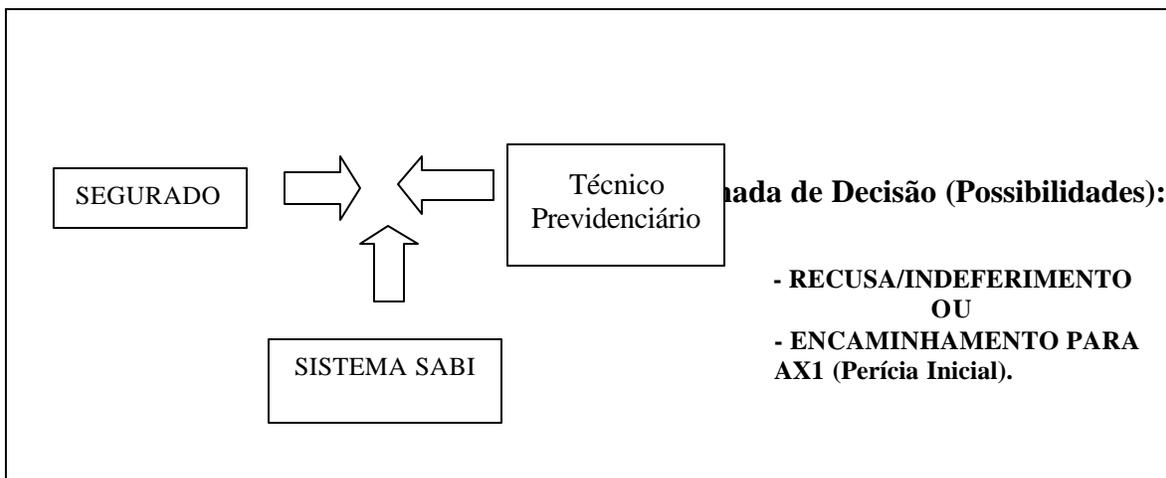


Figura 4 - Estabelecimento da condição de segurado.  
Fonte: AUTOR

No INSS, o segurado é atendido no setor de triagem onde é conferida a documentação. Caso a documentação esteja correta, o sujeito é encaminhado para o atendimento especializado (Técnico Previdenciário).

O técnico previdenciário é o profissional que fará interface com o segurado mediado pelo Sistema SABI. O técnico irá solicitar os documentos do sujeito trabalhador, conferi-los em diversos bancos de dados como CADPF, Sistema Plenus e a internet, e entrar com os dados no sistema SABI. O Sistema SABI é utilizado todas as vezes que o sujeito trabalhador for avaliado pela Perícia Médica. As informações fornecidas pelo técnico previdenciário ao Sistema SABI é que irão estabelecer a condição de segurado ao indivíduo. O requisito básico para a concessão de qualquer benefício oferecido pela Previdência Social é que o indivíduo possua a condição de segurado no momento da solicitação do benefício. No momento em que o técnico entra com os dados no Sistema SABI, ele pode ser informado, via sistema, que o indivíduo não possui a condição de segurado. Mesmo com essa informação, a perícia é marcada, já que, na avaliação inicial, dependendo da avaliação do médico e o estabelecimento da data do início da doença (DID) e da data do início da incapacidade (DII) poderá ser restabelecida a condição de segurado ao indivíduo e com isso ele volta a ter direito ao benefício.

No marco um há também dois caminhos possíveis. Um é o sujeito não ter contribuído à Previdência e, portanto, não possuir a condição de segurado. A outra possibilidade é o indivíduo ter a perícia inicial agendada, chamada de AX1.

### 5.3.3 Interfaces do reconhecimento da incapacidade e do doente profissional (Marco II)

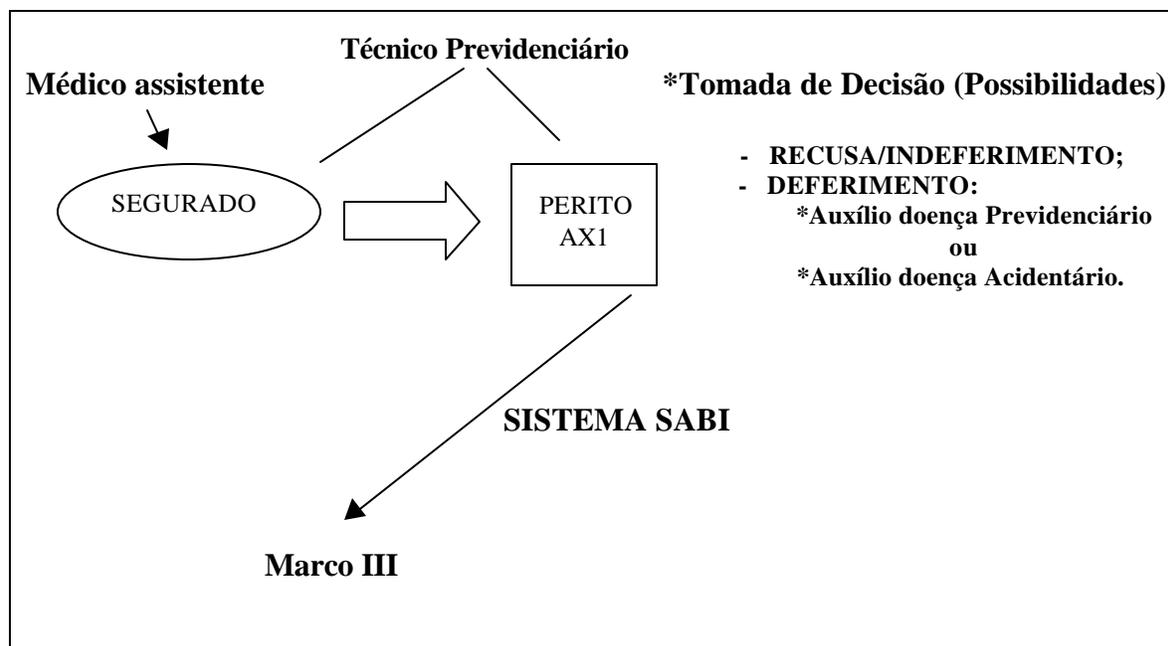


Figura 5 - Interfaces do reconhecimento da incapacidade e do doente profissional.

Fonte: AUTOR

O segurado chega à perícia inicial (AXI) com o relatório do médico assistente que pode ser o médico do trabalho da empresa, do SUS, particular ou do sindicato. Na perícia inicial, o perito possui as informações fornecidas pelo atendimento especializado, via Sistema SABI. O Sistema SABI é o prontuário do segurado e será visualizado por todos os peritos que atenderem aquele sujeito trabalhador em cada perícia realizada. É um prontuário que contém os dados pessoais do indivíduo, a relação de emprego, o tempo de contribuição e se já houve alguma solicitação de benefício à Previdência, quando e onde.

Na primeira perícia é feito o histórico do segurado, com a queixa principal, a história da moléstia atual e os medicamentos utilizados. Realiza-se o exame físico e entra com os exames complementares no sistema. Cabe ao perito da perícia inicial, o preenchimento do Sistema SABI relativo ao prontuário do segurado, o estabelecimento da Data do Início da

Doença (DID) e a Data do Início da Incapacidade (DII). O perito faz interface com o segurado, com o técnico previdenciário via informações disponibilizadas no Sistema SABI, e com o médico assistente através dos relatórios (laudos).

Na perícia inicial pode não ser estabelecida a incapacidade do segurado e o conseqüente benefício de auxílio-doença ser negado. O benefício pode também ser negado pelo Sistema SABI que não estabelece a condição de segurado ao indivíduo. Nesse caso, o benefício é negado mesmo que o perito estabeleça a incapacidade de trabalho do sujeito trabalhador.

Na possibilidade de deferimento do auxílio-doença, com a incapacidade para o trabalho constatada, há dois caminhos. Estabelecer o auxílio-doença Previdenciário (ADP) ou o auxílio-doença Acidentário (ADA). Para se estabelecer o ADA, deve ser feito o nexo de causalidade da doença com o trabalho, ou o segurado deverá vir à AX1 com a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) emitida. Qualquer outra situação estabelece-se o ADP.

### 5.3.4 Sequenciamento de perícias (Marco III)

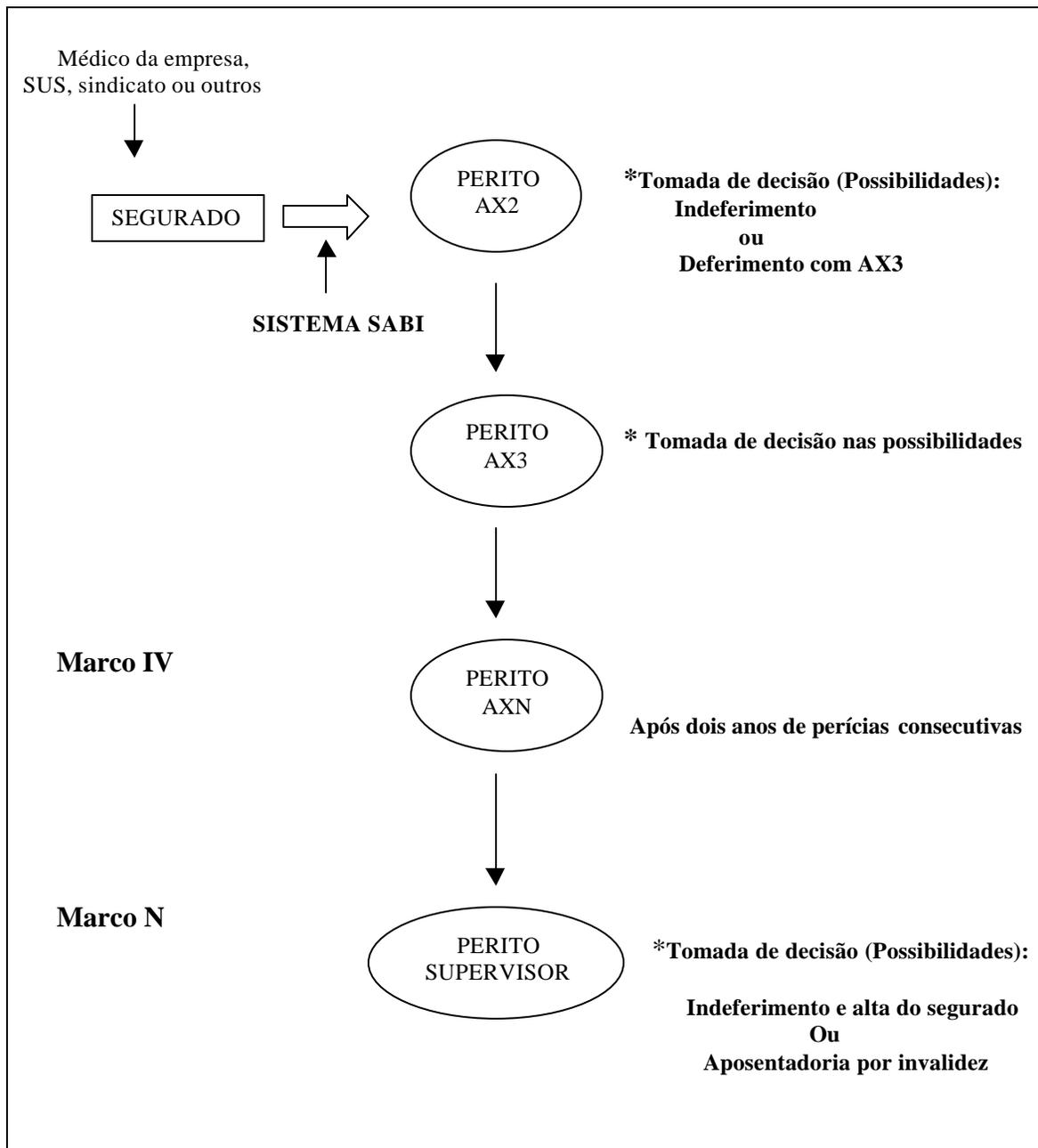


Figura 6 – Sequenciamento de perícias.

Fonte: AUTOR

Após a perícia inicial (AX1), se concedido o auxílio-doença, seja acidentário ou previdenciário, o segurado passa por reavaliações (re-perícias) periódicas com o intuito de se avaliar a permanência ou não da incapacidade e a possibilidade de retorno do segurado

ao trabalho. Após a primeira perícia, o segurado já possui as informações relativas ao adoecimento que provocou a incapacidade para o trabalho, disponibilizadas no sistema. Ao segurado cabe provar que permanece a incapacidade para o trabalho para que continue a ter direito ao benefício concedido. O segurado chega à perícia com o laudo do médico assistente e através do sistema SABI, o perito irá confrontar as informações do laudo, da queixa do paciente, com as informações fornecidas pelos peritos que anteriormente tenham atendido aquele segurado.

Há dois caminhos possíveis para o perito tomar decisão nesse momento. Um caminho é suspender o benefício e retornar o indivíduo ao trabalho. Poderá suspender o benefício de imediato ou manter o afastamento de trabalho por um certo período com previsão de alta.

O outro caminho é manter o indivíduo afastado do trabalho (manutenção do benefício) com a marcação de uma nova perícia.

### **5.3.5 Evolução de perícias e perspectiva de aposentadoria (Marco IV)**

As possibilidades de tomada de decisão e as interfaces com que lidam o perito do marco IV são parecidas com o marco III. O segurado poderá receber alta a cada perícia ou, dependendo do caso, após dois anos, ser encaminhado pelo Sistema SABI, para aposentadoria por invalidez (AXN perícias).

### **5.3.6 Decisão final: suspensão do benefício ou aposentadoria por invalidez (Marco V)**

O Sistema SABI seleciona os segurados que já foram avaliados por ‘n’ perícias e os encaminha para o perito supervisor. Geralmente o perito supervisor opta por reunir-se em uma junta médica para compartilhar a decisão. Essa junta irá avaliar as informações disponibilizadas no sistema, confrontá-las com os laudos do médico assistente, realizar exame físico no paciente, se julgarem necessário, e decidir em suspender o benefício de auxílio-doença ou aposentar o indivíduo por invalidez.

### **5.4 A atividade e as tomadas de decisão**

O propósito da Perícia Médica é definir, baseando-se em laudos diagnósticos e na experiência do perito, a concessão/negação da incapacidade, do nexa da doença com o trabalho e o benefício que será devido ao trabalhador.

Como citado por um perito oficial do INSS:

A perícia é uma forma técnica de liberar benefício por doença, doença grave. E para a caracterização crítica, digamos assim, na avaliação do grau de doença, do quanto isso é incapacitante para o segurado ele tem que fazer uma perícia (...) não faz diagnóstico, não faz tratamento, a gente só avalia o grau de incapacidade do segurado. Quanto tempo, provavelmente terá esta incapacidade e qual o grau. Se ela permite retornar a atividade laborativa ou não.

Como fio de análise serão propostas três situações de avaliações periciais distintas. Enfatizaremos peritos que possuem formações diferenciadas, apresentando, portanto, competências distintas quanto aos seus saberes. Enfatizaremos também profissionais com vínculos empregatícios diferenciados (oficiais e terceiros da instituição) e valores atribuídos à posição de perito.

Os três casos demonstrados estão subordinados à gerência-executiva de Belo Horizonte. Através dos casos objetivar-se-á analisar e discutir as margens de manobra, de ação e regulação desses sujeitos frente aos condicionantes da atividade pericial, ou seja, a forma pela qual o sujeito, dependente das competências, renormaliza, transgride, gerir conflitos e age.

#### 5.4.1 Situação 1: Perito I

<b>Perito I:</b> Homem, 58 anos, especialista em Medicina do Trabalho. É perito oficial do INSS há 28 anos. O regime de trabalho é de 40 h/semanais ou 24 perícias/dia. Possui outro vínculo empregatício.
<b>Paciente – segurado – trabalhador:</b> Mulher, 24 anos, solteira, de aparência humilde. Trabalha como caixa de supermercado há quatro anos.
<b>Diagnóstico do médico assistente:</b> LER/DORT
<b>Diagnóstico funcional:</b> limitação funcional e incapacidade do membro superior direito (MSD)

##### 5.4.1.1 Caso1:

O perito solicita a guia de marcação da perícia e via NIT (Número de Identificação do Trabalhador) entra no sistema SABI.	
Observa o prontuário, colhe informações e interage com a segurada.	
Perito	Segurada
Onde você trabalha?	No x supermercado
Com o que?	Operadora de caixa
O que sente?	Dor no braço Direito
	*A segurada entrega a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) ao perito.
Quem emitiu a CAT?	A médica da empresa
A médica caracterizou o nexó. A firma vai concordar, mas não assinou. Não vou colocar no sistema porque a firma não assinou.	
A médica é da empresa?	Sim
Então a empresa vai assinar.	
Tira a blusa!	Não dou conta
O braço está caído?	Sim e dói muito.
Guarde esses exames porque você vai precisar deles mais tarde.	
O que você acha que provocou isso?	O ortopedista falou que é movimento repetitivo demais.

Há quanto tempo você está lá?	Quatro anos
Estando a CAT ‘arrumadinha’ aí nós a cadastramos. É só você mandar a firma assinar, carimbar e voltar aqui.	
*Volta no Sistema SABI, faz anotações e mantém o auxílio-previdenciário com uma perícia (retorno) em três meses.	
Você vai voltar aqui daqui a três meses para uma nova perícia	

O perito I comenta com o pesquisador: *“O que facilita muito o meu trabalho é também porque já fui perito do funcionalismo. A experiência te faz montar estratégias para agir. Não adianta colocar determinados indivíduos para trabalhar porque não vai dar conta”*.

E continua verbalizando com o pesquisador: *“Esses exames NEER, FILKEINSTEIN a gente sabe fazer. Não se faz porque o quadro dela é característico”*.

Em entrevista de auto-confrontação (GUÉRIN *et al*, 1997), o perito é questionado a respeito do porquê o benefício concedido não ser o acidentário e sim o previdenciário. De acordo com o perito: *“Para a empresa não interessa emitir a CAT. Para a gente pouco importa. Nesse último caso não foi emitida a CAT, porque não está assinada pelo médico da empresa, portanto, não é considerado acidente de trabalho”*.

Ainda de acordo com o perito foi estabelecida a incapacidade, porém não se estabeleceu a relação com o trabalho. Somente será concedido o benefício acidentário com a CAT completa. E observa que a CAT somente é aceita se for feita pelo médico da empresa.

*“Não aceitamos a CAT do sindicato. A empresa entra na justiça e o juiz pergunta se quem emitiu a CAT visitou a empresa. Como não visitamos, dançamos”*.

---

\* Comentário do pesquisador

### 5.4.2 Situação 2: Perito II

<b>Perito II:</b> Homem, especialista em Clínica Médica. É perito oficial, com 30 anos de INSS. O regime de trabalho é de 20 h/semanais ou 12 perícias/dia. Possui outro vínculo empregatício.
<b>Paciente – segurado – trabalhador:</b> Homem de 55 anos, com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, técnico de manutenção mecânica, afastado com auxílio-doença previdenciário desde março de 2003, volta à perícia do INSS para verificar se houve melhora do quadro e se irá permanecer afastado ou se receberá alta.
<b>Diagnóstico do médico assistente:</b> Síndrome do túnel do carpo

#### 5.4.2.1 Caso 2

Na sala encontra-se o perito e o paciente entra. O perito solicita a guia de marcação de perícia, a carteira de identidade e via NIT entra no sistema SABI.	
Abre o sistema, observa os dados de identificação do paciente, se está empregado ou não, a avaliação inicial e a última perícia.	
Perito	Segurado
Como vai, Sr.....?	Mais ou menos.
Me empreste o laudo do seu médico.	
*O perito verifica o laudo e pergunta pelos exames complementares.	
Cadê os seus exames?	O último perito me falou que não precisaria trazê-los mais porque já estava no sistema.
*Volta no sistema e observa os dados colhidos nas perícias anteriores e os exames realizados. Volta-se para o paciente.	
Eu vou ter que dar alta porque o senhor já está muito tempo afastado.	O senhor vai me dar alta porque eu estou muito tempo afastado ou porque eu melhorei?
*O perito pensa e explicita:	
Você deve fazer cirurgia para resolver esse problema!	Meu médico falou que a cirurgia não dá bom resultado.
*O perito volta no sistema e avalia as últimas perícias e retorna ao paciente:	
Vou te mandar para um especialista para que ele analise o seu caso.	
*O perito toma decisão e age: envia o segurado para ser avaliado por um especialista e solicita que ele traga o laudo desse especialista do INSS para validar a concessão ou negação da continuidade do benefício.	

O segurado sai e o perito relata:

Essa situação freqüentemente desperta sentimentos de impotência e de desconfiança em mim. Quero ser justo, como também não quero me sentir enganado pelo paciente. Acredito que o problema é de ordem exclusivamente psicológica ou de tentativa de ganhos secundários.

Continua a entrevista em auto-confrontação:

Para decidir, nesse caso, o que é mais importante?

*“O laudo”.*

Você segue o laudo?

*“O perito não dá diagnóstico. Ele simplesmente avalia se o quadro atual é incompatível com o trabalho ou não e estabelece o nexó técnico e o causal. O laudo é uma das variáveis para a tomada de decisão”.*

Quais as outras?

*“Tento hierarquizar os fatores de risco, atividades que podem funcionar como causa, doenças ou processos degenerativos atuando nesse processo. Tento também excluir possibilidade de ganhos secundários”.*

O que você observa no laudo?

*“O diagnóstico e o nome do médico que assina. Verifico se a hipótese verificada por ele confere com a minha. O nome dele porque há muito médico, você entende...”*

Esse último paciente, por que não foi caracterizado auxílio doença acidentário?

*“Porque até agora não foi caracterizado nexó causal com o trabalho. Ele não tem CAT emitida”.*

O perito relata o compartilhamento de informações que pode subsidiar a tomada de decisão. Como verbalizado: *“O último paciente, de acordo com minha experiência, parece estar caracterizado o quadro de DORT. Só não quero assumir o quadro dele sozinho, por isso mandei para o especialista”*.

### 5.4.3 Situação 3: Perito III

<b>Perito III:</b> Mulher, 42 anos de idade, especialista em Clínica Médica.
A médica é credenciada do INSS há dois anos. Atende em seu consultório que está interligado à seguridade via sistema SABI. Realiza em média 24 perícias-dia, agendadas pelas agências do INSS. Está subordinada à gerência-executiva de Belo Horizonte através do GBENIN (Gerência de Benefícios por Incapacidade). Possui outro vínculo empregatício. Atende pacientes em consultório particular, mesmo local de realização das perícias, além de plantões em hospitais.
<b>Paciente – segurado – trabalhador:</b> Paciente pedreiro, empregado, 58 anos, com diagnóstico de Síndrome do Impacto no ombro Direito e epicondilite lateral no cotovelo Direito.

#### 5.4.3.1 Caso 3

A médica solicita pelo nome que entre o paciente.	
O paciente entra na sala caminhando e se senta. A médica solicita a marcação da perícia e a identificação do indivíduo. Via número NIT abre o sistema SABI e lê a história do indivíduo. Verbaliza em voz alta: Paciente pedreiro, empregado, 58 anos, com diagnóstico de Síndrome do Impacto no ombro Direito e epicondilite lateral no cotovelo Direito. O paciente está afastado desde janeiro de 2005 e esta é a segunda perícia.	
A médica interage com o segurado:	
Perito	Segurado
Qual o seu nome?	xxxxxxxx
Trabalha com o que?	Sou pedreiro.
Está empregado?	Sim
Há quanto tempo tem dor?	Dois anos
Tem laudo do médico que está cuidando do senhor?	Sim
Faz fisioterapia?	Estou aguardando vaga. Ainda não consegui.
*O paciente/segurado passa ao perito o laudo.	

Está melhorando com o repouso somente?	Um pouco.
Está tomando medicamento?	Tomo remédio para dor.
Sabe qual? Está aí na receita?	
*O segurado entrega a receita. A médica verbaliza em voz alta: Diclofenaco Sódico.	
*A médica pega o laudo, lê e defere a continuidade do afastamento com a marcação da reperiência em três meses.	
Estou dando a você mais três meses de afastamento e você deve procurar tratamento.	

Assim que o sujeito sai do consultório questiono a médica.

**Pesquisador:** O que foi importante para a decisão tomada?

**Médica:** O indivíduo trabalha, não tem história de afastamentos constantes e apresentou um laudo de um médico assistente.

**Pesquisador:** O laudo foi o mais importante à tomada de decisão?

**Médica:** Não somente. O perito que fez a AX1 caracterizou o adoecimento e relatou o tempo de melhora provável. Segui basicamente a avaliação inicial e dei andamento.

**Médica:** Procuo não ter conflito com os outros peritos. Geralmente os peritos colocam observações para as próximas perícias e geralmente as sigo.

**Pesquisador:** O laudo é importante à tomada de decisão?

**Médica:** Sim, juntamente com as informações contidas no prontuário do paciente.

A médica não realizou exame físico no paciente e a consulta durou 4 minutos.

### 5.4.3.2 Paciente II: Caso 4

Paciente mulher, 38 anos, afastada desde junho 2004, doméstica. Possui emprego formal.	
A paciente entra no consultório.	
A médica solicita a identidade e a guia de marcação da perícia. Via NIT entra no sistema SABI e abre o prontuário da segurada.	
<b>Diagnóstico médico:</b> Síndrome do Túnel do Carpo	
A médica inicia a avaliação pericial.	
*Verbaliza em voz alta as informações colhidas do Sistema SABI. Paciente mulher, 38 anos, afastada desde junho 2004, doméstica. Possui emprego formal. Já solicitou o benefício de incapacidade por três vezes: março de 2001, afastada até dezembro de 2001; março de 2002 até setembro de 2003; junho de 2004 até a perícia de hoje. Esta é a quinta perícia da segurada nesse último período de afastamento.	
<b>Perito</b>	<b>Segurado</b>
Qual a sua profissão?	Doméstica.
Está empregada?	Sim
*Solicita o laudo e exame complementar.	
No sistema SABI colhe as informações de emprego, de medicamentos utilizados e de tempo de contribuição.	
O que você sente?	Dor no punho e formigamento no braço.
Nos dois?	No braço direito é pior, mas está começando no esquerdo.
Já fez tratamento?	Fiz cirurgia no punho há seis meses.
Está melhor?	Não.
*Defere a continuidade de afastamento por três meses com previsão de alta.	

A paciente sai da sala.

A médica foi questionada do por quê da alta da paciente e verbaliza:

A segurada já realizou cirurgia e não relata melhora. Não é possível assim. Esse povo tem que voltar ao trabalho. A última perícia que foi realizada já estipulava alta, porém o perito oficial quis dá-la mais tempo de recuperação e solicitou à próxima perícia a possibilidade de alta. Como não houve mudança de quadro, resolvi seguir as orientações.

**Pesquisador:** A paciente estava afastada com auxílio-acidentário?

**Perito:** Não. Previdenciário. Ela não tinha CAT emitida, portanto se estabelece o Previdenciário.

## 6 ANÁLISE

As análises de situações de trabalho realizadas pela ergonomia da atividade e pela ergologia consideram de modo particular a distância sempre existente entre as prescrições das tarefas a serem realizadas e o trabalho real.

Com efeito, para estas abordagens do trabalho humano, “*diferentemente de uma dispersão estatística mais ou menos controlada, a variabilidade no trabalho aparece como matriz permanente de uma história que ninguém domina*”. (SCHWARTZ, 1997, p. 28)

No sistema taylorista, “*a variabilidade é constatada, mas para ser recuperada, ou mesmo neutralizada*”. (SCHWARTZ, 2000, p. 353)

De acordo com Lima (2002, p. 3):

... não se trata de manter a variabilidade pela variabilidade, como se ela fosse um valor em si mesma. Uma posição desta natureza seria insustentável e, nesse sentido, a luta da engenharia contra a dispersão estatística tem uma legitimidade fundada na melhoria contínua dos processos e da qualidade. Trata-se, mais propriamente, uma vez reconhecida a natureza ontológica da variabilidade, suas características de relativa obscuridade, indeterminação, imprevisibilidade, e, sua inevitabilidade, de tirar as conseqüências necessárias quanto aos mecanismos e formas organizacionais apropriadas para seu controle. O controle da variabilidade continua sendo a finalidade da organização, mas mudam os meios, em especial quanto aos papéis desempenhados pela atividade de trabalho e pelos padrões.

Nas situações analisadas neste estudo não há como fazer uma negação da subjetividade. Em todas as situações analisadas, faz-se apelo a uma atividade humana situada e confrontada à historicidade dos eventos, incorporando competências particulares, capazes de lidar com o singular, os imprevistos e os fatos atípicos. Segundo Stroobants (1994), a competência é caracterizada por um tipo de saber (o saber-fazer e seus recortes específicos, ou seja, o SABER + um verbo que denote ação). A questão, contudo, como reconhece a autora,

parece não ser do conteúdo das competências, mas da maneira como mobilizar as competências. Para tanto, acredita, isso seria feito por meio dos “saber, saber-fazer, saber-ser”. O primeiro tem como referência a prescrição, a regra; o segundo, a experiência; e o último, os comportamentos, a conduta. Os saberes, acrescenta, definem-se em oposição aos saberes escolares. São adquiridos no trabalho, onde deve acontecer a formação. Logo, o conhecimento (a competência) estaria relacionado à situação profissional, o que fortalece as teses segundo as quais a formação e a organização parecem automaticamente “qualificantes”.

Os peritos analisados neste estudo têm como objeto de trabalho um sujeito trabalhador inserido em sistemas produtivos diversos, com formas distintas de adoecimento e com uma especificidade em comum: a dificuldade de se estabelecer o diagnóstico em LER, que é clínico.

Além da variabilidade do objeto (sujeito trabalhador), há uma diversidade de formações dos peritos, com saberes, vivências e valores distintos, além da diversidade de vínculos com a instituição.

A dificuldade diagnóstica em LER é expressada pelos peritos. O perito II relata o adoecimento como uma predisposição do sujeito, negando qualquer relação com o trabalho: *“Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional, ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares, relacionados com aquela própria pessoa”*.

Fato também confirmado pelo perito I:

*“No caso das DORT há muita coisa subjetiva como dor e impotência funcional, mas sem espessamento do tendão, sem edema, sem atrofia, sem dificuldade de potência muscular, sem seqüela”.*

A atividade humana de trabalho é um debate de normas, cujas renormalizações são uma obrigação. Mesmo quando se obedece a uma prescrição, já se fez uma escolha, optou-se por um caminho.

Segundo Schwartz (2004, p. 37):

... a referência à atividade quer remeter à esfera das microgestões inteligentes da situação, às tomadas de referências sintéticas, ao tratamento das variabilidades, à hierarquização dos gestos e dos atos, às construções de trocas com a vizinhança humana, num vaivém constante entre os horizontes mais próximos e os horizontes mais afastados do ato de trabalho estudado.

A atividade, portanto, supõe a gestão da situação de trabalho, como verdadeiro problema humano que advém por toda parte onde há variabilidade, história, em que é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram.

Todo indivíduo em atividade de trabalho é convocado no uso de si (si-corpo), através da dramática do uso de si, em que há o vínculo entre as competências e os valores envolvidos na atividade. Entre o tratamento mecânico e a instauração de uma dialética inteligente existe todo um leque de possibilidades. Os campos de possibilidades de ação e regulação dentro dos condicionantes externos e internos da atividade são um verdadeiro trabalho, um exigente *‘uso de si por si’*, um reajustamento indefinido, uma vigilância sensorial, relacional e intelectual que é dependente da história do sujeito; essa história, que remodifica

as normas, as regras e os procedimentos, aprofunda os saberes e oferece de volta indivíduos ressingularizados pela vida.

Neste trabalho, optou-se por três situações de atividade de trabalho do perito para análise. Estas situações foram escolhidas de acordo com as formações do sujeito perito, o vínculo existente entre esse sujeito e a instituição previdenciária (oficial ou terceiro) e os valores sem dimensão atribuídos à posição de perito.

Há fatores estruturantes que direcionam as representações para a tomada de decisão da concessão de benefícios. São eles:

## 1. Normas Antecedentes

O trabalho pericial possui ‘normas antecedentes’ que são as Normas Técnicas de Avaliação da Incapacidade e as ‘normas de qualidade’.

### 1.1 As Normas Técnicas

As Normas Técnicas são utilizadas para normatizar e regulamentar os procedimentos médico-periciais, que neste estudo, enfoca LER/DORT.

A evolução das normas de 1993 a 2004 marca a mudança conceitual do nome de LER para LER/DORT. Atrás da mudança do nome há um redirecionamento das práticas periciais com o objetivo de se reduzir o número de auxílios-doença e de endurecer a concessão do benefício acidentário. O que pode ser visualizado no gráfico abaixo:

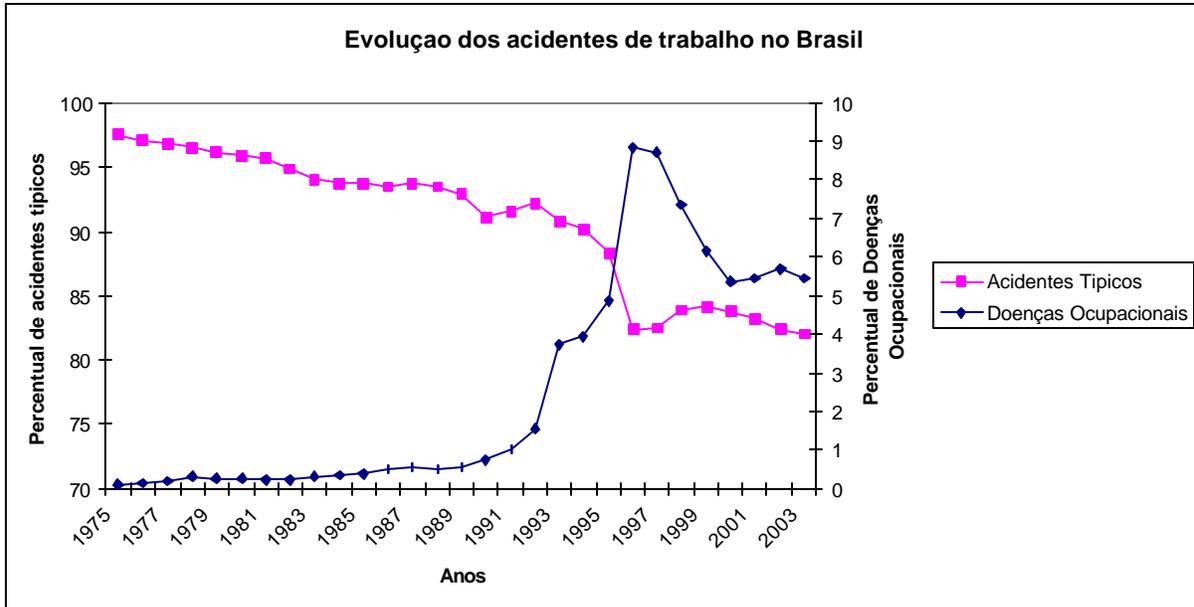


Gráfico 4 – Evolução dos acidentes de trabalho no Brasil  
Fonte: MPAS, 2003

Em 1993 há um aumento vertiginoso no número de doenças ocupacionais (LER/DORT), época em que os saberes se embasavam na norma de 93. Na norma de 1998, ocorreu a mudança de nome para DORT e redirecionou as práticas periciais com o endurecimento à concessão do benefício e a negação do adoecimento por LER. Esta norma rompe com os graus evolutivos da doença.

Os estágios de mudanças estruturais possíveis descritos por Maturana podem ser apropriados e assim, se fazer uma reflexão com os graus evolutivos da LER contidos na norma 93 (citado na página 51).

Conforme citado por Maturana, 1983, p. 84:

As unidades compostas são sistemas determinados por sua estrutura, e suas características enquanto tais podem ser sistematizadas, dizendo-se que a estrutura de um sistema determinado por sua estrutura determina, a cada instante: seu domínio de mudanças estruturais possíveis sem perda da identidade de classe (com conservação da organização), denominado de **domínio de mudança de estado**; seu domínio de interações possíveis, que desencadeiam nele mudanças de estado, que é denominado de **perturbações possíveis**; seu

domínio de possíveis mudanças estruturais com perda da identidade de classe (perda de organização), denominado de **domínio de desintegrações possíveis**; seu domínio de interações possíveis, que desencadeiam nela uma desintegração, denominado de **domínio de interações destrutivas possíveis**.

Ao apropriarmos da citação acima, assumimos como verdade, o tecido muscular humano sendo uma unidade composta. O tecido, a cada instante, pode sofrer mudanças em sua estrutura e permanecer intacta a sua organização, que são os domínios de perturbações possíveis. A capacidade de reestruturação tecidual tem um certo limite. A partir desse limite ocorre uma mudança na organização do tecido, com perda de identidade de classe, que são os domínios de desintegrações. Permanecendo a agressão, o tecido entra num processo de degradação.

Este grau evolutivo, de processos de perturbações possíveis a degradação tecidual, acontece no adoecimento por LER, citado na norma/93 e retirado da norma/97. Por isso é de fundamental importância o diagnóstico rápido e a atenção preventiva na população trabalhadora. O segurado trabalhador nos graus de desintegrações possíveis (grau3)<sup>8</sup> e de interações destrutivas (grau 4) não responde mais à reabilitação (incapacidade instalada).

Esta mudança conceitual de LER para DORT e a exclusão dos graus evolutivos da doença trouxeram reflexos nas práticas periciais com a descaracterização do processo de adoecimento relacionado ao trabalho, promovendo cada vez mais sub-registro, ocultamento de sintomas e cronificação dos casos de LER. A partir daí ocorreu uma queda brusca nos casos de LER, segundo registro do NUSAT/MG.

O sub-registro das doenças relacionadas ao trabalho e o ocultamento dos sintomas pela população trabalhadora, fato já relatado no capítulo 2, fez com que aumentasse novamente

---

<sup>8</sup> Grau 3 e Grau 4 conforme graus evolutivos da doença contidos na norma/93. Nota do autor.

a pressão social acerca do adoecimento por DORT, resultando numa reedição da norma, norma de 2003, que estabeleceu o termo LER/DORT.

O conteúdo normativo inclui critérios epidemiológicos, diagnósticos, de prevenção, além de procedimentos para emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e para o estabelecimento de nexos de causalidade.

### 1.2 As 'normas de qualidade'

Associado às normas técnicas do INSS, é fato também as normas internas, 'os acordos' estabelecidos na instituição, que se tornam normas antecedentes da atividade pericial para os procedimentos operacionais, produtivos e de qualidade exigidos pela instituição de seguridade (INSS).

São exigências implícitas, tais como o não estabelecimento de nexos, não concessão de benefícios, não informação dos direitos do segurado, a negativa da CAT (se não emitida pelo médico da empresa), estabelecidas internamente e que são necessárias para a avaliação da qualidade e do desempenho da atividade pericial. .

O Sistema Sabi é uma operacionalização das 'normas de qualidade'. Por ele é determinado as patologias que geram afastamento, o tempo médio de concessão do benefício para cada patologia e os critérios de concessão de auxílio-doença. O sistema atua como encarceramento, um gesso da atividade pericial.

A estrutura de produção de perícias, com o parcelamento da atividade pericial, fragmenta a decisão. A cada perícia o segurado se torna dependente da forma pela a qual o perito se apropria das normas técnicas e das normas de qualidade para montar as suas estratégias de tomada de decisão. O principal objetivo das normas de qualidade é a negação do benefício.

As ‘normas de qualidade’ são uma renormalização das normas técnicas, estabelecidas institucionalmente. A prática da produção de perícias em alguns pontos confronta com o estabelecido nas normas técnicas.

Portanto, a atividade pericial situa-se entre um conflito de normas, as normas internas da instituição (‘normas de qualidade’) e as normas técnicas que regulamentam as condições para o estabelecimento do nexó entre a doença e o trabalho.

As renormalizações poderão ocorrer sobre os ‘poros’ deixados pelas exigências implícitas da atividade e pelas normas técnicas. A dramática da atividade acontece nas micro-escolhas, nos caminhos a seguir, nas renormalizações de normas antecedentes, respeitando as exigências de qualidade da atividade que é a restrição à concessão do benefício, além dos critérios de produtividade, fato necessário para não ser punido administrativamente.

As ‘normas de qualidade’ são exigências da instituição e, portanto devem ser cumpridas. O espaço das ressignificações é mínimo e dependente das competências do sujeito perito. A renormalização dessas normas colide com os procedimentos operacionais e de qualidade adotados institucionalmente e que são apropriados pelo sistema SABI e restabelecidos a cada perícia, pelo sistema de produção de perícias (parcelamento).

As exigências implícitas da atividade se tornam explícitas nas verbalizações dos peritos.

*“Para a empresa não interessa emitir a CAT. Para a gente pouco importa. Nesse último caso não foi emitida a CAT, porque não está assinada pelo médico da empresa, portanto, não é considerado acidente de trabalho”.*

Exigência que pode também ser observada pelo fato de não se fazer o nexo de causalidade do adoecimento no trabalho por peritos da instituição. Conforme relatado nas situações de análise e verbalizadas pelos peritos:

*“O perito do INSS não faz nexo causal. O paciente já vem com CAT emitida caracterizando acidente de trabalho. Somente aceito se a CAT for emitida pelo médico da empresa”.* (Situação I)

Fato também relatado pelo perito da situação II E III:

*“Nós não estabelecemos nexo causal. Deixamos isso para a empresa (médico do trabalho da empresa)”.* (Situação II)

*“A empresa é que é responsável por emitir a CAT. Não faço nexo causal”.* (Situação III)

Esse procedimento de não realização do nexo de causalidade entre o adoecimento e o trabalho, embora esteja prescrito nas normas e ser atribuição do perito essa demanda, não é realizada. É uma exigência da própria instituição e seguida pelos peritos.

As ‘normas de qualidade’ estabelecem hierarquizações quanto à emissão da CAT, que contraria os procedimentos operacionais estabelecidos pelas normas técnicas. Conforme verbalizado por um perito oficial:

*“Mas se vem com CAT emitida por sindicato, aí... Geralmente afastamos por auxílio-doença previdenciário”.*

O perito do INSS não faz o estabelecimento do nexo de causalidade de maneira formal, mas ao deferir o auxílio-doença, esse nexo é feito, porém não é confirmado no sistema SABI

para não ser deferido o auxílio-doença acidentário (ADA), o que acarreta prejuízos ao segurado trabalhador, mas vai de encontro aos objetivos economicistas da previdência.

O auxílio-doença acidentário somente é concedido se o segurado vier à perícia com a CAT emitida pelo médico de trabalho da empresa. De fato, isto raramente ocorre.

A apropriação das normas técnicas e das ‘normas de qualidade’ e a sua ressignificação é dependente da competência do sujeito. Para agir e tomar decisão o perito se apropria dessa competência que é singular, dependente dos saberes, das vivências com a situação e com os valores atribuídos à posição. Através da competência, o sujeito hierarquiza as informações necessárias e válidas para a tomada de decisão.

O perito I se utiliza da experiência como médico do trabalho e estabelece as hierarquizações que julga necessárias à decisão:

*“Nesse caso é uma faxineira. Está em tratamento no SUS, tem clínica, tem tudo. Não tem como não mantê-la afastada”.*

Relata também as vivências, a experiência com a situação:

*“Você vai passando tanto tempo na perícia que consegue externar o lado do paciente e solicitar exames e ele nem aparece aqui mais”.*

Para agir e tomar decisão, o perito II avalia a ocupação do segurado e o grau de informação como critérios de decisão. Relata o padrão de vida do sujeito e os seus questionamentos como parâmetro de hierarquização para a decisão: *“Como o segurado é bem informado e parece ter um padrão de vida bom, não sei a viabilidade de permanecer afastado”.*

Também é revelado nas avaliações periciais outros critérios estabelecidos para a tomada de decisão como tempo de contribuição, tempo de afastamento e idade:

*“Possui certo tempo de contribuição, nunca ficou afastada anteriormente, idade avançada e já está afastada há mais de dois anos. Se você não decidir o caso dela, ela entra na justiça e ganha a causa com certeza”.*

No caso II, o perito decide suspender o benefício do segurado (critério de qualidade imposto pela instituição). Ao ser questionado pelo segurado, muda de decisão. Conforme a avaliação pericial:

Perito: *“Eu vou ter que dar alta porque o senhor já está muito tempo afastado”.*

Segurado: *“O senhor vai me dar alta porque eu estou muito tempo afastado ou porque eu melhorei?”.*

O perito pensa e explicita: *“Você deve fazer cirurgia para resolver esse problema!”.*

O perito II muda a decisão, depois de questionado pelo segurado: *“O especialista decide o caso. Sugerir que fizesse exame complementar e vou ligar para o médico dele e verificar o porquê dos pacientes dele não virem com exame”.*

Ao comentar a decisão, deixa transparecer a transgressão das normas e os conflitos que poderão ser gerados numa decisão judicial:

O paciente já está afastado a dois anos. Se ele recorrer à justiça, o INSS perde a causa. Está afastado há muito tempo, o que caracteriza uma incapacidade. Ou você decide o caso de imediato ou aposenta.

No caso III, o perito evita transgressões como forma de gestão de conflitos. Segue as normas implícitas da instituição e as avaliações anteriores contidas no Sistema Sabi.

Conforme verbalizado pelo perito: *“Procurro não ter conflito com os outros peritos. Geralmente os peritos colocam observações para as próximas perícias e geralmente as sigo”*.

O perito também revela hierarquizações para a decisão como a situação de trabalho do segurado (empregado ou não), história de afastamento e o laudo.

Há uma hierarquização de valores acerca do laudo, conforme verbalizado pelos peritos:

*“Eu observo nos laudos o CID, o quadro atual e o nome do médico que assinou”*.

*“O laudo depende do local. Se for referência em tratamento é bom. O laudo do SUS é mais confiável porque é não é comum comprá-lo”*.

Esta ampliação ou restrição das margens de regulação é dependente da forma pela a qual o sujeito ressignifica as normas. Nem toda ressignificação é possível.

De acordo com os saberes, na situação I o sujeito perito é especialista em Medicina do Trabalho. Este atributo da competência, de forma singular e situada, amplia os campos de ação e regulação do sujeito neste contexto.

Como verbalizado:

O que facilita muito o meu trabalho é também porque já fui perito do funcionalismo. A experiência te faz montar estratégias para agir. Não adianta colocar determinados indivíduos para trabalhar porque não vai dar conta. Já fiz caracterização de LER, já realizei análise ergonômica. O fato de ser médico do trabalho e já ter passado por experiência anterior facilita o meu trabalho aqui. Tenho representações com a experiência acumulada.

A situação II demonstra os conflitos da atividade pericial. O sujeito é especialista em Clínica Médica e se utiliza de outros saberes, das suas vivências e de seus valores. O sujeito vive a dramática dos 'usos de si' através das escolhas, arbitragens, hierarquizações para a tomada de decisão. Como verbalizado:

Devemos avaliar o paciente e a situação de trabalho para chegar a um diagnóstico. Esse trabalho deveria ser interdisciplinar. A previdência deveria contar com peritos com especialização para realizar uma análise ergonômica do posto de trabalho e da própria organização do trabalho. Somos médicos, entendemos de doenças. A situação de trabalho foge de nosso alcance.

Utiliza-se do laudo de um médico assistente, que confrontado com as suas experiências, é usado como suporte para a tomada de decisão:

O laudo é uma das variáveis para a tomada de decisão. No laudo observo o diagnóstico e o nome do médico que assina. Verifico se a hipótese verificada por ele confere com a minha. O nome dele porque há muito médico, você entende... Tento hierarquizar os fatores de risco, atividades que podem funcionar como causa, doenças ou processos degenerativos atuando nesse processo. Tento também excluir possibilidade de ganhos secundários.

Na terceira situação, o perito é credenciado. Possui pouco tempo de trabalho como perito e atende em consultório particular. Seus campos de possibilidade de ação e regulação dentro dos condicionantes da atividade são restritos, porque ainda não têm uma vivência, uma historicidade com a situação. A ressignificação das normas técnicas e dos 'acordos' internos é mínima. Evita transgredir para não ser punido. As renormalizações possíveis, evidenciadas na análise se dão pela alta produção de perícias, em que cada avaliação pericial demora no máximo 4 minutos. Traduz a ressignificação das normas em uma intensificação e aceleração do trabalho. Como evidenciado na situação III:

O perito que fez a AXI caracterizou o adoecimento e relatou o tempo de melhora provável. Segui basicamente a avaliação inicial e dei andamento. Procuo não ter conflito com os outros peritos. Geralmente os peritos colocam observações para as próximas perícias e geralmente as sigo.

Dessa forma, observa-se que as renormalizações não são amplas e sempre possíveis. É dependente da vivência, dos valores e dos saberes de cada sujeito com a situação dada.

A competência de cada sujeito pode ampliar ou reduzir os campos de possibilidades de ação e regulação através das renormalizações, das transgressões. A historicidade faz com que o sujeito monte representações. A vivência faz com que o sujeito se articule e saiba burlar as exigências da instituição e do segurado. O sujeito competente amplia a ação numa tentativa de atingir os objetivos da instituição, negar ou suspender o benefício, como também voltar atrás quando confrontado com um segurado instruído. O perito com menos vivência evita transgredir. Busca seguir os procedimentos adotados por peritos que possuem uma historicidade maior com a situação. O fato de ser perito oficial ou terceiro também atua como fator de restrição dos campos de regulação da carga de trabalho.

## 7 CONCLUSÃO

O desenvolvimento do capitalismo no Brasil, tardio e periférico, tem sido extremamente predatório com sua força de trabalho. A preservação da saúde e a prevenção das doenças dos trabalhadores não se darão sem resistência e com a benevolência patronal, pois isto contraria os interesses concretos do capital e sua voracidade intrínseca. Os avanços que houver neste sentido serão frutos das contradições inerentes a este modo de produção e dos movimentos sociais.

Os estados de doença são revelações das relações conflituosas do homem com o meio antrópico e do trabalho transpostas para o corpo e que eclodem em suas estruturas e funções mais sensíveis. Quando um modo de adoecimento se torna coletivo é porque uma mudança importante no meio tornou nocivo para muitos o que era nocivo para alguns, levando à sua domiciliação, como parece ser o caso das LER (RIBEIRO, 2002).

Os peritos focados e utilizados como análise possuem competências distintas e revelam as dramáticas dos usos de si na atividade pericial. Revelam as re-significações possíveis de normas prescritas, as escolhas, as arbitragens, as microgestões que são necessárias para que a atividade ocorra.

As estratégias operatórias se distinguem conforme a história do sujeito perito, onde se destacam a formação especializada, os valores atribuídos à posição de perito e os compromissos com a realidade social.

As características técnicas e organizacionais do sistema pericial limitam substancialmente o poder decisório dos peritos, principalmente o sistema de informações de base

microeletrônica (SABI) que objetiva ser uma armadura e direcionar o trabalho pericial. Porém, pode ser re-significado e burlado e, assim, abrir poros que aumentam a ação dentro do sistema. A divisão do trabalho também atua como condicionante central dos modos operatórios encontrados.

A atividade pericial situa-se entre um conflito de normas, as normas internas da instituição e as normas técnicas que regulamentam as condições para o estabelecimento de nexos entre a doença e o trabalho. Não se faz nexo de causalidade no INSS, de modo formalizado. Mas, para se conceder o benefício é necessário que o sujeito, ao analisar um caso, estabeleça o nexo, porém, isso não é oficializado no sistema. O segurado somente terá acesso ao benefício acidentário se vier com a CAT emitida pelo médico da empresa. Caso contrário será concedido o auxílio-previdenciário.

Outra consideração importante é o fato de que o perito não toma decisão isoladamente. O agir pericial consiste em agir com a parte técnica e a administrativa. A negativa de um benefício não depende somente de um sim ou não pericial, mas de um conjunto de informações processadas pelo sistema SABI.

Não se defende que o INSS faça do auxílio-doença uma espécie de seguro-desemprego. O que se exige é que cumpra o seu papel de instituição de seguro social, ou seja, pagar o que deve ao segurado e cobrar das empresas o que tem obrigação legal de cobrar: pagamento regular das contribuições, preservação da saúde e prevenção de acidentes e doenças do trabalho e utilizar-se dos mecanismos legais para as ações regressivas em juízo, para ressarcir-se de despesas com acidentes e doenças.

Concluimos que, diferentemente das representações sociais dominantes quanto ao poder do perito na concessão dos benefícios, os campos de possibilidade de ação e regulação dos

peritos são limitados pela estrutura técnica e organizacional da instituição previdenciária brasileira, assim como seu poder decisório.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA PREVIDENCIA SOCIAL – ANASPS. *O déficit da Previdência só cresce*. Disponível em: <<http://www.anasps.org.br>>. Acesso em: 20 jun. 2005.

BAMMER, G. The prevalence of work-related neck and upper limb disorders among office workers in 7 countries: a pilot study. In: PREPRINTS OF INTERNATIONAL CONFERENCE ON ERGONOMICS, OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH AND THE ENVIRONMENT, *Conference...* Beijing, 1988.

BAMMER, G.; MARTIN, B. The arguments about RSI: An examination. *Community Health Studies*, v.12, n.3, p. 348-355, 1988.

BAMMER, G. *Towards Understanding the arm pain Syndrome RSI*. University Extension, Course 24. Victoria: University of Western Australia, 1989a.

BAMMER, G. *Work-related neck and upper limb disorders associated with office work. Prevalence and causes*. Victoria: University of Western Australian, 1989b.

BAMMER, G. Review of current knowledge musculoskeletal problems. In: WORK WITH DISPLAY UNITS CONFERENCE, 1990. *Conference...* Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1990. p. 113-120.

BAMMER, G. Work-related neck and upper limb disorders: social, organizational, biomechanical and medical aspects. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL FIEMG DE SAÚDE OCUPACIONAL/LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/LER, 1996. *Seminário...* Belo Horizonte, 1996.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Manual do médico perito da Previdência Social*, n.2, Brasília, 2002, 108 f.

BRASIL. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST*. Brasília, nov. 2004, 18p.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 267 p.

CODO, W.; ALMEIDA, M. C. L.E.R. *Diagnóstico, Tratamento e Prevenção*. Uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 136 – 159.

COUTO, H. A. *Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT – Fenômeno LER/DORT no Brasil: Natureza, determinantes e alternativas das organizações e dos demais atores sociais para lidar com a questão*. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

DANIELLOU, F. *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*, tese de livre-docência - Université de Toulouse, Le Mirail, Toulouse, 1992.

DEJOURS, C. et al. *A carga psíquica no trabalho*. In: DEJOURS, C. *PSICODINÂMICA DO TRABALHO*. São Paulo: Atlas, 1994, p. 22-31.

DIAS, E. C. (Org.). *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil. OPAS/OMS. Brasília, 2001.

ECHTERNACHT, E. H. *A produção social das lesões por esforços repetitivos no atual contexto da reestruturação produtiva brasileira*. Tese (Doutorado em Ciências em

Engenharia de Produção) – COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ECHTERNACHT, E. H. *Sobre a carga de trabalho*. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 2002. 12 f. Mimeografado.

ECHTERNACHT, E. H. Alguns elementos para a reflexão sobre as relações entre Saúde e Trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v.2, n.2, p. 85-89, abr-jun 2004.

FIEMG. *I Seminário Internacional sobre Lesões Esforços Repetitivos*. Belo Horizonte, 1996.

FRANÇA, J.L.; VASCONCELLOS, A.C. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 7. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2004. 242 p.

GAUTHY, R. Musculoskeletal disorders: where we are, and where we could be. *Hesa Newsletter*, n.27, june 2005, p. 22-27.

GUÉRIN, F. *et al. Compreender o Trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Edgar Blücher, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL – INSS. *A Previdência Social*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

KILBOM, A. Intervention Programmes for work related neck and upper limb disorders: strategies and evaluation. *Ergonomics*, v. 31, n. 6, 1988.

KUORINKA, Ilka *et al. LATR: Les lésions attribuables au travail répétitif*. Québec: Multimondes, 1995, 510 p.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde*. Trabalho e desgaste operário. Hucitec, 1989, 333 p.

LEPLAT, J. *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse: Octares, 1992, v.1, 225p.

LIMA, F. A.; SCHWARTZ, Y. *Normalização e Renormalização: modelos dinâmicos da prescrição e historicidade das situações de trabalho*. Département d'Ergologie – APST - Provence, 2002, 21 p.

MAEDA, K.; HUNTING, W.; GRANDJEAN, E. Factor analysis of localized fatigue complaints of accounting-machine operators. *Journal of Human Ergology*, v. 11, p. 37-43, 1982.

MATURANA, H.R. What is to see? *Arch. Biol. Med. Exp.*, v.16, p.255-269, 1983.

MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A racionalidade médico-pericial na avaliação da incapacidade laborativa do segurado da Previdência Social. *Revista de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. “A construção do campo do trabalhador: percursos e dilemas”. *Cadernos de Saúde Pública*, v.13 (supl. 2), p.21-32, 1997.

MPS, 1991. *Norma Técnicas para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília, 1991.

MPS, 1993. *Norma Técnicas para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília, 1993.

MPS. Decreto nº 2172, de 05/03/97. *Regulamento dos Benefícios da Previdência Social*, 1997.

MPS, 1997. DORT. *Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília, 1997.

MPS, 2003. *Atualização Clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) /Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)*. Brasília, 2003.

NUSAT. *Relatório Estatístico Anual do NUSAT/MG*. Belo Horizonte, 1991/ 1998.

OLIVEIRA, S.G. *Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador*. São Paulo: LTR, 2002, v.4.

OLIVEIRA, C. M. *Carga de trabalho e adoecimento musculoesquelético*. A gestão da incerteza em uma atividade administrativa hospitalar. 2003. 181f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

PINSKY, L. *Activité, action et interpretation*. In: AMALBERTI, R.; MONTMOLLIN, M.; THEUREAU, J. *Modèles en analyse du travail*. Paris: Mardaga, 1997. cap.3, p. 50-73.

RASMUSSEN, J. *Tecnologies de l'information et analyse de l'activité cognitive*. In: AMALBERTI, R.; MONTMOLLIN, M.; THEUREAU, J. *Modèles en analyse du travail*. Paris: Mardaga, 1997. cap.5, p. 119-158.

RIBEIRO, H. P. Meio e violência do trabalho no capitalismo: dimensões e complexidade. *Revista Projeto História/Natureza e Poder*, EDUC/PUC/SP, v.23, p.105-150, nov.2001.

RIBEIRO, H. P. *Estado do conhecimento das lesões por esforços repetitivos/LER. Atualização e perspectivas*. Campinas, 2002, 15 p. Mimeografado.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.147-152, jan-fev, 2001.

SCHWARTZ, Y. Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.2, p. 33-55, 2004.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência. Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v.19, n. 65, 1998.

SCHWARTZ, Y. *Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias*. DP&A, 2001. p. 23-33.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. *Revista Proposições*, Campinas (Unicamp), v. 11, p 34-50, jul. 2000.

SETTIMI, M. M. As LER/DORT no Brasil. Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT, 2001. Disponível em: < <http://www.uol.com.br/prevler> >. Acesso em 05 jun.2004.

STROOBANTS, M. *La visibilité des compétences*. In: ROPÉ, F; TANGUY, L. Savoirs et compétences. De l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise. Paris: L'Harmattan, 1994, p.175 – 204.

SZNELWAR, L. I. Construindo uma nova visão e formas concretas de ação. In: FÓRUM NACIONAL SOBRE O FENÔMENO LER/DORT. Florianópolis: Fundacentro, 2001. Ata final do Fórum. Disponível em: < <http://www.fundacentro.sc.gov>>. Acesso em 05 jun.2004.

VERTHEIN, M. A. R. & GOMES, C. M. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatria das LER. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 457-470, 2001.

WISNER, A *Por dentro do trabalho*. Ergonomia: Método e técnica. Oboré, 1987.

## **ANEXOS**

### **ANEXO A - Atribuições da Perícia Médica – Quadro Permanente**

- a) realizar exames médico-periciais nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais;
- b) fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexo técnico, nos casos de doença profissional e de doenças do trabalho e para fins de concessão de aposentadoria especial;
- c) requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;
- d) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência;
- e) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER);
- f) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS;
- g) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional;
- h) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso;
- i) zelar pela observância do Código de Ética Médica;
- j) comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;

- l) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade;
- m) emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS;
- n) participar das revisões de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS;
- o) analisar o laudo técnico e o formulário emitidos pela empresa, com vistas a concessão do benefício (aposentadoria especial);
- p) assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário;
- q) prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos nos Setor de Perícia Médica da APS/UAA à Gerência e à chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

#### **ANEXO B - Atribuições da Perícia Médica – Credenciada**

- a) realizar exames médico-periciais para o INSS em consultórios particulares, domicílios ou hospitais, preenchendo os laudos médicos nos modelos próprios do Instituto;
- b) sugerir, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;
- c) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência;
- d) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER);

- e) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS;
- f) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional, quando for o caso;
- g) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso, conforme atos vigentes;
- h) zelar pela observância do Código de Ética Médica;
- i) comunicar a APS/UAA, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- j) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade/deficiência;
- l) emitir parecer técnico em juízo, quando indicado como Assistente Técnico do INSS;
- m) participar das revisões de auxílio-doença e LOAS;

**ANEXO C - Atribuições do Médico Especialista – Credenciado em especialidades diversas:**

Incumbe-se de emitir pareceres especializados ou de realizar exames complementares, atendendo solicitação da Perícia Médica, sem atribuição de concluir sobre a capacidade laborativa do segurado. Deve ater-se às manifestações técnicas sobre a doença e não deve manifestar-se sobre a incapacidade.